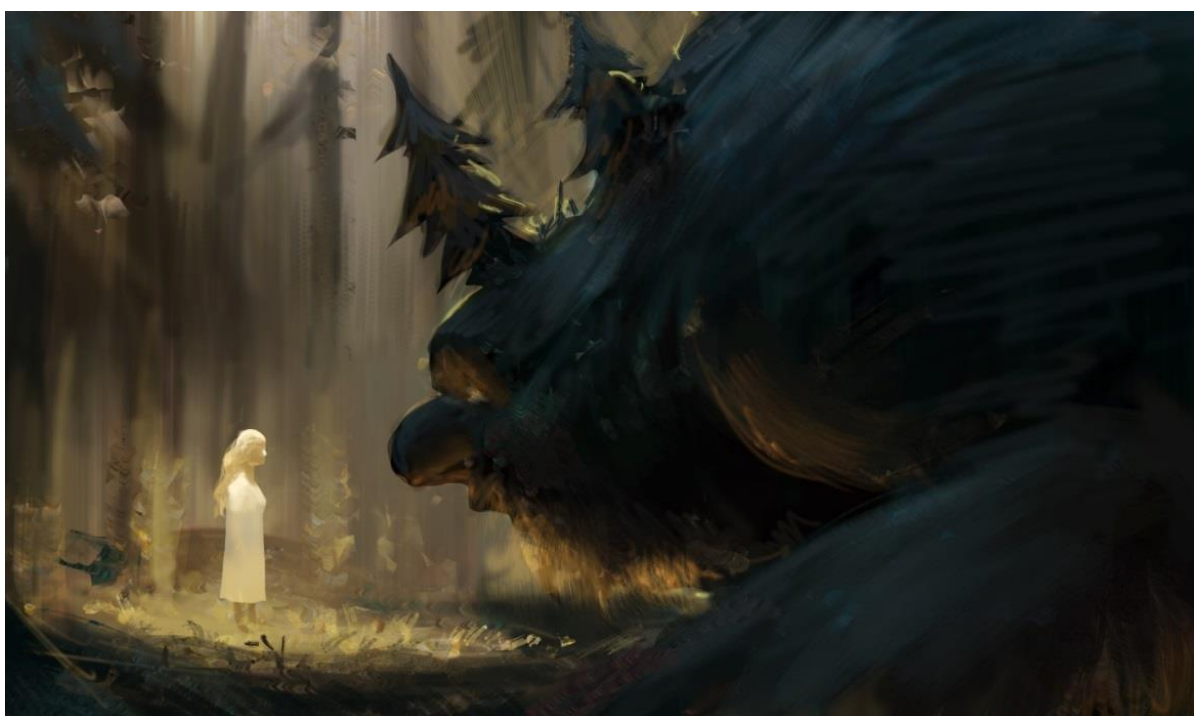


Linda Falch

Trygghet og kontroll i avgjørende terapeutiske vendepunkt

En kvalitativ studie av klienters erfaringer med helhetlig traumeterapi

Masteroppgave i psykisk helsearbeid,
Levanger, mai 2016



Tegning: Malin Falch

Linda Falch

TRYGGHET OG KONTROLL I AVGJØRENDE TERAPEUTISKE VENDEPUNKT

***En kvalitativ studie av klienters erfaringer med helhetlig
traumeterapi***

Safety and control at a crucial therapeutic turning point

A qualitative study of clients' experiences with holistic trauma therapy

Masteroppgave i psykisk helsearbeid

Levanger, mai 2016

Nord universitet

Avdeling for helsefag

Nord universitet

Masteroppgave

Avdeling for helsefag

2. trykk, juni 2016

© Linda Falch

Forsideillustrasjon: Malin Falch

Masteroppgave ved Nord universitet, 2016

Trykket av NTNU GRAFISK SENTER

*When we were children,
we used to think that when we were grown up
we would no longer be vulnerable.
But to grow up is to accept vulnerability.
To be alive is to be vulnerable.*

(Madeleine L'Engle)

FORORD

Bakgrunnen for dette prosjektet er egne erfaringer både som hjelper og privatperson. Etter å ha jobbet ved ulike institusjoner i psykisk helsevern en tiårsperiode, opplevde jeg et økende ubehag over å skulle framstå som ekspert på andre menneskers liv. I den samme periode ble min eldste datters mangeårige psykiske vansker forverret, noe som førte til at hun ble henvist til behandling i barne- og ungdomspsykiatrien (BUP). I sitt første møte med BUP opplevde hun at behandleren var mer opptatt av å fylle ut skjemaer i forbindelse med utredning og forskning enn å forsøke å bli kjent med henne. Manglende tillit til terapeuten gjorde at hun ikke ønsket å fortsette med samtalen. Årsaken til vanskelighetene hennes forble dermed i det skjulte.

Det var først i voksen alder at det kom fram at min datter ble utsatt for seksuelle overgrep i barndommen av en person utenfor nær familie. I ny kontakt med psykisk helsevern, som både gjaldt polikliniske samtaler og innleggelse i døgnavdeling, erfarte hun at terapeuter unngikk å spørre om det som hadde skjedd. For henne ble domfellelse av overgriper, og det å bli trodd - både i tingretten og lagmannsretten - et vendepunkt som førte til at hun fikk det bedre. I dag ønsker hun å være åpen om egne erfaringer, og mener at det ikke er noen grunn til å skjule det hun har opplevd; «Det er jo ikke jeg som skal skamme meg her», sier hun. Som forsker tror jeg det er viktig å inkludere egne personlige erfaringer knyttet til det jeg skal studere. Jeg er enig med Drew (2006) som mener at dette vil øke leserens innsikt og forståelse, ikke bare av den enkelte studien, men også av de temaene som løftes fram.

Å få oppreisning fra den norske stat er ikke en selvfølge for mennesker som har opplevd å bli krenket seksuelt (Thoresen & Hjemdal, 2014). Uavhengig av om overgriper dømmes eller ikke vil det ofte være nødvendig med profesjonell hjelp for den som har erfart seksuelle overgrep, fysisk vold eller ulike former for omsorgssvikt. Bearbeiding av overgrepshistorien gjør det mulig å plassere traumet i fortiden, slik at livet kan leves her og nå. Det vil ikke minst være viktig med tanke på forebygging av selvmord, som kan bli en løsning for noen om god hjelp uteblir.

For å kunne forstå årsakene bak psykiske symptomer bedre har jeg de siste årene søkt kunnskap om helhetlige behandlingsmetoder som inkluderer kroppen i terapi. Etter å ha jobbet som terapeut i offentlig og privat sammenheng en årrekke har jeg gjort meg noen tanker om hva som er viktig i møte med mennesker med vanskelige liv. Å få

innsikt i hva klienter *selv* mener er virksomt i terapi har motivert meg til å skrive denne masteroppgaven.

Mange skal ha æren for at jeg har kommet til veis ende med studien. Først og fremst vil jeg rette en stor takk til informantene; for å gi så rike beskrivelser av egne personlige erfaringer fra terapisisituasjonen. Jeg bøyer meg i støvet over den åpenhet og ærlighet de viste i intervjuene.

En stor takk går til hovedveileder Hildfrid Brataas og biveileder Ottar Ness, for de gode samtalene, støtten og utfordringene de har gitt meg. Selv om prosjektet varte og rakk og i perioder lå «nede», stilte de raskt opp når jeg hadde behov for tilbakemelding på arbeidet.

Biveileder og faglig mentor, John-Tore Eid, fortjener en spesiell takk. Jeg tok kontakt med han etter å ha lest hans artikkel om Anna Luise Kirkengens forskerarbeid (Eid, 2012). Det var artikkelens fokus på *den levde kroppen* som vekket min interesse. Til tross for at han selv er i slutfasen av eget doktorgradsprosjekt har han fra dag én delt raust av sin tid og sin unike kunnskap. Uten våre mange diskusjoner om viktige terapeutiske temaer ville noe vesentlig ved studien ha manglet.

Hjertelig takk til Anne Torhild Klomsten som hjalp meg med nødvendig omstrukturering da prosjektet var i ferd med å vokse meg over hodet. Ordene hennes: «Dette blir bra, jeg ser oppgaven din tydelig» var gull verd, og hjalp meg til å holde fokus.

Jeg har satt pris på den takknemlighet Shalini Lind har vist ved at jeg retter fokus mot *InnerLifeTerapi*, en behandlingsmetode som hun har utviklet gjennom mer enn 30 år. Det er et håp at studien kan komme til nytte i forbindelse med utdanninger og kurs ved ArunA-Akademiet.

Mange takk til venner og kolleger som har hjulpet til. Monica; for å bidra i analysearbeidet, Oddfrid og Hilde; for korrektur, Ellen og Katherine; for oversetting, Olav; for datahjelp, Hege, Hedda, Lisbeth og Håkon; for å stille opp når jeg trengte det. En særlig takk til Julie, kollega og erfaringskonsulent i RVTS Midt, som har bidratt med verdifulle refleksjoner basert på egne traumeerfaringer.

Takk til min mann, Ragnar; for å ha vært tålmodig og forståelsesfull, selv om mange helger og kvelder har «gått bort» i skriving. Like fullt har han støttet meg i arbeidet, og disket opp med god mat og drikke etter lange arbeidsøkter.

Jeg ønsker å takke min søster, Mona, som har inspirert meg til å skrive om et viktig tema. Jeg vil også takke to andre kvinner som betyr mye for meg; min mamma og min svigermor. Selv om de ofte undrer seg over hva jeg holder på med, slutter de aldri å heie på meg.

Mange varme tanker går til mine tre flotte jenter for å ha holdt ut med en periodevis fjern mamma de siste 4 årene. Ruth Elise, som fortsatt bor hjemme, har nok merket «unntakstilstanden» det siste halvåret mest på kroppen. Nå ser jeg fram til gode stunder med yngstejenta mi. Malin fortjener en stor takk for å minne meg på at det er viktig å fullføre noe en tror på. Er stolt over å kunne bruke en av hennes tegninger som forsidebilde. En inderlig takk til Maria for å være åpen om det hun har opplevd. Sender også en hilsen til Liam, som jeg er bestemor til, og som jeg gleder meg til å ha mer tid til.

Da gjenstår det bare å takke Bella som sørget for å ta meg med på daglige lufteturer i tiden før innlevering.

INNHold

FORORD	v
Sammendrag	xi
Abstract	xii
INNLEDNING.....	1
METODE.....	5
Vitenskapsteoretisk ståsted.....	5
Intervjuing av informanter.....	5
Rekruttering og utvalg.....	6
Gjennomføring av intervjuene.....	6
Analyse av datamaterialet	8
Transkribering	8
Analyse	9
Forskerrollen	11
Kvalitet i forskningen.....	12
Pålitelighet og gyldighet.....	13
Overførbarhet.....	14
Etsiske hensyn.....	15
TEORI.....	17
Traumeerfaringen	17
Traumbegrepet gjennom historien	17
Traume som fenomen	18
Konsekvenser av kompleks traumatisering	20
Traumebelastninger, overlevelse og hjernens utvikling	22
Helnings- og terapiprosessen.....	24
Endring	24
Traumehelning – bearbeiding av undertrykte følelser.....	25
Kunnskap om kropps- og eksponeringsorientert behandling	29
Eksponeringsorientert traumebehandling	29
Kropps- og følelsesorienterte metoder	30
Metoder som kombinerer terapi med kroppslig berøring.....	31
InnerLifeTerapi.....	32

PRESENTASJON OG DRØFTING AV EMPIRI	37
Om informantene.....	37
Informantenes bakgrunn for å søke terapi	37
Kategori 1: Å bli sett og tålt	39
Drøfting	42
Kategori 2: Tilgang til avstengt smerte	45
Tilgang til avstengt smerte gjennom kroppslig berøring.....	45
Tilgang til avstengt smerte gjennom visualisering	49
Drøfting	51
Kategori 3: Nærhet til egne følelser	55
Drøfting	58
AVSLUTTENDE BETRAKTNINGER.....	61
Studiens tre hovedtemaer	63
Berøringens rolle i terapien	64
Trygghet og kontroll i kritiske vendepunkt.....	65
LITTERATURLISTE.....	69

Vedlegg:

Vedlegg 1. Informasjonsskriv	xiii
Vedlegg 2: Intervjuguide	xv
Vedlegg 3. Samtykkeerklæring: Deltakelse	xvi
Vedlegg 4: Samtykkeerklæring: Ikke deltakelse	xvii
Vedlegg 5: Svar på innmelding NSD	xviii
Vedlegg 6: Svar på søknad om godkjenning REK	xx

Sammendrag

Mange voksne mennesker har opplevd vold, seksuelle overgrep og omsorgssvikt i sin barndom - erfaringer som ofte vil gå under betegnelsen traumer. Teori innen traumeperspektivet ble derfor vurdert som best egnet til å analysere denne studiens funn. I tillegg er det brukt generell teori om terapirelasjonen og kroppsorienterte behandlingsmetoder.

Innen traumebehandling har det de siste tiårene vokst fram helhetlige kroppsorienterte metoder. Det foreligger imidlertid lite forskning på en behandlingsmetode som kombinerer kroppslig *berøring* med traumeterapi. Denne studien har fokus på klienters erfaringer med en slik metode, benevnt som InnerLifeTerapi. Målet var å undersøke hvorvidt og hvordan håndtering av krenkende livserfaringer kan endres og avhjelpes gjennom slik terapi.

Metode:

For å svare på problemstillingen ble åtte personer som alle hadde fått InnerLifeTerapi intervjuet. Informantenes erfaringer ble analysert ved hjelp av en kvalitativ fenomenologisk metode, der sentrale temaer er kategorisert og tolket på tvers av intervjuene.

Resultater:

Etter hvert var det tre hovedkategorier som pekte seg ut: *å bli sett og tålt, tilgang til avstengt smerte, og nærhet til egne følelser*. En viktig egenskap ved kategoriene, som ble avdekket i informantenes erfaringer med terapien, er *endring i kontakten med egne følelser*. Videre framsto klientens (og terapeutens) behov for *trygghet og kontroll* i terapisisuasjonen som viktige tema i endringsprosessen.

Konklusjon:

Studien viser hvordan behandling som kombinerer kroppslig berøring med traumeterapi kan gi spesielle fortrinn ved å sette i gang gode endringsprosesser. Studien framhever denne terapien som relevant behandlingsform for denne målgruppen. Det er behov for effektstudier på slike terapiformer.

Nøkkelord: Kroppsorientert terapi, relasjon, traume, berøring, kvalitativ metode.

Title:

Safety and control at a crucial therapeutic turning point: A qualitative study of clients' experiences with holistic trauma therapy

Abstract

Many adults report having experienced violence, sexual abuse and neglect in their childhood. Such experiences can often be termed 'trauma'. Within trauma treatment, holistic body-oriented treatment methods have gained prominence in recent decades. However, little research exists on treatment that combines physical *touch* with conventional trauma therapy. This study focuses on clients' experiences with such a method, called InnerLifeTherapy. The aim was to investigate whether, and how, the processing of traumatic life experiences can be modified and mitigated through therapy of this kind.

Method:

This study draws upon trauma theory, and theories of the therapeutic relationship and body-oriented therapy. To answer the research questions, we interviewed eight people who have been treated with InnerLifeTherapy. The interviewees' experiences were analyzed using a qualitative, phenomenological approach. Key topics were categorized and analyzed across the interviews.

Results:

Three main themes were evident in participants' accounts of their therapeutic journey, including: *tolerance for addressing painful past experience*, *access to blocked pain*, and *closeness to one's own feelings*. An important characteristic of the categories identified in the informants' experiences of therapy was *change in relating to one's own feelings*. Moreover, the clients' (and the therapist's) efforts to deal with issues of *security and control* stood out as important issues within the therapeutic process.

Conclusion:

The study indicates that treatment combining physical contact with trauma therapy can provide special advantages in initiating processes of positive change. The study indicates that therapy of this kind offers many potential benefits as a treatment for trauma survivors. There is a need for effect studies on such therapeutic modalities.

Keywords: Body-oriented therapy, relationship, trauma, touch, qualitative methods

INNLEDNING

Gjennom det siste tiåret har flere rystende saker med vold og overgrep mot barn blitt avdekket og grundig omtalt i media. I Alvdalsaken, Christoffer-saken og flere andre nyhetsoppslag har vi fått situasjonen til svært utsatte barn nært inn på oss. Slike saker er imidlertid ikke enkeltstående. Forskning viser at forekomst av vold og seksuelle overgrep i nære relasjoner skjer i betydelig omfang og rammer mange. I en studie av Thoresen & Hjemdal (2014) oppgir 5 prosent av den norske befolkningen, like mange kvinner som menn, at de har blitt utsatt for alvorlig vold fra foreldre i oppveksten. Videre oppgir 20 prosent av kvinnene og nesten 8 prosent av mennene at de har vært utsatt for et seksuelt overgrep før fylte 18 år, mens 10 prosent rapporterer at de har sett eller hørt foreldre eller foresatte utøve vold mot hverandre i barndommen. Allikevel er dette antakelig bare en del av et større bilde av hendelser som innebærer at barn blir påført skade av sine nærmeste. Mange barn erfarer også at deres fundamentale relasjonsbehov i form av følelsesmessig nærhet sine omsorgspersoner ikke blir imøtekommet (Rødevand, 2015).

Det foreligger betydelig kunnskap om hvordan vonde barndomsopplevelser påvirker individets helsemessige tilstand negativt senere i livet. I «The Adverse Childhood Experience-studien» (ACE-studien) (Felitti, Anda, Nordenberg, Williamson, Spitz, Edwards, Koss & Marks, 1998) ble 17500 personer spurt om sine erfaringer tidlig i livet knyttet til overgrep, omsorgssvikt og dårlige familieforhold. ACE-studien konkluderer med at slike erfaringer er vevd sammen i komplekse mønstre, og at de på en sterk og proporsjonal måte er knyttet til både psykisk og fysisk sykdom i voksenlivet (Getz, Kirkengen & Ulvestad, 2011). De skadelige konsekvensene av påført smerte og traumatisering i barnets tidlige samspill med nære voksne er mange. De har et psykisk aspekt ved at erfaringene får konsekvenser for læring, hukommelse og konsentrasjon, selvbilde, følelsesliv, bevissthet og tilknytning til andre (Blindheim, 2012) samt nedsatt evne til å håndtere stress (Heian, Berg, Markestad, Laudal & Thørnquist, 2010). De har også et fysisk aspekt, i form av kroppslig smerte og svekket motstandskraft mot fysiologiske sykdommer (Felitti m.fl., 1998, Kirkengen, 2005).

En bestemt type krenkende hendelse vil ikke ha de samme konsekvenser hos alle som opplever den, og heller ikke ramme like hardt i alle sammenhenger og i alle livsfaser. Risikoen for å bli mer varig skadet og traumatisert av vold og overgrep vil

være langt større i barndom og oppvekst, når belastningene skjer i barnets omsorgssystem og når de er gjentatte og langvarige (Anstorp, Benum & Jakobsen, 2006). Årsaken er først og fremst at det er individets opplevelse som er det avgjørende for de senere følgene. Traumatisering kan derfor beskrives som en subjektiv reaksjon på en potensielt traumatiserende hendelse (Blindheim, 2012).

Et etablert syn i psykisk helsevern er å betrakte psykiske lidelser på lik linje med biologiske sykdommer og forsøke å plassere dem inn i forhåndsdefinerte diagnoser; de blir vanligvis ikke sett i sammenheng med menneskets erfaringer og levde liv (Kirkengen, 2005, Eid, 2012, Kinderman, 2015). Dette synet på menneskelige problemer har lite fokus på det erfarende subjekt, og anses derfor av mange for å være lite egnet til å hjelpe mennesker med omfattende problemer, da en ikke er opptatt av hvilken *mening* symptomene har for den hjelpetrengende (Eide-Midtsand, Toverud, Axelsen & Hjort, 1997). Schibbye (2001) mener at dette perspektivet innebærer at en tolker relasjonen mellom hjelper og den hjelpesøkende i et subjekt-objekt perspektiv, der behandleren har rollen av å være en ekspert på pasientens liv. Også Valla (2014) er kritisk til det hun omtaler som ekspertveldet innen psykisk helsevern. Hun mener at det viktigste ved all hjelp er å ta klientens ønsker på alvor og drøfte hva som er virksomt sammen med den det gjelder.

En forutsetning for endring i terapi vil være at terapeuten gjennom respekt og interesse for den andre forsøker å sette seg inn i klientens indre verden og aksepterer dennes rett på egen opplevelse (Schibbye, 2001). Når klienten på denne måten opplever å bli møtt i en gjensidig anerkjennende relasjon kan det gi en umiddelbar og dyptgripende følelse av å bli forstått og bekreftet (Stern, 2004). Dette blir en kontekst der skjulte, emosjonelle prosesser kan bli tilgjengelige og bevisstgjorte (Damasio, 2004), og inneholde betydningsfulle øyeblikk som vil kunne føre til viktige vendepunkt i helningsprosessen (Moltu & Veseth, 2008). Når klienten gjenvinner fortrenge kognitive, emosjonelle og kroppslige aspekter ved en tidligere traumehendelse vil endring kunne skje som følge av en slik bevisstgjøringsprosess. Det vil da kunne bli mulig for individet å gi et mer autentisk uttrykk for egne tanker, følelser og behov, både ovenfor seg selv og andre.

Mange mennesker strever med problematiske følelser og reaksjoner selv om disse ikke kan tilskrives traumeerfaringer. Slike plager kan bestå av etablerte tanke-,

vane-, og reaksjonsmønstre som en del av en naturlig tilpasning til det livet en har levd. Slike beskyttelses- og reaksjonsmønstre vil også ha til hensikt å holde følelser på avstand (Lind, 2014, Salvesen & Vestlund, 2015). På samme måte som ved traumer vil reaksjonene kunne forårsake stress om den bakenforliggende smerten triggeres. Forskjellen fra en traumebasert reaksjon er at følelser som forsøkes holdt på avstand av beskyttelsesmønsteret, ikke vil oppleves livstruende straks noe i omgivelsene minner om den opprinnelige erfaringen. Overlevelsesreaksjoner kan være aktivert også her, men ikke i så stor grad som i traumatiske situasjoner.

Som ved traumesituasjoner er beskyttelsesmønstrene i utgangspunktet etablert i en livsbevarende hensikt. På den annen side vil skyld- og skamløsninger som inngår i beskyttelsen på sitt mest ekstreme kunne *oppleves* livstruende for individet (Eid, 2015). Å være alene med slike overveldende følelser kan føre til tanker om å ta sitt eget liv som en framtidig løsning og lettelse. Selvmord vil således kunne utgjøre en risiko selv om en ikke er traumatisert (Retterstøl, Ekeberg & Mehlum, 2002). I denne studien vil jeg ikke gå nærmere inn på selvmordsatferd og selvmord som eget tema.

Selv om denne studien har fokus på traumeterapi, vil det i virkeligheten være glidende overganger mellom hva som er traumer og hva som er andre livsbelastninger. Noen terapiformer har strenge diagnostisk kriterier for anvendelse, mens andre metoder kan brukes for ulike plager. Hvilken «del» av personen behandlingen rettes mot varierer også. Mens tradisjonelle terapietninger, som for eksempel kognitiv terapi og familierapi, i hovedsak har fokus på kognitive og emosjonelle sider ved mennesket, har det innen traumeterapi vokst fram helhetlige behandlingsmodeller som også inkluderer det kroppslige aspektet.

Et frisøk og søk på litteratur med søkeordene kropporientert terapi, eksponeringsterapi, kroppslig berøring, relasjon og traume, viser at det finnes en del litteratur om eksponerings- og kroppsbaserte traumemetoder. Metoder som kombinerer kroppslig berøring med verbale intervensjoner ble også funnet. Disse er Rosenmetoden og Norsk Psykomotorisk Fysioterapi. Det ble ikke funnet litteratur om behandlingsmetoder som kombinerer *kroppslig berøring og traumeterapi* spesielt. En slik kombinasjonsmetode er InnerLifeTerapi (ILT). ILT er en helhetlig dybdepsykologisk metode som har vært anvendt av privatpraktiserende terapeuter i over 30 år, og som siden 2010 er blitt brukt i psykiatrisk poliklinikk i spesialisthelsetjenesten

i noen sammenhenger. Selv om den har blitt anvendt i det offentlige helsevesenet de senere år, har metoden et lite utviklet teoretisk fundament sammenlignet med andre metoder. Inntrykket er derfor at ILT har en svak status i fagfeltet, ikke minst fordi det er et krav at spesialisthelsetjenesten skal jobbe evidensbasert. Grunnlaget for ILT som en integrert del av spesialisthelsetjenesten vil derfor være mangelfullt.

En er kjent med at terapeuter har positive erfaringer med kombinasjonen psykoterapi og berøring (Arnet, 2009, Lind, 2014). En kjenner imidlertid lite til traumeutsatte klienters egne erfaringer med terapi som involverer fysisk kontakt fra terapeutens side. Mangel på forskning på denne typen behandling, der InnerLifeTerapi inngår, er en viktig begrunnelse fra min side for å gjøre denne studien. Videre har manglende teori om ILT ført til at jeg i teoridelen har valgt å presentere en del metoder som har likhetstrekk med ILT. Det gjelder eksponeringsmetoder som gjennom bruk av visualisering har en opplevelsesorientert tilnærming til traumer (in vitro: i fantasien). Det gjelder også en del kropps- og følelsesorienterte traumebehandlingsmetoder som henvender seg til klientens kroppslige opplevelser i hovedsak gjennom verbale intervensjoner. Endelig gjelder det metoder som i likhet med ILT kombinerer behandling med kroppslig berøring. Mindfulness inngår ofte i helhetlige metoder og vil også bli beskrevet, likeså litt fra Jungs analytiske psykologi, som har en sentral rolle i ILT.

Hensikten med denne studien er å gi en forståelse av traumeutsatte menneskers opplevelser og refleksjoner knyttet til en behandlingsform som involverer traumeterapi og kroppslig berøring i kombinasjon. Studiens problemstilling er:

«Hvordan erfarer klienter en traumeorientert behandlingsprosess som involverer kroppslig berøring?»

METODE

Vitenskapsteoretisk ståsted

Denne studien har et kvalitativt, fenomenologisk ståsted med fokus på menneskets livsverden (Kvale & Brinkmann, 2009) og levde erfaring (Lindseth & Norberg, 2004). I det fenomenologiske perspektivet løftes menneskers opplevelser og erfaringer fram som gyldig kunnskap (Malterud, 2011). Kunnskapen om informantenes erfaringer med traumeterapi i kombinasjon med berøring utviklet seg gjennom at jeg lette etter essenser eller vesentlige kjennetegn i deres uttalelser (Georgi, 2009). Jeg har følgelig vektlagt fenomenologiens forståelse av forskning som en subjektiv, opplevelsespåvirket prosess. Denne prosessen er hermeneutisk (Gadamer, 1977) på den måten at min forståelse av informantenes opplevelser blir tolket i sammenheng med min forforståelse, mitt eget levde liv, og det teoretiske perspektivet for studien. Mine perspektiver vil derfor smelte sammen med informantenes konstruksjon av sin egen virkelighetsforståelse når jeg møter dem i intervjusituasjonene. Under analyse og fortolkning av resultater har jeg tilstrebet en hermeneutisk veksling mellom det datanære, det begrepsmessige, og forståelse ut fra egne tidligere erfaringer.

Bak valget av en kvalitativ metode ligger det et ønske om å få kunnskap om menneskers oppfatninger, opplevelser og holdninger relatert til en behandlingsprosess de har erfart. En slik utforskende tilnærming gir muligheter til å gå i dybden av fenomenene og å utforske prosesser som inkluderer samhandling, utvikling, bevegelse og helhet (Malterud, 2011).

Intervjuing av informanter

I studien brukte jeg et kvalitativt semistrukturert forskningsintervju. Dette er «... et intervju som har som mål å innhente beskrivelser av den intervjuedes livsverden, med henblikk på fortolkning av de beskrevne fenomenene» (Kvale & Brinkmann, 2009). For å belyse problemstillingen ønsket jeg å gå i dybden på noen viktige tema som dreide seg om hvordan informantene opplevde terapien i sin helhet; hvordan de erfarte massasjen og de terapeutiske intervensjonene, opplevelse av terapeuten samt spørsmål knyttet til hverdagen etter endt behandling.

På bakgrunn av studiens problemstilling og egen erfaring og kunnskap ble intervjuguiden (vedlegg 2) utarbeidet. Den kan sies å følge Dalens (2008)

«traktprinsipp». De innledende spørsmålene dreide seg om navn, alder og livssituasjon, hvorpå jeg gikk videre til mer følelseladete spørsmål i midten av intervjuet, for så å avslutte med enklere og mer tryggere/konsoliderende spørsmål. Hovedspørsmålene var formulert som åpne hvordan- og hva- spørsmål. Et eksempel er «Hvordan har du erfart å gå i InnerLifeTerapi?» med underspørsmål om hva som hadde vært betydningsfullt og utfordrende med terapien. Her var det anledning for informantene å dele erfaringer som hadde vært viktige for dem, også opplevelser hvor de hadde blitt berørt. Andre eksempler er «Hvordan opplevde du massasjen?», «Hvordan opplevde du terapeuten?» og «Hva har du lært underveis som har bidratt til en forskjell i livet ditt?»

Rekruttering og utvalg

Kriteriet for deltakelse i studien var at informantene hadde mottatt behandling i form av InnerLifeTerapi i poliklinikk ved psykisk helsevern i Midt-Norge, og at de var ferdig behandlet. Deltakerne ble identifisert gjennom en behandlingsliste. ILT var et relativt nytt tilbud i poliklinikken. Til sammen var ni personer ferdig behandlet gjennom ILT i valgte poliklinikk.

Førstegangskontakt ble gjort telefonisk av meg. Nøytral informering og forespørsel ble tilstrebet. Deltakerne ble spurt om de ønsket å stille til intervju og gitt informasjon om hva dette innebar. De ble også informert om bruk av diktafon, noe som ble godkjent av samtlige deltakere allerede under den innledende telefonsamtalen. I tillegg ble informantene tilsendt skriftlig informasjon om studien (vedlegg 1) og samtykkeskjema (vedlegg 3) i etterkant av telefonsamtalen. Informantene fikk god tid til å lese gjennom forhåndsinformasjonen og ta stilling til om de ville delta i studien. De ble også informert om at de når som helst kunne trekke seg fra undersøkelsen uten at dette ville få konsekvenser for dem. Det ble vedlagt et eget skjema som tydeliggjorde dette (vedlegg 4).

Av de ni som ble kontaktet, ga en person tilbakemelding om at hun ikke ønsket å stille til intervju. Utvalget utgjorde således åtte personer.

Gjennomføring av intervjuene

Intervjuene ble gjennomført i perioden juni - september 2012. Samtlige intervjuer ble utført på et behandlerrom i poliklinikkens lokaler. Hensikt med valg av sted var å

etablere en kontekst som ivaretok taushetsplikt og sensitiv informasjon. Deltakerne bestemte tidspunkt for samtalene.

Hvert intervju varte ca. 90 minutter. Etablering av god kontakt og gjensidig trygghet i intervjusituasjonen ble vektlagt helt fra begynnelsen. Vi plasserte oss slik at vi satt ovenfor hverandre med et lite bord mellom stolene som stod vendt litt på skrå ca. 1 meter fra hverandre. Den nære plasseringen ga meg som intervjuer mulighet til å observere non-verbal kommunikasjon samtidig som de litt fravendte stolene bidro til at settingen ikke ble for direkte.

Før intervjuet startet ble den som skulle intervjues informert om forskningsreglene vedrørende anonymitet og konfidensialitet, og om muligheten for å trekke seg fra studien til et hvilket som helst tidspunkt. Alle ble oppfordret til å fortelle om sine erfaringer med egne ord før diktafonen ble slått på.

Under intervjuene ble det gjort endringer i rekkefølgen på spørsmålene etter hvert som det skjedde naturlig i samtalen, noe det semistrukturerte intervjuet åpner opp for (Kvale & Brinkmann, 2009). Jeg forsøkte imidlertid å ta hensyn til rekkefølgen på spørsmålene med tanke på at de var lagt opp til å gå fra trygge og generelle til mer følelsesladde tema. Samtidig som jeg lyttet til det informantene fortalte, observerte jeg ansiktsuttrykk, gester og bevegelser. I utgangspunktet hadde jeg til hensikt å notere ned denne typen non-verbal kommunikasjon som ikke blir fanget opp av lydopptak. Jeg kom imidlertid til at skriving ville forstyrre samtalen og oppmerksomheten overfor informantene.

Der det var hensiktsmessig fulgte jeg opp med utdypende spørsmål. Det førte til at flere av de temaene som berørte, og som jeg hadde tenkt å spørre om senere, ble initiert av informantene tidlig i intervjuet. Noen av spørsmålene i intervjuguiden ble derfor overflødige, mens andre kom i tillegg. Under samtalen opplevde jeg deltakerne som svært meddelsomme og åpne om erfaringene av behandlingsprosessen. Uten at spørsmålene var direkte rettet mot bakenforliggende årsaker til terapien, kom slike tema opp som noe de hadde behov for å fortelle om. Historier om vonde erfaringer fra barndommen, strevsomme voksenliv og krenkende opplevelser i møte med hjelpeapparatet ble delt og gjorde sterkt inntrykk på meg som intervjuer.

Avslutningsvis spurte jeg hvordan det hadde vært å dele så mange personlige erfaringer med meg. Jeg fikk ingen tilbakemeldinger på at noen hadde opplevd

intervjusituasjonen som ubehagelig eller utrygg. Deltakerne ga uttrykk for at de hadde satt pris på å dele sine opplevelser og tanker, og at de ble mer klar over positive endringer som hadde skjedd siden terapiforløpet. Det kan bety at intervjuene bidro til å forsterke og vedlikeholde en god utvikling, og at de ga mulighet for en god rekonstruksjon av historien til hver enkelt. Når det gjelder opplevelsen av meg som intervjuer uttrykte to av informantene spontant; «Jeg ser det i øynene dine ... at du også har opplevd ting i livet, og da skjønner du litt hva jeg snakker om» og «... det er noe med måten du er på som gjør at jeg føler jeg kan stole på deg». Jeg opplevde uttalelsene som gjensidig tillit i forsker-informant-relasjonen, og fikk en god følelse av at vi hadde noe til felles.

Alle som ble intervjuet fikk opplyst at de kunne ta kontakt med poliklinikken dersom de hadde behov for oppfølging i etterkant av intervjuet. Ut fra responsen jeg fikk, følte jeg meg trygg på at intervjusituasjonen ikke hadde påvirket informantene med tanke på «tilbakefall» eller retraumatisering. Det falt seg naturlig å takke for deltakelsen med å gi hver enkelt en klem og ønske vedkommende et godt liv videre.

Analyse av datamaterialet

Transkribering

To dager etter at intervjuet var gjennomført ble data transkribert. Under transkriberingen fikk jeg mulighet for å lytte til samtalene på en ny måte. Det førte til at jeg oppdaget nye sider ved materialet som jeg ikke hadde lagt merke til under intervjuene. Dette kunne dreie seg om utsagn som jeg hadde glemt eller ikke hørt godt nok fordi informanten snakket fort. Emosjonelle uttrykk som sukk, latter, stemmeleie og stillhet ble notert i parentes, mens tekst i kursiv representerte ord som informantene la ekstra trykk på. For å få meningsinnholdet bedre fram ble bokmålsform benyttet i stedet for dialekt. En fortetting av teksten ble gjort for å få tekstens innhold tydeligere fram. Det innebar at enkelte setninger som ikke hadde relevans for tekstens mening ble utelatt.

Transkribert tekst utgjorde 104 tettskrevne sider (linjeskift 1, uten avsnitt), som dermed ble grunnlaget for påfølgende analysearbeid.

Analyse

Jeg valgte en tematisk analyse av datamaterialet for å belyse hvordan mennesker som har opplevd traumer erfarer en behandlingsprosess som involverer kroppslig berøring. Dette innebar å gå i dybden på temaene som pekte seg ut som relevante for å kunne svare på problemstillingen (Patton, 1990). En annen grunn til valg av tematisk analyse var at jeg var ute etter likheter eller forskjeller mellom informantenes uttalelser (Thagaard, 2009). I temaanalyse kobles tekstens underliggende meninger sammen i kategorier hvor et tema består av meningstråder som går igjen som en tendens innenfor eller på tvers av kategoriene (Graneheim & Lundman, 2004).

I analyse og tolkning av data jobbet jeg i henhold til den hermeneutiske sirkel (Gadamer, 1977). Det innebar å være bevisst min egen og tekstens «horisont». Med utgangspunkt i egen forforståelse dannet jeg meg først en forståelse av datamaterialet som helhet. Deretter ble de ulike delene av materialet (teksten) fortolket og satt i relasjon til helheten (Kvale & Brinkmann, 2009). Det ga ny forståelse til helheten, og førte til at jeg stilte spørsmål ved andre deler av teksten. På den måten vekslet jeg mellom å ha fokus på relevante begreper og teori som grunnlag for å forstå og beskrive fenomenet. Det førte til at forståelse av delene i teksten og tekstens helhet ble forandret og utvidet gjennom hele analyseprosessen. Gjennom denne formen for systematisering og tolkning av informantenes uttalelser utviklet kategoriene seg.

Arbeidsmåten var induktiv, noe som innebar at kategoriene ble utviklet som et resultat av datamaterialet og annen forskning (Thagaard, 2009). Det innebar at jeg leste teori for å forstå traumefeltet, samtidig som det var empirien og informantenes uttalelser som styrte utvikling av kategoriene. Kategoriene framkommer derfor som et resultat av informantene uttalelser, og ble til ved at jeg så etter utsagn som ga mening og som fikk fram den enkelte deltakers opplevelse.

I analysearbeidet hørte jeg først igjennom intervjuene. Etter hvert merket jeg at mange av temaene hadde noen likhetstrekk og ville være egnet til å bli slått sammen til kategorier på et senere tidspunkt. Jeg oppdaget også temaer som ikke dreide seg om informantenes erfaringer med terapien. Denne prosessen fortsatte under transkriberingen. For å forstå helheten valgte jeg å lytte til hvert enkelt intervju på nytt etter at teksten var ferdig transkribert, samtidig som jeg noterte ytterligere tanker og

refleksjoner om innholdet. Deretter foretok jeg en grundig gjennomlesning av hvert enkelt av de transkriberte intervjuene.

Neste analysefase dreide seg om å finne meningsbærende enheter i det skriftlige materialet og organisere dem i kategorier og tema. Hensikten var å redusere informantens uttalelser til meningsfortettet tekst (Kvale & Brinkmann, 2009). Det innebar at hvert enkelt intervju ble delt opp i mindre deler bestående av enkeltsitater. Disse ble samlet i et nytt dokument og markert med én farge for hvert intervju. Deretter ble den fortettede teksten skrevet ut og klippet opp i tekstbiter bestående av åtte enheter av oppklippede sitater. Fargemerkingen var nødvendig for å kunne knytte sitatene opp mot det opprinnelige intervjuet og helheten. Dette arbeidet ble gjort i samarbeid med en erfaren kollega med hensikt å skape rom for flere tolkninger og mulige tilnærminger.

Vi begynte med å fordele sitatene i forhold til temaer som jeg tidligere hadde notert meg. Noen av disse temaene ble vurdert å være overlappende og ble derfor slått sammen. Sitatene ble først fordelt i forhold til ni temaer. Deretter ble sitatene grundig gjennomlest en gang til og flere temaer ble slått sammen. På dette stadiet vekslet vi mellom å ha nærhet og avstand til teksten; dels ved å fokusere på innholdet i hvert enkelt sitat, dels ved å reflektere rundt mening på tvers av ulike temaer. Noen av sitatene viste seg å være lite relevante for studien og ble dermed utelatt. Tekst som ble vurdert å være beslektet, ble gruppert sammen og dannet til slutt overbyggende kategorier med tilhørende underkategorier. Deretter ble sitatene lest gjennom på ny som en forsikring om at de ble plassert under riktig kategori. Ved tvil om kategoritilhørighet hadde vi mulighet for å gå tilbake til den opprinnelige transkripsjonen og vurdere teksten opp mot helheten i intervjuet.

Etter hvert utviklet det seg tre kategorier som utgjør studiens funn. Neste steg var å beskrive og drøfte funnene. Det innebar at hver kategori med underkategorier ble beskrevet ved hjelp av illustrerende eksempler fra datamaterialet, inkludert en datanær tolkning av disse. Deretter ble illustrasjonene med tilhørende tolkning drøftet for hver av de tre kategoriene. Til slutt ble de tre drøftingsavsnittene sammenfattet i en mer overordnet drøfting knyttet til et felles tema som utpekte seg for de tre kategoriene. Dette avsnittet utgjør studiens sluttkommentar.

Forskerrollen

Det terapeutrollen og forskerrollen har til felles er bruk av seg selv i samhandling med den andre. Jeg var hele tiden klar over at min rolle som forsker påvirket forskningsprosessen og dermed ville være avgjørende for kvaliteten på studien (Kvale & Brinkmann, 2009). Dette er særlig viktig i en kvalitativ studie hvor jeg anvender meg selv som et sentralt verktøy i både datainnsamling og analyse.

Forskningsprosessen handler om å bestemme fenomener, hva som forårsaker dem og hva de fører til. For å få fram denne kunnskapen vil det også være nødvendig å prøve å stille seg mest mulig objektiv til det en finner. Husserl brukte begrepet *epochè* (skeptisisme) på dette forholdet (Giorgi, 2009). Det innebærer å sette i parentes («bracketing») alle sine antakelser og sin faglige bakgrunn slik at en får en mer direkte tilgang til fenomenene og informantens oppfattelse av dem. På den andre siden vil en objektiv, nøytral holdning til det som skal studeres i realiteten neppe være mulig. Det er kanskje heller ikke ønskelig, da det vil kunne føre til at en mister «den personlige, nære og levende kontakten en har med sitt materiale, som gir kraft og mulighet til å få ny kunnskap ...» (Eid, 2009, s. 40). Jeg er klar over at jeg som forsker påvirkes av mine subjektive og individuelle teorier, blant annet fordi jeg har hatt ønske om å få fram kunnskap om kombinasjonen kroppslig berøring og traumeterapi i forskningssammenheng. Det innebar at jeg har satt meg inn i teori som særlig underbygger prinsippene for slik behandling. Min forforståelse kommer således til uttrykk både når det gjelder valg av tema, problemstilling, utformingen av spørsmålene i intervjuguiden, samt valg av oppfølgings spørsmål underveis i intervjuene. I tillegg har mitt faglige perspektiv vært med på å farge tolkningene med mine verdier.

Min forforståelse har bidratt til å gi studien et deduktivt preg, ettersom kunnskapen jeg tilegnet meg i skriveprosessen har påvirket hele studien. Samtidig har jeg hatt en induktiv tilnærming ved å ha fokus på opplevelsen til den enkelte informant, både i intervjusituasjonen og den påfølgende analyseprosessen. Det innebar at jeg var åpen for at nye perspektiver kunne oppstå underveis i prosessen, og at min egen erfaring og kunnskap således har inngått i en gjensidig påvirkningsprosess med informantene og de tendenser i datamaterialet som utviklet seg. Det kan tenkes at min forforståelse, inkludert min faglige bakgrunn som psykiatrisk sykepleier, familierapeut og ILT-terapeut, kan ha bidratt til å åpne opp for en dypere innsikt i deltakernes opplevelse av behandlingsprosessen, og at dette har tilført studien et mer personlig og levende preg.

Gjennom å gjøre rede for min egen forutforståelse i tilknytning til erfaringer og kunnskap om fenomenet jeg studerer, har jeg forsøkt å legge til rette for en kritisk vurdering fra leserens side med tanke på om og hvordan min forforståelse og mine erfaringer kan ha påvirket studiens resultater.

Kvalitet i forskningen

Kvalitet handler om kvalitetsaspekter gjennom hele prosessen. Et aspekt er hvorvidt jeg som forsker har forstått kunnskapsfelt og metoder og gjort mine valg for å få kunnskap om informantenes forståelse av fenomenet som studeres. Kvalitet handler også om å gjøre rede for måten data er innhentet på, transkribert, analysert, fortolket og formidlet. Den kunnskapen som utvikles gjennom forskning vil alltid være kontekstbundet, det vil si at den er knyttet til sammenhengen den utvikles i (Kvaale & Brinkmann, 2009). I denne studien er data innhentet gjennom intervju, som danner utgangspunktet for å forstå informantenes livsverden og den mening den enkelte knytter til sine opplevelser og erfaringer. Bruk av diktafon bidro til at jeg kunne være ekstra oppmerksom på dynamikken i samtalen og konsentrere meg om de ulike temaene som kom opp. Et annet forhold som kan ha styrket studiens kvalitet er at jeg møtte informantene fysisk, til forskjell fra for eksempel telefonintervju.

Det kvalitative intervjuet er basert på at data utvikles i samspillet mellom forsker og informant. I dette samspillet var det viktig at jeg forsøkte å gjengi informantenes uttalelser så nært opp mot deres opplevelser og forståelse av virkeligheten som mulig. For å ivareta deltakerperspektivet deltok derfor en kollega under analyseprosessen. Felles oppfatninger hos flere forskere kan muligens underbygge studiens troverdighet.

Ettersom jeg har lang erfaring som terapeut og følte meg trygg i samtalsituasjonen, vurderte jeg at det ikke var behov for å øve meg på intervjusituasjonen. I ettertid ser jeg at et prøveintervju kunne ha bidratt til nyttig innsikt om hvordan forskerrollen er forskjellig fra terapeutrollen. Ved å intervjuer en kollega kunne jeg blitt mer bevisst egen intervjustil; om jeg var lydhør og lyttende nok, om jeg ga den andre nok tid til å svare på spørsmålene, og om jeg stilte relevante oppfølgingsspørsmål som bidro til å utdype temaene (Kvale & Brinkmann, 2009). For å lære mer på dette området kunne veiledning med en erfaren forsker i etterkant av et slikt prøveintervju vært relevant.

At jeg som forsker transkriberte alle intervjuene selv er med på å styrke kvaliteten av analyse materialet. Under transkriberingen kunne uklarheter dermed oppklares ved hjelp av min egen hukommelse. Dette er også noe Malterud (2011) anbefaler. Med hensyn til anonymitet ble teksten oversatt til bokmål. Når det er få informanter vil sitatene lettere kunne knyttes til en persons dialekt, og muligheten for å bli gjenkjent vil være større.

Et forhold som kan ha påvirket forskningens kvalitative aspekt er at det på intervjutidspunktet hadde gått opp til to år siden behandlingen foregikk. Tiden har betydning med tanke på å huske detaljer. Tid etter behandling kan på den annen side være positivt for å få kunnskap om hvilken *betydning* terapien har hatt for personen i etterkant.

Under intervjuene ble jeg berørt av informantenes ærlige fortellinger, samtidig som min oppmerksomhet var rettet mot den andres prosess. Jeg forsøkte ikke å skjule at jeg kjente på tristhet og ble blank i øynene når historier om misbruk, avvisning og smerte ble fortalt. Noen ganger følte det mest riktig å ta imot og «romme» det som ble fortalt uten å si så mye, mens jeg andre ganger stilte utdypende spørsmål eller reflekterte tilbake det jeg hadde hørt med litt andre ord. Et dypt og følelsesmessig intervju hvor en kommer bak overfladiske forhold vil ifølge Frønes (2001) kunne styrke forskningens kvalitet, siden det dypt følte er det mest «sanne».

Jeg har sagt noe om hvilke aspekter som ivaretar kvalitet i forskning. Dette tydeliggjøres videre gjennom redegjørelse for hvilken rolle begrepene pålitelighet og gyldighet har i forskning.

Pålitelighet og gyldighet

I vurdering av troverdighet er pålitelighet (reliabilitet) og gyldighet (validitet) sentrale begreper (Thagaard, 2009). Pålitelighet handler om at jeg som forsker har gjort rede for hvordan data utvikles og funnenes konsistens (Kvale & Brinkmann, 2009). Det har jeg gjort ved å forsøke å gjøre forskningsprosessen så gjennomsiktig som mulig, det vil si beskrive framgangsmåten for hvordan data ble samlet inn og analysert.

Å etterprøve resultatene i en kvalitativ studie er vanskelig. Det vil ikke være mulig å komme fram til de samme tolkningene og resultatene på grunnlag av de samme intervjuene for en annen person, simpelthen fordi en annen forsker, på bakgrunn av egen erfaring og kunnskap, ville hatt helt andre «briller» å betrakte verden ut ifra.

Hensikt er heller ikke å utvikle repliserbare funn, men frambringe økt forståelse av fenomenet som et ledd i kunnskapstilfanget på feltet.

Gyldighet i kvalitativ forskning har å gjøre med om en metode er egnet til å undersøke det den skal undersøke (Kvale & Brinkmann, 2009). I praksis handlet dette om at jeg har stilt spørsmål ved de tolkningene jeg har kommet fram til for å finne ut om de reflekterte det jeg faktisk ønsket å vite noe om. Dette er ivaretatt ved at jeg har forsøkt å holde en rød tråd innenfor og mellom de ulike delene av oppgaven. Også her er det opp til leseren å vurdere om det er sammenheng mellom valg av teori og bruk av denne i drøfting av de resultatene jeg kom fram til. Det er gjennom utførlig beskrivelse av funnene og forskningsprosessen at grunnlaget legges for at informasjonen kan brukes som troverdig veiledning for andre. Leseren vil da kunne vurdere om funnene er knyttet til forskningsbasert teori og ikke bare egne synsinger og personlige tolkninger. Hvis resultatene av intervjuene vurderes som rimelig pålitelige og gyldige gjenstår spørsmålet om de er overførbare.

Overførbarhet

Gjennom tolkning av informantenes uttalelser har jeg forsøkt å identifisere noen mønstre i det de har erfart og opplevd. Å belyse alle sider ved et fenomen, eller ny kunnskap om sider ved et fenomen, vil være viktig i kunnskapsutvikling om fenomener. Dypere innsikt om hva fenomener betyr for mennesker er viktig for studiens overførbarhet. Spørsmålet er om forståelsen som utvikles innenfor en studie også kan være relevant i andre sammenhenger (Thagaard, 2009). Det er et håp at kunnskapen jeg har utviklet kan komme til nytte i videre utvikling av helsefremmende hjelp for mennesker med lignende problemer. Det også ønskelig at informantene vil anerkjenne tolkningene som formidles i teksten og se noen nye sammenhenger i eget liv. Psykisk helse som fag i skolen, med tanke på å forebygge psykiske vansker og fremme god psykisk helse hos elevene, er enda ikke en realitet. Forskning med fokus på hvordan vonde barndomsopplevelser påvirker individets helsemessige tilstand negativt senere i livet og hvordan voksne kan møte de barna det gjelder, kan tenkes å støtte ideen om et eget psykisk helsefag i skolen, hvor praktiske avspenningsmetoder som berøring/massasje og mindfulness vil kunne inngå som elementer i undervisningen.

En hypotese om utbredelse av funnene mine kan eventuelt testes i en framtidig kvantitativ studie.

Etiske hensyn

For å imøtekomme det offentlige krav til vitenskapelig aktivitet har jeg i denne studien fulgt etiske prinsipper i form av retningslinjer og lover (Thagaard, 2009). Jeg har intervjuet mennesker med traumbakgrunn og stilt spørsmål om deres følelser, opplevelser og erfaringer knyttet til terapi. I møter med slike mennesker vil det kanskje være særlig viktig å overholde etiske retningslinjer og være opptatt av å ivareta informantene på best mulig måte. Retningslinjene er fulgt med utgangspunkt i «Den nasjonale forskningsetiske komité for samfunnsvitenskap og humaniora» (NESH, 2006). Dette er gjort på følgende måte:

Informantene fikk tilsendt samtykkeskjemaer (vedlegg 3 og 4) og et informasjonsbrev om prosjektet (vedlegg 1) hvor det framkom at de kunne trekke seg fra studien når som helst uten å oppgi grunn. Allerede i første telefonsamtale ble prinsippet om frivillighet understreket ovenfor den enkelte deltaker. Dette ble presisert i søknad om godkjenning til Norsk Samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD) som har akseptert prosjektet (vedlegg 5). Det ble i tillegg søkt godkjenning via Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) (vedlegg 6) som har vurdert at godkjenning fra deres side ikke er påkrevd for gjennomføring av prosjektet med begrunnelsen at behandlingsmetoden ILT er en etablert metode.

Intervjuene ble anonymisert for å unngå gjenkjennelse av informantene. Dette er ivare tatt ved at det ikke framkommer personlige opplysninger som kan knyttes til den enkelte, som sykdomsforhold, familierelasjoner, arbeid eller stedsinformasjon. Slik jeg har presentert data i det endelige resultatet av studien er det kun informantene selv som skal kunne kjenne seg igjen. Videre har informantene fått fiktive navn for å bevare anonymitet. Når det gjelder behandling sinstitusjonen er denne ikke nevnt med navn eller omtalt på måter som kan føre til at den kan identifiseres.

Alle data i undersøkelsen er sikret på en forsvarlig måte. Deltakerne ble i starten informert om at alt sensitivt materiale knyttet til prosjektet ville bli innlåst i et skap hvor kun jeg hadde tilgang til nøkkelen, og at opplysningene ville bli destruert ved prosjektslutt. Informantene ble videre gjort oppmerksom på at det ikke skulle hentes inn personopplysninger fra deres journaler. Jeg var videre innforstått med at informasjon som kom fram under intervjuene ikke skulle overføres deres journaler i poliklinikken.

Å intervju tidligere klienter som har gått i psykiatrisk behandling innebar at jeg som forsker måtte tenke nøye gjennom hvilke psykiske belastninger det kunne medføre for dem å være med i studien. Det innebar å unngå å gå videre med en tematikk som informantene så ut til å vegre seg mot å snakke om. Dette ble ivaretatt ved at jeg tilstrebet en holdning preget av sensitivitet og respekt for deres grenser. Ovenfor informantene ble dette formidlet gjennom at jeg understreket at de kunne være så åpne i sine svar som de ønsket, og at de selv kunne sette grenser for hva de ville svare på av mine spørsmål. Jeg var klar over at spørsmålene kunne komme til å reaktivere sårbare temaer og gi følelsesmessige reaksjoner som kunne bli vanskelig å håndtere. For å sikre best mulig ivaretagelse av informantene ble det derfor sørget for kontakt med informantenes fastlege i forkant av intervjuene. Dette med tanke på eventuelt behov for ny henvisning til behandling.

TEORI

Dette kapitlet vil presentere ulike teoretiske perspektiver på traumefenomenet og belyse noen sentrale forhold i endringsprosesser og traumbearbeiding. Det er flere grunner til at jeg har valgt traumeperspektivet som utgangspunkt for denne studien. Den viktigste grunnen er at dette perspektivet, i motsetning til tradisjonell psykiatri, ser psykiske problemer i en personhistorisk sammenheng ved at det legger inntryksfulle tidligere hendelser til grunn for senere plager. På denne måten fanger perspektivet opp mer av «hele mennesket». En annen grunn er at det i senere tid har foregått en omfattende teoriutvikling innen traumeforståelse og traumebehandling som eget fag. Belliggende et sted mellom en mer tradisjonell psykiatrisk forståelse og en fenomenologisk forståelse av mennesket, gir traumeteorien en rekke gode svar.

Valget av traumeperspektivet betyr imidlertid ikke at denne studien begrenser analysene til hvorvidt de passer inn i traumeteorien eller ikke, eller forsøker å «presse» en traumeforståelse ned over det empiriske materialet. Like fullt har jeg funnet traumeperspektivet som det best egnede teoretiske utgangspunkt for å kunne analysere mine funn. I det levde livet vil det hele dessuten fortone seg litt annerledes. Til tross for en rekke gode definisjoner av begrepet traume, er det ikke alltid like lett å bestemme om det er dette det handler om når et menneske søker hjelp. I et behandlingsforløp vil de belastende erfaringene og de problematiske følgene av dem kunne ligne på erfaringer som mange av oss kan kjenne seg igjen i. Som terapeut vil en møte et annet menneske med et vondt og vanskelig liv, og noen ganger blir det etter hvert klart at det er et traume som en må forholde seg til. Gode, helende terapiforløp vil imidlertid inneholde mange av de samme faktorene uavhengig av hvilken merkelapp en setter på menneskers vansker. Jeg skal i det følgende gjennomgå noen av disse faktorene.

Traumeerfaringen

Traumbegrepet gjennom historien

Begrepet *traume* som betegnelse på alvorlige krenkelser og overbelastninger av mennesket har i varierende grad vært til stede i de psykiatriske fagmiljøene gjennom de siste hundreårene.

Ifølge Blindheim (2012) brukte pionerene Freud, Breuer, Janet, Briquet og Charcot begrepet *traume* på slutten av 1800-tallet for å beskrive hvordan seksuelle

overgrep og andre ekstreme påkjenninger i barndommen kunne få konsekvenser i form av psykiske og kroppslige symptomer i voksen alder. Det var hos pasienter med diagnosen hysteri at de oftest fant slike sammenhenger. Disse teoriene møtte massiv motstand i det psykiatriske fagmiljøet på den tiden. For å berge sin karriere erstattet Freud sin opprinnelige traumeteori med teorien om den infantile seksualiteten. Innenfor den nye teorien ble ødipuskomplekset forklart som kvinners historier om seksuelle overgrep som ubevisste og forbudte seksuelle fantasier om sin egen far. På samme måte som Freud etter sin snuoperasjon, mente Babinski (ibid.) at traumesymptomer ikke var reelle og at de kunne forklares med suggesjon. Denne forståelse av hysteri ble stort sett rådende i det psykologiske fagmiljøet. Janet, derimot, opprettholdt sin opprinnelige forståelse av posttraumatiske og dissosiative plager som forårsaket av barndomstraumer. Hans traumeteori ble imidlertid lite anerkjent, og traumeperspektivet ble stort sett fraværende i fagmiljøet gjennom flere tiår.

Selv om det etter hvert ble gjort studier på forekomsten av hysteri og traumer hos soldater under første verdenskrig, var det først og fremst feministbevegelsen på 1980- og 90-tallet som presset på for å få traumeperspektivet tilbake i fagmiljøene. Heller ikke på det psykiatriske området fant kvinner seg i at de skulle bære skylda for menns maktbruk og overgrep (Herman, 1992). Blikket ble på ny vendt mot misbrukserfaringer i barndommen, og Janets traumeteori fikk dermed en ny renaissance. Dette har ført til en betydelig utvikling av kunnskap om sammenhengen mellom traumatiske hendelser og psykisk helse (Blindheim, 2012). Hvordan kan så traumatiske erfaringer forstås?

Traume som fenomen

Fenomenet traume handler om smertefulle erfaringer av å bli krenket. Ordet traume/trauma betyr i sin greske opprinnelse «å trenge igjennom», «gjennomhulle» (eng. «to pierce») og innebærer at noe som opprinnelig var intakt har blitt skadet (Eid, 2012). Traume blir ofte brukt om belastningen fra ulike typer hendelser, som vold, seksuelle overgrep og ulykker.

Anstorp og Benum (2014) forstår traume som en reaksjon på uutholdelige hendelser som ikke kan integreres i bevisstheten. Den psykologiske siden ved et traume handler om en opplevelse av intens frykt, hjelpeløshet og skremsel knyttet til hendelsen, og viser til sår som ikke er leget. Reaksjonene kommer imidlertid ikke bare til uttrykk i

menneskets psyke, men kan like gjerne komme til uttrykk kroppslig. En traumatisk erfaring rammer alltid kroppen som helhet (Kirkengen & Næss, 2015).

Begrepet krenkelse er nært knyttet til traumebegrepet. I tillegg til å peke på selve handlingen viser det å bli krenket til den sansemessige og/eller følelsesmessige erfaringen hos den traumeutsatte. Den vil alltid være vond eller ubehagelig og føles følgelig som smerte. «I vid forstand synes det å ha grenser som ikke krenkes eller brytes å være grunnleggende viktig for mennesket og menneskekroppen, da det handler om menneskets selvbevarelse og overlevelse» (Eid, 2012, s. 255).

Det er vanlig å skille mellom ulike typer traumatiske hendelser. Et skille går mellom tilfeldige traumer, som naturkatastrofer og ulykker, og traumer påført av andre mennesker, som krigsopplevelser, vold og omsorgssvikt. Innen traumeteori deles gjerne ulike traumatiske hendelser inn i type I- og type II-traumer. Type I-traumer omfatter enkeltstående traumehendelser som de aller fleste ville opplevd som ekstremt truende, som for eksempel å bli voldtatt eller utsatt for blind vold. Slike traumer forårsaker ofte det som diagnostiseres som en posttraumatisk stresslidelse (PTSD) (Blindheim, 2012). Type II-traumer, også kalt kompleks traumatisering, kan oppstå som et resultat av å ha opplevd gjentatte og vedvarende traumatiske belastninger (Herman, 1992). Slike forhold er nødvendigvis ikke bare knyttet til barndommen. Likevel er det barndomserfaringen fagfeltet har sitt hovedfokus på når det gjelder denne typen traumer.

Belastningene som følge av traumer deles vanligvis inn i fire kategorier, benevnt som fysisk mishandling, seksuelt misbruk, emosjonell trakassering og neglisjering (Blindheim, 2012). Når det er barnets omsorgspersoner som utfører overgrepene innebærer det at barnet lever med vedvarende frykt, også når det er overlatt til seg selv (Blindheim, 2012, Braarud & Nordanger, 2014, van der Kolk, 2014). En annen sentral faktor når en blir traumatisert på denne måten, er en manglende erkjennelse av at disse hendelsene faktisk skjer, både for personen selv, familien og samfunnet (Freyd, 1998). Det kan føre til at barnets opplevelser i liten grad blir delt og at barnet ikke blir trodd, slik at det må bære sine smertefulle erfaringer i ensomhet.

I dag er traumepsykologi som fagfelt i ferd med å bevege seg bort fra fokus på enkelthendelser og i retning av et mer utvidet traumebegrep som i større grad rommer utvikling, relasjoner og kulturell kontekst (Braarud & Nordanger, 2014). En har

introdusert begrepet *utviklingstraume* for å beskrive følgene for barn som har opplevd gjentatte og vedvarende traumer. I tillegg har en innført begrepet *tilknytningstraumer*. Dette er brukt om skader som oppstår i det tidlige samspillet mellom barnet og dets omsorgspersoner (Shore, 2009). Begge de sistnevnte betegnelse plasseres under begrepet kompleks traumatisering (type II-traumer).

Konsekvenser av kompleks traumatisering

I et godt utviklingsforløp handler det for barnet om å ha et naturlig forhold til alle sine følelser slik at de kan integreres som en naturlig og anerkjent del av personligheten. Da vil barnet kunne «romme» sine egne følelser. For at det skal skje er barnet avhengig av gode relasjoner og trygghet (Bowlby, 1974). Det er nettopp en mangelfull tilknytning til nære omsorgspersoner som vil kunne gi barnet problemer med å integrere både sine vonde og gode opplevelser (Anstorp m.fl., 2006). Kunnskapen om hvordan opplevelsen av utrygghet virker inn på barnet er derfor viktig for å forstå følgene av vonde barndomserfaringer. Når barnets foreldre, som skal være kilde til trygghet, også representerer fare, kan barnet komme til å oppleve en uløselig konflikt hvor det på den ene siden trenger trøst fra sine omsorgspersoner, mens det på den andre siden må holde avstand. Main og Salomon (1986) mener at dette kan føre til et desorganisert tilknytningsmønster som gir utfordringer med nærhet og avstand til andre. Barnet vil dermed vise uorganisert og kaotisk atferd i situasjoner der andre mennesker er involvert.

Det sentrale i det å bli traumatisert er at hendelsen og dens konsekvenser er så overveldende at personen ikke greier å ta innover seg det som skjer og integrere det i sin bevissthet. Hva en greier å ta innover seg i en faresituasjon vil blant annet avhenge av alder og grad av støtte etter hendelsen (Blindheim, 2012). Når styrken på hendelsen overstiger personens integreringskapasitet vil deler av hendelsen måtte dissosieres eller spaltes av, som et forsøk på å dempe smerten (van der Hart, Nijenhuis & Steel, 2006). Dette kan komme til uttrykk både som psykiske og kroppslige symptomer. Av *psykiske dissosiative symptomer* kan nevnes depersonalisering, amnesi for hendelsen, emosjonell amnesi, flashbacks og stemmehøring. Depersonalisering innebærer at personen vet hva som skjedde, samtidig som en opplever at hendelsen ikke angikk/angår en selv. Med hendelsesamnesi menes at en i perioder holder det som skjedde helt eller delvis bort fra bevisstheten, mens emosjonell amnesi innebærer at det følelsesmessige aspektet ved hendelsen er fortrent. Flashbacks eller gjenopplevelser av traumet, utløses gjerne av indre, kroppslige stimuli eller stimuli i omgivelsene som minner om den opprinnelse

hendelsen, mens stemmehøring kan oppstå som følge av at personen har sterke fordømmende tanker om seg selv. Hvis barnet har vært utsatt for traumatisering av fysisk karakter hender det oftere at *kroppslige dissociative symptomer* oppstår. Slike symptomer omfatter manglende opplevelse av smerte (analgesi), manglende evne til å kjenne berøring (anestesi), samt fysiske bevegelser som oppleves å være utenfor egen kontroll, i tillegg til kroppssmerter, lammelser og kroppslig gjenopplevelse av traumet (Jervell, 2013).

Når individet spalter av smertefulle deler av en traumatisk opplevelse fører det til en dissociert personlighetsstruktur, ifølge van der Hart (2006) og hans kolleger. Det innebærer at personen bruker sin energi til en viljestyrt håndtering og kontroll av dagliglivet samtidig som de vonde minnene dissosieres og holdes borte fra bevisstheten. En tolker det slik at de ikke-integrerte delene av traumehendelsen setter seg i personligheten som en fastfrosset tilstand av opplevelser som ikke er erkjent og fullført. Det betyr at personen vokser i biologisk forstand, mens sentrale deler av personlighetsutviklingen stopper opp på det stadiet traumet utspant seg. På denne måten etableres det en fragmentert personlighet, som en egen identitet eller flere identiteter i personen.

Konsekvensene av kompleks traumatisering er alvorlige og omfattende ved at de rammer hele mennesket (Jervell, 2013). I dagliglivet kan de være årsaken til mange personlige og relasjonelle problemer for dem som er utsatt. De mest grunnleggende konsekvensene er utfordringen med å forholde seg til hele spekteret av følelser, som sinne, maktesløshet, skam og glede. Problemer med oppmerksomhet og bevissthet, som hukommelses- og konsentrasjonsvansker eller mental fjernhet, er også vanlig.

Psykisk sett rammer traumatisering først og fremst selvbildet og individets følelsesliv. Når personen avskyr og fordømmer det vonde og vanskelige i sitt eget indre kan det føre til en opplevelse av seg selv som skitten, ødelagt, motbydelig, hjelpeløs og ond (RVTS Sør). De relasjonelle utfordringene handler ofte om tillit/mistillit, nærhet/avstand, selvavgrensning og selvhevdelse (Jervell, 2013). Fysiske symptomer kan involvere kroppslig utmattelse, uforklarlig smerte og fysisk sykdom (Kirkengen, 2005).

Traumebelastninger, overlevelse og hjernens utvikling

I de siste årene er det etablert en betydelig kunnskap om hvordan tidlig og omfattende traumatisering virker inn på hjernen og nervesystemet (Perry, 1995, Porges, 1995, Blindheim, 2012). Barn som vokser opp med mye utrygghet vil ofte kunne oppleve hele verden som utrygg og mennesker som farlige og ikke til å stole på. Til tross for økende forskning om hvordan traumeerfaringer i barndommen påvirker individets helse blir barns atferd og reaksjoner på traumatiske belastninger ofte tolket dithen at det er noe galt med barnet (Blindheim, 2012). Barne- og ungdomspsykiatriens fokus på utredninger og diagnoser kan ofte gi slike konklusjoner.

For å forstå hvordan barnets, og siden den voksnes reaksjoner også kan knyttes til (artens) overlevelse, blir kunnskapen om hjernens oppbygging viktig. Hvert lag eller område i hjernen har sin egen hukommelse og reaksjonsmåte (MacLean, 1973). Det laveste og eldste området, ofte kalt krypdyrhjernen eller sansehjernen, har som hovedmål å sikre overlevelse og regulere autonome kroppslige prosesser, som søvn/våkenhet, sult/metthet, hjerterytme, blodgjennomstrømning, oppmerksomhet og aktiveringsnivå i kroppen. Det midtre området utgjør det limbiske system, også kalt den tidlige pattedyrhjernen eller følehjernen. Den består av hjernestrukturer som regulerer følelser, tilknytning, noen hukommelsesfunksjoner, arbeidsminne, konsentrasjon og oppmerksomhet. I det øvre området av hjernen befinner korteks seg, også kalt neokorteks eller tenkehjernen. Den er involvert i bearbeiding av inntrykk, rasjonell tenkning, språk, minner og bevissthet.

Ettersom det limbiske system er nært forbundet med overlevelsesfunksjoner knyttet til ytre farer, har det en sentral posisjon i forhold til traumatisering (Shore, 2009, Blindheim, 2012, van der Kolk, 2014). En viktig struktur i det limbiske system er amygdala. Denne hjernestrukturen mottar sansemessig informasjon fra den ytre verden og fungerer som en alarmsentral for informasjon som kan innebære en trussel eller fare. Ytre faresignaler rekker fram til amygdala tidligere enn den rasjonelle tanken, og resulterer i emosjonell aktivering ved at kroppen skiller ut stresshormoner. Disse har til hensikt å tilføre kroppen nok energi i en faresituasjon, og dermed gjøre individet i stand til å respondere best mulig med tanke på overlevelse.

Perry (1995) beskriver to spekter av overlevelsesresponsers som trer i kraft ved fare. Det første er et *overaktiveringspekter* bestående av tre reaksjonsformer som tas i

bruk når en har mulighet til å forsvare seg aktivt. Den første formen er å kjempe imot. Den andre formen er å flykte fra en faresituasjon. Den tredje formen for aktivt forsvar er frys-responsen som sørger for at personen stivner til fysisk i et forsøk på å begrense skadeomfanget, samtidig som den kroppslige aktiveringen er høy. Slike aktive responser er ifølge Perry mest typisk for gutter og menn. Det andre spekteret av overlevelsesresponser er *underaktiveringsspekteret* som også kan tolkes som en passiv variant av frysresponser. Underaktivering slår inn når aktive handlinger i form av å kjempe eller flykte ikke oppleves som mulig. Dette spekteret omfatter overlevelsesresponser fra lav kroppslig aktivering, som dissosiasjon, nummenhet, unngåelse og ettergivenhet; til total lammelse og besvimelse. Slike reaksjoner mener Perry er mest typisk for jenter og kvinner.

Barn som vokser opp i nære relasjoner som er belastende og traumatiserende vil i sin utvikling lære seg hvilke overlevelsesreaksjoner som er mest nyttige. I ettertiden, i situasjoner som oppfattes som farlige og emosjonelt belastende, vil de bruke en eller to av disse hyppigere enn de andre (Walker, 2013). Målet med overlevelsesreaksjonene er å skape trygghet for seg selv. I et overlevelsesperspektiv vil slike handlingsmønstre være bedre enn å ta de vonde følelsene og opplevelsene innover seg. En viktig konsekvens av slik adferd blir imidlertid at hendelser og følelser, eller deler av dem, blir forhindret fra å bli integrert. Barnet, ungdommen og siden den voksne, vil dermed fortsette å anvende overlevelsesstrategier da disse har hatt en ivaretagende funksjon og har holdt en i live tidligere.

Overlevelsesstrategiene aktiveres vanligvis når noe minner om den opprinnelige faren. Slike ytre eller indre «triggere» kan dreie seg om steder, personer, blick, lukt, kroppsfornemmelser og andre inntrykk som virker reaktiverende. Her spiller amygdala en stor rolle (Blindheim, 2012, van der Kolk, 2014). For å unngå fare i framtiden må amygdala «huske» faresituasjoner godt. Hjernen vil derfor lagre informasjon om tidligere hendelser som kan true individets overlevelse. Denne utviklede beredskapen kan utløse emosjoner, tanker og atferd hos den enkelte tilsvarende den opplevde smerten i de tidligere traumesituasjonene. Personen går da inn i «en annen verden», hvor i hovedsak overlevelsesperspektivet gjelder (Blindheim, 2016). Å oppholde seg i denne tilstanden kan for de mest utsatte føre til vedvarende repetisjon av det opprinnelige traumat og gi problematiske, helsemessige konsekvenser.

I den amerikanske psykiatriske diagnosemanualen «The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders» (DSM-V) sin forståelse av Posttraumatisk stresslidelse (PTSD), deles symptomene inn i tre grupper. Den første gruppen av symptomer omhandler gjenopplevelse av den traumatiske hendelsen. Den andre gruppen av symptomer innebærer unngåelse av stimuli som minner om traumatet. Den tredje gruppe av symptomer innebærer forhøyet kroppslig aktivering (American Psychiatric Association, 2013).

Helnings- og terapiprosessen

Endring

I all behandling og terapi er det et mål om endring i form av å oppleve en bedret livskvalitet og være mindre plaget og påvirket av sine psykiske, fysiske og sosiale problemer (Borg, 2009). Det skilles gjerne mellom å ha en prosessorientert og en resultatorientert holdning til bedring i terapi. Prosessorientert bedring tar utgangspunkt i at menneskelig utvikling tar tid og at visse faktorer i hjelperelasjonen må være på plass for å kunne støtte bedringsprosessen. Det innebærer at den som søker hjelp opplever at egne idéer og tanker om endringsmuligheter blir etterspurt av hjelperen. Slik vil klientens egen «endringsteori» utvikles som grunnlag for behandlingen (Duncan & Miller, 2000).

I den andre holdningen har terapeuten sitt utgangspunkt i teoretiske modeller og behandlingsteknikker som skal føre fram til et definert mål. Slik resultatorientert bedring viser til fagfolks og organisasjoners behov for dokumentasjon av effekt, og har fokus på at terapien skal føre til et avsluttende resultat som «ferdigbehandlet» eller en bedre funksjonsskåre (Borg, 2009). Med dette fokuset står en imidlertid i fare for å overse klientens nødvendige bidrag for at endringsprosessen skal bli vellykket.

Flere terapeuter og teoretikere har gjort viktige erfaringer omkring det som kan kalles «forandringens paradoks» (Beisser, 1970) - en «psykologisk lov» som sier at individet ikke vil endre seg når det forsøker å bli noe det ikke er, men først når det blir hva det allerede er, noe også Rogers (1995) påpeker. Det innebærer først å bli seg selv, å være sitt vesen og sine verdier bevisst slik at en kan føle ansvar for dem. Endring vil da kunne etableres i relasjonen på personens eget grunnlag, ikke på grunn av at det oppleves nødvendig å endre seg for å bevare kontakten med den andre. Dette betyr at

mennesker forandrer seg mest dyptgående når de ikke behøver det på grunn av ytre tvang eller andres ekspertmål, men når de gjør det av egen fri vilje i en trygg relasjon. Denne ofte overraskende erkjennelsen samsvarer med terapeutisk endring gjennom klientens opplevelse av betydningsfulle vendepunkt i form av gjennombrudd i behandlingen, på engelsk ofte benevnt som «epiphany» (hellige øyeblikk) (Denzim, 1989 i Fletcher, 2008). Det dreier seg om sterke opplevelser som oppstår her og nå gjennom at viktig innsikt åpenbarer seg. Endring kan da skje ved at tidligere erfaring bevisstgjøres og omdannes til et narrativ (Stern, 2004). En viktig kontekstuell forutsetning for at slike vendepunkt eller «moments of meeting» (ibid.) kan oppstå, er at den foregår i «det skapende mellomrommet» mellom klient og terapeut (Berg, 2005). Dette refererer til et «tredje» rom som ligger mellom de private rommene til hver av partene. Schibbye (2001) peker på at en autentisk dialog mellom terapeut og klient ligger til grunn for denne typen helende møter. Når øyeblikket «stiger fram» innenfor dialogen kan fortiden erfares på ny og føre til overskridende endring.

Denne typen dialog mellom terapeut og klient vil gi viktige holdepunkt for en behandling der traumatiske opplevelser skal heles.

Traumehelning – bearbeiding av undertrykte følelser

Traumeterapi blir gjerne beskrevet og praktisert som en faseorientert behandling inndelt i tre faser (van der Hart m.fl., 2006). Faseinndelingen er blant annet gjort med tanke på å forhindre retraumatisering hos klienten. Første fase er en forberedelsesfase som handler om trygghet og stabilisering. Målet er at klienten gjennom psykoedukasjon skal lære seg strategier for å håndtere sterke følelsesmessige tilstander, før terapeuten vurderer det forsvarlig å gå videre til bearbeidingsfasen. I andre fase fokuseres det på traumeminner og bearbeiding, mens det i tredje fase handler om integrering av traumehistorien og nyorientering.

Det er vanlig å benevne den optimale sonen for individets kroppslige og følelsesmessige aktivering for et individs *toleransevidu* (Ogden, Pain, Minton, Siegel & van der Kolk, 2006, Siegel, 1999). Innenfor grensene av ens eget toleransevidu antas det at integrering av ens følelser og erfaringer vil være mulig. I all traumeterapi vil en måtte forholde seg til slike grenser hos den enkelte. *Begrepet* «toleransevidu» er imidlertid konstruert og ingen gitt, objektiv størrelse. For klienten vil opplevelsen dette refererer til blant annet være avhengig av terapirelasjonen og terapisituasjonen.

Når det gjelder hvorvidt tidligere smertefulle erfaringer bør gjenkalles og bearbeides i terapi er fagfolk uenige. Det er enkelte studier som konkluderer med at avdekking av seksuelle overgrep for noen voksne kan gi sårbarhet for psykiske lidelser (Hokland, 2006). Begrunnelsen er at basale psykologiske egenskaper hos mennesker er forskjellig utviklet. Toleranse for sterke følelser og evne til å inngå i mellommenneskelige relasjoner blir nevnt som nødvendige ressurser for at klienten skal nyttiggjøre seg bearbeiding av traumeminner. Det anbefales å arbeide med følelsesregulering og alliansebygging før en avdekker traumeminner gjennom slik konfronterende og avdekkende terapi.

Det at klienten trenger å bli stabilisert for å forhindre at sterke følelser slippes til for tidlig er et utbredt prinsipp. Schibbye (2001) peker på at denne formen for forståelse innebærer et subjekt-objekt-syn på behandling; terapeuten regulerer og styrer terapiprosessen utenfra og klienten er «objektet» som skal endres. En alternativ holdning vil være et subjekt-subjekt-forhold med terapien som en indre styrt prosess, der likeverd og selvaktelse inngår i en verdsetting av klienten. Her vil terapeuten bekrefte («gi autoritet til», *ibid.*) klientens opplevelser og innspill og tåle de forsvarsreaksjonene og den sårbarheten som ligger bak beskyttelsen. Det gir klienten rom til å bearbeide sine erfaringer i sitt eget naturlige tempo, uten behov for en ytre styring fra terapeuten side. I et slikt anerkjennende samspill kan det vokse fram et nytt mot til å undersøke ikke-erkjente emosjoner og sansninger.

Denne studien tar utgangspunkt i at mennesket har nedarvet en rekke emosjonelle disposisjoner - et overlevelsesverktøy bestående av søken, frykt, raseri, lyst, omsorg, sorg og lek (Panksepp & Biven, 2012). Emosjoner kan plasseres innenfor ulike kontinuum, fra god til vond og fra lav til høy aktivering, som et uttrykk for hvordan emosjoner erfarer ulikt avhengig av objektet som det reageres på. Innen traumeperspektivet vil for eksempel grad av aktivering være avhengig av hvilke av overlevelsesresponsene kamp, flukt eller frys den enkelte emosjonen er knyttet til (Frijda, 2008).

Traumeutsatte har ofte med seg erfaringer med å bli straffet og avvist av sine nære omsorgspersoner når de som barn ga uttrykk for sine «sanne» følelser og behov. De har derfor lært å beskytte seg gjennom å undertrykke den mest vitale delen av seg selv. Slik beskyttelse innebærer at barnets opprinnelige følelser (primære emosjoner)

erstattes med overlevelsesreaksjoner (sekundære emosjoner) (Greenberg & Paivio, 1997). Barnets egentlige behov for intimitet, trygghet, grenser, mestring og kontroll holdes dermed skjult for omverdenen. Dette er behov som er ment å sikre overlevelse gjennom trygg tilknytning til nære omsorgspersoner (Bowlby, 1974). Uten hensiktsmessig hjelp vil gjerne slike overlevelsesstrategier følge med individet resten av livet (Blindheim, 2012).

I sentrale deler av traumebehandlingsfeltet har en kommet fram til at det underliggende traumatiske grunnlaget for problemene må bearbeides for at det skal kunne inntre en varig endring i klientens tilstand. Helning av traumer vil derfor innbefatte en bevisstgjøring og gjenopplevelse av traumeerfaringen; først da vil det være mulig å gjøre noe med sporene som traumat har satt i kropp og sinn (van der Kolk, 2014). Jeg har påpekt at traumesymptomer opprinnelig har en viktig funksjon som beskyttelsesmekanisme for å overkomme en traumatisk erfaring (Ruppert, 2008). Følgelig er det beskyttelse mot emosjonell smerte, og ikke smerten i seg selv, som ofte fører til problemer siden i livet. En annen måte å si det på er at lidelse bunner i en urealistisk og problematisk fryktstruktur, noe som ligger til grunn for tanken om at det er nødvendig å gjennomleve frykten for å skape endring (Foa, Hembree & Rothbaum, 2007). I denne konteksten legges det vekt på at tolkning av frykt også er representert i menneskers hukommelse, som et «program» hvis hensikt er å unngå fare.

Frykten blir imidlertid et problem når overlevelsesstrategier som følge av traumer utløses av nokså harmløse stimuli (påminnere). Endring av symptombildet bør derfor innebære at individet eksponeres for den opprinnelige frykten. Det betyr at fortrent frykt aktiveres, samtidig som realistisk informasjon erstatter den opprinnelige, urealistiske informasjonen. Gjennom gjentatte refortellinger av traumehendelsen vil det skje en tilvenning ved at personen lærer at de fryktede konsekvensene mest sannsynlig ikke vil inntreffe. For noen terapiformer gjelder at tanker, følelser og kroppslige sansninger knyttet til hendelsen blir etterspurt av terapeuten. Dermed kan avspaltede deler av opplevelsen bli bevisstgjort og integrert i den opprinnelige hendelsen (Smucker, 2005, Stenmark, 2014).

De fleste traumeterapier forutsetter at både kropp og sinn må med for at helning skal kunne skje (Ogden m.fl., 2006, Levine & Kline, 2007), da et menneske er en helhet av kropp, sjel og ånd (bevissthet) (Damasio, 2004, Lind, 2014). Bearbeiding av tanker

og følelser vil følgelig påvirke kroppen, mens kroppsorientert behandling vil påvirke tanker og følelser. Siden optimal fungering av hjernens høyere lag vil være avhengig av at de lavere lagene av hjernen fungerer, vil en helningsprosess kunne hindres om behandlingen begrenser seg til kognitive teknikker og ikke legger grunnleggende vekt på hvordan følelsene utspiller seg kroppslig. Med samme begrunnelse kan behandling som har et overdrevet kroppslig fokus være skadelig og føre til retraumatisering av klienten. I terapi er det derfor viktig å tenke på balansen mellom de tre lagene i hjernen. En måte å sikre dette på er at emosjonell bearbeiding både skjer kognitivt gjennom innsikt og forståelse («top-down processing») og med utgangspunkt i kroppsorienterte metoder («bottom-up processing») (Ogden m.fl., 2006).

Van der Kolk (2014) utdyper dette temaet når han sier at traumebehandlingen må inneholde flere opplevelsesaspekter enn å fortelle hva som skjedde fra et kognitiv ståsted. Grunnen er at emosjoner og kroppslige sansninger som ble innskrevet i kroppen under traumehendelsen, ikke blir erfart som minner i terapien, men som nedbrytende, fysiske reaksjoner her og nå. Terapi ut fra et kognitivt perspektiv vil ifølge van der Kolk ikke gi adgang til de mest primitive hjernestrukturene. Helning handler derimot om å «restarte» kroppen, for å kunne omfortolke inntrykket av verden som et farlig sted. Derfor mener han at terapi også bør inkludere ikke-vestlige tilnærminger i traumebehandling så vel som i livet for øvrig, som mindfulness, meditasjon, massasje, yoga og dans.

Den forståelsen som ligger til grunn for denne studien har et hovedfokus på hvordan individet i en trygg relasjon våger å ta innover seg og oppleve det som skjer i kroppen i helnings-/endringsprosessen. Denne prosessen kan ifølge Damasio (2004) sammenlignes med sceneskifter i et teaterstykke. Når individet med bakgrunn i en helende relasjon våger å «omfavne» og ta innover seg fortrent smerte, tolkes dette som at det skjer en transformasjon i sinnet ved at ubevisste kroppslige emosjoner blir til bevisste følelser. Følelsene kan nå utspilles på «sinnets teaterscene» og det vil bli mulig å verbalisere og uttrykke disse følelsene. Innsyn i kroppens «skjulte teater» fremmer således helende prosesser som muliggjør en mer autentisk kontakt med ens indre opplevelsesverden – en ny «InnerLifeExperience» som Lind (2014) kaller det. Endringen vil kunne styrke ens opplevelse av seg selv, og dermed gi et mer stabilt og tryggere grunnlag for kontakt med andre mennesker. Som en følge av å bli et mer helt

menneske, der eierskap til egen kropp og psyke er (re)etablert, vil det kunne være mulig å oppnå en tilstand av åndelig utvikling og vekst.

Kunnskap om kropps- og eksponeringsorientert behandling

Jeg skal kort gjennomgå de viktigste metodene som har til mål å gi hjelp til traumeutsatte. De er valgt på grunnlag av at de har fellestrekk med InnerLifeTerapi (ILT), som er metoden bak de empiriske erfaringene i min studie.

Perspektivet til Carl Gustav Jung er den etablerte teorien som inngår i ILT's teoretiske fundamentet. Jungs (1985) analytiske psykologi tar utgangspunkt i konflikten mellom selvet og egoets tilpasning til kultur og samfunn. Metoden har røtter i psykoanalysen og retter seg mot dialogen mellom bevisstheten og de ubevisste energier som finnes i mennesket. Gjennom kompensatoriske motsetninger tenker en at det bevisste og det ubevisste utfyller hverandre til et hele som alltid vil være til stede i samspillet mellom mennesker. Lidelse oppstår således på bakgrunn av konflikter mellom det bevisste og det ubevisste. Gjennom en terapeutisk bevisstgjøringsprosess har individet mulighet for endring gjennom å ta tilbake friheten og vitaliteten som gikk tapt i fortreeningen.

Eksponeringsorientert traumebehandling

Narrativ Eksponeringsterapi (NET) er en standardisert korttidsbehandling for PTSD som kombinerer elementer fra kognitiv atferdsterapi med imaginær eksponering og vitneutsagnsterapi. Metoden var i utgangspunktet tiltenkt å brukes i behandling av traumatiserte flyktninger bosatt i flyktningeleirer. NET er i dag inkorporert i det allmenne helsevesenet (Stenmark, 2014). En litteraturstudie utført av Thomassen (2015) indikerer moderate endringer i diagnostisk status ved NET, samtidig som resultatet viser betydelig symptomreduksjon hos utvalget. I Stenmarks (2014) avhandling ble effektene av NET på flyktninger og asylsøkere med posttraumatisk stresslidelse (PTSD) utforsket. Resultatene ble sammenlignet med ordinær behandling og viste endring i form av reduksjon av både PTSD og depresjon. De som fikk NET viste større grad av bedring av PTSD-symptomer, mens det ikke framkom slike forskjeller ved depresjon.

Både Prolonged Exposure Therapy (PE) (Foa, Hembree & Rothbaum, 2007) og Imagery, Rescripting and Reprocessing Therapy (IRRT) (Smucker, 2005) kombinerer elementer fra kognitiv atferdsterapi med imaginær eksponering. Som i NET er en mulig

endring basert på gjenopplevelse av traumehendelsen med fokus på integrering av tanker, følelser og kroppslige sansninger knyttet til det traumatiske minnet. I en PE-studie (Foa, Rothbaum, Riggs & Murdock, 1991) ble kvinner som hadde vært utsatt for seksuelle overgrep og andre former for misbruk fordelt tilfeldig på en av tre behandlingsbetingelser: Stressvaksinerings trening og støttende rådgivning i tillegg til PE. Metoden med forlenget eksponering viste best resultater på alle mål på psykopatologi. I tillegg tilfredsstilte 55 prosent av kvinnene i PE-gruppen ikke lenger kriteriene for PTSD.

En IRRT studie (Grunert, Weis, Smucker & Christianson, 2007) fikk 23 personer som ikke opplevde bedring av PE-terapi behandling med IRRT. Resultatet viste at 18 av 23 klienter ikke lenger hadde symptomer på PTSD etter 1-2 IRRT behandlinger. Studien konkluderer med at følelser som ikke er fryktbaserte, som skyld, skam og sinne, trenger bearbeiding gjennom kognitiv meningsdanning i tillegg til PE eksponering, noe IRRT inkluderer.

Kropps- og følelsesorienterte metoder

Terapimetoden Emotional-Focused Therapy (EFT) er en følelsesbasert tilnærming grunnlagt av Leslie Greenberg (Greenberg & Paivio, 1997). Metoden tar utgangspunkt i at individet hindres i å heles på grunn av fastlåste indre dialoger. Endring antas å være et resultat av at følelser og reaksjonsmønstre løses opp og frigjøres via klientens «kjernesmerter».

En tidligere studie som tar for seg terapeutisk endring (Greenberg, 1986), peker på en betydelig forskjell mellom forskningsresultater og terapeutisk praksis. Det foreslås en mer kontekstsensitiv tilnærming i forskning om endringsprosessen, hvor blant annet betydningen av den terapeutiske allianse vektlegges mer. En senere studie (Greenberg, 2004) diskuterer tre empirisk støttede prinsipper for terapien, benevnt som emosjonell tilstedeværelse, emosjonsregulering og emosjonstransformering. Det er utviklet en evidensbasert tilnærming for behandling av komplekse traumer - Emotion-Focused Therapy for Complex Trauma (EFTT) (Paivio & Pascual-Leone, 2010) basert på de samme prinsippene som EFT.

Somatic Experiencing (SE) er en kroppsorientert metode utviklet av Peter Levine (1997). Bedring av klientens tilstand antas å skje på bakgrunn av at uforløste, instinktpregede overlevelsesresponsen blir fullført i terapi. Det kan nevnes tre SE-studier

som omhandler tsunamiofre og sosialarbeidere involvert i krisearbeid etter orkaner. Samtlige konkluderer med reduksjon i deltakernes stressymptomer (Leitch, 2007, Parker, Doctor & Selvam, 2008, Leitch, Vanslyke & Allen, 2009).

Sensorimotorisk psykoterapi (SP) (Ogden m.fl., 2006) er en annen kropporientert tilnærming som har likhetstrekk med SE. Metoden er basert på enkle, effektive kropporienterte intervensjoner for at pasienten skal kunne gjenkjenne, sette ord på og utforske traumerelatert somatisk aktivering. Gjenopprettelse av et sammenhengende kroppsforankret selv antas å være grunnlaget for terapeutisk endring. I en pilotstudie fra Canada deltok ti kvinner i en SP-basert gruppe (Langmuir, Kirsh & Classen, 2011). Studien viste reduksjon i PTSD-symptomer, dissosiasjon og økt evne til å ta imot trøst fra andre. En annen publikasjon er en kasusstudie hvor SP ble brukt i tillegg til kognitiv atferdsterapi (Flynn, 2010). Resultatet viste at klienten fikk kontroll over sitt sinn, og ble mer bevisst på hva som trigget egne emosjonelle reaksjonsmønstre.

Metoder som kombinerer terapi med kroppslig berøring

Rosenmetoden ble grunnlagt av Marion Rosen allerede på 1930-tallet, og retter seg mot sammenhengen mellom spente muskler, tilbakeholdte følelser og pusten (Rosen & Brenner, 1991). Metodens teoretiske fundament bygger på at individet adskilles fra eget selv ved å beskytte seg mot smerte gjennom kroppen.

Rosenmetoden er ikke omtalt som en traumemetode, men anbefalt som et supplement til annen behandling, blant annet traumeterapi. Metoden tas med her fordi den i likhet med ILT retter seg mot kroppslige spenninger og dertil bakenforliggende følelser gjennom kroppslig berøring, også kalt *taktil* berøring (Ardeby, 2003). To kvalitative studier om Rosenmetoden ble funnet. Den ene (Hoffren-Larsson, Löwstedt, Mattiasson & Falkenberg, 2013) undersøkte i hvilken grad omsorg er en del av mellommenneskelig samhandling i behandling med Rosenmetoden. Resultatet viste at framgang i behandlingen var et resultat av en terapirelasjon preget av trygghet og tillit. I motsatt fall, når relasjonen ikke stemte, stagnerte behandlingen, noe som ofte førte til skifte av terapeut. I den andre studien (Hoffren-Larsson, Gustafsson & Falkenberg, 2009) ble 53 klienter intervjuet med hensikt å undersøke deres erfaringer med Rosenmetoden. Majoriteten av informantene rapporterte om bedring av psykisk og fysisk helse, økt oppmerksomhet på forbindelsen mellom kropp og sinn og støtte i personlig utvikling.

Norsk psykomotorisk fysioterapi ble utviklet av Braatøy og Bulow-Hansen i 1940-årene, og er i likhet med Rosenmetoden ment som et supplement til annen terapi. Metoden forstår kroppen som meningsbærende og uttrykksfull, og er basert på sammenhengen og gjensidigheten mellom kropp, følelser, person og livssituasjon (Thornquist & Bunkan, 1991). I en kvalitativ studie (Ekerholt & Bergland, 2004) ble 10 informanter i alderen 41-65 år intervjuet om deres erfaringer med metoden. Resultatene viste at terapeutens evne til å kunne lytte aktivt og være sensitiv ovenfor klientens reaksjoner og grenser var viktig. Informantene erfarte også at kroppen representerte en tilgang til egne sanseintrykk, opplevelser og refleksjoner. I en annen kvalitativ studie av Ekerholt (2011) ble 10 tidligere pasienters erfaringer med behandlingsmetoden undersøkt. Resultatene viste at økt oppmerksomhet mot kroppens autonome reaksjoner førte til bedret selvforståelse og opplevelse av større sammenheng i eget liv.

Mindfulness (oppmerksomt nærvær) er ikke en egen behandlingsmetode, men en meditasjonsform. Metoden nevnes her fordi tilnærmingen inngår som en sentral del i enkelte av metodene som nevnes i denne studien. De siste tiår har mindfulness blitt kombinert med psykologisk behandling i økende grad (Binder & Vøllestad, 2010). Gjennombruddet for metoden synes å kunne knyttes til utviklingen av det evidensbaserte programmet Mindfulness Based Stress Reduction (MBDS) (Miller, Fletcher & Kabat-Zinn, 1995). Metoden innebærer en eksistensiell grunnholdning hos terapeut/klient, hvor det tilstrebes full tilstedeværelse med aksept og anerkjennelse av tanker, følelser og kroppsopplevelser som oppstår i øyeblikket. Nærværsperspektivet har slått rot innenfor både atferds- og kognitiv terapi (Linehan, 1993), depresjonsbehandling (Segal, Williams & Teasdale, 2002) og Acceptance and Commitment Therapy (Hayes, Strosahl & Wilson, 1999). Tilnærmingen er videre anvendt for psykologiske plager knyttet til somatisk sykdom (Grossman, Niemann, Schmidt & Walach, 2004) og i forhold til stressmestring og velvære hos normalt friske mennesker (Shapiro, Astin, Bishop & Cordova, 2005).

InnerLifeTerapi

Et helhetssyn på mennesket som bestående av både kropp, sjel og ånd ligger til grunn for Linds (2014) psykologiske konsept InnerLifeExperience, der InnerLifeTerapi (ILT) inngår som en kropps- og følelsesorientert terapimetode. Tanken er at hele mennesket må med i et terapeutisk forløp for at det skal bli i stand til å tåle smerte og forme livet i tråd med sine ønsker (Lind, 2014). Terapien anvendes på et bredt spekter av

helseplager, uten å være rettet mot spesifikke diagnoser. I tillegg til å være basert på Carl Gustav Jungs teorier, er metoden erfaringsbasert. Det innebærer at den også er utviklet på bakgrunn av at klienter har formidlet sine erfaringer tilbake til Lind som behandler.

En ILT-terapeut tilstreber å møte klienten med en åpen, nysgjerrig og fullt ut tilstedeværende holdning. En behandling på halvannen time kan deles opp i tre faser. Første fase kan kalles en *mindfulnessfase*, og innebærer at klient og terapeut sitter rett ovenfor hverandre uten noe bord mellom seg. Etter at klienten har fortalt om et problem eller en utfordring fra sin hverdag, legger vedkommende seg på en benk for å motta massasje i form av taktil berøring. Dette er en massasjeform som består av lette, rytmiske strykninger av klientens kropp. Terapeuten viser sensitivitet med hensyn til klientens bekledding og dekker til kroppsområder som ikke masseres. Parallelt med massasjen inviteres klienten med i en mindfulness-øvelse. En ønsker å få klienten til å være mest mulig til stede her og nå, da dette vil gjøre det mulig å rette oppmerksomheten innover mot kroppslige erfaringer og pust, slik at tankemessig, intellektuell aktivitet nedtones. Klienten inviteres også til å rette oppmerksomheten mot de kroppsområdene som til enhver tid berøres.

Etter at klienten har mottatt 20-30 minutter med massasje i kombinasjon med mindfulness starter fase to, som kan betegnes *bearbeidingsfasen*. Terapeuten fortsetter berøringen og gir klienten mulighet til å verbalisere tanker, følelser, kroppsfornevelser eller bilder som har «dukket opp» under massasjen. Disse kan være knyttet til problemet som ble nevnt i starten av terapitimen eller et omhandle et nytt tema som følge av at oppmerksomheten ble rettet innover mot kroppen. Avhengig av hvilket tema det er snakk om, tar terapeuten i bruk metoder som har til hensikt å styrke forbindelsen mellom klientens kropp og psyke. Et tema kan for eksempel dreie seg om en konfliktfull situasjon med en person i nåtiden, som framkaller sterke reaksjoner hos klienten. Terapeuten vil da ha fokus på følelser som kan ligge bak reaksjonene, og undersøke om disse kan knyttes til minner tidligere i livet. Dersom et vondt minne gjenkalles, guides klienten, i rollen som barnet den gang det skjedde, til å gjenfortelle hendelsen som om den skjer her og nå. Underveis fortsetter terapeuten å stille åpne spørsmål om tanker, følelser og kroppsfornevelser. Når historien er fortalt ferdig stilles to spørsmål av terapeuten. Det ene spørsmålet handler om hva klienten opprinnelig hadde behov for og som ikke ble imøtekommet da det vonde skjedde.

Klienten blir så bedt om å forestille seg at den ønskede situasjonen skjer her og nå; som å få trøst eller få lov å gi uttrykk for følelser. Det andre spørsmålet rettes mot hvilke egenskaper, kvaliteter og ressurser vedkommende ga avkall på hos seg selv som følge av den vonde hendelsen. Hensikten med spørsmålene er å skape indre bilder av det barnet hadde behov for, slik at sorgen over å ikke bli møtt på sine grunnleggende behov kan bli erkjent og bearbeidet.

Terapien kan også fokusere på spesifikke traumehendelser. Terapeut og klient avklarer da på forhånd hvilken hendelse som skal bearbeides. Ofte vil det være det mest belastende minnet i klientens liv. Timen vil forløpe på samme måte som forklart over, bortsett fra at en starter med å fortelle om traumehendelsen umiddelbart etter den innledende massasjen. Etter at historien er fortalt detaljert i nåtidsform bes klienten gjenfortelle den fram til «høydepunktet», det vil si det mest truende øyeblikket som utspant seg under hendelsen. For å kunne avslutte uforløste, problematiske overlevelsesresponsen knyttet til det tidligere traumat, ber en klienten forestille seg at det er mulig å gjøre om fortellingen på dette kritiske punktet. Dermed gis klienten anledning til å forløse fastfrosne overlevelsesreaksjoner, gjennom å fullføre kamp- eller fluktrresponsen eller igangsette bevegelse hvis det var et passivt forsvar som dominerte. For å bli klar over de følelser og behov som en som barn måtte skyve bort, stiller terapeuten også her spørsmål om hva klienten hadde behov for den gang som ikke ble imøtekommet, og hva en var nødt til å gi avkall på hos seg selv som følge av traumehendelsen.

Det brukes også andre øvelser i ILT i tillegg til eksponering/visualisering av traumat. Slike øvelser kan utspille seg både i fortid og nåtid, og har til hensikt å fremme dialoger mellom klienten og betydningsfulle personer i klienten sitt liv, både de som er i live og avdøde. Slike dialoger kan bli kraftfulle på den måten at de tydeliggjør klientens følelsesmessige aktivering slik at en dypere terapeutisk prosessering kan skje. Klienten vil dermed få mulighet til å integrere fortrenge deler av viktige hendelser, og ta tilbake ressurser og kvaliteter ved seg selv som en som barn måtte gi avkall på.

Den siste delen av terapien har fokus på integrering. Her handler det om hvordan den nye selverkjennelsen kan integreres i et vanlig liv, det vil si styrke personligheten (selvet) på bakgrunn av de nye opplevelsene og den nyvunne innsikten i terapien. På bakgrunn av refleksjoner rundt timens hendelsesforløp finner en i fellesskap fram til

oppgaver som klienten kan jobbe med i hverdagen. Slike hjemmeoppgaver kan handle om å legge merke til indre opplevelser og pust, be om hjelp til noe, ivareta seg selv på ulike måter eller uttrykke egne følelser og behov ovenfor andre.

PRESENTASJON OG DRØFTING AV EMPIRI

I dette kapitlet presenteres resultater fra intervjuer med åtte informanter. Empirikapitlet søker å belyse informantenes opplevelser med en behandlingsprosess som involverer dialog og kroppslig berøring. Analysen førte fram til tre kategorier, som var: *å bli sett og tålt, tilgang til avstengt smerte og nærhet til egne følelser*, hvor *endring i kontakten med egne følelser* viste seg å være et gjennomgripende tema for alle tre kategoriene.

Til å belyse informantenes bakgrunn og hvordan de opplevde terapien, presenteres hver kategori med eksempler av gjengivelser (tekstillustrasjoner) fra intervjuene, samt en empirinær tolkning av illustrasjonene. Hver kategori avsluttes med en mer overordnet drøfting. Før funnene legges fram og drøftes gis en oversikt over informantene og hva de har til felles, som personlige variasjoner over ulike typer belastende erfaringer og følgene av dem. Informasjon om hver enkelt informant er begrenset med hensyn til deres anonymitet.

Om informantene

Informantenes bakgrunn for å søke terapi

Åtte mennesker med traumeerfaringer har latt seg intervjuer om sine opplevelser fra eget liv og hvordan de erfarte å få behandling med InnerLifeTerapi. Informantene har fått fiktive navn: Anna, Martin, Siri, Marthe, Roy, Trude, Sarah og Beate og var i aldersspennet 35 – 60 år ved intervjutidspunktet. Som barn, ungdom og/eller voksen opplevde de belastende hendelser i nære relasjoner. Det har dreid seg om ulike former for krenkelser, som fysisk vold, seksuelt misbruk eller omsorgssvikt og forsømmelse fra omsorgspersoner.

I dag er det grundig dokumenter at slike relasjonelle skader gir en betydelig økt risiko for dårlig helse og sykdom senere i livet (Felitti m.fl., 1998, Kirkengen & Næss, 2015). Det er derfor ikke overraskende at de som ble intervjuet etter hvert utviklet ulike psykiske og fysiske symptomer som førte dem inn i behandling ved en poliklinikk i psykisk helsevern. En del hadde også prøvd behandling og terapi tidligere, både ved samme poliklinikk og andre institusjoner i psykisk helsevern. Flere av dem hadde også prøvd alternative behandlingsmetoder. Bakgrunnen for å søke hjelp var angst, depresjon, relasjonelle utfordringer, kroppslig smerte og utmattelse.

Årsakene til at overgrep og forsømmelse har funnet sted, alvorlighetsgraden av hendelsene og konsekvensene det har ført til for den enkelte, varierer mellom informantene i studien. Den kunnskapen vi har om hvordan skaderisikoen øker ved tidlig alder (Anstorp, Benum & Jakobsen, 2006) synes bekreftet i mitt materiale. Når det gjelder de som hadde opplevd seksuelle overgrep i tidlig alder hadde de gjennomgående en tyngre og mer omfattende problematikk når de kom i terapi, enn de som ikke hadde blitt utsatt for slike krenkelser før senere i livet.

For å kunne overleve krenkelsene og ivareta seg selv best mulig i en vanskelig livssituasjon, forteller informantene om hvordan de som barn utviklet ulike forsvarsstrategier og overlevelsereaksjoner. Dette kan komme til uttrykk som en tvangspregnet omsorg overfor sine overgripende og utrygge foreldre («barn som pårørende»). Når foreldre ikke tåler barnets ulike sider, og barnet frykter at forholdet til sine omsorgspersoner kan trues når det gir fritt uttrykk for sine følelser og reaksjoner lærer det seg å skjule sine indre opplevelser. Barns overlevelsereaksjoner er beskrevet og tolket i en rekke sammenhenger (Killén, 2004; Eid, 2009; Anstorp & Benum, 2014) og skal ikke gås nærmere inn på her. I hovedsak handler det om å føle skam og å ta på seg skylda for det som skjer i familien, samt ikke la seg merke med det overfor omverdenen (ha på en «maske»). Ved at barnet på denne måten ivaretar familien vil det også ivareta seg selv (Eid, 2009; Miller, 2009; Anstorp & Benum, 2014).

Informantene fortalte at det etter hvert ble en utfordring å leve med reaksjonsmønstre som var tilpasset barndommens situasjon. Samtidig som en som voksen forsøkte å tilpasse seg omgivelsene, ble kreftene brukt til å holde avstand til det følelsesmessige innholdet knyttet til krenkelseserfaringene. Den mengde energi denne tilpasningen krevde, samt tilstedeværelse av forsvarsreaksjoner i hverdagen, gjorde at det etter hvert ble slitsomt å holde «maske». Det var i hovedsak problemer knyttet til psykisk og fysisk slitenhet og opplevelse av meningsløshet som følge av en slik ytre tilpasning som førte til henvisning til spesialisthelsetjenesten og traumeterapi.

Informantenes opplevelse av behandlingsprosessen kan sammenfattes i tre kategorier som beskrives nærmere i det videre.

Kategori 1: Å bli sett og tålt

Deltakerne fortalte at å erfare terapien handlet om å bli sett og tålt. Anna beskrev det første møtet med terapeuten som svært forskjellig fra det hun har erfart fra tidligere terapeutiske samtaler:

Vi satt rett ovenfor hverandre - uten noe bord imellom. Jeg er vant til å sitte med bord imellom, og litt på skrå. Så det ble veldig sånn ... WOW! Veldig direkte kommunikasjon! Men det var for min del veldig effektivt da ... fordi jeg følte at jeg hadde den fulle og hele oppmerksomheten ... følte meg akseptert.

Ettersom den nære, oppmerksomme måten å bli møtt på skjer så uventet, blir inntrykket desto sterkere. Ut fra Annas beskrivelse kan det virke som at hun hadde med seg grunnleggende opplevelser av tidligere hjelperelasjoner som mer distanserte. Opplevelsen av at terapeuten torde å være *nær* ga Anna den viktige følelsen som hun har lengtet etter; å være akseptert som den personen hun er. Dette merket hun gjennom at terapeuten, gjennom sitt engasjement og sin fokuserte oppmerksomhet mot det Anna hadde å si, var helt innstilt på henne som klient. Når hun beskrev dette som mer «effektivt» kan det tolkes som at denne måten å bli møtt på ga henne en umiddelbar opplevelse av en behandling med mulighet for framgang og endring, en opplevelse som hun i liten grad synes å ha hatt tidligere.

Møtet med terapeuten skapte både håp og usikkerhet hos Trude:

Når jeg kom på time så var det øyekontakt, så jeg følte meg veldig møtt. Hun var veldig til stede ... der opplevde jeg at der var personen hjemme. I førstningen ble jeg veldig usikker, for det er noe skummelt med det også, for da kan ikke jeg heller late som. Det ble på ekte, og da blir det utfordrende, for da møter jeg det ekte i meg også. Et ekte møte, ikke noe spill. Og det er noe som har styrket meg.

Trude følte seg møtt som menneske av terapeuten, men var usikker på om hun ville greie å møte det ekte i seg selv som hun alltid hadde forsøkt å flykte fra. Kunne hun stole på at terapeuten tok vare på henne hvis hun viste fram den hun var innerst inne? Så lenge terapeuten framstod som ekte opplevde hun samtidig at det ikke var så lett å flykte fra det som hun visste var viktig å kjenne på. Etter hvert forsvant usikkerheten hennes og ble erstattet av trygghet og styrket selvaktelse.

Også Marthe uttrykte at terapeuten møtte henne med et ekte følelssvar. Det fikk henne til å åpne opp og oppdage følelser som hun ikke visste var der:

Hun var varm ... Og hun torde å ta meg i handa og gi meg en klem. Det er det veldig uvanlig at en terapeut gjør. Men jeg syntes at det var veldig bra. Hun torde å ... var veldig sånn menneskelig. Samtidig som hun var veldig profesjonell. Så ... jeg følte meg veldig ivaretatt. Og jeg opplevde henne som veldig rolig og trygg. Altså at hun tålte det som kom. Hun ble ikke bekymret for tårene som kom ... for de kom hver gang jeg la meg på benken. Men det hadde ikke noe å si. Hun ble ikke satt ut av noe.

På bakgrunn av at terapeuten ble opplevd som trygg på egne følelser og den andres nærhet kunne hun også tåle det som kom fra klienten bedre. Marthe fortalte at hun hadde hatt kontakt med en rekke hjelpere de siste årene, men at hun ikke var vant til å bli møtt på denne måten. I en slik kontekst, som Marthe beskrev som en «veldig sånn god setting», kunne hun la smerten som hun bar på komme fritt til uttrykk. Dette ble beskrevet som grunnleggende for hennes egen helningsprosess.

Siri beskrev hvordan terapeutens respons på det hun hadde å fortelle økte hennes selvfølelse og fikk henne til å verdsette seg selv mer:

Hun var veldig flink til å gi tilbakemeldinger til meg. Det er meg det handler om, ikke terapeuten eller noe annet. Det gjør noe med deg, når folk er sånn. Du føler deg veldig viktig, ja. For jeg var kjempekry av meg selv ... Så fikk jeg sånn gjensvar til henne ... hun var veldig opptatt av meg som person. Og det er godt når du skal sitte og prate med noen ... at jeg føler at det er noen som bryr seg om det jeg sier. Ellers sier jeg ikke stort.

I likhet med Anna opplevde Siri at terapeutens oppmerksomhet var rettet mot henne; at det var hun som person som stod i sentrum, ikke terapeutens tanker og ideer om hva som var rett behandling for henne. Når det skjedde ble hun klar over sin egen personlige styrke og begynte å betrakte seg selv på en ny måte. «Det gjør noe med deg ...» viser til at denne opplevelsen grep inn på et dypere plan i Siris personlighet. For Siri ble terapeuten den nære andre som bidro til at hun fikk dekket sitt grunnleggende behov for å inngå i en relasjon hvor hun følte seg anerkjent og verdsatt. Det gjorde at hun kom i kontakt med det Honneth (2008) benevner som en grunnfølelse av selvverdsettelse, noe som er en forutsetning for å oppleve seg som verdifull for andre. Hun ga inntrykk av at terapeutens interesse av det hun hadde å fortelle ikke var noe hun forventet, samtidig som hun uttrykte at terapeutens involvering var avgjørende for at

hun skulle våge å åpne opp for og dele sine erfaringer. Som så mange andre som har med seg en slik historie hadde hun tidligere vært taus om opplevelsene sine.

Martin hadde med seg erfaringer med å ikke bli møtt og forstått i tidligere terapier:

Jeg har jo litt forskjellige erfaringer ... For meg handlet det om å kunne slappe av. Har følt meg veldig trygg - det har jeg ikke følt før bestandig. Og da kom det jo en ny bolk med erfaringer. Det var ikke så skummelt å tenke at jeg kan være den jeg er.

Måten Martin uttrykte seg på; «jeg har jo litt forskjellige erfaringer» kan tyde på at det lå en skjult skuffelse bak uttalelsen som han ikke fullt ut hadde turt å uttale. Uttrykket «en ny bolk med erfaringer» handlet om å kunne slippe fram følelser som han i liten grad hadde kjent på tidligere. Å dekke over sin sårbarhet hadde vært forbundet med redsel over å vise de skjulte, skamfulle sidene ved seg selv. Terapeutens holdning ga en mulighet for å akseptere og bli kjent med den han er, det som all endring bygger på.

Anna understreket betydningen av at det ikke var terapeuten som styrte samtalen, slik at det ble gitt rom for de tanker, følelser og kroppsforfølelser som Anna selv kom i kontakt med under terapien:

Det som var viktig for meg det var at det var ikke terapeuten som satt og sa det. Det var faktisk ... det kom fra mitt indre ... Det var jeg som sa det til meg selv egentlig, og dermed så blir det så mye sterkere. Jo, vet du hva ... det sa kroppen din. Den stemmen er så sterk, den ligger inni ryggmargen på en måte ... i senteret av meg selv. Den er grunnfestet på en annen måte tror jeg, fordi den ligger inni meg selv.

Terapeutens ikke-styrende holdning bidro til at Anna innså at hun selv satt inne med svarene på det hun søkte hjelp for, en ressurs hun ikke hadde vært klar over at hun hadde. Denne indre visdommen ble beskrevet av henne som en slags kjerne i henne selv – en kunnskap som hun hadde kontinuerlig tilgang på i sin egen kropp. Det var en sterk opplevelse for henne å oppdage denne ressursen hos seg selv, og å innse at hun har mulighet til å styre seg selv innenfra. Opplevelsen av å være aktivt handlende og ha hovedrollen i terapirelasjonen synes å være et viktig budskap her. Når terapeuten ikke opphøyde seg selv til ekspert og presenterte løsningen for henne, ga dette rom for Anna til å oppleve seg som ekspert på eget liv.

For Trude hadde de erfaringene hun bar på gjort det vanskelig å ha kontakt med egen kropp, noe som hadde gitt henne kroppslige symptomer. Hun var opptatt av at terapeuten tålte de sterke reaksjonene som kom når minnene om overgrepene ble for sterke:

Når jeg dissosierte så var det bare helt naturlig ... Og det skapte mye tillit «vert» (med en gang). For hun (terapeuten) ble ikke redd. Før så hadde de ringt og lagt meg inn. Når kroppen fikk spasmer eller kramper fordi den holdt på å slippe noe, så ble folk veldig redd. Da fikk jeg sprøyte eller andre ting. De har ikke skjont at dissosiasjon ikke er farlig, at det er helt nødvendig når kroppen blir så redd. Her er det noen som har forstått det, tenkte jeg, nå kan jeg bare slappe av. Hun ga et veldig klart signal på at hun ikke var redd for at kroppen reagerte normalt; «Bare la det komme, det er helt normalt det». Endelig noen som skjønnte! Så jeg fikk veldig tillit til at her er en person som både skjønner og tåler dette.

Gjennom beskrivelsen «når jeg dissosierte så var det bare helt naturlig» viste Trude til opplevelser i den nye terapisisituasjonen, der hun fikk bekreftet sine overlevelsesreaksjoner som forståelige og viktige. I tidligere behandling hadde hun opplevd at slike følelser og reaksjoner ble sett på som farlige, og erfart at disse sidene ved henne skapte utrygghet hos hjelpere. Hun hadde ofte blitt både umyndiggjort og medisinerert når slike reaksjoner kom. Det at terapeuten tolket den kroppslige siden ved dissosiasjonen som normale reaksjoner, gjorde at Trude følte en lettelse, noe som ga henne en grunnleggende tillit til terapeuten og terapisisituasjonen.

Drofting

Det første møtet i en ny relasjon er ofte avgjørende for et godt terapiforløp, særlig dersom en har store hjelpebehov som skal ivaretas (Gulliksen, 2014). Grunnen er at det i slike øyeblikk er viktig for klienten å finne ut hva en kan forvente av terapien. Felles for de syv intervjuutsnittene i kategorien *å bli sett og tålt* er at de tar utgangspunkt i selve terapirelasjonen som endringsskapende faktor. I større eller mindre grad handler det her om klienterfaringer i de første terapitimene.

En rekke terapeuter har pekt på hvor avgjørende de første møtene er for resten av terapiforløpet (Rogers, 1951, Axelsen, 2009), og hvordan en grunnleggende trygghet i terapirelasjonen gjør det mulig å la den personlige fortida «folde seg ut» i øyeblikkets erfaringer (Stern, 2004). Alle informantene bar med seg dårlige erfaringer med relasjoner til andre fra tidlig barndom, flere også fra tidligere behandlingsrelasjoner. Disse erfaringene ble derfor en viktig kontekst for tre sentrale opplevelser i

terapiprosessen, av informantene beskrevet som *opplevelse av fysisk og emosjonell nærhet, opplevelse av en gjensidig anerkjennende relasjon, og å føle seg som midtpunkt i terapien*. Disse områdene som informantene fokuserte på må sees på som bærende elementer i hele terapiforløpet samtidig som ingen av opplevelsene er «uproblematiske» og entydige. Nettopp på grunn av tidligere livserfaringer kan det være vanskelig å stille seg åpen og sårbar overfor en person en enda ikke vet sikkert om en kan stole på. Bak ønsket om terapi vil det gjerne ligge en erkjennelse av det vanskelige med å fortsette livet slik det har blitt. Forventningene til terapeuten kan imidlertid inneholde mange tanker og følelser av usikkerhet, frykt og tvil. I en slik sammenheng kan en bedre forstå det Anna og Trude framhevet som både viktig og overraskende («WOW!»); *opplevelse av fysisk og psykisk nærhet* til et annet menneske som fra første øyeblikk var «veldig til stede». Å oppleve at terapeuten stiller seg selv fullt og helt til disposisjon for en selv er i overensstemmelse med Bubers (2003) «jeg-du» møte og Rowans & Jacobs' (2002) autentiske posisjon hvor det essensielle er et levende engasjerende møte her og nå. Da vil endringsprosessen preges av mer likeverdighet og være åpen for uventede og nye overraskende opplevelser i fellesskapet.

Et annen viktig og overraskende forhold som informantene påpekte var *opplevelsen av en gjensidig anerkjennende relasjon*; at de ble verdsatt som den de er, og at deres reaksjoner ble tatt imot og anerkjent av terapeuten, enten det var snakk om dissosiasjon eller mindre omfattende forsvar. Da ble det ikke så «skummelt å tenke» at en kunne være den en var, slik Martin uttrykte det. Å bli forstått og akseptert på denne måten minsker frykten for avvisning eller invadering, ifølge Schibbye (2004). Det skaper trygghet i terapirelasjonen, som er en forutsetning for å kunne gi slipp på forsvaret og tillate seg å være mer åpen og sårbar. Å erfare at terapeuten tålte alt som skjedde med dem gjorde at informantene følte at de kunne slappe av og uttrykke seg friere. Det de sa og gjorde kunne således bli en del av dem selv (Rogers, 1951), noe som ga håp og opplevelse av å få økt verdi for seg selv og andre.

Egenverdi i form av gjenvunnet kontakt med «selvet» inngår i Schibbyes (1996) begrep selvaktelse, hvor selvets bevarelse knyttes direkte til fysisk overlevelse, og dermed har betydning gjennom hele livsløpet. Konsekvensen av å føle seg mer «hel» gjør det mulig å finne tilbake til sin egen «stemme» som Anna uttrykte det: «... det kom fra mitt indre ... Det var jeg som sa det til meg selv egentlig og dermed så blir det så mye sterkere». Det at informantene gjenvant kontakt med sin indre visdom/selvet ga

dem nye muligheter til å forstå seg selv bedre og forholde seg til egne verdier, ressurser, følelser og behov, samt gi uttrykk for det de opplevde.

Det tredje temaet deltakerne fortalte om innebar *å føle seg som midtpunkt i terapien*, noe som ligger tett opp til det Bandura (2006) betegner som «human agency», som innebærer å være «agent i eget liv». Det dreier seg om oppfatningen av å eie sine egne erfaringer og være i stand til å ta ansvar for eget liv. Blant annet blir dette sett på som en viktig forutsetning for mestringsstro (self-efficacy), som handler om hvordan menneskets tro på egne krefter inngår som en viktig del av selvets utvikling (Bandura, 1997).

Hvor betydningsfull opplevelsen av å føle seg verdsatt og viktig som person var for informantene, kan illustreres med Siris utsagn: «Så fikk jeg sånn gjensvar til henne ... hun var veldig opptatt av meg som person (...) at jeg føler at det er noen som bryr seg om det jeg sier». Her er det måten Siri forteller om dette på som viser at å bli «sett» for henne framstår som en ny og overraskende opplevelse. Dette understrekes av kunnskapen vi har om den viktige betydningen av å oppleve seg anerkjent av terapeuten for mennesker med gjentatte traumatiske påkjenninger fra tidlig barndom (Herman, 1992, Anstorp m. fl., 2006). Informantene har nettopp manglet den viktige følelsen av å være midtpunkt i sin egen tilværelse i relasjon til sine omsorgspersoner i den fasen av livet da dette hadde størst betydning (Mahler, Pine & Bergman, 1975), som de sterke beskrivelsene av (endelig) å bli sett og forstått kan tolkes i lys av.

Dersom selvet, kjernen i vår menneskelighet, skal kunne utvikle seg på en god og sammenhengende måte, er det avhengig av å bli bekreftet og speilet i en kjærlig relasjon (Kohut, 1990). Nødvendigheten av å bli møtt direkte og nært er viktig kunnskap for terapeuten. Selv om dette var noe deltakerne hadde lengtet etter, kunne det også være utfordrende med bakgrunn i deres vonde og vanskelige historie. Når de beskrev slike utfordringer, gjennom redsel og kroppens dissosiering, kan det forstås som at de i liten grad hadde møtt det ekte i seg selv; at den de var «innerst inne» ennå lå skjult bak mange beskyttende lag av (selv)forsvar. Å bli sett av terapeuten kan ha vekket et gammelt savn om å bli elsket og føle seg betydningsfull for den en er, uten å måtte forestille seg. I tillegg ga det håp for fremtiden og styrket deres selvoppfatning, noe som utgjorde et viktig grunnlag for den videre endringsprosessen.

Kategori 2: Tilgang til avstengt smerte

Denne kategorien består av to delkategorier som beskrives i det videre. Disse er *tilgang til avstengt smerte gjennom kroppslig berøring* og *tilgang til avstengt smerte gjennom visualisering*.

Tilgang til avstengt smerte gjennom kroppslig berøring

Denne delkategorien handler om hvordan myke, forsiktede trykk og strykninger kan sette i gang sterke følelser. Berøring i form av massasje er en vesentlig del av ILT, hvor det sentrale er å integrere kroppen i behandlingen. Gjennom terapeutens veiledning bes klienten å vende oppmerksomhet mot pusten og området som blir massert (Lind, 2014). Mennesker som har erfart traumer, vil ikke kunne heles før de er i stand til å forholde seg til hele seg (Ogden m.fl., 2006, van der Kolk, 2014). Anna gir et eksempel på dette. Et seksuelt misbruk i barndommen hadde ført til at hun knyttet berøring til sine krenkelseserfaringer. På dette punktet i terapien utfordret kroppslig berøring henne på nytt, samtidig som massasjen ga henne en ny erfaring med å bli tatt på:

Det går jo på den type berøring ... i forhold til det jeg har vært utsatt for. Det å ligge der og faktisk kjenne at det var OK at hun tok på meg ... samtidig å kjenne at kroppen godtok det. Det føltes som en omsorg i det, for da var jeg i de sårbare følelsene på en måte. Å kjenne at «her er jeg ... her og nå». For jeg har hatt problemer med å forholde meg til fysisk nærhet. Men jeg kjente at her ligger det ikke noe seksuelt. Å lære opp kroppen til å kjenne at dette er ikke noe farlig. Å klare å kjenne lenge nok på den fysiske berøringen ... at kroppen klarte å ta imot det ... at ikke den dissosieringen kom inn da.

«... det går jo på den type berøring ...» viser til hennes tidlige erfaringer med voksne personer som krevde at hun som lita jente skulle være disponibel for den voksnes nytelse og misbruk. Gjentatte ganger ble det å bli tatt på knyttet til noe vondt og ubehagelig. Det førte til at hun senere i livet fjernet seg fra kontakt med egen kropp og sørget for å unngå intimitet og fysisk nærhet med andre for å beskytte seg mot å komme i kontakt med den tilknyttede smerten. Når hun gjennom massasjen erfarte at hun ikke lengre ble overveldet av frykt fikk Anna en ny og positiv erfaring med å være fysisk nær et annet menneske. Terapeutens ivaretagelse og omsorg gjorde at hun kunne legge ned det gamle forsvaret, og på et tidlig stadium av behandlingen komme i kontakt med sin egen sårbarhet – en forutsetning for utviklingen videre. Å bli tatt på uten at det lå seksuelle forventninger og krav i berøringen gjorde at hun kunne tillate seg å slappe av og oppleve massasjen som noe trygt og behagelig. Når Anna erfarte dette over tid,

uten å miste kontakten med egen kropp (dissosiasjon), bidro det til at frykten for nærhet gradvis ble overvunnet.

Beate fortalte også om utfordringer knyttet til fysisk nærhet etter at kroppen hadde blitt krenket i form av seksuell vold:

Det med nakenhet ... at noen stryker på meg når du har opplevd noe som har krenket kroppen ... for da gir du deg på en måte hen til noen. For å ta inn alt det så ... du må koble ut ... føle at det er greit. Det trengte jeg litt tid på. Men ... det foregikk så naturlig. Det var inni hodet mitt det var vanskelig. Det må overvinnnes ... spesielt når kroppen din har vært utsatt for ting. Jeg vet ikke om det var andre eller tredje gangen at jeg på en måte flyter. Jeg tror jeg fikk påfyll av energi uten at jeg egentlig gjorde noe for det. Jeg strevde ikke ... Godt å ikke arbeide så mye i hodet. Jeg bare var i situasjonen. Det er vanskelig for meg å beskrive egentlig.

For Beate var det knyttet betydelig frykt til det å skulle vise seg avkledd og sårbar ovenfor et annet menneske. Selv om hun med fornuften oppfattet terapissettingen som trygg trengte hun å erfare med kroppen og følelsene at denne situasjonen var annerledes enn overgrepssituasjonen. Ordene «... det var inni hodet mitt det var vanskelig» viser til at forsvaret mot smerten knyttet til voldtekten framkalte tanker om at situasjonen her og nå var like farlig som den tidligere overgrepssituasjonen. For å overvinne frykten for å bli krenket på ny trengte hun å erfare at hun var trygg og at terapeuten ikke ville skade henne. Når hun etter hvert opplevde å få tillit til terapeuten ble hun i stand til å legge ned det gamle forsvaret. Fordi dette var en ny og uvant erfaring for Beate, var det vanskelig å sette ord på det som skjedde. Hun beskrev det som å være til stede her og nå uten at hun trengte å bruke krefter på å ha kontroll over situasjonen. Det ble en stor utfordring å skulle gi slipp på forsvaret, men det var først når hun kunne slippe til frykten at hun opplevde et vendepunkt i terapien. Fra å være i en energikrevende tilstand med tankekjør og motstand opplevde hun å bli tilført ny kraft og overskudd. Beates oppfatning var at hun ikke gjorde noe aktivt for at dette skulle skje. En annen tolkning er at det var den terapeutiske konteksten og relasjonen til terapeuten som ga henne mot til å gi seg hen til en situasjon som vekket så mange vonde minner.

Martin beskrev starten på terapien som en stor belastning:

Første timen på benk var veldig utfordrende. Hadde jeg hatt sjansen så hadde jeg vel sprunget derfra! Andre timen var nesten like ille. Det var utfordrende nok i seg selv å bare

ligge der ... å overgi meg til en annen person. Det handler om å stole på en annen person, eller situasjon ... at den ikke var farlig. Jeg kjente jo på kraftig og reell redsel når første massasjen skulle ta til. Jeg var jo redd for å bli behandlet på en måte som jeg ikke ønsket eller taklet, kanskje. Men fra og med tredje timen så begynte jeg å føle meg avslappet. Jeg har vel signalisert at jeg har vel sjelden før følt sånn ro inni meg. Så i fra fjerde time så gledet jeg meg til neste. Det var veldig godt å erfare at jeg kunne ta imot.

For Martin handlet frykten om at massasjen vekket minner om situasjoner der berøring betød at han kom til å bli krenket seksuelt. Kunne han stole på at terapeuten ville ta vare på han i en situasjon som virket som en uoverkommelig utfordring? Uttalelsen «Hadde jeg hatt sjansen så hadde jeg vel sprunget derfra» kan tolkes som at Martin rasjonelt sett hadde lovet seg selv å fullføre behandlingen, selv om kroppen reagerte med å være redd. Han beskrev at han følte sterk frykt når han ikke lengre kunne beskytte seg med det gamle forsvaret. Å gi seg hen til frykten kan tolkes som at han gikk fra den voksnes realitet til barnets bevissthetstilstand den gang krenkelsen(e) skjedde (Jenson, 1995). Å ligge avkledd og ubeskyttet på benken forsterket hans opplevelse av å ikke ha kontroll over det som skjedde videre. Når han etter hvert følte seg trygg og kunne stole på terapeutens kompetanse kunne han bli værende i en situasjon som vekket «kraftig og reell redsel». Gjennom å erfare fortrent emosjonell smerte kunne han gi slipp på kontrollen og tillate seg å oppleve smerten knyttet til overgrep, noe *barnet han engang var* ikke var i stand til å gjøre. Det gjorde det også mulig for Martin å integrere mange andre følelser, også gode følelser som han tidligere var nødt til å fortrenge. Dette ble opplevd som en uvant, men kjærkommen opplevelse av indre ro.

Trude hadde lignende erfaringer. I starten av behandlingen var det både skremmende og utfordrende for henne å bli tatt på i forbindelse med massasje:

De første gangene jeg var til behandling så kjente jeg jo ... kroppen min ble så redd at jeg ble rett og slett lam. Det var greit ... kroppen min fikk lov å reagere sånn. En gang så husker jeg ... da trodde jeg at jeg skulle dø ... og da satte kroppen seg imot. Så etter hvert ... det å kunne gi seg over og dø ... Men så døde jeg ikke ... men akkurat der og da døde jeg. Og venstrefoten min ... den ble som et svart skjelett! Det var jo ikke noe hud på den, og den var helt svart ... og det var helt heslig. Og da så ble jeg jo kjemperedd ... og fikk kramper. Men selv om jeg var redd, så var jeg trygg. Og det er jo kjempeviktig når man jobber så dypt. Så må man være trygg på den som jobber også. Så etter hvert å kjenne ... «oi, nå kjenner jeg faktisk at du tar borti meg!» Jeg synes jo det er stort! Det høres sikkert sprøtt ut ... Etter

hvert hadde jeg ikke tilgang på dissosiasjon lengre. Det var borte. Så jeg kan ikke dissosiere mer.

Når det gamle forsvaret utfordres gjennom berøring blir frykten som er gjemt bak forsvaret aktivert. Således har massasjen et uttalt terapeutisk formål (Field, Hernandez-Reif, Hart, Quintino, Droese, Field, Kuhn & Schanberg, 1997) og innebærer at en på en måte «overgir» sin kropp i en annens hender. For Trude ble dette så truende at en mer omfattende forsvarsmekanisme - dissosiasjon - trådte i kraft. Kroppens forbindelse med bevisstheten ble brutt for å beskytte henne mot å oppleve den emosjonelle smerten som det var forbudt og livsfarlig for henne å kjenne på som barn. Utsagnet «... kroppen min fikk lov å reagere sånn» viser til tryggheten i terapeutrelasjonen - at terapeuten ikke ble engstelig når Trudes kropp reagerte med å bli nummen og ubevegelig, og at denne formen for beskyttelse ble anerkjent som en naturlig reaksjon på at gammel frykt brøt igjennom. Utsagnet «... å gi seg over og dø» kan referere direkte til hennes opplevelse av hva som ville ha skjedd med henne som barn dersom hun hadde sluppet smerten til.

Det som ble beskrevet videre var en opplevelse av at kroppen var i ferd med å gå i oppløsning – som om en dødsprosess var i gang. Samtidig som dette var svært skremmende, var hun klar over at terapeuten var til stede sammen med henne og tok vare på henne. Da visste hun at hun ikke var alene i gjenopplevelsen av det vonde, slik hun var da hun ble utsatt for seksuelle overgrep som barn. Terapirelasjonen og det at terapeuten tålte reaksjonene hennes gjorde at Trude etter hvert kunne tillate seg å kjenne den gamle frykten kroppslig. Når det skjedde opplevde hun etter hvert å få tilbake kontakten med kroppen sin, noe hun uttrykte stor glede over. Å erfare at hun faktisk overlevde å ta innover seg smerten i her-og-nå-situasjonen førte til at dissosiasjon som forsvar ikke lengre var nødvendig.

Trudes beskrivelse av terapien som «en vond prosess» viser til at hun i begynnelsen opplevde at hun rent kroppslig var barnet som ble utsatt for seksuelle overgrep, samtidig som hun på et rasjonelt nivå visste at hun var voksen.

Det var egentlig en vond prosess ... For når jeg kjente det jeg kjente i kroppen så var jeg pitte lita. Men når jeg så meg i speilet så jeg en voksen dame ... Så etter hvert måtte jeg akseptere den lilla jenta som hadde låst seg fast i en del av kroppen ... Men så har jeg fått lov å nære den (jenta), så den har blitt voksen. Så jeg har tro på ... jeg har snudd det om til kompetanse som jeg kan bruke. Det går an å gjøre om dritt til gull, for å si det sånn.

Trude fortalte at hun etter hvert måtte akseptere «den lille jenta som hadde låst seg fast i en del av kroppen». Denne metaforen er vanlig å bruke innenfor flere psykoterapeutiske retninger (Slettemark, 2004, Smucker, 2005), og gir mening for Trude. Utsagnet kan tolkes som at hun nå tillot de vonde følelsene som barnet hun engang var ikke hadde mulighet for å bearbeide. Ved å gå tilbake til minnene om det som skjedde og gjenskape bevisstheten til den lille jenta, opplevde hun ikke smerten like truende som den gang. Etter hvert greide hun å ta innover seg den fortrengte kroppslige/emosjonelle smerten. Når det skjedde opplevde hun et vendepunkt i terapien. Gjennom uttalelsen «Det går an å gjøre om dritt til gull ...» tilkjennega hun at de vonde barndomserfaringene også hadde styrket henne og tilført henne noe positivt.

Tilgang til avstengt smerte gjennom visualisering

Denne delkategorien beskriver bruk av visualiseringsøvelser som tilgang til avstengt smerte. Bruk av eksponering i form av visualiseringsøvelser er en terapeutisk metode i ILT. Formålet med øvelsene er at klienten skaper indre bilder av dialoger med personer som han eller hun har et uavklart forhold til. Slike indre dialoger kan også foregå med personer som er døde, og som klienten ikke fikk tatt et viktig oppgjør med mens han eller hun levde. De forestilte dialogene gjør det mulig for klienten å bearbeide følelser som har vært holdt tilbake.

En viktig grunn til at Marthe opplevde ILT-terapien som forskjellig fra behandling hun hadde opplevd tidligere, var at hun følte seg naken både fysisk og psykisk og ikke kunne bruke den mentale kontrollen hun var vant med:

Behandlingen har dreid seg om nuet, der og da; Hva er det som trykker nå? Det har ført til masse barndom som vi har jobbet med og ryddet i. Liggende på en benk, mer avkledd ... og tar bort litt språk, så blir det annerledes. Det var skummelt, men samtidig så følte jeg meg veldig ivaretatt. Veldig sånn god setting, samtidig som det var mye følelser. Veldig overveldende opplevelse egentlig ... tårene kom fort. Og det overrasket meg i starten, den reaksjonen som kom. Veldig mye mer sårbar, det var som å åpne en kran. Ja, sånn var det hver gang. Men alltid når behandlingen var over så var jeg lett i kroppen. Det var en sånn lettelse å få tømt den tanken på en måte.

Gjennom opplevelser her og nå ble Marthe ført inn i tidligere minner fra barndommen der hun kom i kontakt med gammel ubearbeidet smerte. Tilliten til terapeuten gjorde det mulig for henne å gi etter for følelsene til tross for at hun var redd. Dette førte til en kroppslig hyperaktivering, som i neste omgang utløste mye

tilbakeholdt gråt. Når Marthe på denne måten kom i kontakt med sin sårbarhet erfarte hun etter hvert at noe i kroppen slapp taket, og at det «indre trykket» avtok.

Også Beate fortalte at hun opplevde å miste kontroll når vonde minner ble aktivert i terapien. Terapeuten ledet henne inn i en forestilt dialog med sin far, som hun hadde et anstrengt forhold til. Hun ble bedt om å visualisere at de møttes på et fjellplatå. Gjennom å bli oppfordret til å ta begge parter sine perspektiv, kom hun i kontakt med lenge undertrykte følelser knyttet til faren:

Å lukke øynene og tenke seg inn i en fiktiv situasjon ... Jeg så for meg at jeg var på en fjelltur med faren min og det var veldig vanskelig. Det skjedde noe med meg som jeg ikke hadde herredømme over, og bare det er jo dårlig når du har hundre prosent kontroll over livet ditt! Det var ukjent, ikke utrygt. Men jeg protesterte på det å bli utfordret på den måten. Jeg ville jo egentlig utav det flere ganger ... ville ikke være i den situasjonen, det var jo så ubehagelig å kjenne på de følelsene som jeg skyver unna, som jeg har unngått og som er vond og ubehagelig. Etter hvert bare lærer du å la det skje. Men trygghet i settingen er viktig. Jeg legger liksom hele meg i terapeuten sitt ansvar.

Beate ble utfordret til å forestille seg den som krenket henne sin opplevelse av samme situasjon. Dialogen gikk således mellom henne og faren ved at hun vekslet mellom å uttrykke seg fra hans ståsted og fra egen opplevelse av den visualiserte dialogen. Selv om en del av henne motarbeidet det som følte truende i denne øvelsen, hadde hun tillit til terapeuten og lot seg lede lengre inn i den emosjonelle smerten. I denne prosessen hadde det stor betydning for Beate at terapeuten underveis ga forklaringer på hva som skjedde. Som et resultat av bearbeidingen fikk hun økt bevissthet om egenskaper og kvaliteter ved seg selv som hun tidligere hadde fortrenget som følge av det vonde som skjedde.

Siri fortalte hvordan hun i en terapeutisk intervensjon så for seg et møte med overgriperen:

Det var helt levende ... Vi satt der ... det var helt utrolig ... det sitter igjen. Det var nesten som jeg følte at jeg var hypnotisert, for å si det sånn. Hun (terapeuten) laget en historie ... og jeg var inni historien. Så fikk jeg lov å fortelle hva jeg mente om han. Han er jo død ... vi satt jo rundt et bål ... og han satt jo der ... Jeg kjente jo lukta, jeg kjente alt! Og det var følt ... og veldig ubehagelig på slutten, for da ... det var sånn at jeg sa til henne: «Nå må du hjelpe meg, jeg vil bort!» Så sier hun noe, og så var det bra igjen. Jeg holdt en samtale med han på benken, og da var jeg skikkelig sint - jeg fikk rensket meg til gangs! Da jeg omsider fikk lov

til å gjøre det så løsnet det mye i kroppen min, det gjorde det ... Jeg måtte ta imot det med åpne armer ... ja tatt imot det! Det bildet jeg hadde i hodet, at jeg er der oppe og kikker på det som foregår ... det endret seg. Det bildet kom bort.

Gjennom terapeutens veiledning ble det konstruert en dialog mellom Siri og personen som utsatte henne for seksuelle overgrep i barndommen. Dette aktiverte alle sansene hennes og gjorde historien levende og ekte. Selv om denne delen av øvelsen ble opplevd som svært ubehagelig for Siri holdt hun ut ved at terapeuten støttet henne videre. Uttalelsen «... jeg fikk rensket meg til gangs» viser til at hun endelig fikk fortalt overgriperen hva hun mente om det han gjorde mot henne. På denne måten fikk hun gitt utløp for et sinne som hadde bygd seg opp inni henne gjennom flere tiår, og tatt det nødvendige oppgjøret med overgriperen. Hun fikk plassert ansvaret for det som skjedde der det hørte hjemme, samtidig som hun ble klar over at hun ikke kunne tilgi vedkommende det han gjorde mot henne. Det som ble viktig for henne var å kunne erkjenne ovenfor seg selv at hun som barn ikke hadde mulighet til å handle annerledes enn hun gjorde. Dette oppgjøret ovenfor overgriperen førte i neste omgang til at hun fikk det bedre som følge av at spenningene i kroppen løsnet. Når hun på denne måten fikk integrert de vonde hendelsene som en del av sin egen historie opplevde hun ikke lengre dissosiasjon i form av å se seg selv bli misbrukt.

Drøfting

Felles for de åtte intervjuutsnittene i denne kategorien er at de tar utgangspunkt i erfaringer knyttet til terapiens aktive bearbeidingsfase. Gjennom kroppslig berøring i kombinasjon med verbale intervensjoner er målet med denne fasen å integrere klientens kropp og følelser i behandlingen (Lind, 2014). Fire temaer pekte seg ut som sentrale for informantene: *forbudte følelser som aktiveres av kroppslig berøring, når den nødvendige kontrollen blir unødvendig, den gamle og nye opplevelsen av å overgi seg og gjennom redsel, ubehag og sinne.*

Det første temaet, *forbudte følelser som aktiveres av kroppslig berøring*, handlet om hvordan informantene fikk tilgang til egne tilbakeholdte følelser i terapiprosessen. For klienten kan berøring utgjøre en eksponering for traumatiske erfaringer ved at vonde minner om å bli tatt på triggeres (Ogden m.fl., 2006, Salvesen & Westlund, 2015). Det er vanlig å vente med utfordring av problematisk forsvar inntil klienten er stabilisert (Anstorp m.fl., 2006, van der Hart m.fl., 2006, Ogden m.fl., 2006). Innen traumeteori viser «stabilisering» til en innledende fase av behandlingsprosessen der det jobbes med

regulering av nærhet og avstand, følelsesregulering og forsiktig tilnærming til traumerelaterte deler ved personligheten. Terapeuten bidrar aktivt i reguleringsarbeidet for å unngå at klientens trygghet trues, noe som antas å hindre framgang og endring (Anstorp m.fl., 2006).

I behandling med ILT inngår stabilisering i form av mindfulness som første del av hver behandlingstime. Tanken bak er at klienten gjennom omsorgsfull berøring og tilstedeværelse i egen kropp, vil kunne nærme seg de vonde historiene når han eller hun selv åpner opp for det (Lind, 2014). Forutsetningen er at hjelperen framstår som trygg og robust, og således er i stand til å forholde seg til de mange, og ofte kraftige, tilbakeholdte reaksjonene.

Informantene beskrev starten på endringsprosessen som svært utfordrende; det å legge seg ubeskyttet og avkledd på benken uten å vite hva de gikk til og om de kunne stole på at de ble ivaretatt av terapeuten, vekket en rekke motstridene følelser. I denne konteksten ble kroppslig berøring en skremmende opplevelse for enkelte av deltakerne. Ubehaget og frykten syntes først og fremst å ha rot i informantenes fortid; i overgrepshistoriens skjellsettende hendelser, der fysisk nærhet betød å bli utsatt for maktbruk og angstskapende handlinger. Senere i livet vil slike krenkelseserfaringer kunne sette sitt preg på hverdagen (Blindheim, 2012). Selvforakt knyttet til egen kropp vil ofte gjøre det vanskelig å ta imot omsorgsfull berøring (Field, m.fl., 1997, Kirkengen, 2005, Salvesen & Westlund, 2015, van der Kolk, 2014). I intervjuet gir Anna et eksempel på utfordringer knyttet til massasjen. Et seksuelt misbruk i barndommen førte til at hun knyttet berøring i terapisisituasjonen til overgrepene. Denne gangen fikk hun imidlertid en ny erfaring med å bli tatt på.

Ubehaget med kroppslig berøring virket å være sterkest i den første fasen av behandlingen. Informantene beskrev hvordan berøring trigget emosjonell smerte knyttet til fysisk og følelsesmessig nærhet. Trude uttrykte det slik: «... kroppen ble så redd at jeg ble rett og slett lam. Det var greit ... kroppen min fikk lov å reagere sånn». Dette utsagnet kan tolkes som et viktig skritt i en terapeutisk endring, knyttet til tema nummer to; *den nødvendige kontrollen blir unødvendig*. Informanten opplevde en ny situasjon - et dilemma hvor en blir dratt mellom det gamle fastlåste og det nye forløsende. Slik Perry (1995) beskriver det vil ikke personen lengre være til stede i her-og-nå-situasjonen når slike primitive forsvar tar over. I den dissosierte tilstanden som da

oppstår reagerer kroppen på samme måte som den gjorde den gang traumet skjedde. Hos Trude beskyttet kroppen seg på den «gamle» måten, mens en annen side av henne viste en ny og aksepterende holdning til det som skjedde; «det var greit».

Anna fortalte om noe lignende da hun oppdaget hvordan problemene bedret seg ved at hun begynte «å kjenne» istedenfor at «den dissosieringen kom». Informantene beskrev hvordan de under behandlingen kunne oppleve å «forsvinne» inn i dissosiasjon igjen, som et tilbakefall til det eneste mulige forsvaret. Framgangen i dette var at den bakenforliggende, avstengte smerten nå var blitt merkbar og representerte noe mer konkret å jobbe med i terapirelasjonen. Senere i terapiforløpet viser fortellingene at denne formen for etablert forsvar ikke lengre utgjorde en fluktvei for informantene når noe i terapisisuasjonen trigget gammel frykt.

Å tillate klienten å gå utover egen tåleevne og slippe avstengte følelser til med stor kraft, reiser flere spørsmål knyttet til både etikk og behandlingseffekt. Flere forfattere mener at individet i en slik overveldet tilstand ikke vil være i stand til å erfare det som skjer og integrere ny kunnskap (Anstorp m.fl., 2006, Blindheim, 2012, Salvesen & Vestlund, 2015, Siegel, 1999, van der Hart m.fl., 2006). Informantene beskrev hvordan forsvaret deres ble «overrumplet» gjennom kroppslig berøring, og hvordan de opplevde å miste oversikt og styring i situasjonen. Innenfor en rekke terapiretninger mener en at de terapeutiske intervensjonene må legges opp slik at en unngår situasjoner hvor klienten befinner seg utenfor sitt toleransevindu i en tilstand av hyper- eller hypoaktivering (se bl.a. Ogden m.fl., 2006).

Deltakerne i denne studien har tidligere opplevd å bli fratatt styring og innflytelse i eget liv. De har blitt overgitt til nære voksne hvis behov var sterkere og viktigere enn deres egne. Til tross for dette ga de uttrykk for at det å komme gjennom kritiske faser i terapien, hvor de opplevde å miste kontrollen, var en nyttig erfaring for dem. Her berører fortellingene til de intervjuede et viktig endringsforhold i terapiprosessen, som viser til det tredje temaet i denne kategorien; *den gamle og nye opplevelsen av å overgi seg*. Under de gjentatte traumatiske opplevelsene tidligere i livet ble en passiv vilje- og følelsesløs tilstand nødvendig, som en total forsvarsreaksjon (hypoaktivering) (Levine & Kline, 2007). Intervjusitatet fra Martin beskriver tydelig sammenhengen mellom den gamle og den nye erfaringen: Fra å ha en «kraftig og reell redsel» den første gangen han mottok massasje fikk han etter hvert en sterk, frigjørende

opplevelse, da kroppen hans ikke lenger erfarte at overgrep kom til å skje ved kroppslig nærhet: «... jeg har vel sjelden følt sånn ro inni meg».

På dette punktet kan ILT sies å komme med en innvendig til det etablerte synet på håndtering av klientens fysiske og psykiske forsvar: Å avbryte overlevelsesreaksjoner og intervenere for å holde klienten trygg vil kunne forstyrre klientens indre kroppslige prosesser som har til hensikt å føre klienten *gjennom* de reaksjonene som ble stoppet under selve traumet. Innen terapiretninger som Somatic Experiencing og Sensorimotorisk psykoterapi er en også opptatt av at klienten får fullført overlevelsesresponsen, samtidig som dette innebærer en viss styring fra terapeutens side for å forhindre kroppslig overveldelse. I ILT lar terapeuten forsvarsreaksjonene «gå sin gang», selv om det skjer på et tidlig stadium av terapien. Tanken bak er at forsvaret dermed vil miste sin opprinnelige funksjon, som var å verne individet mot tidligere fare. Sitatet fra Trude kan sies å bekrefte dette. I sin prosess opplevde hun at hun «ikke hadde tilgangen på dissosiasjon lenger», «det var borte», samtidig var det «stort» for henne å kjenne alle de nye følelsene i egen kropp.

Selv om en ikke kan forholde seg til sin egen historie og tilegne seg nye erfaringer når overlevelsesreaksjonene overtar (Blindheim, 2012) ser det ut å ha vært verdifullt for informantene at forsvarsreaksjonene ikke ble forsøkt holdt tilbake av terapeuten, men isteden fullført med all sin styrke og kraft. Når det kroppslige «teateret» som Damasio (2004) kaller det, på denne måten ble spilt ut for åpen scene for hovedrolleinnhaveren med terapeuten som vitne, ble det mulig for informantene å snakke om og få innsikt i reaksjonene og følelsene som hadde vært skjult. Dermed mistet forsvaret sin funksjon med å beskytte personen. Kroppen hadde erfart at faren var over.

Det å få tilgang til følelser gjennom visualisering må sees på som en utfyllende del av terapien; en mental tilgang til følelser som skal utfylle den kroppslige. Klienten ledes her inn i en forestilt dialog med en levende eller avdød person som han eller hun har et uavklart forhold til (Angus & Greenberg, 2011, Greenberg, 2010). Erfaringene fra visualiseringsøvelsene ble beskrevet å ha likhetstrekk med å slippe kontrollen i massasjens innledende fase. Selv om den indre billedlige dialogen vekket sterkt ubehag, av Siri beskrevet som: «fælt og veldig ubehagelig», innebar denne erfaringen noe nytt. Til forskjell fra tidligere skjedde ikke krenkelsene i det visualiserte møtet med

krenkeren. Konteksten var slik at alle følelsene og reaksjonene kunne slippe til i den indre dialogen som ble konstruert. Helning kunne da skje gjennom integrering av de dissosierte delene (Ogden m.fl., 2006, van der Kolk, 2014). Informantene ga gjennomgående uttrykk for hvor nært de kom de tidligere vonde opplevelser i visualiseringen, ved at fortidens hendelser ble rekonstruert og plassert inn i ny og mer innsiktsfull og personlig kontekst. Et mer aktivt bruk av eget språk og intellekt ga mulighet for å få innsikt i egne følelser og reaksjoner.

Det siste temaet; *gjennom redsel, ubehag og sinne* illustreres gjennom Siris sterke og levende oppgjør med personen som hadde forgrepet seg på henne. Det å kunne oppleve uforbeholden anerkjennelse og støtte i forbindelse med det viktige symbolske opprøret mot egne foreldre omtales av Miller (2009). Med slik støtte opplever klienten at ens egen genuine indignasjon over det en har måttet tåle av urett i barndommen blir tatt imot av terapeuten, uten forventning om forsoning eller aksept av det som skjedde. Den tryggheten og støtten som informantene opplevde i de beskrevne terapisisituasjonene førte til at de kunne lette på det emosjonelle trykket knyttet til tidligere hendelser. Dette samsvarer med teorien til van der Hart og kolleger (2006) om at de avspaltede dissosierte delene av historien dermed kan integreres i egen personlighet (selv).

Kategori 3: Nærhet til egne følelser

Informantene beskrev en positiv endring og vekst i tiden etter behandlingen. Endringene handlet om at de hadde fått bedre kontakt med og forståelse av egne følelser. For det ene handlet det om å kunne gi uttrykk for «uakseptable» følelsesreaksjoner som sinne og aggresjon. For det andre gjaldt det at de mer såre følelsene, som tristhet, skamfølelse eller håpløshet som reaksjonene dekker over, ble erkjent og gitt et uttrykk. For det tredje handlet det om å få tilgang til gode følelser, som ro, glede og velbehag.

Sarah fortalte at hun har blitt mer nysgjerrig på hva de ulike følelsene betyr for henne, og føler ikke lenger skyld når hun nærmer seg dem:

Jeg er jo mye mer bevisst dem (følelsene), og forsøker å tenke over hva er dette egentlig ... hvorfor føler jeg som jeg gjør? Jeg gir meg selv lov til å trekke meg tilbake når de mørke følelsene kommer. Før ville det blitt enda en sten til byrden, at jeg ville fått dårlig samvittighet for at jeg trakk meg tilbake. Det har endret seg. Jeg eier dem, de er mine og jeg tar ansvar nå. Jeg har begynt å tenke at det er bare noe som jeg skal igjennom, i stedet for å

*bare ha lyst til å avslutte alt. Jeg greier å tenke at i morgen er det bedre, og så blir det det!
Og da blir jeg ekstra glad! (latter)*

Når Sarah uttrykte at «... det er bare noe jeg skal igjennom», kan det tolkes som at hun nå greier å utstå de ubehagelige følelsene, og har blitt mer klar over at hun kan tolerere dem. Det kan også referere til en erfaring hun har om at smerten etter hvert ga seg når hun ikke lengre kjempet mot følelsene. Den viktige betydningen denne endringen har for Sarahs liv kom fram når hun fortalte at hun tidligere hadde hatt tanker om å ta sitt eget liv («avslutte alt») når de vonde følelsene tok over. Selv om det fortsatt er tøft for henne å forholde seg til intens smerte opplever hun at hun nå tåler det. De gjentatte erfaringene har også gitt henne tilgang til gode følelser. Det å kunne anerkjenne egne følelser har ført til økt tilfredshet og selvbevissthet.

Også for Roy har terapien endret måten han forholder seg til følelser på i hverdagen:

Det har vært en sånn treningssak det ... en bevisstgjøring ovenfor meg selv. Fra å bare være i hodet er jeg mer bevisst kroppen min. Kroppen min prøver jo å fortelle meg noe. Og når den følelsen kommer ... så tror jeg det har med å få integrert det i kroppen på lik linje som å puste. Det blir på en måte en sånn naturlig reaksjon når du kjenner at de (følelsene) kommer ... så bare lar du de få komme. Og bare rir på dem da, som en seilbåt på havet egentlig. Du bare snur deg der vinden blåser, i stedet for å jobbe mot den. For den er jo der uansett ... Den vinden den kommer uansett hvordan du snur og vender på deg.

Fra å fokusere på tankene er Roy blitt mer opptatt av hvordan kroppen forsøker å formidle et budskap gjennom følelsene. I stedet for å kjempe mot ubehaget betrakter han følelser som en hvilken som helst annen naturgitt respons, og går med dem så lenge de varer, «på lik linje som å puste». Han har lært seg å akseptere følelser, og erfart at de dermed løser seg opp av seg selv. Hans rike bruk av illustrerende bilder på hvordan følelser kommer og går, tyder på at han i dag betrakter dem som en naturlig del av livet.

Marthe fortalte at terapien har gitt henne mot til å stoppe opp og forholde seg til sine følelser her og nå. Det innebærer for henne å erkjenne og tåle hele sitt følelsesspekter, i tillegg til å kunne ivareta seg selv på bakgrunn av sine behov:

Nå kan jeg tillate meg ... både fysisk og psykisk ... å komme til stede. Å kjenne på sårbarhet og tenke at nå må jeg ta det litt mer med ro. Dette må jeg kjenne på og tørre å stå i. Jeg kan akseptere mer følelser, og jeg har faktisk rett på å være sint, ikke kjenne skam på det. At det

er helt på sin plass i forhold til enkelte situasjoner. Kanskje jeg innrømmer det? Jeg kan jo innrømme det for meg selv først. Jeg er ikke bare sterk hele tida ... det er bare det som vises utenpå. Og fysisk så går det jo på å kjenne grensene mine, sånn at jeg ikke presser kroppen. Kjenne at dette er faktisk ikke bra for kroppen. Den sier ifra at nå er det nok.

Gjennom tilstedeværelse i nuet har Marthe blitt bevisst sine indre opplevelser. Når hun har gitt aksept til hele spektret av egne følelser og reaksjoner, trenger hun ikke lengre å maskere seg utad og late som om hun er en annen enn den hun er. Det innebærer også at hun tar mer hensyn til seg selv i hverdagen, og ikke strekker seg utover egen tåle- og yteevne. Å kjenne skam i forbindelse med å gi uttrykk for eget sinne er vanlig hos voksne, noe Marthes beskrivelse kan tyde på. Det at hun tidligere har undertrykt sinnet sitt kan tyde på at slike reaksjoner var forbudte å vise da hun var barn. Bearbeiding av den gamle skamfølelsen har ført til at Marthe kan akseptere sinnet sitt som en riktig og viktig følelse. Det vil kunne gjøre hennes reaksjoner av sinne og raseri mer tilpasset de situasjonene hun står ovenfor i dag.

Siris forhold til egne følelser har også endret seg, blant annet gjennom å innse at overgrepene hun ble utsatt for ikke var hennes ansvar.

Jeg har fått det mye bedre med følelsene i kroppen min ... det er ikke så farlig lengre. Og at folk tar borti her og der ... det er liksom ikke det der stengte lengre. Jeg skjønner at det ikke er min sin skyld, og da får jeg et annet forhold til både følelsene mine og kroppen min og alt.

Uttalelsen «... det er liksom ikke det der stengte lengre» kan forstås som et uttrykk for at prosessering av den gamle smerten har ført til at kroppen ikke lengre trenger å opprettholde et forsvar mot truende følelser. Hennes opplevelse av å bli frigjort fra skyld førte til at hun fikk mindre å «passe på». Nå kan hun også tillate fysisk kontakt uten at kroppen spenner seg.

Gjennom terapien beskriver Anna at hun har blitt mer klar over egen verdi og styrke:

Jeg fikk en veldig indre styrke ... sånn at jeg greide å slappe av i den veldig pressede situasjonen som jeg var i ... Jeg gjorde det! Og da falt det på plass såpass mange brikker! Neste gang jeg kom (til time) ... og til neste gang jeg kom igjen ... så merket jeg at her har det skjedd kjempemye på innsida, som jeg kanskje ikke klarer å sette fingeren min på. Det hadde skjedd forandringer positivt med min personlighet og min selvillit. (...) Timene åpnet vel noen rom inni meg, sånn at jeg fikk kontakt med dem (følelsene) kanskje. Og så fikk jeg

se at det begynte å bli virksomt i meg; det å være trygg på egen styrke ... både mentalt og fysisk egentlig.

Anna ga uttrykk for at endringene i hennes tanker og følelsesliv er store. Uttalelsen «... så merket jeg at her har det skjedd kjempemye på innsida» kan tolkes som at hun har blitt mer bevisst egne følelser knyttet til de ulike utfordringene hun står i. Når hun på denne måten får bedre kontakt med kroppen sin føler hun seg sterkere og opplever mer helhet og balanse i livet.

I dette siste sitatet oppsummerer Trude hvordan hun i ettertid ser på egen endringsprosess:

Før var jeg statist i eget liv ... nå har jeg hovedrollen i eget liv. Og det er stor forskjell. Nå er det jeg som er regissøren, nå er det jeg som styrer livet mitt. Før så var det alle andre. Og sånn er det med kroppen min også ... og det er jo en sånn prosess som tar tid.

Drøfting

I denne siste kategorien forteller informantene om resultatene av ILT-behandlingen. Jeg har illustrert dette med seks intervjuutdrag som inneholder klientenes erfaringer av seg selv i hverdagen etter terapien. Det handler om en ny måte å forholde seg til kropp og følelser på. Tidligere var det nødvendig å stenge av kroppens signaler for å unngå å bli trigget følelsesmessig. I terapien opplevde deltakerne at følelser ikke lengre var så farlige som de hadde erfart og tenkt før. Tre sentrale temaer pekte seg ut i denne kategorien: *anerkjenne egne følelser, opplevelse av et mer helhetlig liv og å kjenne seg sterkere og tryggere i hverdagen.*

Det første temaet, *anerkjenne egne følelser*, handler ifølge informantene om å «eie» og ta ansvar for sine følelser. Det innebar at de i stedet for å motarbeide følelsene sine forsøkte å komme dem i møte og oppleve dem kroppslig. Når de erfarte at de var i stand til å tåle følelser som de tidligere hadde unngått, ble deres opplevelse av dem endret; - fra å være noe som de trodde kunne skade dem, til å oppleve økt toleranse for følelsenes ulike uttrykk og intensitet. I stedet for å være skamfull over det de opplevde, beskrev informantene at følelser var noe de hadde rett til å gi uttrykk for. De betraktet følelser som en naturlig del av livet og gikk med dem, som Roy uttrykte det; «Du bare snur deg der vinden blåser, i stedet for å jobbe mot den».

Det å begynne å slippe til mer av det levende i seg selv førte til at informantene ble mindre styrt av overlevelsereaksjoner som enten aktiverte eller stengte av kroppen.

Konsekvensen av å anerkjenne egne følelser ga økt bevissthet om egne behov og gjorde at de begynte å ta mer vare på seg selv, noe som Marthe illustrerer med utsagnet: «... å kjenne grensene mine, sånn at jeg ikke presser kroppen». Som følge av økt følelsesbevissthet hadde informantene ikke lengre behov for å gå inn i depresjonen som en utmelding av livet. Sarah beskrev dette slik: «Jeg har begynt å tenke at det er bare noe som jeg skal igjennom, i stedet for å bare ha lyst til å avslutte alt». Å få kontakt med det «levende og sanne» i sitt indre gjorde at informantene kunne slappe mer av i hverdagen. Når følelser ble betraktet som noe naturlig som kom og gikk, var mye av den energien som tidligere ble brukt til å holde farlige og forbudte følelser unna, omgjort til en positiv livskraft. Egne tanker om håpløshet og maktesløshet tok mindre plass, i stedet ble dette «rommet» fylt med opplevelser av at livet var verd å leve.

Flere forfattere peker på betydningen av å anerkjenne sine følelser (Monsen & Monsen, 1999, Schibbye, 2001, Damasio, 2004, Anstorp m.fl., 2006, Ogden m.fl., 2006, van der Kolk, 2014). Opplevelsen av å kunne ta ansvar for sitt eget indre følelsesliv og sine egne kroppslige prosesser fratras individet gjennom traumet (van der Kolk, 2014). Videre peker nevrobiologen Bruce Perry på at traumet «vil *isolasjon*», men at det kun vil leges i *relasjon* (Perry, 2013). Det viser til den avgjørende betydningen relasjonen har for helning, noe også Per Fugelli (2012) understøtter når han oppfordrer oss til å bry oss om flokken vår, isteden for å være et «1-tall» på jorden.

Det å skulle nærme seg sitt indre, uten å bli overveldet og skamfull over måten en har måttet reagere på for å overleve, forutsetter at det er noen som tar imot smerten, noe som bør/vil være et mål i alle traumemetoder. I en helende relasjon kan klienten oppleve og gi fritt uttrykk for egne kropps- og sinnstilstander (Schibbye, 2004). Endring kan da skje på bakgrunn av at individets (ubevisste) implisitte kunnskap («implicit relational knowledge», Lyons-Ruth m.fl. (1998)) gjøres om til følelser som det er mulig å reflektere bevisst rundt. Det innebærer at å ha en følelse og å *kjenne* en følelse vil være to ulike tilstander (Damasio, 2002).

Opplevelsen av å ha fått bedre kontakt med egne følelser er nært knyttet til det neste temaet informantene erfarte som viktig i sin nye hverdag; *opplevelse av et mer helhetlig liv*, av Anna beskrevet som at «det falt på plass såpass mange brikker». Informantene fortalte at det å bli mer bevisst egen kropp og følelser gjennom å rette oppmerksomhet innover mot «noen rom inni meg», som Marthe uttrykte det, gjorde at

de opplevde seg mer til stede i eget liv. Det førte til at en mer integrert bevissthet vokste fram; en følelse av at kropp og sjel «henger sammen» i en helhet. I litteraturen er det godt beskrevet hvordan den kroppslige bevisstgjøringsprosessen (fra emosjon til bevisst følelse) ligger til grunn for en helhetlig opplevelse av seg selv (Damasio, 2004, Jenson, 1995, Schibbye, 2004). En viktig side ved denne endringsprosessen er hvordan sinnet får økt tilgang til selvet, det som gjerne blir betegnet som bevissthetens sentrum (Jung, 1985). Det gjør at en får en tydeligere og mer sammenhengende følelse og oppfatning av den en er som person («sense of self»).

Endringen i oppfattelse av seg selv peker mot det siste temaet som ble vektlagt av informantene; *å kjenne seg sterkere og tryggere i hverdagen*. Dette endringstemaet var knyttet til egen identitet og egenverd. Det å kunne være i nær kontakt med sine følelser hadde gitt dem et nytt syn på hva det vil si å være sterk. De følte ikke lenger at de måtte gå på akkord med seg selv og ha feilfri fasade for å oppleve å ha verdi som menneske. Det de sto for og gjorde kjentes mer forankret i dem selv, noe som etter hvert førte til at de fikk kontakt med en indre styrke. Informantene kunne kjenne trygghet og glede i eget liv og en følelse av ro både mentalt og kroppslig, slik at ny erfaring i større grad kunne integreres som viktig og nyttig for dem selv. Denne endringsprosessen inneholder flere viktige delprosesser som går over tid, der nye og mer selvbevarende reaksjonsmønstre utvikles i relasjon til omgivelsene. Roy la vekt på at ... «Det har vært en sånn treningssak det ... en bevisstgjøring ovenfor meg selv».

Informantenes erfaringer med å kjenne seg sterk og trygg kan forstås i lys av begrepet selvaktelse (Kirkengen, 2005, Maslow, 1954, Rogers, 1951, Schibbye, 2009). Det innebærer en trygghet på å «være OK i verden sammen med andre» (Schibbye, 2009, s. 108), som en motvekt til separasjonsangst og tapsfølelse. For informantene hadde den viktige erfaringen med å kunne knytte seg til en voksen person gjennom terapeuten, uten angst for å bli avvist, bidratt med å gi hver enkelt større trygghet og selvavgrensning.

Som følge av god terapeutisk hjelp gikk informantene fra å oppleve seg som uvesentlig til hovedaktør i en tilværelse der egen kropp hadde (gjenopprettet) en aktiv rolle. Det er dette som er hovedinntrykket når intervjuene dreide seg om hva de hadde fått igjen av terapien. Trude uttrykker dette presist: «Før var jeg statist i eget liv ... nå har jeg hovedrollen i eget liv ... sånn er det med kroppen min også ...».

AVSLUTTENDE BETRAKTNINGER

Denne studien tar for seg behandling som kombinerer kroppslig berøring og terapi. Så langt jeg kjenner til, finnes det bare to andre metoder som gjør dette, i tillegg til InnerLifeTerapi. Disse er Norsk Psykomotorisk Fysioterapi og Rosenterapi. I studier som belyser disse metodene (jf. s. 31-32) framkommer det ikke at de retter seg spesifikt mot behandling av traumer. I ILT kombineres kroppslig berøring med bruk av traumerettet eksponering/visualisering. En slik tilnærming kan derfor betraktes som en unik traumemetode. Jeg er ikke kjent med at det tidligere er gjort empiriske studier på ILT.

Denne studien gjenspeiler klienters inntrykk og opplevelser av behandlingene de har hatt med ILT. Beskrivelsene refererer til ulike tidsintervaller etter avsluttet terapi. Studien kan imidlertid ikke dokumentere om virkningene er varige over tid. Målet med studien er heller ikke en kontrollert (kvantitativ) dokumentasjon av effekt, men å gi en kvalitativ og mer inngående analyse og tolkning av det som foregår i de mest sentrale delene av terapiprosessen.

I oppgavens innledning pekte jeg på hvordan ulike erfaringer med å bli krenket i barndommen ofte kan etablere seg som traumer som vil kunne belaste individet livet ut dersom de ikke blir bearbeidet. I det offentlige blir det gang på gang avdekket at skadelige barndomserfaringer er mer vanlig enn samfunnet ønsker å ta innover seg. En slik benektning gjenspeiles også i helsevesenet. På samme måte som traumeutsatte vil unngå egen smerte, ser det ut til at store deler av hjelpeapparatet beskytter seg ved å ikke ta innover seg omfanget av overgrep mot barn. I dag får dette alvorlige konsekvenser for individets psykiske og fysiske helse (Kirkengen & Næss, 2015). Stadig flere peker på det uheldige ved at psykiatrisk behandling er mer opptatt av å utrede og diagnostisere pasienten enn av symptomenes mening for den enkelte. Kritikken mot tradisjonell psykiatri og den uheldige påvirkningen fra såkalt «evidensbasert medisin» (Evidence-Based Practice, EBP) (Ekeland, 2012) er det imidlertid ikke plass til å gå nærmere inn på her.

Jeg har tidligere beskrevet behandlingsmetoder for traumer og andre store livsbelastninger. Å ha god kjennskap til metoder er nødvendig, men i bruken av terapeutiske teknikker vil det alltid være en fare for at klientens levde liv og egen oppfatning av det som skjer kommer i bakgrunnen. Når terapeuten glemmer seg bak sin

ekspertkunnskap og søker løsninger på klientens utfordringer på grunnlag av en behandlingsforskrift knyttet til en diagnose, kan gjensidigheten og den nødvendige følelsesmessige nærheten i terapirelasjonen svekkes.

Psykoterapeutiske metoder som anvendes uten å ha basis i en gjensidig anerkjennende relasjon vil i beste fall kunne gi en kortvarig endring på bakgrunn av terapeutens velmenende råd og «instrukser». Unnvikelse av selve smerten vil i verste fall kunne oppleves som et nytt svik for klienten. Informantene i denne studien forteller en del om dette, selv om det ikke er studiens hovedanliggende. Å ikke ha oppmerksomheten mot livsbelastende erfaringer - symptomenes *mening* - i terapi, innebærer at det traumatiske grunnlaget for symptomene forblir ubearbeidet. Da opprettholdes en livssituasjon for klienten der forsterkning av traumesymptomene, retraumatisering og ønsket om å gjøre slutt på eget liv utgjør en risiko.

I studien har jeg blant annet omtalt den gjensidige, anerkjennende terapirelasjonen som en forutsetning for bearbeiding av vonde erfaringer. For informantene mine handlet det først og fremst om at terapeuten var «trygg, varm og nær». Terapeuten kan ikke gjemme seg bak en profesjonell maske, men må ha et åpent og avklart forhold til sin egen smerte i livet; å kunne se det som viktig og nødvendig å forholde seg til egne følelser i terapisisituasjonen, samtidig som en forholder seg til klientens følelser. I ILT-utdanningen forutsettes det at studenten gjennomgår egenerapi for å bli kjent med egen historie og egne beskyttelses- og reaksjonsmønstre. Begrunnelsen er at slik kjennskap til seg selv vil gjøre terapeuten bedre i stand til å møte klientens smerte. Det som avdekkes hos den andre blir således gjenkjennbart, selv om det er ulikt. Slik jeg vurderer det, gir et slikt krav om kjennskap til egen historie ILT-utdanningen en fordel sammenlignet med terapiutdanninger hvor egenerapi ikke er obligatorisk. I terapiformer som innbefatter fysisk berøring er kanskje terapeutens trygghet i forhold til egen kropp og eget følelsesliv særlig viktig, da kroppsberøringen vil kunne vekke skjulte taps- og smerteerfaringer også hos terapeuten.

Allerede ved første behandlingskontakt møter en i ILT klienten med kroppskontakt (massasje) kombinert med samtaler om aktuelle følelsesladede temaer som oppstår. Videre vil denne behandlingsmodellen styre samtalene til en viss grad, ved at terapeuten gir klienten bestemte oppgaver og innspill, slik det er gjort rede for i oppgavens teoridel (jf. s. 33-35) og fra informantenes side. Et sentralt mål for terapien

er å få klienten til å oppleve seg mer hel og «integrert» ved at forbindelsen mellom kropp, følelser og selvoppfatning blir tydeliggjort og styrket. Det er innenfor denne konteksten at jeg har nærmet meg oppgavens problemstilling: «*Hvordan erfarer klienter en traumeorientert behandlingsprosess som involverer kroppslig berøring?*»

Studiens tre hovedtemaer

Klienter som har mottatt ILT er blitt intervjuet for å belyse problemstillingen. Viktige funn i intervjuene er tolket gjennom fenomenologisk-hermeneutisk analyse ved hjelp av traumeteori. Denne teorien er valgt på bakgrunn av at den epistemologisk synes best egnet til å ivareta studiens problemstilling og empiri. Teori om anerkjennelse og emosjoner er brukt i tillegg, blant annet for å gjøre analysene mer helhetlige. All terapi og forskning på terapi vil være opptatt av dimensjonen *endring*. I denne studien ble *endring i kontakten med egne følelser* vurdert som en gjennomgående egenskap ved de tre kategoriene som ble analysert fram. Kategoriene, som beskriver sider ved følelseslivets endring, ble gitt betegnelsene *å bli sett og tålt, tilgang på avstengt smerte og nærhet til egne følelser*.

Kategorien *å bli sett og tålt* refererer til informantenes opplevelse av terapirelasjonen; måten de ble møtt på av terapeuten. Informantene framhevet det uvante ved at terapeuten var psykisk og fysisk tilstedeværende. De nære møtene skapte både en trygghet og en utrygghet hos informantene, da terapeutens nærvær førte til at de ikke kunne forestille seg i terapirelasjonen slik de gjorde til daglig. Å bli akseptert for den de var ga en opplevelse av økt egenverdi, og tilfredsstilte et lenge etterlengtet behov for å være midtpunktet i det som skjedde. Konsekvensen var at informantene ble mer åpne og følte seg sterkere. Dermed ble de mer i stand til å møte egne følelser i bearbeidingsfasen.

Kategorien *tilgang til avstengt smerte* er rettet mot selve bearbeidingsprosessen. Når informantenes forsvarsreaksjoner ble tålt av terapeuten førte det til at de kunne tåle seg selv. Gjennom økende trygghet til terapeuten hadde de etter hvert ikke behov for det psykiske forsvarrets overdrevne kontroll. Som følge av at spenningene i kroppen avtok kunne oppmerksomheten i større grad vendes mot de fortrenge traumatiske minnene. Bearbeidingsfasens *vendepunkt* så ut til å handle om at informantene fikk mot til å bevege seg ut på «dypere vann» og tillate seg å gi slipp på kontrollen. Den frykten som da oppsto refererer til frykten som det opprinnelige traumet hadde skapt. Til tross for at

primitivt forsvar i form av dissosiasjon ble tatt i bruk også i terapien, erfarte de denne gangen at de kom seg gjennom de vonde opplevelsene i live. Det at terapeuten tålte de sterke reaksjonene så ut til å være vesentlig for å erfare dissosiasjon i form av overgivelse på en ny måte, noe som etter hvert gjorde det primitive forsvaret overflødig. Traumeminnet kunne gjenoppleves og tilbakeholdt sinne og redsel kunne få utløp i en trygg terapirelasjon. Etter hvert ble det mulig å innlemme kvaliteter, egenskaper og ressurser ved seg selv som hadde vært fortrent siden traumeerfaringen skjedde. Konsekvensen av helningsprosessen var en stabilisering av informantenes tilstand, uten at det var nødvendig med noen aktiv inngripen fra terapeutens side.

Kategorien *nærhet til egne følelser* peker mot endringer som skjedde i etterkant av behandlingen. Informantene fortalte at de hadde fått større eierskap til følelsene sine, noe som blant annet innebar at de, fra å være «i sine følelsers vold», nå kunne ta imot følelsene med større aksept. Å ikke lengre måtte ta på seg en beskyttende «maske» ble beskrevet som en ny og sårbar opplevelse av informantene. Nærhet til eget følelsesliv innebar at de kunne forholde seg til hele spektret av følelser; sorg, glede og lek, så vel som sinne og redsel. Informantene ga uttrykk for at det å kjenne egne følelser i kroppen uten å forsvare seg mot dem, både var en utfordrende og kjærkommen opplevelse. Utfordringen var å tillate følelsene å komme fram og å kunne «stå i dem». Når de ble i stand til å romme sine følelser førte det til at de fikk kontakt med noe ekte i seg selv; en indre kjerne som de erfarte at det var mulig å kontakte når følelsene truet med å overmanne dem. I motsetning til den tidligere tilværelsen som i stor grad var ytre styrt, gjorde en «indre» styring det mulig å ta bedre vare på seg selv og gi uttrykk for sine ønsker og behov overfor andre. En følge av at informantene fikk nærhet til egen kropp og egne følelser var at det vokste fram en indre trygghet og styrke, som ga en lenge etterlengtet helhetsfølelse og større bevissthet i hverdagen.

Berøringens rolle i terapien

Den rollen som *berøring* har i endringsprosessen står i sentrum av denne studien, derfor skal den dveles litt ekstra ved. Hvordan samfunnet i vår vestlige verden forholder seg til temaet berøring, er ikke entydig. På den ene siden synes det å være en økt toleranse for fysisk kontakt mellom mennesker. På den andre siden virker det å være en del ambivalente følelser og frykt for den intimiteten som følger med kroppslig berøring, noe som kan tenkes å ha grobunn i menneskers tidlige tilknytningsfase. Individets

tilknytning til viktige omsorgspersoner tidlig i livet er ofte preget av underskudd på fysisk og psykisk nærhet. Konsekvensen kan bli at en tar med seg en usikkerhet inn i voksenlivet i forhold til å skulle omgås andre fysisk. En underliggende lengsel som barnet hadde etter omsorgsfull, trøstende eller lekende fysisk berøring vil dermed kunne bli trigget ved fysisk og psykisk kontakt senere, noe som kan føre til at det etableres et forsvar mot å komme andre for nær. En slik beskyttelse vil ha en ivaretagende funksjon, ved at den hindrer en i å komme i kontakt med smerten som barnet kjente ved å bli avvist i dets tidlige behovsutspill på kroppslig nærhet og kontakt.

Reservasjonen mot kroppskontakt i vårt vestlige samfunn kan også tenkes å ha hatt en avgjørende betydning for hvordan en forholder seg til kroppslig berøring som tilnærming i psykoterapi. Advarslene som gis mot berøring i terapi ser imidlertid ut til å handle mer om terapeutens evne til å forholde seg til klientens reaksjoner, enn det handler om terapirelasjonen som sådan. Dersom terapeuten ikke er i stand til å ta ansvar for terapirelasjonen gjennom å ha utviklet et bevisst forhold til egne følelser og reaksjoner, vil nærhet kunne være risikabelt. Når terapeuten derimot kjenner seg selv er det ingen grunn til å ekskludere kroppslig berøring som bidrag i behandling av psykiske lidelser. Fravær av enhver form for fysisk kontakt kan derimot tenkes å være risikabelt; en tilbakeholdt, «fjern» terapeut vil kunne minne om krenkeren, noe som i gitte tilfeller vil kunne trigge klientens egen avvísningshistorie og forsinke helningsprosessen.

Konsekvensen av å unnlate bruk av berøring i terapi vil også kunne føre til at klienten blir fratatt mulighet til å erfare at kroppslig avspenning og trygghet er tilgjengelig for en, ved hjelp av en profesjonell og tilstedeværende terapeut (Lind, 2014). Hensikten med berøring i ILT er å overkomme frykten for å bli tatt på, for å kunne roe ned det kroppslige stresset. En mer avslappet kropp vil lettere kunne bringe fram minner og bilder som forsvaret har sørget for å holde på avstand. Forutsetningen for bruk av kroppslig berøring i kombinasjon med psykoterapi er at terapeuten har tilstrekkelig kunnskap om og erfaring med en slik tilnærming, og at den fysiske kontakten blir brukt med klokskap og varsomhet, særlig ovenfor mennesker som har blitt krenket kroppslig.

Trygghet og kontroll i kritiske vendepunkt

Det siste sentrale temaet, eller dimensjonen, i denne studien handler om klientens (og terapeutens) behov for trygghet og kontroll i endringsprosessen. Klienters behov for

trygghet i en terapisisituasjon er sett på som grunnleggende viktig for et godt resultat (Duncan, Miller, Wampold & Hubble, 2010). Samtidig vil endring nødvendigvis måtte innebære en viss grad av utrygghet for både klient og terapeut. For terapeuten vil det først og fremst handle om å være trygg nok i seg selv til å kunne romme klientens sterke følelser og reaksjoner, uten å få behov for å regulere eller dempe dem. Terapeutens kontroll av klientens sterke reaksjoner blir ofte begrunnet med at klienten befinner seg utenfor det faglige «toleransevinduet», hvor ingen læring vil kunne registres (Benum, 2011). Holdningen kan også tilskrives en grunnleggende usikkerhet og utrygghet både hos klienten og terapeuten selv. Spørsmålet kan stilles om hva som vil skje dersom overlevelsesresponser får «gå sin gang?»

I min studie knyttes også temaet kontroll opp mot klientens overlevelsesstrategier. For klienten har det psykiske forsvaret hatt en viktig funksjon tidligere da det førte til at en som barn følte seg tryggere når en greide å håndtere en kaotisk og belastende tilværelse. Å ta kontrollen i hverdagen kunne være avgjørende for opplevelsen av å holde seg selv og sin egen familie sammen, og for å unngå å oppleve den opprinnelige smerten. Senere i voksenlivet blir denne kontrollen problematisk; ettersom den ikke er tilpasset voksenlivets situasjoner vil den ofte preges av over- eller underdrevne handlinger og reaksjoner. Konsekvensen vil være at personen begrenser seg selv gjennom å unngå alt som kan minne om det smertefulle. I verste fall vil kontrollen være så skadelig at den kommer til uttrykk som fysiske og psykiske symptomer og lidelser, en sammenheng som etter hvert er blitt godt dokumentert (Getz m.fl., 2011; Kirkengen & Næss, 2015). Et viktig terapeutisk tema vil derfor være at klienten etter hvert opplever seg trygg selv om kontrollen slippes opp. Det å skulle gi fra seg handlingsstrategier som tross alt har en livsviktig ivaretagende hensikt, vil gjerne oppleves mest risikabelt når det gjelder beskyttelse mot følelser knyttet til traumeerfaringer. I slike tilfeller vil det kunne føre til at klienten havner utenfor sitt «toleransevindu», slik studien min gir noen eksempler på.

Enkelte terapeuter mener at en ikke trenger å være restriktiv på kraftige reaksjoner hos klienten. De fleste tradisjonelle terapitradisjoner, samt noen av traumetilnærmingene som er beskrevet i teoridelen av denne studien, ønsker imidlertid å sette en grense ved dissosiasjonen (Blindheim, 2016). Å være i stand til å «se» hvor en slik grense går og avgjøre hvem som skal sette den, synes for meg å være en umulig oppgave. Det er heller ikke ønskelig slik jeg ser det. Selv om enkelte informanter i min

studie fortalte at de ikke var tilstede bevisst, beskrev de at de under dissosiasjon var i stand til å registrere terapeutens trygge tilstedeværelse. Det viser at de ikke har vært helt «utmeldt» og ute av stand til å gjøre gode erfaringer med andre i slike situasjoner. Like fullt ga informantene uttrykk for at dissosiasjon og kontakt med bakenforliggende smertefulle følelser var uvant og kjentes rystende. De overveldende opplevelsene ble samtidig beskrevet som å ha ført til et vendepunkt i terapien: Gjennom å erfare å bli tålt som et helt menneske kunne de begynne å tåle seg selv.

En stabiliseringsfase som strekkes ut i tid på grunn av terapeutens behov for kontroll over klientens reaksjoner kan antas å forsinke den terapeutiske prosessen. Det kan også tenkes at klienten vil bli mer utrygg og redd for egne reaksjoner når terapeuten ikke ser ut til å tåle de «verste sidene» ved en selv. Når terapeuten derimot er «*trygg på utryggheten*» vil det kunne formidle håp hos klienten, slik at en får mot til å gå gjennom avgjørende, kritiske vendepunkt. Det vil da bli mulig for klienten å integrere nye, frigjørende erfaringer i sin egen historie. Slike vendepunkt, som vil kunne skje både innenfor og utenfor «toleransevinduet», er kanskje det aller viktigste terapeuten kan bistå klienten med; som et innsiktsfullt og hjelpende vitne til det som skjer.

En «utvidet» bevissthet om sammenhengen mellom følelser og kropp peker seg ut som den overordnede virkningen av ILT – behandlingen. Bevissthet beskrives av Damasio (2002) å være «en følelse av en følelse». Tilblivelse av menneskelig bevissthet forutsetter følgelig at vi vet om våre emosjoner og tar dem innover oss. «Å vite er til hjelp for å leve» (Damasio 2002, s. 297). Med det menes at bevisstheten setter oss i stand til å skape et bedre liv for oss selv og andre. Å oppleve berøring i en omsorgsfull relasjon kan være en innfallsport til bevissthet når kroppen har erfart å bli krenket.

I denne oppgaven har jeg forsøkt å løfte fram klienters terapeutiske endringserfaringer gjennom å tolke og forklare dem med utgangspunkt i relevant teori. Videre har jeg tatt for meg noen viktige premisser som må være til stede hos terapeuten og i den øvrige terapikonteksten for at slike helende endringer skal kunne skje. Slik jeg vurderer studien vil den være nyttig, ikke bare for klinisk praksis og forskning innen traumeterapi, men også for terapifagfeltet for øvrig.

LITTERATURLISTE

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: Author.
- Angus, L. E. & Greenberg, L. (2011). *Working with narrative in Emotion-focused Therapy: Changing stories, healing lives*. Washington, DC: American Psychological Association Press.
- Anstorp, T., Benum, K. & Jakobsen, M. (2006). *Dissosiasjon og relasjonstraumer. Integrering av det splittede jeg*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Anstorp, T. & Benum, K. (2014). Hva trenger terapeuten for å gi god traumebehandling? I T. Anstorp & K. Benum (Red.). *Traumebehandling – komplekse traumelidelser og dissosiasjon*. (s.19-38). Oslo: Universitetsforlaget.
- Ardeby, S. (2003). *När orden inte räcker: om händer, hud, nervsystem ur ett taktilt perspektiv samt bakgrunden till originalmetoden taktil massage*. Stockholm: Ambosantus.
- Arnet, E. (2009). *Terapi - hva passer for meg?* Oslo: Gyldendal akademisk.
- Axelsen, E. (2009). *Symptomet som ressurs*. Oslo: Pax forlag.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy. The exercise of control*. New York: W. H. Freeman and Company.
- Bandura, A. (2006). *Toward a Psychology of Human Agency*. Stanford: Stanford University.
- Beisser, A. (1970). Paradoxical Theory of Change. in J. Fagan & I. L. Shepherd (Eds.), *Gestalt therapy now: Theory, techniques, applications*. Palo Alto, California: Science and Behavior Books.
- Benum, K. (2011). Traumeterapi med voksne klienter. De første samtalene som tidlig intervensjon, I M. H. Rønnestad & A. L. von der Lippe (Red.), *Det kliniske intervjuet. Bind II. Praksis med ulike klientgrupper*. (s. 243 – 267). Oslo: Gyldendal Akademisk.

- Berg, E. (2005). *Det skapende mellomrommet – i møtet mellom pasient og lege*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Binder, P-E & Vøllestad, J. (2010). Å være til stede sammen: Oppmerksomt nærvær i psykoterapi. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 47(2), 112-117.
- Blindheim, A. (2012). *Ettervirkninger av traumatiserte hendelser i barndom og oppvekst*. NOU 2012:5. Bedre beskyttelse av barns utvikling. Ekspertutvalgets utredning av det biologiske prinsipp i barnevernet, 191–213.
- Blindheim, A. (2016. 13.01). *Kronisk traumatiserte barn. Hvordan preger belastninger tidlig i livet barns utvikling og helse? Hva impliserer denne kunnskapen om hva som kreves av oss som hjelpere*. Forelesing, Trondheim.
- Borg, M. (2009). Bedringsprosesser slik de leves i hverdagslivet: Brukererfaringer ved alvorlige psykiske lidelser. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 46(5), 452-459.
- Bowlby, J. (1974). *Attachment - volume one of Attachment and Loss* (3.utg.). London: Hogarth press.
- Braarud, H.C. & Nordanger, D.Ø. (2014). Regulering som nøkkelbegrep og toleransevinduet som modell i en ny traumepsykologi. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 51(7), 530-536.
- Buber, M. (2003). *Jeg og du*. Oslo: De norske bokklubbene.
- Dalen, M. (2008). *Intervju som forskningsmetode - En kvalitativ tilnærming* (2. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Damasio, A.R. (2002). *Følelsen av hva som skjer: kroppens og emosjonenes betydning for bevisstheten*. Oslo: Pax.
- Damasio, A.R. (2004). *På leting etter Spinoza: glede, sorg og den følende hjernen*. Oslo: Pax.
- Drew, N. (2006). Bridging the Distance Between the Objectivism of Research and the Subjectivity of the Researcher. *Nursing Science*, 29(2), 181-191.
- Duncan, B. L. & Miller, S. D. (2000). *The Heroic Client: Principles of Clientdirected, Outcome-Informed Therapy*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.

- Duncan, B.L., Miller, S.D. & Wampold, B.E. & Hubble, M.A. (2010). *The heart and soul of change: Delivering what works* (2. utg.). Washington DC: American Psychological Association.
- Eid, J-T. (2009): *Å håndtere sin egen smerte ved hjelp av rusmidler. En studie av rusproblemet i livshistorien til mennesker som har fått hjelp ved Selbu- og Tyrilikkollektivet* (Masteroppgave). NTNU, Trondheim.
- Eid, J-T. (2012). Levd kropp – en analyse av Anna Luise Kirkengens tenkning. *Michael Quarterly*, 9(3). http://www.dnms.no/index.php?seks_id=151021&a=1
- Eid, J-T. (2015). Foreldres innrømmelse av skyld frigjør. *Vårt land*, 17(89). <http://www.verdidebatt.no/debatt/cat19/subcat24/thread11571190/>
- Eide-Midsand, N., Toverud, R., Axelsen, E. D. & Hjort, H. (1997). *Ut av det tause rommet* (Vol. 34, 1997, nr. 1). Oslo: Norsk psykologforening.
- Ekeland, T-J. (2012). Psykoterapi – det siste asyl? Om forholdet mellom rammevilkår og psykoterapi som praksis. I R. Ulberg, A.G. Herzog & T. Knutsen (Red.), *Psykoterapi i utvikling*. Oslo: Akademika forlag.
- Ekerholt, K. & Bergland A. (2004). The first Encounter with Norwegian psychomotor physiotherapy: Patients' experiences, a basis for knowledge. *Scandinavian Journal of Public Health*, 32(6), 403-410.
- Ekerholt, K. (2011). Awareness of breathing as a way to enhance the sense of coherence: Patient's experiences in psychomotor physiotherapy. *Body, movement and dance in Psychotherapy: An International Journal for Theory, Research and Practice*, 6(2), 103-115.
- Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., Koss, M. P. & Marks, J. S. (1998). The relationship of adult health status to childhood abuse and household dysfunction. *American Journal of Preventive Medicine*, 14(4), 245-258.
- Field, T., Hernandez-Reif, M., Hart, S., Quintino, O., Drose, L. A., Field, T., Kuhn, C. & Schanberg, S. (1997). Sexual abuse effects are lessened by massage therapy. *Journal of Bodywork and Movement Therapies*, 1(2), 65-69.

- Fletcher, J. (2008). Epiphany Storytelling as a means of reinforcing and embedding transformational therapeutic change. *European Journal for Qualitative Research in Psychotherapy*, 3, 30-37. [Article]: Goldsmiths Research Online.
- Flynn, S. M. (2010). The Practitioner's Notebook: Addressing Anger Using Sensorimotor Psychotherapy and Cognitive Behavioral Therapy. *Canadian Journal of Counselling*. 44(2), 227-230.
- Foa, E. B., Rothbaum, B. O., Riggs, D. & Murdock, T. B. (1991). The treatment of PTSD in rape victims: A comparison between cognitive-behavioral procedures and counselling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59(5), 715–723.
- Foa, E. B., Hembree, E. A. & Rothbaum, B. (2007). *Prolonged exposure therapy for PTSD: Emotional processing of traumatic experiences: Therapist guide*. New York: Oxford University Press.
- Freyd, J. J. (1998). *Betrayal Trauma: The Logic of Forgetting Childhood Abuse* (2. utg.). Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Frijda, N. H. (2008). The Psychologists' Point of View. I M. Lewis, J. M. Haviland-Jones & L. F. Barrett (Red.), *Handbook of emotions* (3. utg.). New York: The Guilford Press.
- Frønes, I. (2001). *Handling, kultur og mening*. Bergen: Fagbokforlaget
- Fugelli, P. (2012. 22. desember). Kreftsyke Per Fugelli med juleappell til nordmenn: Avslører hva som er viktigere enn «omega 3, antioksidanter og lavkarbo. *Dagbladet*. Hentet fra: <http://www.dagbladet.no/2012/12/22/kultur/debatt/kronikk/jul/helse/24950999/>
- Gadamer, H.G. (1977). The universality of the hermeneutical problem. I *Philosophical hermeneutics*, (3-17) (D. Linge, Trans.). Berkeley: University of California Press. (Original work published 1966).
- Getz, L., Kirkengen, A. L. & Ulvestad, E. (2011). Menneskets biologi - mett med erfaring. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 131, 683-687.
- Giorgi, A. (2009). *The descriptive phenomenological method in psychology: A modified Husserlian approach*. Pittsburgh, Pa.: Duquesne University Press.

- Graneheim, U. H. & B. Lundman (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105–112.
- Greenberg, L. (1986). Change process research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. Special Issue: Psychotherapy Research, 54, 4-9.
- Greenberg, L. S. & Paivio, S. C. (1997). *Working with Emotions in Psychotherapy*. New York: The Guilford Press.
- Greenberg, L.S. (2004). Emotion–focused Therapy. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 11(1), 3-16.
- Greenberg, L. S. (2010). *Emotion-focused Therapy*. Washington DC: American Psychological Association.
- Grossman, P., Niemann, L., Schmidt, S. & Walach, H. (2004). Mindfulness-based stress reduction and health benefits: A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 57(1), 35-43.
- Grunert, B. K., Weis, J. M., Smucker, M. R. & Christianson, H. F. (2007). Imagery rescripting and reprocessing therapy after failed prolonged exposure for post-traumatic stress disorder following industrial injury. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 38(4), 317-328.
- Gulliksen, K. S. (2014). *Anorexia nervosa: Patients' perspective of pathways to AN, wish to recover, first treatment contact and preferred therapist characteristics* (Doktoravhandling). Universitetet i Oslo.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Press.
- Heian, F., Berg, E., Markestad, T., Laudal, M. & Thørnquist, H. (2010). *Da lykkeliten kom til verden. Om belastninger i tidlig livsfaser*. Oslo: Legeforeningen.
- Herman, J. (1992). *Trauma and recovery*. New York: Basic Books

- Hoffren-Larsson, R., Gustafsson, B. & Falkenberg, T. (2009). Rosen Method Bodywork: An Exploratory Study of an Uncharted Complementary Therapy. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 15(9), 995-1000.
- Hoffren-Larsson, R., Löwstedt, J., Mattiasson, A. C. & Falkenberg, T. (2013). Caring as an essential component in Rosen Method Bodywork – Clients' experiences of interpersonal interaction from a nursing theoretical perspective. *European Journal of integrative medicine*, 5(6), 561-570.
- Hokland M. (2006). Kan noen traumatiserte pasienter ta skade av eksponering for minner om traumer? *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 43(11), 1150-1158.
- Honneth, A. (2008). *Kamp om anerkjennelse: om de sosiale konfliktenes moralske grammatikk*. Oslo: Pax.
- Jenson, J. (1995). *Reclaiming Your Life: A step-by-step guide to using regression therapy to overcome the effects of childhood abuse*. USA: Meridian.
- Jervell, A. S. (2013). *PTSD og traumerelaterte lidelser*. Hentet fra <http://legeforeningen.no/PageFiles/239238/130315%20Traumerelaterte%20lidelser%20Geilo%20mars%202013.pdf>
- Jung, G. (1985). *Jeg'et og det ubevisste*. Oslo: Cappelen.
- Killèn, K. (2004). *Sveket. Omsorgssvikt er alles ansvar*. Oslo: Kommuneforlaget.
- Kinderman, P. (2015). *Hvorfor vi bør forlate sykdomsmodellen*. Hentet fra: <http://www.erfaringskompetanse.no/nyheter/hvorfor-vi-boer-forlate-sykdomsmodellen/>
- Kirkengen A. L. (2005). *Hvordan krenkede barn blir syke voksne*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Kirkengen, A. L. & Næss, A. B. (2015). *Hvordan krenkede barn blir syke voksne* (utg. 3). Oslo: Universitetsforlaget.
- Kohut, H. (1990). *Selvets psykologi*. København: Hans Reitwels forlag.
- Kurtz, R. (1990). *Body-centered psychotherapy*. Mendocino: LifeRhythm.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju* (2. utg). Oslo: Gyldendal akademisk.

- Langmuir, J. I., Kirsh, S. G. & Classen, C. C. (2011). A Pilot Study of Body-Oriented Group Psychotherapy: Adapting Sensorimotor Psychotherapy for the Group Treatment of Trauma. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 4(2), 214-220.
- Leitch, M. L. (2007). Somatic experiencing treatment with tsunami survivors in Thailand: Broadening the scope of early intervention. *Traumatology*, 13(3), 11-20.
- Leitch, M. L., Vanslyke, J. & Allen, M. (2009). Somatic Experiencing Treatment with Social Service Workers Following Hurricanes Katrina and Rita. *Social Work*, 54(1), 9-18.
- Levine, P. (1997). *Væk tigeren*. København: Borgens Forlag.
- Levine, P. A. & Kline, M. (2007). *Trauma through a child's eyes: awakening the ordinary miracle of healing: infancy through adolescence*. Berkeley, Calif: North Atlantic Books.
- Lind, L. (2014). *InnerLife. Terapeut og livsveilederutdanning*. Fagplan.
- Lindseth, A. & Norberg, A. (2004). A phenomenological hermeneutical method for researching lived experience. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 18, 145-153.
- Linehan, M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: The Guilford Press.
- Lyons-Ruth, K., Bruschiweiler-Stern, N., Harrison, A. M., Morgan, A. C., Nahum, J. P., Sander, L., Stern, D. N. & Tronic, E. Z. (1998). Implicit relational knowing: Its role in development and psychoanalytic treatment. *Infant Mental Health Journal*, 19(3), 282-289.
- MacLean, P. D. (1973). A triune concept of the brain and behavior. I T. J. Boag & D. Campbell (Red.), *The Hincks Memorial Lectures* (s. 6-66). Toronto: University of Toronto Press.
- Mahler, M., Pine F. & Bergman, A. (1975). *The Psychological Birth of the Human Infant: Symbiosis and Individuation*. New York: Basic Books.

- Main, M. & Solomon, J. (1986). Discovery of an insecure disoriented attachment pattern: procedures, findings and implications for the classification of behavior. I T. Brazelton & M. Youngman (Red.), *Affective Development in Infancy*. Norwood, NJ: Ablex Publishing.
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning* (3. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Maslow, A. H. (1954). *Motivation and personality*. New York: Harper and Brothers.
- Miller, A. (2009): *Free from Lies: Discovering Your True Needs*. New York: W.W. Norton & Company.
- Miller, J. J., Fletcher, K., Kabat-Zinn, J. (1995). Three-Year Follow-up and Clinical Implications of a Mindfulness Meditation-based Stress Reduction Intervention in the Treatment of Anxiety Disorders. *General Hospital Psychiatry*, 17(3), 192-200.
- Moltu, C. & Veseth M. (2008). Fra det fastlåste til det forløsende - om å skape rom for endring i terapi. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 45(8), 932-938.
- Monsen, J. T. & Monsen, K. (1999). Affects and affect consciousness: A psychotherapy model integrating Silvan Tomkins' affect- and script theory within the framework of self-psychology. I A. Goldberg (Red.), *Pluralism in self psychology: Progress in self psychology*, 15. Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- NESH. De nasjonale forskningsetiske komiteer (2006): *Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, humaniora, juss og teologi*. Hentet fra: <http://www.ettkom.no/retningslinjer/NESHretningslinjer/06>
- Ogden, P., Pain, C., Minton, K., Siegel, D. J. & van der Kolk, B. A. (2006). *Trauma and the body. A sensorimotor approach to psychotherapy*. New York: W. W. Norton & Company.
- Paivio, S. C. & Pascual-Leone, A. (2010). *Emotion-Focused Therapy for Complex Trauma: An Integrative Approach*. Washington DC: American Psychological Association.
- Panksepp, J. & Biven, L. (2012). *The Archaeology of Mind*. New York: W.W. Norton & Company.

- Parker, C., Doctor, R. M. & Selvam, R. (2008). Somatic therapy treatment effects with tsunami survivors. *Traumatology*, 14(3), 103-109.
- Patton, M. (1990). *Qualitative evaluation and research methods*. Beverly Hills, CA: Sage.
- Perry, B. (1995). Childhood Trauma, the Neurobiology of Adaption and “Use – dependent” Development of the brain: How “States” become “traits”. *Infant Mental Health Journal*, 16(4), s. 271–291.
- Perry, B. (2013). *Hjerne, relasjon og utvikling*. Foredrag på konferansen RVTS i Barnehøyde - Bedre for Barn - Kilden, Kristiansand 3.-4. juni 2013, RVTS Sør.
- Hentet fra:
<http://sor.rvts.no/no/no/nyhetsarkiv/2013/Hjerne%2C+relasjon+og+utvikling.9UFRrO3U.ips>
- Porges, S. W. (1995). Orienting in a defensive world: mammalian modifications of our evolutionary heritage. A Polyvagal Theory. *Psychophysiology*, 32(4), 301-318.
- Retterstøl, N., Ekeberg, Ø. & Mehlum, L. (2002). *Selv mord – et personlig og samfunnsmessig problem*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Rogers, C. (1951). *Client-centered therapy: Its current practice, implications and theory*. London: Constable.
- Rogers C. (1995). *On becoming a person: a therapist's view of psychotherapy*. Boston: Houghton Mifflin.
- Rosen, M. & Brenner, S. (1991). *The Rosen Method of Movement*. California: North Atlantic Books.
- Rowan, J. & Jacobs, M. (2002). *The therapist's use of self*. Philadelphia, PA: Open University Press.
- Ruppert, F. (2008). *Trauma, Bonding & Family Constellations*. Summerset: Green Balloon Publishing
- RVTS Sør. *Traumer og dissosiasjon*. Hentet fra http://www.fasett.no/filer/traumer_og_dissosiasjon.pdf

- Rødevand, L. (2015). *Foreldre, nå må dere prioritere*. Hentet fra <http://psykologisk.no/2015/08/foreldre-na-ma-dere-prioritere/>
- Salvesen, K. & Vestlund, M. (2015). *Mindfulness og medfølelse. En vei til vekst etter traumer*. Oslo: Pax Forlag.
- Schibbye, A-L. L. (1996). Anerkjennelse – en terapeutisk intervensjon? *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 33(7), 530 – 537.
- Schibbye, A-L. L. (2001). Språk og endring. Om å bruke språket for å skape endringsøyeblikk i psykoterapi. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 38, 629-639.
- Schibbye, A-L. L. (2004). Hva sier jeg til klienten i psykoterapi? Noen sammenhenger mellom et filosofisk grunnsyn, relasjonsteori og vårt terapeutiske språk. *Impuls, tidsskrift for psykologi*, 58(2), 20-27.
- Schibbye, A-L. (2009). *Relasjoner. Et dialektisk perspektiv på eksistensiell og psykodynamisk psykoterapi*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G. & Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness-based Cognitive Therapy for Depression: a new approach to preventive relapse*. New York: Guilford Press.
- Shapiro, S. L., Astin, J. A., Bishop, S. R. & Cordova, M. (2005). Mindfulness-based stress reduction for health care professionals: Results from a randomized trial. *International Journal of stress management*, 12(2), 164-176.
- Shore, A. (2009). Relational trauma and the developing right brain: An interface of psychoanalytic self-psychology and neuroscience. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1159, 189-203.
- Siegel, D. (1999). *The Developing Mind: Toward a Neurobiology of Interpersonal Experience*. New York: Guilford Press.
- Slettemark, G. (2004). *Psykodrama og sosiometri i praksis - personlig frihet, par i samspill, den skapende gruppe*. Oslo: Akademika.

- Smucker, M. (2005). Imagery Rescripting and Reprocessing Therapy. I S. H. Freeman, A. M. Felgoise, C. M. Nezu, M. A. Nezu & A. Reinecke (Red.), *Encyclopedia of cognitive behavior therapy* (s. 226-229). New York: Springer Science.
- Stenmark, H. (2014). *Narrative exposure therapy for refugees and asylum seekers diagnosed with PTSD – a randomized controlled multicenter treatment study* (Doktoravhandling). NTNU, Trondheim.
- Stern, D. N. (2004). *The present moment in psychotherapy and everyday life*. New York: W.W. Norton & Company.
- Thagaard, T. (2009). *Systematikk og innlevelse: En innføring i kvalitativ metode*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Thomassen, K. R., (2015). *Narrativ Eksponeringsterapi som terapeutisk tilnærming i møte med traumatiserte flyktninger og asylsøkere: En litteraturgjennomgang*. (Hovedoppgave). Universitetet i Bergen.
- Thoresen, S. & Hjemdal, O. K. (2014). *Vold og voldtekt i Norge. En nasjonal forekomststudie av vold i et livsløpsperspektiv*. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress.
- Thornquist, E. & Bunkan, B. H. (1991). *What is psychomotor therapy?* Oslo: Universitetsforlaget.
- Valla, B. (2014). *Videre. Hvordan psykiske helsetjenester kan bli bedre*. Gyldendal Norsk Forlag.
- van der Hart, O., Nijenhuis E. R. S & Steele, K. (2006). *The Haunted Self: Structural Dissociation and the Treatment of Chronic Traumatization*. New York: W. W. Norton & Company.
- van der Kolk, B. (2014). *The Body Keeps the Score: Mind, Brain and Body in the Transformation of Trauma*. New York: Penguin Group.
- Walker, P. (2013). *Complex PTSD: From Surviving to Thriving: A guide and map for recovering from childhood trauma*. USA: An Azure Coyote Book.

VEDLEGG 1

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjekt

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjekt: Erfaringer med en behandlingsprosess som involverer massasje

Mitt navn er Linda Falch. Jeg er ansvarlig for et forskningsprosjekt om klienters erfaringer med en behandlingsmetode som kombinerer samtaleterapi og massasje. Formålet er å finne ut hvilke tanker og oppfatninger klienter som har mottatt en slik terapiform i [REDACTED] har om sin egen behandlingsprosess. For å samle inn informasjon planlegger jeg å intervju 8-10 personer. Dette er en forespørsel til deg om å dele dine erfaringer, som vil bli brukt som grunnlag for studien.

Bakgrunn og hensikt

Kombinasjon av samtale og massasje er ikke tidligere prøvd ut som behandling ved psykiatriske poliklinikker i Norge. Det er derfor igangsatt et forskningsprosjekt i regi av [REDACTED] for å undersøke hvordan pasienter som har mottatt denne behandlingen har erfart dette. Det vil gjennomføres personlige intervjuer med 8-10 personer totalt. Jeg vil seg utføre intervjuene i mai/juni 2012.

Hva innebærer studien for deg?

Du vil bli innkalt til et intervju med ca. 1 times varighet, hvor du vil bli spurt en rekke spørsmål rundt dine opplevelser og erfaringer med behandlingen. Intervjuet blir tatt opp på bånd, som blir slettet når lydopptaket har blitt omskrevet til tekst og analysert av meg. Jeg vil ikke ha tilgang til din journal fra tidligere behandling. Intervjuet vil finne sted i [REDACTED] lokaler i [REDACTED]. Om du skulle få reaksjoner i etterkant vil du få mulighet til å snakke med en behandler i [REDACTED]. I så fall kan du ta kontakt på telefon [REDACTED].

Hva skjer med informasjonen du gir?

Prosjektet er meldt til personvernombudet for forskning ved NSD, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS. Alle data vil bli behandlet konfidensielt og på en forsvarlig måte, i henhold til gjeldende retningslinjer. Dette innebærer at jeg som forsker vil ha taushetsplikt og at ingen andre kan bruke den informasjonen som fremkommer under intervjuet. Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjennende opplysninger, og slettet ved prosjektslutt, som er beregnet å være 31.12.2012. Det vil således ikke være mulig å

identifisere deg i resultatene av studien når disse publiseres. Resultatene vil bli publisert i en rapport og vitenskapelige artikler.

Rett til innsyn og sletting av opplysninger om deg

Hvis du sier ja til å delta i studien, har du rett til å få innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg. Du har også rett til å korrigere eventuelle feil i de opplysningene vi har registrert. Dersom du trekker deg fra studien, kan du kreve å få slettet opplysninger som er samlet inn, med mindre opplysningene allerede er inngått i analyser eller brukt i vitenskapelige publikasjoner. Du har som informant også rett til å få tilgang til resultatene av forskningen.

Frivillig deltakelse

Det er selvsagt helt frivillig å delta i studien. Du kan når som helst, og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke til å delta i studien. Dette vil ikke medføre noen konsekvenser for deg med tanke på fremtidig behandling i [REDACTED] eller andre institusjoner. Dersom du ønsker å delta undertegner du samtykkeerklæring 1 og sender denne til meg i den ferdig påskrevne/frankerte konvolutten. Hvis du ikke ønsker å delta setter jeg pris på at du undertegner samtykkeerklæring 2 og returnerer den.

Prosjektorganisering

Min faglige bakgrunn er psykiatrisk sykepleier og familieterapeut. Forskningen inngår som del av et masterstudie i psykisk helsearbeid ved Høgskolen i Nord-Trøndelag. Hovedveileder er Lars Lilja, Phd (doktorgrad), Høgskolen i Nord-Trøndelag, Tlf. 74212361. Biveileder er Ottar Næss, Phd, Familievernkontoret i Sør-Trøndelag, Tlf. 73 99 05 00.

Studiet er finansiert av St. Olavs Hospital, Avdeling for forskning og utvikling.

Dersom du har spørsmål, eller generelt ønsker mer informasjon om prosjektet kan du kontakte meg på tlf. [REDACTED].

Med vennlig hilsen

Linda Falch Behandler

[REDACTED] 8.5.12

VEDLEGG 2

Intervjuguide

Intervjuguide til mastergradsprosjektet: Erfaringer med en behandlingsprosess som involverer kroppslig berøring (massasje).

Innledende spørsmål:

Alder

Kjønn

Hvor lenge varte behandlingen?

Hvor lenge ser det siden du avsluttet behandlingen?

Hvordan har du erfart å gå i InnerLifeTerapi?

- Hva opplevde du som betydningsfullt under behandlingen?
- Hva opplevde du som utfordrende?
- Hvordan opplevde du massasjen?
- Hvordan opplevde du det var å få oppgaver mellom timene?
- Endret opplevelsen av behandlingen seg mellom første og siste time?

Hva erfarer du å ha lært om seg selv gjennom behandlingen?

- Hva har du lært underveis som har bidratt til en forskjell i livet ditt?
- Hva har du lært om deg selv?
- Ble du bevisst sider av deg selv som du har valgt å endre?
- Hvordan har behandlingen virket med tanke på ditt selvbilde?
- Hvordan har behandlingen virket med tanke på ditt forhold til andre mennesker rundt deg?

Hvordan har du erfart terapeuten og behandlingstilnærmingen?

- Hvordan opplevde du terapeuten?
- Om du har forsøkt andre terapier, hva var annerledes med denne terapiformen?

VEDLEGG 3

Samtykkeerklæring for deltakere i masterstudie:

Jeg bekrefter herved at jeg gir mitt frivillige samtykke til å delta i Linda Falch sitt masterprosjekt. Jeg har mottatt skriftlig og muntlig informasjon om prosjektet, og er villig til å delta.

Dato

Signatur informant

VEDLEGG 4

Samtykkeerklæring for deltakere i masterstudie

Jeg bekrefter herved at jeg ikke er interessert i å delta i denne studien. Jeg har mottatt skriftlig og muntlig informasjon om prosjektet og har ut fra det vurdert at jeg ikke vil stille som informant.

Dato

Signatur informant



Harald Hårfagres gate 29
N-5007 Bergen
Norway
Tel +47-55 58 21 17
Fax +47-55 58 96 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org.nr 985 321 884

Lars Lilja
Avdeling for helsefag
Høgskolen i Nord-Trøndelag
Serviceboks 2501
7729 STEINKJER

Vår dato: 09.05.2012

Vår ref:30391 / 3 / PB

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 09.04.2012. All nødvendig informasjon om prosjektet forelå i sin helhet 08.05.2012. Meldingen gjelder prosjektet:

30391	<i>En eksplorativ studie av pasienters erfaring med InnerLifeTerapi</i>
Behandlingsansvarlig	<i>Høgskolen i Nord-Trøndelag, ved institusjonens øverste leder</i>
Daglig ansvarlig	<i>Lars Lilja</i>
Student	<i>Linda Falch</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet, og finner at behandlingen av personopplysninger vil være regulert av § 7-27 i personopplysningsforskriften. Personvernombudet tilrår at prosjektet gjennomføres.

Personvernombudets tilråding forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i melde skjemaet, korrespondanse med ombudet, eventuelle kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk_stud/skjema.html. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://www.nsd.uib.no/personvern/prosjektoversikt.jsp>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 31.12.2012, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Vigdis Namtvedt Kvalheim

Pernilla Bollman

Kontaktperson: Pernilla Bollman tlf: 55 58 24 10
Vedlegg: Prosjektvurdering
Kopi: Linda Falch, Hammerstrand, 7100 RISSA

Personvernombudet for forskning



Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr: 30391

REK behandlet saken i møte 15.03.2012 og fant at prosjektet ikke omfattes av fremleggelsesplikt for REK i henhold til helseforskningsloven. Behandlingen av personopplysninger er dermed underlagt meldeplikt i henhold til personopplysningsloven.

Formålet med studien er å undersøke hvordan pasienter henvist til en psykiatrisk poliklinikk underlagt et distriktpspsykiatrisk senter i helseforetaket har opplevd å motta en kropporientert psykoterapibehandling i form av InnerLifeTerapi.

Utvalget består av 10 pasienter som har mottatt InnerLifeTerapi de siste 2 årene, ved en voksenpsykiatrisk poliklinikk ved St. Olavs Hospital, og som er ferdig behandlet. Behandler oppretter kontakt med potensielle deltakere på vegne av studenten. Datainnsamlingen vil foregå ved hjelp av personlige intervjuer som tar sikte på å skaffe informasjon om hvilke erfaringer og opplevelser pasientene har hatt i forbindelse med behandling i form av InnerLifeTerapi i en psykiatrisk poliklinikk. Direkte personidentifiserende opplysninger vil oppbevares atskilt fra intervjumaterialet, men kan kobles til dette via koblingsnøkkel. I forbindelse med prosjektet vil det bli registrert sensitive personopplysninger om helseforhold, jf. personopplysningsloven § 2 pkt. 8 c. Senest ved prosjektslutt 31.12.2012 vil datamaterialet i sin helhet anonymiseres ved at koblingsnøkkel og lydopptak slettes, samt et eventuelle indirekte personidentifiserbare bakgrunns- og situasjonsopplysninger i transkripsjoner slettes eller grovkategoriseres.

Behandlingen av personopplysninger kan foretas med hjemmel i personopplysningsloven §§ 8 første ledd (samtykke), 9 a. Ombudet finner at informasjonen som blir gitt til informantene er meget tilfredsstillende, jf. informasjonsskriv mottatt 08.05.2012.

Det må anses unødvendig å registrere pasientenes fødselsnummer i forbindelse med prosjektet, jf. pkt.9 i meldeskjema. Intervjumaterialet skal ikke kobles mot andre kilder, og studenten skal ikke gis adgang til journaler eller annet taushetsbelagt materiale. Ombudet legger til grunn at man kun registrerer informantens navn når det gjelder direkte personidentifiserende opplysninger.



Region: REK sør-øst	Saksbehandler: Emil Lahlum	Telefon: 22845523	Vår dato: 03.04.2012	Vår referanse: 2012/350/REK sør-øst D
			Deres dato: 21.02.2012	Deres referanse:

Vår referanse må oppgis ved alle henvendelser

Til Lars Lilja

2012/350 D En eksplorativ studie av pasienters erfaring med InnerLifeTerapi

Vi viser til søknad om forhåndsgodkjenning av ovennevnte forskningsprosjekt. Søknaden ble behandlet av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk i møtet 15.03.2012.

Prosjektleder: Lars Lilja
Forskningsansvarlig: Nidaros DPS ved øverste administrative ledelse

Prosjektomtale

Formålet med dette prosjektet er å utforske hvordan pasienter med traumeerfaring har opplevd å motta en kroppsorientert psykoterapibehandling i form av InnerLifeTerapi ved en voksenpsykiatrisk poliklinikk. Kombinasjon av samtale og massasje i form av InnerLifeTerapi er ikke tidligere prøvd ut som behandling ved psykiatriske poliklinikker i Norge.

InnerLifeTerapi (ILT) er et norsk psykoterapeutisk konsept utviklet av Lisbeth Lind, og går i sin helhet under navnet InnerLifeExperience (Lind, 2007). Konseptet har til hensikt å bidra til en dypere kommunikasjon mellom kropp, psyke og indre åndkraft.

Det skal inkluderes totalt 10 forskningsdeltakere i studien.

Vurdering

Komiteen vurderer det slik at det ikke her er snakk om å skaffe til veie ny kunnskap om sykdom og helse. Snarere skal prosjektgruppen evaluere en allerede etablert behandlingsform. Prosjektet vurderes derfor til å falle utenfor komiteens mandat. Ettersom det også skal innhentes samtykke fra de som inkluderes i dette prosjektet, er det ikke behov for en vurdering knyttet til dispensasjon fra taushetsplikten.

For å gjennomføre prosjekter av denne typen trengs det ingen særskilt godkjenning fra REK. Det er institusjonens ansvar å sørge for på vanlig måte at tiltaket følger gjeldende reguleringer for behandling av helseopplysninger.

Ettersom prosjektet forutsettes gjennomført i samsvar med gjeldende reguleringer vil det ikke være noe til hinder for at resultatene kan publiseres. Hvis det er behov for dokumentasjon fra REK vil dette brevet bekrefte at prosjektet ikke er fremleggelsespliktig.

Vedtak

Etter søknaden fremstår prosjektets formål for å være en evaluering av etablert behandlingsmetode, og faller derfor utenfor komiteens mandat, jf. helseforskningsloven § 2. Prosjektet kan gjennomføres uten godkjenning av REK.

Komiteens vedtak kan påklages til Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag, jfr.

Besøksadresse:
Gullhaug torg 4A, Nydalen,
0484 Oslo

Telefon: 22845511
E-post: post@helseforskning.etikkom.no
Web: <http://helseforskning.etikkom.no/>

All post og e-post som inngår i saksbehandlingen, bes adressert til REK sør-øst og ikke til enkelte personer

Kindly address all mail and e-mails to the Regional Ethics Committee, REK sør-øst, not to individual staff

helseforskningsloven § 10, 3 ledd og forvaltningsloven § 28. En eventuell klage sendes til REK sør-øst D. Klagefristen er tre uker fra mottak av dette brevet, jfr. forvaltningsloven § 29.

Vi ber om at alle henvendelser sendes inn via vår saksportal: <http://helseforskning.etikkom.no> eller på e-post til: post@helseforskning.etikkom.no

Vennligst oppgi vårt referansenummer i korrespondansen.

Med vennlig hilsen,

Stein A. Evensen (sign.)
Professor dr. med.
leder

Emil Lahlum
Førstekonsulent

Kopi til: bodil.kråkvik@stolav.no

