

FRA AUTOMATISK REAKTIVITET TIL EMPATISK RESONANS

Tekst: Merete Holm Brantbjerg
Tegninger: Jens Lund

Gensidig regulering af posttraumatisk stress (PTS) Hvad kræver det af os i terapeutrollen?

En hjort bliver vagtsom, parat til at løbe, løber. Resten af flokken responderer på signalet om fare (potentiel eller virkelig) med vagtsomhed og løb. Overførslen af reaktioner i overlevelsens-nervesystemet (det autonome nervesystem) og de dertil hørende handleimpulser sker lynhurtigt – uden om bevidsthedens kontrol. Dette vilkår gælder også for mennesker. Nervesystem reagerer på nervesystem. Der er en direkte forbindelse – uden om cortex – mellem vores nervesystemer (Wennergberg 2011; Hart 2006).

En stigning i *arousal*¹ hos et menneske rører, hvad enten vi ønsker det eller ej, ved samme type reaktion i samme intensitetsniveau hos andre tilstedeværende. Vi responderer på hinandens reaktioner på faktiske eller forestillede trusler – vi påvirkes bevidst eller ubevidst af reaktioner i det autonome nervesystem hos os selv og hinanden.

AUTOMATISK REAKTIVITET

Et par eksempler fra samspil mellem mig som terapeut og en klient eller en supervisor:

1. Klienten taler hurtigt med høj stemme. Hun fortæller om en konflikt med sin mand. Hun navngiver ikke sine følelsesreaktioner – er optaget af at fortælle, hvad der er sket, og at fordømme manden. Min krop responderer på hendes forøgede *arousal*. (Er det vrede? Eller angst? Eller noget andet?). Jeg får øget puls, hjertebanken, sved i hænderne, øget vagtsomhed i øjnene.

¹ Begrebet *arousal* bruges til at navngive udsving i det autonome nervesystem. Jeg anvender ordet parallelt med Porges 2011 som en betegnelse, der dækker både hyper- og hypoarousal = udsving i både det sympatiske og det parasympatiske nervesystem.

2. Klienten taler om sin ambivalens i forhold til sin og mandens bolig. Ambivalensen har været der i mange år. På overfladen er hun frustreret og engageret i det, hun taler om. Samtidig er store dele af hendes krop energiløst. Min krop responderer på den underliggende energiløshed/kollaps (*hypoarousal*) – jeg bliver søvnig, føler mig trukket ind i en bundløs tilstand.
3. Supervisanden, som arbejder i en international hjælpeorganisation, taler om en krævende sag med teenagepiger udsat for *trafficking*, udnyttelse af organisationens arbejde o.a. På overfladen kommunikerer vi normalt, og samtidig er der små, næsten umærkelige brud, ulogiske spring i hans formidling, som peger på, at der er kraftfulde tilstande, som er dissocieret væk. Min krop responderer på de underliggende *arousal*tilstande – jeg bliver desorienteret, har svært ved at følge med i det, supervisanden siger, jeg føler mig overvældet.

Automatisk reaktivitet medfører, som de tre eksempler peger på, at vi ikke kan vælge frit, hvordan vi reagerer på andres *arousal*tilstande, både de synlige og de usynlige.

Reaktioner fra det autonome nervesystem, som regulerer basale overlevelsensfunktioner, er dybt nonverbale. De styres ikke af cortex, men fra en meget hurtig forbindelse mellem hjernestammen og det limbiske system. Vi reagerer uden for bevidsthedens kontrol og ofte også uden, at reaktionerne bliver bevidstgjort. Hvis vores automatiske reaktioner ikke bliver bevidste, overlades det til vores automatiserede mestringsstrategier, hvordan vi håndterer situationen – dvs. til vores egne højstressmønstre.

Hvad er vores automatiske respons, når vi ubevidst påvirkes af et andet menneskes rædsel, raseri, kollaps,

tab af orientering? Ja, det afhænger af, hvordan vi selv forholder os til disse tilstande – hvordan kontakten er imellem vores egne overlevelsereaktioner og vores personlighed.

Eksempler på mine ubevidste reaktioner i forhold til de tre eksempler kan være:

1. Jeg føler mig presset. Jeg kan ikke lide den måde, klienten snakker på, jeg fæstner mig ved hendes fordømmende forsvar og konfronterer hende med det. Jeg opdager ikke, at jeg reagerer på den underliggende angst ved at 'angribe' hende.
2. Jeg synes, det er et problem, at jeg bliver søvnig – og kæmper for at holde mig vågen og hjælpe klienten ud af hendes ambivalens. Jeg er på overarbejde. Jeg ser ikke, at jeg responderer på klientens dybe kollaps – og at jeg ubevidst prøver at 'redde' hende ud af det.
3. Jeg slås for at holde orienteringen og holde kontakten med supervisanden. Jeg stopper ikke op og reflekterer over tabet af orientering og kontakt. Uden at være klar over det bliver jeg trukket med ind i supervisandens desorientering. Jeg er udmattet og diffust utilfreds og skamfuld efter supervisionen.

En anden variant i forhold til supervisanden kan være, at jeg lytter og svarer lidt uengageret. Jeg lader ham snakke. Jeg er professionelt til stede, men følelsesmæssigt distant. Efter supervisionen undgår jeg at reflektere over, hvad der foregik.

Ovenstående eksempler peger på risikoen for, at låste samspil udløses, hvis arousaltilstande ikke bevidstgøres og normaliseres.

Dramatrekanten, formuleret af Stephen Karpman (1968), beskriver, hvordan låst offer-, angriber- og redderadfærd er bundet sammen og udløser hinanden. Eric Woltersdorph (2012) har tilføjet en fjerde rolle i samspillet: Tilskueradfærd, som kan være kombineret med de tre andre, så man kan have tilskuer-offer, tilskuer-angriber eller tilskuer-redder adfærd. I mine eksempler ovenfor synliggjorde jeg, hvor let det er i samspil med klienter og supervisander at reagere på synlig eller usynlig arousal ved at 'angribe', prøve at 'redde', ved selv at blive offer eller ved at agere som uengageret tilskuer. Jo højere arousal, jo lettere udløses disse låste samspil.

Det siger jeg baseret på mange års arbejde med traumeterapi. Min forståelse af dette er, at de låste roller udgør automatiske strategier til at forsøge at løse de højintense tilstande – hvad enten de er præget af handlingsmobilisering eller af kollaps – og dermed slippe for at mærke og eje dem.²

Når jeg angriber ved at konfrontere klienten med hendes fordømmende forsvar, slipper jeg for at undersøge, hvilken arousaltilstand, der er vakt. Er det rædsel? Er det raseri? Og jeg slipper også for at deltage i at regulere tilstanden. Når jeg prøver at redde klienten ud af hendes kollaps, slipper jeg for selv at mærke og lære kollapsedet at kende. Når jeg kæmper for at holde orienteringen, når jeg opfatter overvældelsen som kun min, eller jeg distancerer mig følelsesmæssigt, slipper jeg for at mærke den dybe desorientering, som supervisanden har dissocieret væk, og som min krop responderer på.

ACCEPT OG NORMALISERING

Hvad kan vi stille op med disse dynamikker? Hvordan kan vi håndtere automatisk reaktivitet på en måde, der støtter arousalregulering for både klient/supervisand og terapeut/supervisor i stedet for at havne i låste samspil?

Det første skridt er i min erfaring at begribe, acceptere og dermed normalisere fænomenet automatisk reaktivitet. Reaktiviteten mellem nervesystemer er et vilkår. Det er ikke noget, vi kan eller bør kunne lave om på. Vores nervesystem har indbygget denne automatiske reaktivitet som del af vores mestring af trusler. Hvis vi slutter fred med reaktiviteten som et vilkår, bliver det lettere at være nysgerrig på, hvordan den egentlig fungerer, hvordan jeg selv mestrer den osv. Og det bliver muligt at lære sig nye mestringsfærdigheder, så vi ikke er prisgivet de forsvarsprægede strategier, vi alle har i større eller mindre grad for at håndtere den automatiske reaktivitet.

² De låste roller er forsvarsstrategier og skal ikke forveksles med naturlige overlevelsereaktioner. Impulsen til at beskytte og redde nogen er del af vores repertoire i traumatiske begivenheder – ligesom impulser til at flygte, kæmpe eller blive passive er det.

Et næste skridt er at få et landkort over hvilke tilstande, der er tale om. Hvilke forskellige overlevelsereaktioner har vi som mennesker – og hvilke af dem er præget af hyper- og hypoarousal?

Inden for forskellige traumeterapeutiske traditioner har man forskellige delvist overlappende lister. I mit arbejde anvender jeg en opdeling i tre grader af stress. Opdelingen er inspireret af Flemming Kæreby³, men tilføjer også aspekter til listen, som kommer fra andre inspirationskilder. Sammen med mine kolleger Steen Jørgensen og Kolbjørn Vårdal har jeg arbejdet i mange år på at opdatere listen over overlevelsereaktioner, så de fænomener, vi møder i det praktiske traumeterapeutiske arbejde, findes i den teori, vi præsenterer. Det har en dyb betydning for klienter, supervisorer og gruppedeltagere, når tilstande, de har følt sig helt alene med, inkluderes i en teori og dermed normaliseres.

De tre grader af stress- eller overlevelsereaktioner rummer i min erfaring følgende:

- I 1. grads stress kan vi opleve et kort øjeblik desorientering, vi kan stivne i skærpet opmærksomhed, og vi kan orientere os. (Baldwin 2013; Kæreby 2010).
- 2. grads stress er sympatisk innerverede overlevelsereaktioner, som alle handler om at løse truende situationer gennem handling: Vi kan flygte, kæmpe, beskytte nogen, tilkalde hjælp, skrig, blive lammede med en underliggende parathed til handling. (Brantbjerg 2014).
- Hvis disse reaktioner ikke bringer os ud af fare, hvis vi fx er i en situation, vi ikke kan flytte os fra, kan vi skifte til 3. grads stress, som er mere radikale parasympatisk innerverede reaktioner: Vi kan brække os, kollapse/gøre os parate til at dø. Og vi kan gå ind i disorganiserede, kaotiske tilstande, som enten er udadgående eller indadgående⁴ (Brantbjerg 2014).

³ Flemming Kæreby, psykoterapeut MPF, er i sin opdeling i tre grader af stress inspireret af Stephen Porges og Pat Ogden. Kæreby (2010) relaterer de tre stressgrader til forskellig hjerterytme.

⁴ Inspirationen til at inkludere disorganisering som en radikal overlevelsestrategi kommer fra tilknytningsteoriens beskrivelse af disorganiseret tilknytning.

Til hver af disse overlevelsereaktioner hører arousalstilstande som vågenhed, rædsel, raseri, dyb omsorg, kaldegråd, panik, skrig, håbløshed, meningsløshed, magtesløshed, fortabthed og kaotiske disorganiserede tilstande, hvor selvet disintegrerer.

AROUSALREGULERING

Konkret kropssansning her og nu er en indgang til arousalregulering, uanset om sansningerne er behagelige eller ubehagelige. Når jeg navngiver konkrete sansninger som: Mit hjerte banker hurtigere end normalt, jeg sidder i benene, mine ben er blevet fjerne, og jeg mærker mig selv mest fra brystet og op, jeg sveder, mine fødder er kolde, jeg er bange osv. – så bliver jeg nærværende og forankret her og nu. Konkret kropssansning og konkret navngivning af følelsesstilstande adskiller sig fra en følelsesladet tolkning af kroppen, som fx kan hedde: "Min underkrop er væk", "Jeg går i stykker indeni", "Jeg eksploderer", "Mine fødder er frosset til is", "Jeg kan ikke noget" osv. Disse udsagn er ikke databaserede. De blander følelsesstilstande, konkrete kropssansninger og kognitive konklusioner sammen (Brantbjerg 2007). Dette sprog fører typisk til arousalforøgelse. Vi gør os selv mere bange eller ophidsede med de følelsesladede tolkninger. Navngivning af konkret virkelighed både kropsligt og følelsesmæssigt medfører det modsatte: Begyndende arousalregulering gennem databaseret orientering via kroppen her og nu.

Et næste skridt i retning af regulering af arousal kan være at bringe kroppen i en position, hvor det er muligt at mærke jordforbindelse og centrering: Læg mærke til, hvordan du sidder. Sæt dig, så begge fødder har kontakt med gulvet, og sædekuderne har kontakt med stolen, bevæg dig eventuelt rundt på sædekuderne. Mærk, at din vægt møder underlaget gennem sædekuder og fødder – og at underlaget møder dig. Mærk dit åndedræt – følg det nogle gange ind og ud af kroppen. Mærk, at du kan lande på stolen. Denne type guiding inviterer til et slip af opspændthed, både i musklerne og i nervesystemet (hyperrespons og hyperarousal).

Hvis du blev mest påvirket af navngivningen af kollaps/gøre sig parat til at dø, håbløshed, hjælpeløshed

osv., hvis du mærker tegn på opgivelse i din krop nu, så prøv følgende: Sid med hænderne i skødet, slap af i skuldrene. Lad dine fingerspidser på de to hænder finde hinanden og lav et meget lille skub med fingerspidserne mod hinanden. Træk vejret imens og hold aktiveringen i 2-3 åndedrag. Mærk, hvilken effekt det havde på din tilstand. En anden mulighed er at aktivere støttemusklerne i ryggen ved at lave en lille bevægelse bagud med albuerne og holde dem der, mens du trækker vejret nogle gange. Mærk igen effekten på din tilstand.⁵

Ovenstående to øvelser bringer energi ind i muskulatur og bindevæv og støtter dermed nærvær og rumningskapacitet. Hvis man er påvirket af kollaps eller mildere grader af opgivelse, hjælper det ikke at slappe af. Energiopbygning i lav dosering træner kroppen i at kunne forblive til stede og mærke de tilstande, som bor inde i opgivelsen – i stedet for enten at blive trukket ind i opgivelsen eller polarisere til den ved at blive aktiv. (Brantbjerg 2009, 2014b).

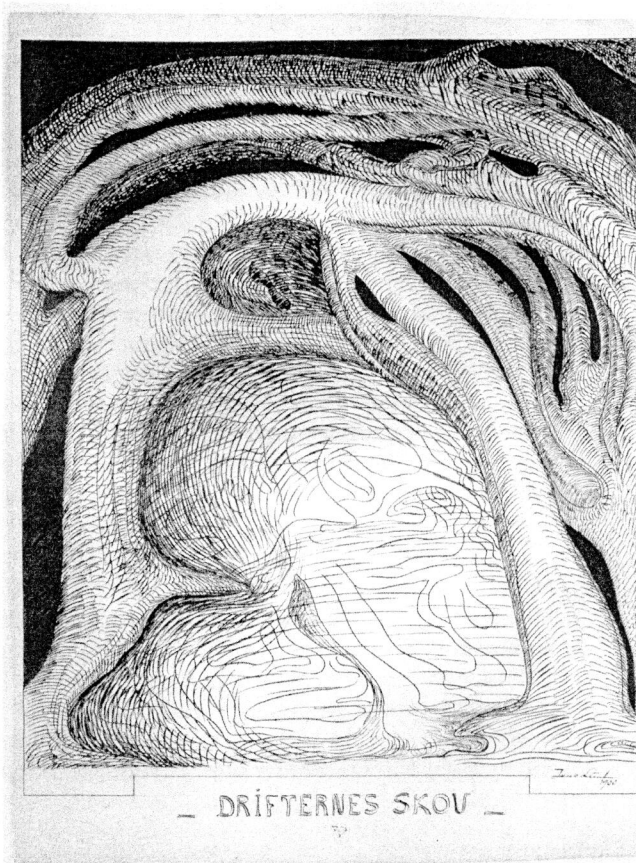
UDVIKLING AF EMPATISK RESONANS

I empatisk resonans er vi i stand til at opfatte et andet menneskes tilstand, opfatte vores egen resonans med tilstanden og regulere tilstanden godt nok til, at vi ikke flyder sammen med den, men kan bevidne den. Sagt i et andet sprog – empatisk resonans opstår, når vi kan mentalisere det, som sker i samspillet (Wennerberg 2011, 2013). Hvordan finder vi vej fra automatisk reaktivitet til empatisk resonans, og hvilke færdigheder støtter os på denne vej?

Som skrevet ovenfor er første skridt, at vi anerkender, at vi har automatiske arousalreaktioner. I de tre eksempler indebærer det, at jeg lægger mærke til og anerkender de tegn på arousalstigning, som viser sig i min krop, mit sind eller min adfærd. Næste skridt er at navngive den tilstand, jeg påvirkes af. Hvad er det, jeg mærker? Føles det som angst? Som tæt på kollaps? Som noget kaotisk? Som raseri? Som at noget er helt væk? Hvor

høj er arousal på en skala fra 1 til 10? Navngivning af en tilstand flytter mig fra at være automatisk reaktiv til tilstanden til at være i resonans med den – jeg anerkender, at den findes.

At kunne navngive en tilstand betyder ikke nødvendigvis, at jeg er i stand til at mestre den. Det næste skridt handler om mestring af tilstanden gennem anvendelse af mine egne arousalreguleringsfærdigheder. Hvordan mestrer vi de sympatisk innerverede, handlingsorienterede tilstande? Og hvordan mestrer vi de parasympatisk innerverede, opgivende tilstande?



Jens Lund: Drifternes Skov. 1900. Tusch på papir. Gengivet i bogværket *Livets Skove*, udgivet 1901. Vejen Kunstmuseum.

⁵ Disse kropslige guidinger er eksempler taget fra et meget stort antal mulige guidinger/øvelser. Der er således mange andre måder at støtte kropsligt nærvær på end de nævnte.

De to kropslige guidinger i forrige afsnit er eksempler på psykomotorisk færdighedstræning, som kan opbygge selvreguleringskapacitet i forhold til både hyper- og hypoarousal. Psykomotoriske færdigheder som centrering, jordforbindelse, afgrænsning, bevægelighed, kontaktfærdigheder og orientering kan trænes – og jo mere færdighederne automatiseres gennem brug, jo mere er de tilgængelige, når arousal stiger. Fokus på individuel dosering i den kropslige færdighedstræning er i min erfaring en afgørende faktor for effekten af metoden. At kunne dosere lavt, dvs. at kunne nærme sig kropslig sansning med små bevægelser, langsomt, med lille kraftmængde, giver mulighed for at inkludere de dele af kroppen, som er præget af opgivelse og af dissociation.⁶ Ovenstående guiding, hvor fingerspidserne skubbes mod hinanden ganske let, gav et eksempel på lav dosering.

Hvad giver de psykomotoriske færdigheder mig i de tre eksempler ovenfor – sammen med navngivning af arousalreaktioner?

1. Jeg registrerer, at min krop responderer på klientens hyperarousal – jeg lægger mærke til min forhøjede puls, hjertebanken, sved i hænderne, øget vagtsomhed i øjnene. Jeg mærker lyst til at stoppe klienten ved at angribe hende (invitation ind i angriberollen). Jeg vælger at sætte tempoet ned. Jeg mærker mine fødder i gulvet, jeg kontakter mit fysiske balancepunkt, jeg mærker jeg sidder på stolen. Jeg opdager, at forsiden af min krop er blevet fjern. Jeg samler opmærksomhed ind til min forside. Alt dette foregår lynhurtigt baseret på erfaring. Min krop kender færdighederne og finder hen til dem, hvis jeg tager tid til, at det kan ske. Jeg bliver nysgerrig på, hvilken tilstand det er, jeg reagerede på. Jeg mærker både noget angst og noget vrede. Arousalniveauet i angsten føles højt. Herfra kan jeg vælge, hvordan jeg går i verbal kontakt med klienten. Jeg er nu i en tilstand, hvor jeg kan være nysgerrig på hendes version af tilstanden (empatisk resonans).
2. Jeg mærker søvnighed og suget ind i en bundløs tilstand. Jeg orienterer mig i konteksten, ser på kli-

entens krop, mens hun taler, og konstaterer, at hun i ganske alvorlig grad ser energiløs ud fra brystet og ned. Jeg ved dermed, at jeg påvirkes af en hypoarousaltilstand hos klienten, som det ser ud til, at hun ikke selv er klar over. Jeg registrerer en panisk impuls til at komme væk fra kollapsedet (invitation ind i redderollen). Jeg læner mig tilbage i stolen, sætter mig i en centreret stilling, mærker hvor jeg selv er fjern i kroppen og bringer i lav dosering energi ind i de områder. Jeg mærker fortsat kollapsedet, men kan nu være nysgerrig i forhold til det – og i forhold til klientens version af det.

3. Jeg registrerer, at jeg har svært ved at holde orienteringen i samtalen med supervisanden. Jeg siger til ham, at det er sådan. Jeg foreslår, at vi begge sætter tempoet ned og undersøger, hvad der sker. Jeg undersøger, hvad det egentlig er, jeg mærker. Jeg registrerer kanten af en panisk angst, som kun er tilgængelig i glimt. Og kanten af kaotiske tilstande. Jeg ved dermed, at supervisandens case sandsynligvis rummer disorganiserede tilstande, som håndteres med dissociation. Jeg mærker gennem fødder og sædekuder, at gulvet bærer mig – jeg læner mig ind i den støtte. Jeg læner også ryggen ind i ryglænet. Jeg mærker min krop her og nu. Jeg inviterer supervisanden til at mærke sin krop.

Disse eksempler synliggør, hvordan kropslig opmærksomhed og specifikke kropslige færdigheder kan støtte opbygningen af nye handlemuligheder, nye spor i mødet med høje arousaltilstande, og dermed give et alternativ til invitationerne ind i låste samspilsmønstre. Færdighederne skal være trænet først i lav arousal, før de bliver tilgængelige i høj arousal. Vi er ikke gode til at lære og integrere nyt, mens vi føler os true (Maurer 2006). Nye spor opbygges lettest, når vi føler os trygge og dermed kan være nysgerrige og udforskende (Wernerberg 2013).

GENSIDIG AROUSALREGULERING

Psykomotoriske færdigheder kan som ovenfor beskrevet støtte evnen til selvregulering – og dermed støtte os i at kunne deltage i et kontaktfelt jævnbyrdigt.

⁶ Psykomotorisk færdighedstræning med dosering som gennemgående princip er grundelementet i ressourceorienteret færdighedstræning, ROF, den psykoterapeutiske metode jeg har udviklet de sidste 11 år (Brantbjerg 2007, 2008, 2009).

Evnen til selvregulering udvikles i kontakt. Vi starter livet uden selvreguleringsfærdigheder, afhængige af kontakt med tilknytningspersoner, som gennem evne til selvregulering og empatisk resonans deltager i reguleringen af arousal- og følelsestilstande. Hvis vi bliver mødt med accept af tilstandene og kapacitet til at deltage i regulering af dem, hvad enten det er angst, vrede, glæde eller andet, så udvikles et trygt tilknytningsmønster, som danner basis for udvikling af evnen til selvregulering. Begrebet arousalregulering er således tæt forbundet med tilknytningsadfærd (Wennerberg 2011).

Behovet for gensidighed med et andet eller flere andre mennesker i reguleringen af arousaltilstande hører ikke kun til i den tidlige barndom – det er aktivt hele livet og bliver specielt kraftigt aktiveret i forbindelse med traumer. Gensidig arousalregulering indebærer, at der er to parter, som begge anerkender, at der er en arousaltilstand til stede, som har brug for regulering. Begge parter anerkender, at arousaltilstande påvirker os, uanset om vi er i hjælpssøgende eller hjælpgivende roller. Den hjælpgivendes opgave – fx som individualterapeut, supervisor eller gruppeleder – er at være nogle skridt foran i forhold til at kunne anerkende, navngive og mestre de tilstande, der har brug for regulering. Dermed åbnes muligheden for at kunne møde både klientens/superviserens/ gruppedeltagerens og ens egen version af tilstanden med nysgerrighed og empati (Stauffer et al 2007).

Tilstande, vi ikke kender godt nok hos os selv, er vi ikke gode til at hjælpe andre med at regulere. Tilstande, vi ikke kender godt nok hos os selv, udløser naturligt automatisk reaktivitet. Dette betyder i min erfaring, at terapeuten må komme først, hvis man vil lære at kunne deltage i gensidig arousalregulering. Vi må gå først i den forstand, at vi er villige til selv at udforske og lære at mestre overlevelsereaktioner og arousaltilstande, før vi tilbyder andre at deltage i gensidig regulering af deres aldrig regulerede tilstande.

Tilknytningsmønstre kommer i spil, når man arbejder med gensidig arousalregulering. Hvis tryk tilknytning er tilgængelig både hos hjælpssøgende og hjælpgivende efter et traume, er chancen stor for, at man ikke udvikler PTSD eller PTS. Tryk tilknytning er kendetegnet af, at man kan opsøge kontakt, når man har brug for

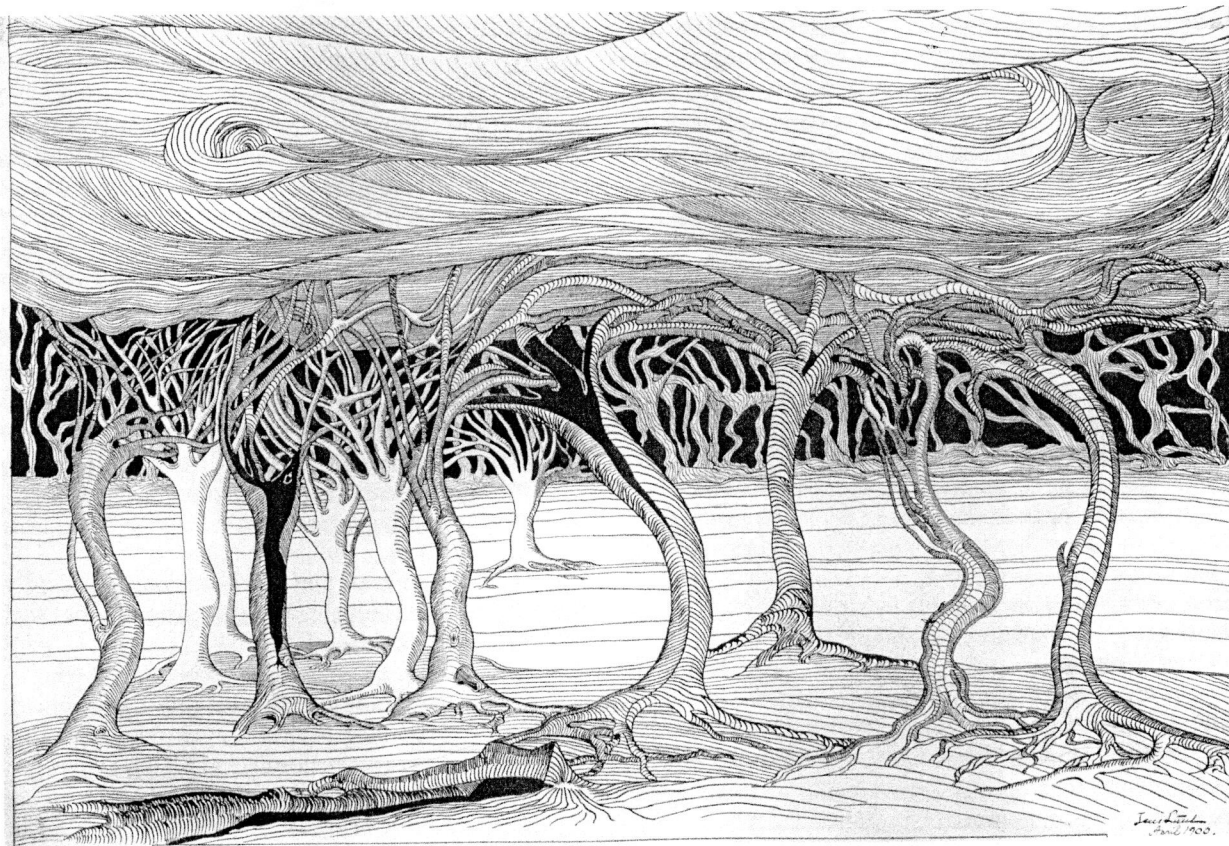
gensidig arousalregulering – og at man finder nogen, der kan deltage.

Vi har formentlig alle både trygge og utrygge tilknytningsmønstre i vores repertoire – og i forskellige grader (Wennerberg 2013). Vores utrygge tilknytningsmønstre bliver stærkt udfordret og ofte trigget i mødet med arousaltilstande. Utrygge tilknytningsmønstre kan enten deaktivere, hyperaktivere eller disorganisere den naturlige impuls til at opsøge muligheden for gensidig arousalregulering og bliver dermed en begrænsende faktor i forhold til vores kapacitet til at indgå i den gensidige regulering.

At arbejde med traumer giver både mulighed for og kræver, at vi som terapeuter ser på vores egne tilknytningsmønstre og undersøger muligheden for at udvide mønstrene og opbygge nye spor.

Tilbage til de tre eksempler en sidste gang. Hvad betyder evnen til gensidig arousalregulering i mødet med klienterne og superviseren?

1. Jeg registrerer min krops respons på klientens hyperarousal – jeg bruger mine kropslige færdigheder til at regulere intensiteten, så jeg bliver roligere, samtidig med at jeg fortsat kan mærke den høje arousal. Jeg lægger mærke til, at jeg ikke har en tydelig sansning af, hvad der er klientens, og hvad der er mit. Grænserne mellem os er slørede. Jeg opdager, at forsiden af min krop er fjern. Da jeg har bragt energi ind på forsiden, opfatter jeg både mig selv og klienten tydeligere. Jeg ser hendes øjne, opfatter, at hun er bange, og mærker empati. Jeg mærker, at vi begge er påvirket af den høje arousal, og at vi dermed er i samme båd – vi er sammen om den. Jeg inviterer klienten til at registrere vores kontaktfelt. Jeg er parat til at invitere hende til at erkende og arbejde med den naturlige flugtimpuls, som sandsynligvis er til stede inde i angsten.
2. Jeg ved, at jeg er påvirket af et underliggende dybt kollaps hos klienten. Jeg kender tilstanden selv. Jeg husker erfaringer, hvor jeg har oplevet at kunne dele og udforske oplevelsen af kollaps med andre – hvor jeg har haft en undergruppe af dele den med. Disse erfaringer støtter mig til at slappe af og læne



Jens Lund: Fortvivlelsens Skov. April 1900. Tusch på papir. Gengivet i bogværket *Livets Skove*, udgivet 1901. Vejen Kunstmuseum.

mig tilbage. Jeg er ikke alene i dette landskab – og det behøver klienten heller ikke at være. Jeg kan se på klienten fra et sted, hvor mine øjne signalerer, at det er ok, lige meget hvad hun mærker – og at jeg er nysgerrig på at høre det. Jeg er parat til at give mit bidrag til udforskning og normalisering af kollaps, hvis hun er parat til det.

3. At være på kanten af et dissociativt mønster, som rummer disorganiserede tilstande, kræver langsomhed og forsigtighed. Jeg ved, at jeg ikke kan bestemme, i hvilken grad mønsteret åbner op og afgiver information. Jeg kan 'hænge ud' på kanten af mønsteret sammen med supervisanden og se, hvad der sker. Jeg mærker kontakten med super-

visanden her og nu og inviterer ham til at mærke kontakten med mig. Min jordforbindelse og centrering støtter nonverbalt hans. Jeg inviterer til en undersøgelse af, hvilke kropslige færdigheder som støtter os hver især i at mærke, at vi er her sammen lige nu. Fra denne fælles her og nu-plattform kan vi sammen se på, bevidne, hvilke tilstande der er på vej ind i bevidstheden, navngive dem og begynde langsomt at orientere os ind i den case, han har fremlagt, og se, hvor disorganiseringen opstår.

Disse tre eksempler peger på betydningen af mit eget kendskab til de højintense tilstande, jeg møder hos dem, jeg arbejder med, betydningen af min egen erfa-

ring med gensidig arousalregulering og med evnen til selvregulering.

HYPERAROUSAL, HYPOAROUSAL OG DISORGANISERING

Jeg har bevidst valgt de tre eksempler, så de illustrerer samspil omkring henholdsvis hyperarousal, hypoarousal og dissociation af disorganiserede tilstande.

Hyperarousaltilstande kan man arbejde på at forløse kropsligt. Orientering, flugt, kamp, beskyttelse, kalde på hjælp har alle aktive impulser i sig, som kan erkendes og bringes i bevægelse kropsligt – og derigennem kan regulering ske. Også lammelse kan man arbejde på at forløse, fordi de aktive impulser er tilgængelige under den overliggende immobilitet.⁷ Hypoarousal kan i min erfaring ikke forløses på samme måde.⁸ For meget kropslig aktivitet udløser typisk et hop over i hyperarousal i stedet, hvilket ikke hjælper til regulering af hypotilstanden. Regulering af kollaps kan begynde, hvis vi kan være der – ikke blive trukket ind i kollapset, ikke polarisere, blot være der på kanten af tilstanden – anerkende og navngive den. Det inviterer til at opdage, at også i det dybe kollaps er der livsenergi. Den har bare en meget, meget langsom puls.

Dissociation er en radikal forsvarsmekanisme. Den beskytter os mod at mærke tilstande eller erindringer, som vi oplever så truende, at vi må 'skille os af med dem'. Dissociation kan rumme både 2. og 3. grads stresstilstande. De mest radikale tilstande, der ligger gemt i dissociative mønstre, er disorganiserede. Ligesom med hypoarousal duer tanken om 'forløsning' ikke i forhold til disorganisering. 2. grads stresstilstande er logiske, li-

neære og organiserede. De har et klart mål – at komme væk ved at flygte, at vinde over modstanderen ved at slås, at tilkalde hjælp ved at græde, at redde nogen ved at beskytte dem, at se død ud, så chancen øges for, at angriberen mister interessen. De disorganiserede tilstande er kaotiske, ikke-lineære, opløsende. De spreder energi, de fokuserer ikke.

Hvad støtter arousalregulering af den slags tilstande? Min erfaring fra de sidste års metodeudvikling peger på, at det at bevidne tilstanden sammen med nogen gør en forskel. Man kan ikke forløse en disorganiseret tilstand kropsligt – hvis man nærmer sig den direkte kropsligt, bliver man den og taber dermed evnen til at mentalisere. Et kropsligt nærvær her og nu sammen med en anden eller sammen med en gruppe kan danne en grænse til disorganiseringen, som gør det muligt at erkende den, navngive den, se den, lære den at kende. Eksternalisering af tilstanden, så man ser på den på afstand i meget små doser ad gangen, er som regel støttende.⁹ Det er denne erfaring, der ligger til grund for den sidste beskrivelse af mit samspil med superviseren.

TRAUMETERAPI – EN UDVIKLINGSREJSE

Ovenstående korte refleksioner over metode viser kompleksiteten i, hvad det kræver af os som terapeuter at deltage i gensidig regulering af traumerelaterede tilstande.

Der findes ikke én metode, der duer til alle tilstandene. Der er brug for accept og rumning af hele spektret mellem udadreagerende hyperarousaltilstande og indadreagerende kollaps/hypoarousaltilstande. Der er brug for vågenhed i forhold til, hvad der gemmer sig under henholdsvis dissociation og udadreaktion. Og der er brug for opmærksomhed i forhold til forskellen

⁷ Eksempler på denne form for proces kan læses i Levine, 2012.

⁸ Inklusion af hypoarousal som overlevelsereaktion støttes af mange forskere og terapeuter i dag, Ruth Lanius (2010), Bruce Perry (1995), Stephen Porges (2011), David Baldwin (2013), Flemming Kæreby (2010), Hart & Kæreby (2009) og sikkert flere, jeg ikke kender. Samtidig er det sådan, at den officielle PTSD-diagnose ikke indeholder symptombeskrivelse, der inkluderer hypoarousal (Baldwin, Lanius). Der foregår således en diskussion i fagkredse om, hvad PTSD og PTS dækker.

⁹ Kolbjørn Vårdal og jeg arbejder på vores traumeterapeutiske efteruddannelseskurser på at klargøre, hvilke metoder der er funktionelle i forhold til henholdsvis 2. og 3. grads stresstilstande og i forhold til organiserede og disorganiserede tilstande. Erfaringerne med eksternalisering, som støtte til afgrænsning og mentalisering i forhold til disorganisering, er gjort i den kontekst.

på organiserede og disorganiserede tilstande, og hvilken form for reaktion fra terapeuten der er relevant i det givne tilfælde.

At arbejde med traumeterapi er en udviklingsrejse for alle, der deltager. Det er krævende og samtidig et privilegium i fællesskab at deltage i at række ind til de dybeste, instinktive lag i det at være menneske.

LITTERATUR

- Agazarian, Yvonne M. (2006): *Systems Centered Practice. Selected Papers on Group Psychotherapy*. London, Karnac.
- Baldwin, David (2013): *Primitive mechanisms of traumareponse: An evolutionary perspective on trauma-related disorders*. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews* 37 (2013), s. 1549-1566.
- Brantbjerg, Merete Holm (2014): *Om overlevelsesreaktioner*. Undervisningsmateriale.
- Brantbjerg, Merete Holm (2014b): *Differentiating low energy states related to stress*. Artikel skrevet til EABP konferencen September 2014 i Lissabon. Body Psychotherapy Publications
- Brantbjerg, Merete Holm (2007): *Ressourceorienteret færdighedstræning som psykoterapeutisk metode*. Artikel. København, egen udgivelse.
- Brantbjerg, Merete Holm (2008): *Relationsaspektet i ressourceorienteret færdighedstræning*. Artikel. København, egen udgivelse.
- Brantbjerg, Merete Holm (2009): *Hyporespons – den skjulte udfordring i mestring af stress*. Artikel. København, egen udgivelse.
- Hart, Susan (2006): *Hjerne, samhörighed og personlighed*. Hans Reitzels Forlag.
- Hart, S. & Kæreby, F. (2009): *Dialogen med det autonome nervesystem i den psykoterapeutiske proces*. *Matrix*, 2009, 3, s 292-315.
- Jørgensen, Steen (1993): *Bearbejdning af choktraumer/post-traumatisk stress i Bodynamic Analyse*. I: Jørgensen, Steen (red.) (1993): *Forløsning af choktraumer*. København, Forlaget Kreativitet.
- Karpman, S. (1968): *Fairy tales and script drama analysis*. *Transactional Analysis Bulletin*, 7(26), 39-43.
- Kæreby, Flemming: *Hvad er psykofysiologisk traumeterapi? Psykoterapeuten* nr. 3, 2010.
- Lanius, R.A. et al (2010): *Emotion Modulation in PTSD: Clinical and Neurobiological Evidence for a Dissociative Subtype*. *American Journal of Psychiatry* 167:6 s 640-647, June 2010
- Levine, Peter (2012): *Den tause stemme*. København, Hans Reitzels Forlag.
- Ogden, Pat, Minton, K. & Pain, C. (2006): *Trauma and the Body. A Sensorimotor Approach to Psychotherapy*. W.W Norton & Company. New York.
- Panksepp, J. & Biven, L. (2012): *The Archeology of Mind. Neuroevolutionary Origins of Human Emotions*. W.W.Norton & Company, New York & London.
- Perry, Bruce (1995): *Childhood Trauma, the Neurobiology of Adaptation and "Use-dependent" Development of the Brain: How "States" becomes "Traits"*. *Infant Mental Health Journal* Vol.16 No.4 Winter 1995.
- Porges, Stephen (2011): *The polyvagal theory*. New York, NY: WW Norton.
- Maurer, Robert (2006): *Kaizen, et lille skridt kan ændre dit liv*. Borgen.
- Stauffer, K, Medina, L. & Chipperfield, D. (2007): *Relational Psychotherapy and the wounded healer*. CABP Newsletter No 35, Summer 2007.
- Wennerberg, Tor (2011): *Vi er vores relationer. Om tilknytning, traumer og dissociation*. Dansk Psykologisk Forlag.
- Wennerberg, Tor (2013): *Själ och tillsammans. Om anknytning och identitet i relationer*. Natur & Kultur.
- Wolterstorff, E. & Grassmann, H. (2012): *The scene of the Crime: Healing familial & other in-group trauma roles*. *Int. Body Psychotherapy Journal*, 13, 2, Fall 2014.



Merete Holm Brantbjerg er afspændingspædagog og psykoterapeut MPF. Medskeber af Bodynamic systemet og har mere end 30 år arbejdet som underviser og individualterapeut i Danmark og internationalt. Har gennem de sidste 10 år udviklet en relationel traumeterapi, baseret i psykomotorisk færdighedstræning og systemisk gruppeproces.

POS
OG

Scree
Et ud

Adskillig
har vær
andre fo
eller sel
oftest i
ser, og i
(PTSD)

Ondt i r
ler nakk
patiente
på PTSD
Trauma

Patiente
med fys
med hø
al 2012)
sprunge
med on
af stress
(Ellegaa

POSTT

PTSD er
mer, son
somme
rer PTSD
Et psykisk
og choker
ler længe
heder, alv
barnealde
danne opl