

8. Några aspekter på psykisk traumatisering utgående från klinisk erfarenhet

Peter Wallin

Avsikten med den här artikeln är att ta fasta på och genom exempel belysa en del frågeställningar kring kriser och psykisk traumatisering som jag genom åren som psykoterapeut har arbetat med på Traumaterapiakeskus. Jag har haft möjligheten att under många år kunnat arbeta både med akuta familjekriser och storolyckor, och med personer som traumatiserats som barn genom bristfällig anknytning, fysisk misshandel och sexuellt utnyttjande. Symptomen som man kan se är svår psykisk ohälsa och i många fall dissociativa störningar. Terapeuten ställs vanligen inför en mängd frågor då hon jobbar med traumatiserade människor, frågor som terapeuten inte alltid kan svara på. I själva verket blir man rätt svarslös och ödmjuk inför människans psyke, och om människans oanade möjligheter att genomgå ohyggliga erfarenheter och trots det klara av att leva ett någorlunda drägligt liv. Vetskapen om att vi hela tiden har mycket att lära oss om människans psyke finns ständigt närvarande.

På basis av epidemiologiska undersökningar vet vi att största delen av befolkningen (60-80%) under sin livstid drabbas av enskilda potentiellt traumatiska händelser, men att endast ca 10 % riskerar att drabbas av posttraumatisk stressyndrom, PTSD, depression eller missbruk. Det innebär att vi i allmänhet har en stark stresstålighet och motståndskraft i samband med allvarliga enskilda händelser. Med stresstålighet avses att en person kan klara av de svåraste känslorna under och efter en händelse. En bra motståndskraft, resilience, utmärker de personer som efter en tillfällig svikt i samband med en händelse snabbt kan återställa sin balans. Det som anses utmärka personer med motståndskraft bedöms vara att personen har en positiv självbild-självtyllit i kombination med personliga sidor som förstärker det sociala stödet från omgivningen. Men trots att en mänska efter en obehaglig händelse utåt sett klarar sin vardag och fungerar bra, kan en utomstående inte

veta vad som försiggår i hennes psyke. Det är här som vi terapeuter borde vara lyhörda.

Man kan reflektera över olycksstatistiken i vårt land och konstatera att vi t.ex. har ca 8000 bilolyckor varje år, tusentals människor som berörs av bränder och ett stort antal andra olyckor, vilka ofta leder till fysiska men eller i värsta fall död. Man kan i de här fallen tala om icke interpersonella trauman, oavsiktliga trauman.

Fysiskt och psykiskt våld inom familjen är ett interpersonellt trauma som vanligtvis innebär större risk för psykisk ohälsa och risk för komplicerad PTSD än enskilda olyckor. Vi vet att våld inom familjen är rätt vanligt och att en del uppgifter ger vid hand att brott mot liv i vårt land är i medeltal 1½ ggr så stor som i de övriga EU-länderna. Det begås ca 1000 självmord och ca 10 000 självmordsförsök i vårt land varje år. Hur många drabbas inte primärt och sekundärt av de här olyckliga händelserna? De samhälleliga kostnaderna i form av en enskild persons lidande är därför inte små. Är den akuta hjälpen tillräcklig?

Utmärkande för dagens syn på krisstöd i den akuta fasen är att fokusera på att (1) stärka känslan av säkerhet, (2) förstärka känslan av självtillit och tillit till samhällets förmåga att hantera svårigheterna, (3) förstärka samhörighet, (4) lugna, samt att (5) förstärka känslan av hopp. De här fem principerna menar man att det finns vetenskapligt stöd för att följa, och att de bör vara vägledande när vi utformar våra stödinsatser. I den akuta fasen skall vi alltså satsa på trygghet och säkerhet och på individens specifika behov, istället för att primärt fokusera på emotionellt bearbetande av händelsen, vilket man tidigare ansåg. Har människorna som är i behov av stöd ett fungerande naturligt nätverk som kan hjälpa dem, och om inte så är fallet, så är de samhälleliga insatserna tillräckliga?

I vissa fall har det akuta hjälpen inte varit tillräcklig. För att få en klarhet i hur en enskild händelse har påverkat en person kan det redan i början av vården löna sig att i bedömningen också använda sig av screeninginstrumentet IES-R (Impact of Event Scale Revised). Via det kan vi få en grov bild av hur starkt händelsen påverkar personens vardagsliv. En fingervisning om hur starkt en händelse fortfarande kan påverka en, är i vilken grad händelsen är påträngande genom drömmar, minnesbilder, associationer eller i vilken grad personen försöker undvika att prata om eller tänka på händelsen. Personens höga aktivitetsnivå, kan komma i uttryck som extra känslighet för ljud, ljus eller rörelser. Aktivitetsnivån kan också i en del fall vara speciellt låg.

Med adekvat kris- och traumapsykoterapi kan vi oftast hjälpa människor så att de inte utvecklar allvarlig PTSD. Vi vet dock att trots traumapsykoterapi, och där man använt sig av EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) eller KBT (kognitiv beteendeterapi) ändå utvecklar PTSD. Orsaken till det är väl inte helt klarlagd, men den vanligaste tanken är att de

har en mer komplex traumatisering med ökad fragmentering av personligheten och med dissociativa tillstånd.

Vi vet alltså att en stor del av de som råkar ut för en potentiellt traumatiserande händelse kommer att återhämta sig med eller utan hjälp. Men inte alla. Det gäller att komma ihåg att var och en av oss har en bristningspunkt. Förvånansvärt mycket kan vi uthärda, men inte allting.

FÖRDRÖJD ÅTERHÄMTNING

Om symptomen från det akuta skedet av någon anledning inte avtar inom ett par månader kan det i värsta fall övergå till kronisk PTSD. Orsakerna till det kan vara många, men ibland kan en fysisk skada tillsammans med den psykiska skadan leda till att återhämtningen blir fördröjd.

Efter en olycka skadades föräldrarna och deras två små barn mycket allvarligt. Kontakten med familjen etablerades till pappan som var den första att komma ut från sjukhuset och få hemvård. Senare etablerades också kontakten med hela familjen. De omedelbara PTSD-reaktionerna hos pappan var uppenbara. Överraskande ljud, mardrömmar, påträngande minnen och en ständig uppmärksamhet och svåra skuld känslor gjorde livet besvärligt. Då han trots skador behjälpligt kunde gå, har han under ett antal år fått hjälpa de övriga familjemedlemmarna, först med primärvård och senare med skötsel av deras sår, deras proteser, rullstolar, transport osv.

Från att ha varit en aktiv familjefar med ett stort antal intressen och umgänge började han dra sig tillbaka så att han fransett terapibesöken inte rörde sig utanför hemmet. Hans intresse och förmåga att sköta om sig själv började minska och hans habitus var blott en skugga av sitt tidigare jag. Under många år hade han sett det som sin uppgift att bära ansvaret för familjen och avstått från sina vänner och intressen. Skuld känslan av att han borde ha kunna göra något för att förhindra olyckan, och rädslan för att något skall hända honom och de övriga familjemedlemmarna igen har varit svår att övervinna.

I takt med att händelsen bearbetats i terapin och skulkänslan och rädslan för omgivningens hot minskat och i och med att de övriga familjemedlemmarna så småningom började få grepp om livet, hitta nya vänner och umgängescirklar, har också detta ökat utrymmet för pappan och gett möjlighet att tänka på sig själv och att vidga sina kretsar.

När en olycka drabbar en hel familj är det önskvärt att kunna arbeta med hela familjen. Ibland kan det innehålla samtal med föräldrarna, där de kan identifiera och förstå varandras och sina egna känslor och behov, ibland med barnen då de t.ex. genom lek kan behandla det skedda.

Svåra fysiska skador förlänger i allmänhet den psykiska återhämtningen. Återkommande operationer håller kroppens aktivitetsnivå på hög nivå, och rädslan för döden håller ett grepp om henne. Personen lever på sätt och vis i traumat hela tiden.

I många fall följer efter en olycka förutom fysisk återhämtning en rättslig process, som ibland kan bli långt utdragen, och därmed upprätthåller minnena från händelsen och bidrar till att göra symptomen kroniska. Möjlighet för den psykiska återhämtningen kan i dessa fall komma i gång efter rättsprocessen.

En man som blev svårt misshandlad led av tydliga PTSD-symptom och var tvungen att under en lång tid genomgå flera läkarbesök på grund av sina skador. Den egna bilden av sig själv med skador i ansiktet var mycket besvärande för hans självbild och han ville därför inte visa sig utanför hemmet. Också flera praktiska olyckliga omständigheter fördröjde den psykiska återhämtningen. Försäkringsbolagets långsamma beslut om ersättning fördröjde påbörjande av vården, rättegången måste uppskjutas då de åtalade inte infann sig till rätten, och familjens ekonomi rasade på grund av lång sjukfrånvaro. Rädslan för vädergällning från förövarnas sida var mycket stark och begränsade hans sociala liv avsevärt.

Familjen och vännernas aktiva stöd var i detta fall av väldigt stor betydelse. Under den första tiden kom alltid en familjemedlem med honom till terapi, försvarsadvokaten hjälpte honom med de rättsliga frågorna, hans förman var i ständig kontakt med honom, likaså arbetskamraterna. Utan detta fungerande nätverk som stödde honom skulle inte terapi varit lika lyckad, och det skulle ha varit nära till hands att hans symptom inte skulle ha lindrats vilket kunde ha lett till isolering som är så vanligt efter traumatiska upplevelser.

UPPREPNING AV NYA TRAUMAN

För de allra flesta integreras den traumatiska händelsen efter en tid med livets andra skeden och händelser, och personen kan fortsätta att leva med sin erfarenhet. Då en enskild svår händelse gör sig påmind ännu efter flera månader, måste vi fråga oss om personen påverkas av den akuta händelsen eller om den har aktiverat någon tidigare händelse som personen inte har fått hjälp med att bearbeta.

En kvinna remitterades till terapi via arbetshälsovården på grund av hennes olika slags rädslor och återkommande bilder av en bilolycka hon var med i några år tidigare. Direkt efter olyckan erbjöds samtal hos arbetsplatspsykologen. Vid något skede upphörde samtalen då hon upplevde att hon kände sig bra. Nu några år efter olyckan har symptomen återkommit.

I olyckan omkom ett barn. Vid olyckstillfället var det inte hon som körde bilen, utan hon satt bredvid föraren. De symptom som hon nu har börjat lida av är rädslor för ljud, mörker, skuggor och ensamhet. Hon upplever skakningar, illamående och rädsla i såväl buss som bil. I bussen måste hon hela tiden följa med trafiken och hur chauffören kör. När vi gick igenom hennes tidigare levnadsskeden och traumatiska händelser, framkom det att hon som barn hade hittat sin pappa som begått självmord. Hon beskriver föräldrarnas relation som kylig, och efter händelsen upplevde hon att hon blivit helt ensam med sina upplevelser.

I hennes fall var de kroppsliga reaktionerna påfallande. Hon hade en tydlig överspändhet och för det förhöjda blodtrycket fick hon medicinering. En av de första målsättningarna var att lära henne att dämpa den överaktiviteten som hon kände. I liknande fall kan man ha nytta av att arbeta förutom med samtal också med sensorimotoriska övningar eller med arbetsmetoden EMDR. Med hjälp av sensorimotoriska övningar blev hon mer medveten om sambandet mellan känslornas och kroppens reaktioner. Vi kom överens om att också tala om hennes barndomsupplevelser och familjens situation och pappans beslut att ta sitt liv. Vi beslöt tillsammans att arbeta med EMDR- metoden genom att fokusera på hennes upplevelser av att hitta sin pappa död. Under EMDR- sessionen kom minnena av pappan och hans självmord mycket klart fram samt situationen då hon springer hem efter att hon sett sin pappa hänga i takstolarna. Hon återupplever händelsen på nytt och också kroppens motoriska minnen kommer fram i det att hennes ben kraftigt börja skaka. Efter att vi arbetat med anknytningsfrågorna och barndomsupplevelserna, återgår vi på nytt med EMDR- metoden till trafikolyckan och frågor som berör bl.a. rädslor och skuld. Efter en tids gemensamt arbete minskade hennes rädslor och hennes glädje och förmåga att bemästra de tidigare så svåra situationerna blev bättre.

I det här fallet kan man tänka sig att det handlar om fördröjd PTSD och att de obearbetade barndomsupplevelserna och den på många sätt bristande anknytningen till föräldrarna också gjorde sig påmind och måste således genomgå på nytt för att hon kunde bearbeta bilolyckan och det lilla barnets död.

Följande är ett exempel på en tidigare upplevelse som inte heller integrerats och som aktiveras av en ny liknande händelse.

För en kvinna som genomgått en svår operation som ung, och som senare skött om sin cancersjuka pappa på hans dödsbädd, kom en fysisk undersökning som hon skulle genomgå, att aktivera på nytt de tidigare erfarenheterna. De tidigare minnena av svår sjukdom, dödsrädsla och ensamhet trängde fram i medvetandet. Dödsångest, sömnlöshet och andra symptom blev för en tid aktiva i hennes vardag och gav upphov till att hitta sätt för henne att lugna de delar i henne som fortfarande bar på dödsrädslan, och på nytt gå igenom de tidigare händelserna.

TRAUMATISK SORG

Personer vars anhöriga har varit med om olyckor med döden som följd har i många fall en stor utmaning framför sig. Det kan vara fråga om en persons oväntade plötsliga död, ”för tidig död” och det kan ha skett under dramatiska förhållanden, eller att offret fått väldigt svåra skador eller att den dödes kropp inte har hittats. Utmärkande för den traumatiska sorgen är starka och plågsamma minnen av den omkomna, en oerhörd saknad och längtan efter henne. Anhöriga vars barn begått svåra kriminella handlingar och därefter tagit sitt eget liv, har förutom att kämpa sig igenom en traumatisk sorg också omgivningens skarpa fördömanden.

Då det gäller traumatisk sorg är det viktigt att ge akt på den drabbades psykiska och fysiska hälsa, eftersom man vet att risken att insjukna är väldigt stor (50–60 %), och då kroppen inte hittas är insjukningsprocenten väldigt hög (upp till 70–80%). Förlust av barn innebär den allra största risken för psykiskt ohälsa. Om dessutom orsaken till förlusten är avsiktlig och barnet blivit offer för våldshandlingar gör det sorgearbetet betydligt mer komplicerat. Den kliniska erfarenheten har visat att bl.a. förhöjt blodtryck, hjärtproblem, cancer, självmordstankar, och för tidig död har visat sig förekomma hos just denna grupp. Som screeningsinstrument för komplicerad sorg kan man använda ICG- Inventory of Complicated Grief.

När ett barns död drabbar en familj finns det stora risker att det som sker inom det egna sinnet, isolering, splittring också kan ske inom familjen. Familjemedlemmarna sörjer alla på sitt eget sätt, har sina egna tankar och känslor. Genom att hjälpa familjen att tillsammans diskutera med varandra om händelserna och hur det har påverkat dem, kan familjemedlemmarna få mer förståelse för varandra och samtidigt bli hörda, och bidra till att kunna hjälpa varandra.

Ett par hade vid en olycka förlorat barn och barnbarn. Familjen och släkten erbjöds psykologisk genomgång, debriefing. Det gemensamma mötet var för frun en samlande situation som gav henne fakta och möjlighet att dela med sig av sina tankar och känslor och ta del av de andras. För mannen var det hela kaotiskt med så många människor och upplevde sig ha varit fortfarande i en sådan chock att han inte kunde ta del av vad som behandlades, vilket han inte alls upplevde som positivt. Paret beslöt att delta i en stödgrupp där de kunde dela med sig av erfarenheterna med motsvarande morföräldrar i samma situation vilket betydde att de var de del i en större grupp som de kunde identifiera sig med. Under samma tid använde paret sin möjlighet att i parterapi diskutera tillsammans om sina upplevelser och också bearbeta med arbetsmetoden EMDR vissa påträngande minnen.

Det sätt på vilket det här paret gick igenom sitt barns och sina barnbarns våldsamma död gav dem resurser att få tag på vardagen och hålla fast vid livet. Deras oändliga sorg över sina käraste är inte över, men deras vardag

har stabiliserat sig och de har planer för framtiden. I det här fallet fick inte isolering och bitterhet grogrund, utan tankar och känslor delades under flera år med varandra. Det här kunde bara ske med gemensamt stöd och tillsammans.

KOMPLEX TRAUMATISERING MED DISSOCIATIVA FÖLJDER

För en del kan livet te sig som en räcka av obehagliga och svåra händelser, så för att klara av det har sinnet byggt upp ett slags struktur inom sig som hjälper dem att handskas med vardagen.

Då begreppet komplex traumatisering används, talar man ofta om tidig traumatisering i barndomen, och då också om förlust eller brist på anknytning. Då ett barn ständigt utsätts för våld och försummelse kan det leda till svår traumatisering med en mängd såväl psykiska som fysiska men. En långtgående psykisk traumatisering som börjat redan i barndomen skiljer sig från andra former av traumatisering pga. barnets utvecklade psykisk kapacitet och psykobiologiska utvecklingsnivå, och pga. dess behov speciellt av stöd och omvårdnad. Detta är en central faktor i utvecklandet av strukturell dissociation av personligheten. Begreppet strukturell dissociation av personligheten har blivit ett vedertaget begrepp, och man talar om primär, sekundär och tertiär dissociation av personligheten.

Med ordet dissociation menar vi att integrationen av den traumatiska händelsen misslyckats, vilket kan skada förmågan att jagupplevelsen utvecklas, vilket kan förändra vår personlighet. Om vi är traumatiserade kan vår integrationsförmåga försämrats permanent, svagare eller mer begränsat. Då vi är stressade, trötta eller sjuka är den här störningen tillfällig. En person med dissociativ störning kan uppleva sig själv som delad, pga. att hon har ovanliga och för henne främmande minnen, tankar, känslor och handlingsmönster. Hon kan ha alltså obehagliga upplevelser som hon inte känner att hör till henne.

Primär dissociation innebär att psyket delas upp i ett jagtillstånd som kallas ANP (Apparently Normal part of Personality), och ett tillstånd som kallas EP (Emotional Part of Personality). ANP står för de funktioner som behövs för att klara av vardagslivet, och är mer eller mindre omedveten om vad som skett henne. EP är en del av psyket som blir bärare av traumaminnet, dels i sinnet och dels i kroppen. I personlighetens emotionella del finns begränsade och bristfälliga iakttagelser av den traumatiska upplevelsen och av de medfödda försvarsmekanismerna, så som förhöjd vaksamhet, kamp, flykt, ett tillstånd av ”frysning” eller total underkastelse. De här delarna innehåller inte enbart yttre realiteter utan också den traumatiserades egna föreställningar om sig själv, tankar, beteendemodeller, överväldigande känslor, och en känsla som om hon skulle återuppleva händelsen på nytt. För att kunna klara sig i det vardagliga livet försöker ANP hålla de traumaminnen som EP bär på borta från medvetandet.

För en person som varit med om en explosionsolycka kan en till synes obetydlig händelse aktivera hennes försvarssystem. De medfödda handlingssystemen, (fight, flight, freeze och submission), som har som sin funktion att försvara livet träder omedelbart in i bilden. Ett plötsligt ljud av en ballong som exploderar kan få personen, att kasta sig ner på marken.

Då en person inte bara blivit utsatt för ett psykiskt trauma utan många trauman av övermäktig karaktär kan personen utveckla sekundär strukturell dissociation. De här dissociativa störningarna kan ge sig i uttryck som ett kluster av minnesstörningar, depersonalisation och derealisation och identitetsproblem. Vid sekundär strukturell dissociation finns en dominerande ANP och mer än en EP.

Minnesstörningar kan ge sig i uttryck som bl.a. svårigheter att komma ihåg vad man gjort under dagen, eller att det finns minnesluckor både i det förgångna och i nuet.

Depersonalisation kan ge sig i uttryck som att känna sig själv överklig, att inte vara här och nu eller att se sig själv utanför sin kropp eller att ens kropp känns främmande för en. Derealisation kan beskrivas som om omvärlden blir överklig, svårigheter att känna igen sitt eget hem, vänner och vad som är verkligt och överkligt i ens omgivning.

Identitetssvårigheter kan ge sig i uttryck som osäkerhet att veta vem man är eller att man identifierar olika personer i sin personlighet, kanske med olika ålder och kön.

En person med tertiär dissociation har minst två utvecklade fungerande jag, (ANP) och fler än en EP. De olika ANP agerar i olika sociala sammanhang. En kan vara aktiv under arbetsdagen, en annan på kvällen eller inom familjen. De har då ingen anknytning till eller minne av varandra. Då olika ANP är aktiva hos personen, kan helt olika anknytningssystem vara aktiverade.

Det är viktigt att märka att ovan nämnda symptom kan upplevas i många olika svåra situationer och ingå i många olika diagnoser. Det kan vara fråga om strukturell dissociation om de olika delarna (ANP, EP) i personligheten inte har kontakt med varandra, inte är medvetna om varandra, eller att de olika delarna lever sitt eget liv.

De somatiska problemen är mycket vanliga för svårt traumatiserade, dissociativa personer. Huvudvärk, matsmältningsproblem, illamående, åstörningar, ledgång- och muskelverk, gynekologiska problem och problem som inte har fått någon medicinsk förklaring. En del av de dissociativa delarna är fortfarande fast i de förgångna upplevelserna som har innehållit fysisk smärta. När de här delarna ger sig till känna kan personen uppleva olidlig smärta eller andra fysiska men. De här personerna kan hamna besöka läkare och genomgå otaliga undersökningar, som inte ger något resultat och hon får ingen lindring. Den här gruppen är en stor utmaning för vår hälsovård.

Kvinnan som redan som litet barn blivit systematiskt sexuellt utnyttjad och fysiskt utsatt under flera års tid hade utvecklat en dissociativ struktur, där de olika upplevelserna representeras av olika delar i hennes personlighet. Hennes medfödda handlingstendenser för t.ex. försvar, kan visa sig som förhöjd vaksamhet, flykt, kamp, att stelna, frysa till eller gå in i ett slags tillstånd av underkastelse. Vid enskilda retningar, triggers, har hon haft svårigheter att hållas inom toleransfönstret, och känslorna har blivit övermäktiga. Hon har också flere allvarliga fysiska sjukdomar.

Som ofta när det gäller människor som är psykiskt traumatiserade är förutsägbarheten väldigt viktig. Överraskande händelser i vardagen är för den här kvinnan en upprepning av tidigare oförutsägbara händelser. En för henne överraskande kram av pojkvännen fick henne blixt snabbt att ta tag i honom, och kasta honom mot väggen med hela sin styrka. Efter någon sekund blir hon medveten om vad hon har gjort, men förstår inte varför hon gjorde det. En man som sätter sig bredvid henne i spårvagnen har en doft som påminner henne om sin far, och som paralyserar henne. Upplevelsen kan vara så överväldigande att hon tappar kontrollen över sitt agerande. I detta fall slog hon inte mannen, utan blev i stället stel av skräck. Efter att hon kommit ut ur spårvagnen dröjde det länge innan hon kunde lugna sig. I någon del finns det lilla barnets tillstånd av kamp och försvar, i en annan del underkastelse och erfarenhet att hon är helt i den andra personens våld och inte kan försvara sig på något sätt.

En kvinnlig klient har erfarenheter av att massage och bad leder till svåra ångesttillstånd. Man kan tänka sig att dylika situationer aktiverar det parasympatiska nervsystemet som vid tidigare tillfällen av övergrepp lett till underkastelse. Massagen aktiverar det parasympatiska nervsystemet och aktiverar sålunda också traumaminnena.

Behandlingen av komplex traumatiserade tillstånd innebär att hjälpa personen att på nytt associera tidigare dissocierat material. I de nämnda exemplen gäller det för personerna att bli mer medveten om och öka kontakten till de dissociativa delarna, samt minska fobin mot de delar i henne som bär på traumaupplevelserna och som vanligtvis reagerar med de medfödda aktionssystemen. Det är viktigt att öka kunskapen om vad som händer i människokroppen under traumatisering och öka förmågan att identifiera vad som händer i en själv, samt att kunna behärska och vidga det egna toleransfönstret. Med toleransfönster menas den nivå av aktivitet i en mänskans centrala nervsystem som krävs för att hon skall vara vaken, vid medvetande och nyfiken på vad som händer i henne.

Man är i dag rätt överens om att behandlingen av psykiskt trauma skall ske i olika faser. Man talar om stabiliseringsfasen som går ut på att se till att personen har en trygg och fungerande vardag, skapa en terapeutisk allians, stärka resurser och affektreglering och bedöma om det behövs medicinering.

Det psykoedukativa inslaget är viktigt för att ge personen kunskap om sitt tillstånd. I traumabearbetningsfasen arbetar man med traumaminnena i syfta att skapa personifikation (det hände mig) och presentifikation (det hände mig men det händer inte nu). Traumaminnena skall kunna ses som en del av livsberättelsen och ger möjlighet att sörja traumatiska förluster. Den sista fasen som innebär prevention av återfall och fortsatt mognad koncentrerar sig på omvandlingen från offer till överlevare.

För en person som redan som barn blivit sexuellt utnyttjad och fysiskt misshandlad och fått bristfällig anknytning kan en ny traumatisk händelse få mycket svåra konsekvenser. Men ifall personen har via terapi fått kunskap och redskap att identifiera de delar av henne som bär på traumaminnen, är nyfiken på vad som förorsakar reaktionerna och på det sättet kan minska fobin för dem, finns det dock goda förutsättningar till att relativt snabbt komma över en ny obehaglig händelse.

Den grupp som vanligtvis är på många sätt svårt traumatiserade är flyktingar från krishärjade länder. De har ofta erfarenheter av död, tortyr och våldtäkter. Minnena av vad som hänt dem lever som ett eget liv i dem, och kan ta sig i uttryck i form av minnesstörningar, koncentrationssvårigheter, psykosomatiska besvär eller känslomässig stumhet. Tilltron till myndigheterna har ofta tidigare varit svag, vilket leder till att det är svårt att lita på och överhuvudtaget använda sig av dem. Ibland kan det vara omöjligt för dem att berätta om sina erfarenheter, kanske för att de inte minns eller för att händelserna inte går att verbaliseras. Det naturliga stödet från familjen, släkten eller kulturen finns inte längre och vårt sätt att se på traumatisering och hjälp överensstämmer inte alltid med deras sätt att tänka. Språksvårigheter och svårigheter att få hjälp av samhället kan leda till att personen utvecklar sitt eget inre sätt att uthärda vardagen och de traumatiska minnena.

EN NY KRIS FÖR DEN SVÅRT TRAUMATISERADE

För den redan svårt traumatiserade personen kan en händelse som att hon blir vittne till en misshandel på gatan leda till en fullständig paralysering eller underkastelse. Personens tidigare erfarenheter av att gå till kamp eller att fly har inte gett önskat resultat, varför hon vid ett sådant tillfälle tappar handlingsförmågan.

En nyuppkommen kris kan också ge sig i uttryck som om ingenting skulle ha hänt henne. Som om reaktionen helt skulle utebli och händelsen inte skulle ha med henne att göra. Att hon inte har kontakt med vad som händer henne skyddar henne från de allra smärtsammaste känslorna. Om hon kunde nå dem skulle också de tidigare erfarenheterna komma över henne och situationen skulle bli övermäktig.

Flera månader efter tsunamikatastrofen 2004 kom en klient till mottagningen och berättade om sina fruktansvärda erfarenheter därifrån. Hennes kamrater hade förvånat sig över att hon inte reagerat egentligen

alls psykiskt efter händelsen. Hon var själv också mycket förvånad över det. Nu, fler månader efter händelsen, har hon fått mardrömmar och fysiska men. Under intervjun kommer det fram att det här dödshotet inte var det första. Några år tidigare hade hon varit offer för ett rån och blivit mordhotad. Den händelsen hade hon försökt på allt sätt glömma.

Under evakueringen av resenärer från Thailand efter tsunamin bad rese-guiden om hjälp då en kvinna blivit speciellt orolig och ångestfylld. Då vi kom in i hennes rum sitter hon ihopkrupen i sin säng och gråter. Hon har inte förlorat någon anhörig och hon själv är i säkerhet. Har vi då att göra med en person som har akut stressyndrom eller har vi att göra med en person som reagerar med en dissociativ del som mycket liknar ett litet skrämt barn?

När den emotionella delen aktiveras bör personen bemötas med samma vård som i en akutfas, där de centrala elementen är att skapa trygghet, omvårdnad och säkerhet och ge saklig information. Att bemöta den skrämde uppskrämda delen i personligheten med förståelse och lugn är väsentlig del av vården. Eftersom reaktionerna i en akut krissituation är mycket varierande, kan det vara mycket svårt att bedöma om personen reagerar enbart på den akuta situationen eller om det också är en dissociativ del som reagerar.

Ett akut traumatiskt tillfälle kan sålunda aktiverade redan förekommande emotionella delar (EP) i personligheten, eller att väldigt tidiga emotionella delar av personligheten framträder.

I vården av dissociativa personer kommer det ofta upp situationer då något traumaminne aktiveras redan av en liten retning. De här retningarna kan man se som utlösare, triggers, eller som en betingad retning. Ett ljud av en utomståendes persons gång i korridoren utanför terapirummet kan aktivera ett traumaminne som måste tas i beaktande.

Ett exempel på betingad retning är en kvinna med komplex traumatisering som erbjöd sig att tvätta sin brors bil. I samma ögonblick som hon sprutade kallt vatten på bilen fick hon en känsla av panik, kastade slangen på marken och rusade därifrån. Efter en liten stund kunde hon lugna sig och insåg av vilken orsak hon reagerade som hon gjorde. Bakgrunden till detta beteende låg i att hon som barn blivit bestraffad av sin far som sprutade på henne iskallt vatten.

Sålunda kan den dissociativa personens dolda del, som bär på traumaerfarenheterna, komma fram som en överväldigad rädsla.

Att diagnostisera dissociativ störning, DID eller DDNOS (Dissociative disorder not otherwise specified), är i många fall rätt svårt. Olika screeningsinstrument kan hjälpa till och en gedigen teoretisk och klinisk erfarenhet är nödvändig.

Det finns flera frågeformulär så som DES (Dissociative Experiences Scale), IDDTs (Interview for Dissociative Disorders and Trauma-related Symptoms), MID (Multidimensional Inventory of Dissociation), SQD-20 (Somatoform Dissociation Questionnaire) genom vilka vi kan få en bild om det kan vara fråga om en dissociativ störning som ligger i bakgrunden till personens ohälsa. Som jag tidigare nämnt är det av stor vikt att få reda på personens traumahistorik, vilket inbegriper också frågor om anknytning till sina föräldrar och vårdnadshavare.

Att arbeta med psykiskt traumatiserade människor är mycket utmanande och samtidigt också motiverande. Om vi tillräckligt tidigt kan identifiera de som behöver professionell hjälp kan vi lindra många människors ohälsa och samtidigt spara mycket pengar inom social och hälsovården som många klienter blir storkonsumenter av. Att söka hjälp och bli hjälpt med sina barn- domars trauman är aldrig för sent. För terapeuten innebär det att kunna arbeta med personer, familjer som genomgått fruktansvärda öden, och med de känslor som följer med det. Tidig långvarig psykisk traumatisering leder ofta till att klienten utvecklar olika delar (ANP och EP) i sig, som terapeuten bör identifiera och arbeta med. Att arbeta med stabilisering, traumaminnen och så småningom märka att klienten får grepp om det verkliga livet, ger ett perspektiv och hopp på det mångfasetterade mänskliga livet.