

Fakultet for helse- og sosialvitenskap

Siri Christensen

Fordypningsoppgave i psykisk helsearbeid

«Relasjon som reparasjon – reparasjon i relasjon».

Hva fordrer dette av behandleren og hvordan påvirker behandleren denne relasjonens muligheter i møte med den relasjon- og tilknytningsskadede pasienten?».

“Relation that mends – mending in relation”.

What does this require from the therapist, and how will the therapist affect this relations possibilities in the face of the relation and affiliation impaired patient?

4PHD100

2018

Innholdsfortegnelse

INNHALDSFORTEGNELSE	3
SAMMENDRAG	5
1. INNLEDNING	6
1.1 TEMA, BAKGRUNN FOR PROBLEMSTILLING OG MÅL MED OPPGAVEN.....	6
1.2 PROBLEMSTILLING	7
1.3 AVGRENSING AV OPPGAVEN	7
1.4 OPPGAVENS OPPBYGNING	7
2. METODE.....	8
2.1 FREMGANGSMÅTE.....	8
2.2 ARTIKKELSØK.....	8
2.3 STERKE OG SVAKE SIDER VED VALG AV LITTERATUR, KILDEBRUK OG KILDEKRITIKK	8
2.4 VALG AV LITTERATUR.....	9
3. TEORI OM SENTRALE BEGREPER I OPPGAVEN	10
3.1 INNLEDNING.....	10
3.2 TRAUME.....	10
3.2.1 <i>Hva er traumer?</i>	10
3.2.2 <i>Tilknytningsteori</i>	12
3.2.3 <i>Trygg tilknytning, tilknytningsmønstre og tilknytningstraumer</i>	13
3.3 TEORI OM RELASJONELL PSYKOTERAPI	15
3.3.1 <i>Den terapeutiske relasjonens betydning</i>	15
3.4 BEHANDLEREN.....	16
3.4.1 <i>Behandlerens relasjonskompetanse – en forutsetning for god terapi</i>	16
3.5 DEN TERAPEUTISKE RELASJONEN.....	16

3.5.1	<i>Den terapeutiske relasjon – en arena for meningsskaping</i>	17
3.5.2	<i>Båndet ved den terapeutiske alliansen/relasjonen og tilknytningstraumer</i>	17
3.5.3	<i>Overføringer og motoverføringer i et relasjonelt perspektiv</i>	18
3.5.4	<i>Den terapeutiske alliansen, relasjonelle utfordringer og arbeid med relasjon</i>	19
3.6	OPPSUMMERING TEORIDEL	20
4.	DRØFTING	21
4.1	INNLEDNING	21
4.2	HOVEDDEL	22
4.2.1	<i>Utgangspunkt for å søke hjelp og behandlingens hensikt</i>	22
4.2.2	<i>En guide må kjenne landskapet en skal være veiviser i</i>	22
4.2.3	<i>Relasjonen og relasjonskompetanse som forutsetning</i>	23
4.2.4	<i>Egenskaper ved teraputen</i>	23
4.2.5	<i>Å se det sårede barnet i den voksne pasienten</i>	25
4.2.6	<i>Nærhet, lengsler, frykt – alene eller sammen i intense, vonde følelser</i>	26
4.2.7	<i>Samskaping - gjennom utforskning skapes ny mening</i>	26
4.2.8	<i>Egne erfaringer og refleksjoner</i>	27
4.2.9	<i>«Avskammingens reise»</i>	27
4.2.10	<i>Den udefinerbare betydningen av terapeutens personlighet</i>	28
4.2.11	<i>Avskamming fordrer kunnskap</i>	29
4.2.12	<i>Oppsummering</i>	30
5.	KONKLUSJON	31
6.	ETTERORD	32
7.	LITTERATURLISTE	33

Sammendrag

Tittel:	Relasjon som reparasjon – reparasjon i relasjon. «Hva fordrer dette av behandleren og hvordan påvirker behandleren denne relasjonens muligheter i møte med den relasjon- og tilknytningsskadede pasienten?».	Dato:	24.mai 2018
Deltaker	Kandidat 8		
Veileder:	Ann-Mari Lofthus		
Stikkord/ nøkkelord:	<ul style="list-style-type: none"> - PTSD, relasjons- og tilknytningstraumer - Terapeutisk allianse - Relasjon i terapi - Behandlerens egenskaper 		
Bakgrunn:	Valg av tema handler om at jeg er opptatt av relasjons- og tilknytningstraumer og hva som er god behandling for denne pasientgruppen. Traumer og behandling av disse er relativt nytt i et psykisk helseperspektiv og min oppfatning er at kompetansen rundt relasjons- og tilknytningstraumer i psykisk helsefelt generelt er mangelfull.		
Formål:	Målet med oppgaven er å tydeliggjøre hva relasjons- og tilknytningskade handler om, hva en terapeutisk relasjon er og se på faktorer hos behandleren som påvirker og fremmer god behandling for pasientgruppen. Målet med drøftingen er å synliggjøre behandleren i en tilknytningstraumepasients tilfriskningsprosess. I lys av disse perspektivene kan denne oppgaven leses som et bidrag til økt faglig forståelse ovenfor pasienter med relasjons- og tilknytningsbrist.		
Metode:	Litteraturstudie		
Konklusjon:	I følge psykologforeningens prinsipperklæring om evidensbasert praksis (2007) er det krav til terapeutisk praksis å følge forskning og klinisk erfaring, slik den viser å fungere. Ergo argumenterer denne oppgaven for at behandlere i større grad må følge forskningsevidens, der relasjonen og behandlerens egenskaper og kunnskap relatert til behandling av relasjon- og tilknytningstraumer fremmer bedre resultat for pasienten.		
Antall ord: 8213	Antall vedlegg: 2	Publiseringsavtale inngått: ja	

1. Innledning

1.1 Tema, bakgrunn for problemstilling og mål med oppgaven

Valg av tema handler om at jeg er opptatt av relasjons- og tilknytningstraumer og hva som er god behandling for denne pasientgruppen. Traumer og behandling av disse er relativt nytt i et psykisk helseperspektiv og min oppfatning er at kompetansen rundt relasjons- og tilknytningstraumer i psykisk helsefelt er mangelfull. Med selvopplevd relasjons- og tilknytningstraume, og erfaring med hva jeg opplevde som virksomt i behandling, ønsker jeg at kommende masterarbeid skal videreføre denne fordypningsoppgaven.

Litteratur om relasjonens betydning i psykoterapi er utbredt. Også at terapeutens relasjonelle kompetanse og personlige egenskaper er viktige faktorer for behandlingens kvalitet, effektivitet og for grad av tilfriskning for pasienten. Med denne kunnskapen og innsikten som bakgrunn – når dette er evidensbasert som virksomt i all psykoterapi – så undres jeg: hvorfor er det ikke mer fokus på nettopp dette?

Hovedmålet er å benytte oppgaven i egen kompetanseutvikling. Gjennom teori er mitt mål å tydeliggjøre hva relasjons- og tilknytningsskade handler om, hva en terapeutisk relasjon er og se på faktorer hos behandleren som påvirker og fremmer god behandling for denne pasientgruppen. Ved å presentere slik teori, ønsker jeg å danne et forståelsesgrunnlag som bakgrunn for drøftingen. For å tilegne meg en mer helhetlig forståelse, er målet med drøftingen å synliggjøre behandleren i en tilknytningstraumepasients tilfriskningsprosess.

Mange som jobber innenfor psykisk helsearbeid møter traumepasienter. Grunnleggende kunnskap om traumer og traumbasert omsorg burde etter mitt syn være et minimum. Jeg oppfatter en endring innenfor psykisk helsefelt, at spørsmål om «hva har du opplevd» er mer på dagsorden enn «hva feiler det deg»? Det er mange pasienter som har bakenforliggende traumer som årsak til psykisk uhelse eller lidelse, derfor er denne fordypningen i høy grad aktuell og relevant for psykisk helsearbeid. I lys av disse perspektivene kan denne oppgaven leses som et bidrag til økt faglig forståelse ovenfor pasienter med relasjons- og tilknytningsbrist.

1.2 Problemstilling

«Når relasjonen mellom pasient og behandler er så viktig i forhold til psykoterapeutisk behandling av mennesker med relasjons- og tilknytningsskader: hva fordrer dette av behandleren og hvordan påvirker behandleren denne relasjonens muligheter?».

1.3 Avgrensning av oppgaven

Oppgavens omfang gjør at den ikke omfatter behandlingsmetoder i traumebehandling, traumbasert omsorg generelt, i gruppe, miljøterapeutisk, polikliniske eller institusjonelle standarder. Jeg begrenser fordypningen til spesifikt omhandle traume- og tilknytningsforståelse, og relasjonens betydning mellom behandler og pasient, med hovedfokus på behandleren.

1.4 Oppgavens oppbygning

I kapittel 1 beskrives tema og bakgrunn for valgt problemstilling, mål med oppgaven, problemstilling og oppgavens avgrensning. Kapittel 2 tar for seg oppgavens metodiske tilnærming. Sentrale teorier til bruk i drøftingen presenteres i kapittel 3. Drøftingen er samlet i kapittel 4. Her løfter jeg inn egenerfaring. Oppgaven avsluttes i kapittel 5 der jeg gir en konklusjon. Oppgaven oppsummeres i etterordet om retning til videre masterarbeid.

2. Metode

2.1 Fremgangsmåte

Gitt oppgave er basert på litteraturgjennomgang. I dette arbeidet søkes å belyse problemstillingen gjennom litteratur og empiri gjennomført av andre, og teorigrunnlaget hviler derfor på andres skrevne tekster. Jeg formulerte først en problemstilling og søkte litteratur der den terapeutiske relasjonen blir anvendt i retning av teknikk/metode/metodisk tilnærming satt i system, eller i noe form for prosedyre i behandling av spesifikt denne pasientgruppen. Her gjorde jeg ingen relevante funn. Jeg endte opp med å belyse hvilke faktorer ved behandleren som fremmer denne relasjonens muligheter.

2.2 Artikkelsøk

Artikkel - og litteratursøk er gjort i databasene ORIA, PsycNET, ProQuest, Ovid, Cochrane og Google Scholar med søkeordene «therapeutic relationships», «therapeutic alliance», «therapist interpersonal skills», «complex trauma», «PTSD», «attachment disorder and professional patient relation», «PTSD and professional patient relation», «posttraumatic stress disorder and professional patient relation», brukt enkeltvis eller i kombinasjoner. Disse har jeg funnet i MESH. Jeg har prøvd mange søkeord og kombinasjoner av disse. Jeg har funnet artikler jeg anser relevante for betydningen av den terapeutisk relasjon, men få som omhandler spesifikk pasientgruppe. (PICO-skjemaer og søkehistorikk, vedlegg 1). Jeg har funnet flest og best anvendbare artikler gjennom referanser i fagbøker og funnet disse i fulltekst.

2.3 Sterke og svake sider ved valg av litteratur, kildebruk og kildekritikk

Datasøkene viste et bredt spekter av litteratur og mengder med relevant materiale i forhold til noen av nøkkelordene i problemstillingen. En utfordring er at funn og tolkningen av dem må vurderes kritisk (vedlegg 2). Et spørsmål i denne sammenhengen er om jeg mestrer valg av litteratur godt nok, ut fra eget kompetansenivå. Et bredt repertoar av sammenlignbare studier vil følgelig gi slutninger med større gyldighet. Valg av litteratur opplevdes mest utfordrende med oppgaven. Under punktet om avgrensning har jeg beskrevet hva jeg spesifikt vektet, på

tross av annen viktig kunnskap relevant for problemstillingen. Artikkelfunn jeg vurderer som kvalitativt gode er i hovedsak på engelsk og oversatt til norsk av meg.

2.4 Valg av litteratur

Ved siden av forskingsartikler har jeg utover pensum valgt litteratur fra anerkjente norske forfattere innenfor psykoterapi, traume- og tilknytningsteori, relasjoner og terapeutiske egenskaper. Jeg har valgt å inkludere relevante fagartikler hentet fra RVTS og Psykologitidsskriftet.

Oversikt over inkluderte artikler og kildekritikk til disse, har jeg valgt å legge som vedlegg for å spare plass (vedlegg 2).

3. Teori om sentrale begreper i oppgaven

3.1 Innledning

I dette kapitlet blir sentrale begrep og teori presentert. Om traumer generelt, om tilknytningsteori og tilknytningstraumer spesielt. Deretter omtaler jeg den terapeutiske relasjonen. Videre teori om terapeutiske egenskaper for å fremme relasjon og om terapeutisk bånddannelse.

3.2 Traume

3.2.1 Hva er traumer?

I følge Anstorp og Benum (2015, kap. 1 og 3) har traumepsykologiens utvikling og dens senere års fremvekst som eget fagfelt, bidratt til økt forståelse og sammenheng mellom ytre hendelser og psykiske reaksjoner. Allerede på slutten av 1800-tallet var kjente psykoanalytikere som Charcot, Janet, Freud og Jung foregangspersoner for dette perspektivet. Forskning på overlevende etter Holocaust viste at ytre overveldende påkjenninger kan føre til utvikling av ulike psykiske lidelser. I etterkant av Vietnamkrigen på 70-tallet kom diagnosen PTSD, Post Traumatic Stress Disorder. Denne diagnosen førte til et paradigmeskifte i psykiatrien og diagnosesystemet måtte konkretiseres og redegjøre for hva de ytre hendelsene da innebar. Det var først etter kvinnebevegelsens fremvekst, at også kvinner meldte om psykiske symptomer lignende det menn hadde fra krigserfaringer, men kvinnene oppgav seksuelle overgrep og vold som årsaker.

Diagnostiseringen av barnetraumer kom omtrent på samme tid. Et stort antall undersøkelser viser at det er klar sammenheng mellom å tidlig ha vært utsatt for overveldende belastninger og psykiske lidelser. Overgrep/vold i nære relasjoner og levevilkår i familier gir utfordringer for helseapparatet, helsepolitisk og samfunnsmessig, og det kan oppleves både overraskende og overveldende det omfanget av barn og voksne som har traumatiserte erfaringer og konsekvenser av dem (ibid.).

Hva betyr traume? I dagligspråket og i media hører vi ofte ordet traume. En hører om hendelser eller at noe har skjedd og det forstås som selve traumet. Er å miste noen nær i en ulykke et

traume? Er et seksuelt overgrep alltid et traume? Er en alvorlig livshendelse forventet å gi psykologiske senskader og er det likt for alle?

Ordet traume betyr sår eller skade og kommer fra gresk, enten skaden er fysisk eller psykologisk. I psykologisk forstand så baseres det på enkeltpersonens *opplevelse av hendelsen* (Anstorp & Benum, 2015, kap. 1). Et brukket ben utløser umiddelbare tiltak, mens en psykisk skade får gjerne ikke den samme oppmerksomheten. En dramatisk hendelse kan ofte bæres inni seg og «en klarer seg på egenhånd», finner måter å leve med hendelsen på, selv om personen kjenner på intense følelser som frykt, hjelpeløshet og skrekk. Følelsesmessige sår og skader trenger også behandling, som i somatikken. Traume er «*en reaksjon på uutholdelige hendelser som overvelder sentralnervesystemet, der aktiveringen som følger med hendelsen ikke blir stabilisert*» (ibid. s. 24).

Traume er altså mer enn å oppleve ubehag, noe uønsket eller krevende og som vi på tross av det, bevisst klarer å forholde oss til å integrere som en del av ens tilværelse og erfaring. Det er ikke selve hendelsen som gjør en syk, men minnene og det ubearbeidede. Begrepet traume kan forstås som sår som ikke er leget. Traumepasienter kommer med symptomene, ikke selve traumehistorien (ibid.).

Kunnskap om traumatiske hendelser som for eksempel incest, seksuelle overgrep, vold eller omsorgssvikt og hvordan det innvirker på et barns utvikling og videre helse gjennom livet, er vanskelig temaer. Å ta inn over seg at traumer ofte er påført av andre mennesker, er for mange vanskelig å forholde og relatere seg til. Det har vært mange ulike måter å forstå og forklare symptomene på. Traumeteori har ikke stått så sentralt innenfor psykologi- og psykiatrifagene, men den har fått en renessanse de siste par tiårene. Det har i løpet av de senere år også vært en økende forskning på traumer, som igjen har ledet til en videreutvikling av forståelsesmodeller som søker å tydeliggjøre fenomenet traume (ibid.).

Det sentrale i traumeforståelsen er at det er den manglende integreringen mellom det som har skjedd og reaksjonene på dette, som skaper problemer for den det gjelder. Det har bokstavelig talt blitt for mye for personen, og det som har skjedd ble ikke integrert på vanlig måte i hukommelsen, som et minne man kan tenke og reagere på (RVTS Øst, 2013).

3.2.2 Tilknytningsteori

I oppgaven søker jeg å gi en grunnleggende forståelse av tilknytningsbegreper. Tilknytning i denne oppgavens sammenheng handler om de aller første sterke følelsesmessige bånd som et barn får til en eller flere nære voksne, og hvordan tilknytning eller mangel på, påvirker selvets og personlighetsutviklingen hos barnet.

I følge Wennerberg (2011, s. 11-15) begynner tilknytningsbåndet i menneskelivets start og er et livslangt bånd av kjærlighet. Tilknytning følger en gjennom livet og påvirker alle senere relasjoner. De relasjonelle erfaringene barnet gjør, former hvordan barnet forholder seg til seg selv og andre. Grad av trygghet, selvstendighet, nærhet og tillit til andre og evne til det emosjonelle båndet, fundamenteres tidlig. Ut fra dette utvikles evnen til å elske og å kjenne seg verdt å elskes.

Wennerberg (ibid.) beskriver barnets behov for nærhet til andre på den ene siden og autonom identitet på den andre (individuasjon) – en samtidig avhengighet og autonomi. Disse behovene kan forstås inn i et tilknytningsteoretisk perspektiv. Samtidig befinner disse behovene seg i et motstridende forhold og kommer i konflikt med hverandre, selv om de er uløselig knyttet sammen. Tilknytningssystemet, som er et medfødt atferdssystem, motiverer til å søke nærhet, beskyttelse, trygghet og anerkjennelse/aksept hos andre. Om denne nærheten uteblir, tvinges barnet ofte til uhensiktsmessig tilpasning for å få regulert seg. Et relasjonelt motiveringssystem driver barnet til å knytte et sterkt emosjonelt bånd til omsorgsgiveren og å opprettholde nærhet til denne. Det følelsesmessige båndet er ikke et resultat av innlæring, men har sin opprinnelse fra et instinktivt, kraftfullt atferdssystem: tilknytningssystemet. Barnet er et instinktivt søkende og sosialt vesen.

I følge tilknytningsteorien (Wennerberg, 2011, kap.1), er den medfødte affekten redsel, det som i sterkest grad styrer og regulerer barnets atferd. Barnet opplever et altoverskyggende behov for å få overveldende følelser regulert av en trygg voksen. I denne sammenhengen beskrives to sider av redselsopplevelser: å unngå å bli redd (unnavikelse) og tilknytning. Barnet drives bort fra det som vekker redsel og gjennom tilknytning søker barnet den som beroliger og trygger. De instinktive systemer for redsel og tilknytning komplimenterer hverandre, der barnet regulerer sin frykt, ved å søke trygg favn. Men disse kan også komme i konflikt med hverandre. Som eksempelvis om barnet blir utsatt for former for overgrep av en tilknytningsperson eller andre typer fare, som fravær av andre trygghetsskapende stimuli som

forsømmelse, avvising og svik gjennom opplevelser av manglende trygghet og ivaretagelse. Bowlby formulerte tilknytningsteori som: «....*separasjon utfordrer barns betydeligste instinkter, med direkte kobling til behovet for overlevelse*» (ibid., s 47). Ergo er tilknytning overlevelse for barnet og tilknytningsatferd øker barnets sjanse for å overleve.

3.2.3 Trygg tilknytning, tilknytningsmønstre og tilknytningstraumer

I følge Killén (2003) sier Bowlby's teori at alle barn knyttes til sine omsorgspersoner, uansett hvordan de blir behandlet, for å overleve. Avhengig av dette følelsesmessige samspillet, knytter barnet seg på ulike måter. Er omsorgspersoner sensitive for barnet, vil barnet utvikle en trygg tilknytning. Barnet vil oppleve, uansett trussel uten- eller innenfra, at det er beskyttet. Utrygg utvikling skjer om barn ikke opplever det slik. En trygg tilknytning er balanse mellom kognisjon og emosjoner. Trygg tilknytning er ikke ensbetydende med god utvikling hos barn, men representerer en beskyttelsesfaktor for å forholde seg til ulike belastninger og utfordringer, legger grunnlaget for god psykisk helse, og påvirker barnets psykososiale og intellektuelle utvikling (ibid.).

Omsorgsgivere kan være uforutsigbare, avvissende, invaderende og passive og barnet vil da ikke utvikle en grunnleggende trygghet av å være beskyttet. Tilknytningsatferd regulerer nærhet og distanse til omsorgspersoner. Å sikre en trygg tilknytning muliggjør barnets selvstendighet og ligger til grunn for samtidighet i nærhet og atskillelse. Atferdssystemet omfatter «barnets indre organisasjon» og barnet danner indre arbeidsmodeller av seg selv, sine omsorgspersoner og sitt forhold til dem (ibid.).

Psykologen Mary Ainsworth (Killén, 2003), viste til faser i tilknytning, der reaksjoner hos barnet blir klassifisert i tre mønstre av atferd: *trygg*, (bruker omsorgsperson som trygg base, søker trøst, blir trygget og er raskt tilbake i utforsking), *utrygt unnvikende mønster* (barnet utforsker verden med liten referanse til trygghetspersonen og unngår trøst og støtte) og *utrygt-ambivalent* (begrenset utforsking og manglende evne til å bevege seg vekk fra omsorgspersonen). En fjerde kategori som senere er introdusert, er den *desorganiserte/desorienterte*. Dette er barn som ikke har noen strategi når omsorgspersonen forlater dem, er usikker på reaksjoner fra omsorgsgiveren og viser en selvmotsigende atferd der de kombinerer sterk nærhetssøking med sterk unnvikelse. Mønstre viser seg på forskjellige måter, i forskjellig aldre (ibid.).

Tilknytningen utvikler seg fra fysisk beskyttelse, nærhet og trøst – til også psykologisk intimitet og trygghet (Killén, 2003). Den viser til både en tilstand av å være tilknyttet og til kvaliteten i individets tilknytning (Schibbye, 2009, kap. 3). Tidlig tilknytningsproblematikk og manglende trygghet og tillit fører til grunnleggende skade gjennom manglede muligheter til å utvikle nærhet og autonomi. En tilknytning som er trygg, har egenskaper som minimerer og regulerer barnets affekttilstand, maksimerer det positive og bidrar til å forme barnets system for stresshåndtering. Den fremmer relasjonelle og følelsesmessige ferdigheter, og går fra ytre til indre regulering (Wennerberg, 2011, kap. 2).

Tilknytningsforskning viser at barn som ofte eller kontinuerlig befinner seg i truende situasjoner, prøver alt de kan og strever hardt, for å forstå verden omkring dem (Killén, 2003). De overvåker og sjekker kontinuerlig omsorgspersonenes tilgjengelighet, fysisk og psykisk. All energi på verden omkring fratruer barnet mulighet for utvikling av selvstruktur (Schibbye, 2009, kap. 3).

Dette gjelder spesielt barn utsatt for ulike former for omsorgssvikt. De søker å gjøre det uforutsigbare forutsigbart, å være i forkant. Her kan nevnes barn som vokser opp med foreldre med rusproblemer, i voldelige familiesituasjoner, foreldre med fysiske og/eller psykiske lidelser, seksuelle overgrep eller annen form for omsorgssvikt. Å bli født inn i, eller leve tidlige barneår under overnevnte forhold, vil prege samspillet mellom barn og omsorgsgiveren, og kanskje resultere i en desorganisert/desorientert tilknytning. Barn som kategoriseres i denne gruppen, har sannsynligvis opplevd ekstreme forhold som kan gi dem alvorlige traumer i sine tilknytningsrelasjoner. Forskning dokumenterer at tilknytnings- og desorganisasjon kan ha lang tids utviklingskonsekvenser (Killén, 2003).

Utrygg tilknytning medfører svekket refleksivitet/avgrensing, som omfatter «selvets» forhold til seg selv og andre. Barnets forhold til, og av seg selv, speiles og henger sammen med forståelsen av den andre og den andres forståelse av seg selv. Barnet lærer å skille mellom indre og ytre virkelighet og det blir klar over egne emosjoner og sine indre mentale prosesser. Når ikke skille mellom «meg og andre» er tydelig, får barnet vanskelig med å forstå, tyde, forholde, regulere og avgrense seg. For barnet er det viktig å organisere sin forståelse av egne og andres mentale og følelsesmessige tilstander. Om barnet ikke kan skille mellom egne og andres følelser, og ikke har tilgang til egen affekt, er det proporsjonalt like vanskelig å gjenkjenne affekter hos andre og setter likhetstegn mellom egne og andres opplevelse (Schibbye, 2009, kap. 4).

De tidlige tilknytnings og atferdsmønstrene som barnet utvikler innebærer både beskyttelses – men også sårbarhetsfaktorer for senere utvikling og fremtidige relasjoner. Jo mer utrygt et barn er i sin tilknytning, desto større relasjonell sårbarhet og risiko for ytterligere traumatiserende opplevelser og varige psykologiske symptomer (Wennerberg, 2011, kap. 1). Når tilknytningsbehovene og selvavgrensingsbehovene ikke blir møtt med anerkjennelse av ens subjektive opplevelsesverden, oppstår psykiske forstyrrelser. Trygg tilknytning og trygg avgrensing (forstått som selvstendighet, skape avstand) bidrar til heldig utvikling (Schibbye, 2009, kap. 4).

Symptomer og konsekvenser i relasjons- og tilknytningstraumer er mange, men typiske er mangelfull organisering, forvirring, tilbaketrukkenhet, manglende evne til nære og/eller varige relasjoner og intimitet. Når en er redd for både tilknytning og tap av tilknytning, kan det sammenlignes med tilknytningsparadokset: konflikten mellom tilnærming og tilbaketrekning (ibid.).

3.3 Teori om relasjonell psykoterapi

I denne delen av teoripresentasjonen redegjør jeg kort om virksomme faktorer i psykoterapi generelt, men vektet delen om relasjonens betydning, den terapeutiske relasjonen og båndet i denne.

3.3.1 Den terapeutiske relasjonens betydning

Norcross (2010) og Norcross og Wampol (2011) konkluderer viktigheten av den terapeutiske relasjonen og at denne utgjør et stort bidrag til positivt utfall av behandlingen, uavhengig av behandlingsmetode.

De foretok en gjennomgang av forskning på temaet og konklusjonene og anbefalingene fra denne forskningen viser evidens for at den terapeutiske relasjonen og ulike relasjonelle elementer, påvirker effektiviteten og metoder for behandlingstilpasning. Benum, Axelsen og Hartmann (2013, kap. 1) referer til forskning der de beste terapeuter har 50 % bedre resultat og 50 % mindre frafall.

Det er ikke likegyldig hvem psykoterapeuten er. Behandlerens væremåte og bruk av kunnskap er viktigere for effekten av psykoterapien enn hvilke metoder og teorier som benyttes (von der Lippe, Nissen-Lie & Weie Oddli, 2014, kap. 1).

Norcross (2001) viser til flere kilder som indikerer at behandleren som person er uløselig knyttet til utfallet av behandlingen og at den er sentral i forhold til endring. Validiteten og effekten av behandling mellom metodiske intervensjoner i motsetning til den terapeutiske relasjonen og terapeutens mellommenneskelige ferdigheter, er beviselig.

Oppsummert er konklusjoner og anbefalinger av forskningen at behandlingsrelasjonen forklarer pasienters forbedring eller manglende sådan, minst like mye som behandlingsmetoden. Behandling og føringer for praksis bør spesifikt adresseres terapeutens atferd og kvaliteter, som fremmer og tilrettelegger for den terapeutiske relasjonen. En tilpasset eller skreddersydd terapi til bestemte pasientegenskaper øker effektiviteten av behandlingen. Den terapeutiske relasjonen virker i samspill med behandlingsmetoder og pasientegenskaper. Med en større forståelse av effektiv (og ineffektiv) psykoterapi, vil disse avgjørende faktorer og dertil mer optimale kombinasjoner være av stor betydning.

3.4 Behandleren

3.4.1 Behandlerens relasjonskompetanse – en forutsetning for god terapi

Anstorp og Benum (2015, kap. 3) vekter behandlerens relasjonskompetanse som en forutsetning for god traumebehandling og hvor behandlerens egen tilknytningsstil er direkte forbundet med en mer positiv terapeutisk allianse. Det terapeutiske arbeidet gjenspeiler behandlerens forståelse, hvem han/hun er som person og at en beholders dyktighet dypest sett avspeiler ferdigheter i det å være menneskelig. Møte mellom pasient og behandler kan forstås som to tilknytningshistorier. En behandler er ikke gitt å kunne reflektere bedre eller forstå, enn pasienten, og følelser som oppstår hos en behandler kan bidra til å redusere dennes mentaliseringskapasitet. Evidensbaserte egenskaper og ferdigheter ved behandleren trekker jeg inn i drøftingsdelen.

3.5 Den terapeutiske relasjonen

Det er en utbredt oppfatning at psykoterapi er virksomt og at de ulike terapiretninger er omtrent like virksomme. Enhver behandler bærer med seg teoretisk bakgrunn, kliniske erfaringer fra pasientmøter, intuisjon og personlige egenskaper og forutsetninger. Hva virker

egentlig? Hva kjennetegner og hva motiverer den prosessen som kan kalles heling og som relasjonen er en del av?

3.5.1 Den terapeutiske relasjon – en arena for menings skaping

Ekeland (RVTS Sør, 2018) setter fokus på mening som medisin, da sykdom er tap av mening. Han mener at samspillet mellom pasient og behandler må styrkes og flytter fokus fra symptombehandling og diagnoser til meningssøken, med dem det gjelder. Å bli frisk innebærer søken etter mening. «*Et menneske i nød jakter på et menneske, ikke en metode eller en diagnose*». Ekeland er opptatt av hva som skjer i menneskemøtene når de blir helende, uavhengig av metode eller modell. Da flyttet vi fokus fra symptomer og metodikk til å begynne å snakke om livet. Hva slags møter, relasjoner og språk åpner for menneskets egenhelende ressurser? Denne kraften bor i oss alle og kan aktiveres og forløses gjennom mening i medfølelse møter mellom mennesker. Dermed blir relasjonen viktig. Nye erfaringer kan gjøre en frisk og i dette ligger det håp. Heling oppstår forankret i dialogen, i relasjonen mellom pasient og behandler. Jo bedre behandlingsrelasjon, jo større effekt på egenhelende ressurser. Mening og håp kan derimot ikke instrueres. Den må skapes i det som blir til i relasjonen (ibid.).

Den medfødte evnen til å konstruere mening handler om menneskets opplevelse av virkelighet og seg selv i den. Grunnlaget for psykoterapi er at denne er foranderlig og påvirkelig. Av det vi erfarer skapes mening, og den er fundamental for å forstå seg selv og verden omkring, for å regulere reaksjoner og følelser, orientere seg, skape trygghet og å ruste seg for hendelser i livet. Å miste eller ikke finne mening, vil oppleves truende, især å ikke finne mening i egne følelser og reaksjoner (Benum et al. 2013, kap. 6).

Psykoterapeutisk arbeid går ut på at pasienten i samarbeid med behandleren utvikler en forståelse av seg selv. Manglende forståelse og aksept av seg selv er viktige faktorer i utvikling og opprettholdelse av psykisk lidelse. Derfor er det å forstå seg selv på en annen måte et av de sterkeste hjelpemidler til endring. Å skape mening er en utdypning av innsikt og forståelse og er derfor sentral. Menings skaping på flere nivåer munner derfor ut i identitetsskaping (ibid.).

3.5.2 Båndet ved den terapeutiske alliansen/relasjonen og tilknytningstraumer

Hva skjer i menneskemøtene og i møte mellom pasient og behandler? Noen ganger er det noe som løsner, åpner seg og blir forståelig og helende. Kan dette være opplevelse av mening,

betydningsfullhet, nærhet, kontakt, ømhet eller kjærlighet? Er det dette, utover metoder og teknikker og diagnoser, som er medisin?

Benum et al. (2013, kap. 4) påpeker at forskning viser til at nye relasjonelle og emosjonelle erfaringer gir endring. Dette muliggjør nye innsikter i eget indre og ytre liv. Disse endringene kan også skje i terapirelasjonen. Terapi over tid synliggjør ofte pasientens maladaptive interpersonlige mønstre og kan da bli gjenstand for nye erfaringer og bli terapi med stort utbytte.

Pearlman og Courtois (2005) viser at erfarne traumeterapeuter og forskere hevder at tilknytningsvansker som konsekvens av omsorgssvikt eller misbruk i barndom, må forstås og bli arbeidet med i den terapeutiske relasjonen. Relasjonen utgjør begges "testing ground" for relasjonens fremvekst i konteksten som erfares, utforskes, deles, forstås og til slutt blir løst. Den underliggende antakelsen er at den terapeutiske relasjonen gir en mulighet til å arbeide med tilknytningsproblemer. Utviklingen av en terapeutisk relasjon er preget av fire viktige elementer: respekt, informasjon, forbindelse og håp.

Benum et al. (2013, kap. 4 og 8) mener at å behandle symptomer og de manglende ferdighetene, ikke er tilstrekkelig. Å forholde seg til andre mennesker, knytte seg til eller manglende tillit er ofte senvirkninger av omfattende traumatisering. Symptomer som konsekvens av slike traumer kan også bli en utfordring i terapirommet.

3.5.3 Overføringer og motoverføringer i et relasjonelt perspektiv

I følge Zachrisson (2008) er overføring et fenomen som er allment og dagligdags. Det finnes i alle relasjoner og i møte med mennesker. Særlig der det er sterke følelser involvert, bruker vi tidligere sentrale og viktige relasjoner som mal og kart for våre forventinger og holdninger. En kan si at overføring er en måte å huske fortiden på, til å benytte det vi har erfart. En terapeutisk sammenheng kan da skape «et veksthus» for utvikling av pasientens overføringer til behandleren. Sterkere følelser gir sterkere overføringer, som i sin tur gir sterke motoverføringer og har nødvendigvis en effekt på behandlerens motoverføring til pasienten.

Overføringstolkninger bringer til overflaten forventninger, følelser og reaksjoner fra tidligere relasjoner som blir overført på relasjonen til behandleren. Relasjonen mellom pasient og behandler er en toveis relasjon, men også en kompleks gjensidighet. Den er ikke symmetrisk i og med disse har ulike funksjoner i samspeillet og ulike grunner til å være i relasjonen (ibid.).

Et viktig perspektiv for behandleren (Schibbye 2009, kap. 8), er også at vi skaper hverandres forutsetninger i dialog/relasjon. Partene må ta hverandres perspektiv, den andres opplevelsesverden. Dersom ikke partene klarer dette, kan relasjonen gå i stå. Ingen klarer likevel å ta hverandres perspektiv uten å ikke være farget av egne ubevisste eller beviste behov, erfaringer og følelser. I overføringene kan vi oppleve noe av det dramatiske og smertefulle som kjennetegnes i relasjoner, så også i den terapeutiske reparasjonen.

3.5.4 Den terapeutiske alliansen, relasjonelle utfordringer og arbeid med relasjon

Brudd i den terapeutiske alliansen mener Safran (1993) er som et vindu inn i kjernetemaer hos pasienter med relasjonelle skader. Det kan forårsake en alvorlig barriere for terapeutisk fremgang eller gi behandleren uunnværlig informasjon. Et problem i alliansen gir dermed en viktig mulighet for å avklare følelses- reaksjons- og handlingsmønstre som kan være karakteristiske for pasienten.

McLaughlin et al. (2014) hevder at et viktig område i behandlingen av PTSD, er den terapeutiske alliansen. Den terapeutiske alliansen er bredt definert som det generelle båndet mellom behandler og pasient, som utvikler seg i/under behandlingsprosessen. Selv om det ikke finnes noen eksakt definisjon av «terapeutisk allianse», er det noen aspekter som fremstår tydelige: avtale på oppgaver og mål, roller, empatisk resonans, gjensidig bekreftelse og en relasjonell eller terapeutisk binding. En sterk allianse har vist seg å være knyttet til bedre behandlingsresultat i behandling for voksne overlevende av seksuelt misbruk.

Konsekvenser av tilknytningsskade vil også oppstå i møte med behandleren, og kan skape spenninger i terapirelasjonen. Når relasjonelle utfordringer blir møtt og håndtert, tydeliggjort og løst, vil relasjonen gjenopprettes og forbedres. Undersøkelser som omhandler negative relasjonsopplevelser og tillitsbrudd, viser raskt tilbakegang i behandling og tilbaketrekning i alliansen. Brister eller brudd i alliansen kan forekomme av mange grunner. Hvis de negative følelsene eller problemene blir løst, når de har oppstått, og erfart positivt, vil «bristen» bli en "reparert brist" (ibid.).

Forskningen til McLaughlin et al. (2014) viser resultater som tyder på at opplevelsen av et ureparert brudd relateres til dårligere utfall av behandling av PTSD. Disse funnene understreker viktigheten av å være oppmerksom på diskontinuitet i den terapeutiske

relasjonen. Brudd her kan bidra til dårligere behandling og signalisere signifikante faktorer under en behandlingsprosess. Tidligere studier viser at reparerte brudd i den terapeutiske relasjonen blir assosiert med bedre behandlingsresultat.

Fra psykoterapeutisk forskning vet vi mye om betydningen av relasjonen mellom pasient og behandler som forutsetning for god behandling og godt resultat. I arbeid med tidlig traumatiserte mener Anstorp og Benum (2015, kap.3) at tillit og samarbeid er hovedingrediensene og går så langt som å si at dette *er selve terapien*. Kunnskap om både tilknytning og traumeforståelse muliggjør hjelp til å skape mening og sammenheng for pasienten.

Den terapeutiske relasjonen gir en mulighet til å utforske relasjonsaspekter gjennom dannelsen av et trygt terapeutisk rom som gir mulighet for trygg tilknytning. I denne konteksten oppdager en traumeoverlever måter å håndtere traumerelatert stress og negative følelser, og integrerer ny forståelse av traumatiske erfaringer. Med dette oppnås forbedret kapasitet for håndtering av traumene og en utvikler på den måten mer positive relasjoner (Tummala-Narra et al. 2012).

3.6 Oppsummering teoridel

Med teoridelen har jeg søkt å gi et grunnlag der tilknytningstraumer og tilknytning kan forstås, samt vise til betydningen av den terapeutiske relasjonen i arbeidet med relasjons- og tilknytningstraumer. Med dette har jeg redegjort for første del av problemstillingen, der litteraturen viser at *relasjonen mellom pasient og behandler er spesielt viktig i forhold til psykoterapeutisk behandling av mennesker med relasjons- og tilknytningsskader*. Dette er grunnlag for drøftingen.

4. Drøfting

4.1 Innledning

Drøftingens mål er å diskutere andre del av problemsstillingens spørsmål: «når relasjonen mellom pasient og behandler er så viktig i forhold til psykoterapeutisk behandling av mennesker med relasjons- og tilknytningsskader: *hva fordrer dette av behandleren og hvordan påvirker behandleren denne relasjonens muligheter?*».

Det er vanskelig å argumentere imot betydningen av relasjonen og behandleren i terapi, og det har heller ikke vært mulig å finne teoretisk forankrede motargumenter her. Jeg forsøker ikke å motargumentere egne overbevisninger og er klar over at hva som er virksomt i terapi er subjektivt, oppleves ulikt og er mangfoldig. Jeg er innforstått med min subjektivitet i drøftingen. Jeg ønsker å vise ydmykhet og ikke generalisere. Andre kan mene det annerledes. Enkelte pasienter og behandlere kan f.eks. ha større tiltro til og vektlegger terapeutisk distanse, der behandleren gjennom tilbakeholdenhet og nøytralitet skal gi pasienten rom for overføringer, som gjøres til gjenstand for tolkninger og innsikt. Dette i kontrast til en behandler som bidrar til å skape en trygg base gjennom aktivt, støttende og i større grad tilbyr emosjonelt korrigerende erfaringer enn hva den nøytrale terapeuten gjør. Ulike terapeutiske holdninger eller metoder er imidlertid ikke tema i denne oppgaven, da jeg har valgt å begrense meg til behandlerens egenskaper for relasjonens muligheter. Jeg belyser et fenomen som omhandler behandlerens personlige bidrag og min erfaring med det, fremfor å diskutere en vitenskapelig problemstilling. Slik sett kan drøftingen forstås mer som en argumentasjon for en retning enn argumentasjon for eller imot denne. Dette er store og komplekse tema, og oppgavens omfang begrenser dette. Når jeg i drøftingen omtaler relasjonen, så betyr det relasjonen mellom pasient og behandler.

Innledningsvis så nevnte jeg at jeg selv har erfaring med relasjons- og tilknytningstraume og har tanker om hva jeg opplevde virksomt i behandling. Jeg vil derfor avslutningsvis trekke inn refleksjoner basert på egen erfaring, og belyse dette opp mot presentert teori.

4.2 Hoveddel

4.2.1 Utgangspunkt for å søke hjelp og behandlingens hensikt

«Traume er ikke bare historien om noe som hendte i fortiden – det er også avtrykket av den smerte, skrekk og frykt som lever på innsiden av personen i dag» (Anstorp & Benum 2014, s.19). Sentrale elementer er omfattende relasjonelle problemer, lav selvfølelse, lav egenverdi og skam. Dette er utgangspunktet for å søke hjelp og behandling. Alle tidligere erfaringer pasienten er bærer av, vil være en del av dette møtet og behandlingsrelasjonen.

Behandlingen skal hjelpe pasienten til bedre å kunne leve med tidligere overveldende og ubearbeidede hendelser. Dette innebærer å tilegne seg kunnskap om lidelsen og om seg selv, forstå seg selv på nye måter, regulere, håndtere og endre tanke-, følelse- og handlingsmønstre. Dette vil igjen gi økt livskvalitet, mestringsfølelse og muligheter en før ikke hadde tilgang til. Nye relasjonelle og emosjonelle erfaringer gir endring og gir nye muligheter i eget liv (Benum et al., 2013).

Når det handler om relasjons- og tilknytningstraumer, vil relasjonen og dens muligheter være av den største betydning og er uløselig knyttet sammen, slik litteraturen hevder (Norcross 2001, Norcross og Wampol, 2011, von der Lippe et. al, 2014, m.fl.). Nettopp for å komme bort fra smerte, skrekk og frykt og erfare det motsatte: følelsesmessig ro, trygghet, å bli mindre redd i relasjoner og få balanse mellom kognisjon og emosjon.

4.2.2 En guide må kjenne landskapet en skal være veiviser i

La oss si at en traumeoverlever som bærer kjente symptomer og konsekvenser av relasjons- og tilknytningsskade, kommer i behandling for dette. Skader og manglende utviklede relasjonelle evner vil da si at vedkommende ikke har de relasjonelle eller tilknytningserfaringene som Wennerberg omtaler. Hva om en kommer til en behandler som heller ikke evner relasjon i eget liv på gode måter?

Når tilknytning og emosjonell nærhet oppleves umulig, er forbundet med stor frykt og sårbarhet og en ikke har lært trygg tilknytning og sunne relasjoner, hos hvem ligger da dette ansvaret? En lærer må «kunne» faget og pedagogikken sin, men er det det samme som å ha pedagogiske evner? Så hva med terapeuter som skal behandle tilknytningstraumer? Bør det

kreves bevissthet om personlige egenskaper og kvaliteter, rolle og egen relasjonskompetanse i det terapeutiske arbeidet? Min mening er at behandleren må ha selvinnsett, forståelse, modenhet rundt sin egen person og relasjonshistorie, ikke bare i rollen som behandler. At dette er terapeutegenskaper som beviselig overskygger effekter av terapeutteknikker (Benum et al., 2013).

4.2.3 Relasjonen og relasjonskompetanse som forutsetning

Min erfaring er i tråd med det Anstorp og Benum (2015) presenterer. At betydningen av *relasjonen er en forutsetning* for god behandling og godt resultat. At det som blir til i relasjonen av gode relasjonelle faktorer og opplevelsene det gir, *er selve terapien*. Videre vektet *behandlerens relasjonskompetanse* som en forutsetning.

Relasjonskompetanse her handler om åpenhet, å forklare hva og hvorfor. Der behandleren tar ansvar for sine reaksjoner og ikke har skjulte eller underliggende agendaer, meninger eller holdninger. Dette vil være en essensiell faktor for korrigerende emosjonell og relasjonell erfaring for pasienten. «*Åpenhet og gjennomsiktighet kan forsterke erfaringen til pasienten om at terapeuten holder pasienten i sin bevissthet, the mind to mind*» (Anstorp & Benum 2015, s. 77).

Benum et al. (2013) påpeker at det ikke er tilstrekkelig å arbeide med symptomene og de manglende ferdighetene som ofte er konsekvens av traumer. Når en er redd for både tilknytning og tap av tilknytning, mener jeg dette må være kjernen og hovedfokus i behandlingsrelasjonen og dens fremste formål.

4.2.4 Egenskaper ved terapeuten

Vi vet nå at relasjonens betydning i terapi er av stor viktighet, uavhengig av metode. At heller ikke metoden har så mye å si, om ikke relasjonen er tilstede. Så hva er da denne relasjonen en blir tilbudt? Norcross (2001) påpeker egenskaper ved terapeuten som gode forutsetninger for god relasjon. Det vil da si at det ikke er likegyldig hvem psykoterapeuten er. Bowlby sier at «*...terapeutisk endring bare skjer hvis klienten opplever terapeuten og terapirommet som trygg base*» (Benum et al. 2013, s.29).

Norcross og Wampol (2011) viser at selv om behandlingsmanualer og praksisretningslinjer nevner betydningen av den terapeutiske relasjonen, er det *få som spesifiserer hvilke*

terapeutegenskaper eller atferd som fører til kurativt utfall. Relasjonelle egenskaper hos terapeuten som de vektet, var kongruens/det genuine, evne til reparasjon av opplevde alliansebrudd i relasjonen og håndtering av motoverføringer

«Fra et tilknytningsteoretisk perspektiv er terapeutens arbeid både lik, men faktisk også mer vanskelig, enn morens bestrebelser i forhold til barnet sitt. Morens arbeid er lettere i den forstand at hun ikke trenger å kompensere for tidligere mislykkede tilknytningspersoners arbeid. Utforskning av indre arbeidsmodeller kan ikke vente til etter en tryggbase er etablert, men må arbeides med parallelt» Benum et al. 2013, s. 226).

van der Lippe et al. (2014) viser til at *empati, ubetinget aktelse* og *ekthet* er egenskaper og kvaliteter en behandler må inneha for at en pasient skal oppleve utbytte av behandling. Metoder eller intervensjoner virker *gjennom* behandleren og kvaliteter ved *bruken* av kunnskap, har størst betydning. McLaughlin (2014) vektet empatisk resonans, gjensidig bekreftelse og en relasjonell eller terapeutisk binding. Benum et al., (2013, kap. 3) løfter frem egenskaper som toleranse, fordomsfrihet, fleksibilitet og kreativitet.

Disse egenskapene kan forstås som at behandleren har overbærenhet til egne negative følelser i forhold til pasienten, relasjonen og prosessen. De har stor evne til tålmodighet, deres holdning er preget av varme, omsorg, pålitelighet, aksept og ekthet. Hvordan kommer dette til uttrykk? For eksempel ved å vise at de er lyttende og prøver å forstå. De evner å komme i god dialog, de samsnakker. Behandleren evner å få sin pasient til å oppleve likeverdighet, er respektfull, anerkjennende og varsom. De klarer å formidle håp, oppnår tillit og viser seg engasjerte. Negative projeksjoner som sinne, å være anklagende eller moraliserende eller på andre måter få pasienten til å føle seg mindreverdige, dum eller skamfull - har disse behandlerne innsikt i og håndterer (Benum et al. 2013, kap. 5).

Den gode behandleren forholder seg rolig, mindre forsvarspreget og lite aggressivt ved kritikk og sinne rettet mot dem. Behandlerne som reagerer med former for avvising, emosjonell tilbaketrekning eller har negativ holdning til eller i en vanskelig situasjon, forsterker pasientens reaksjoner. Det kan føre relasjonen inn i det uløselige dilemmaet pasienten strever så med å komme bort i fra. Ofte viser eller uttrykker ikke pasienter negative følelser ovenfor behandleren sin, eller behandleren unngår også slike relasjonelle vanskelige temaer. Dette mener jeg er til direkte skade og opprettholdelse av lidelse, og redsel blir til ny redsel.

Behandleren må være åpne for, tåle, være trent på feedback fra pasienten, nettopp for at dette er uvurderlig trening og erfaring på at pasienten tar sine egne følelser, grenser på alvor og våger vise det til verden (ibid.).

4.2.5 Å se det sårede barnet i den voksne pasienten

(Wennerberg, 2011) beskriver at «...*mennesket er drevet av to grunnleggende eksistensielle krefter: å komme andre mennesker nær og å utvikle egen identitet*» (s. 15). Dette er slik jeg oppfatter det, kjernen i behandlingen. Å oppleve trygg nærhet, føle for, å kjenne at en føler og bli til noen – som er seg selv, inni seg selv.

I følge Wennerberg (2011, kap. 2) oppstår det reaksjoner hos barnet og mønstre utvikles, ikke bare som følge av fysiske overgrep, men også der omsorgspersonen ikke er psykologisk tilgjengelig og/eller er følelsesmessig fraværende. Hva når behandleren også oppleves slik? Å oppleve usikkerhet i forhold til behandlerens empatiske forståelse og tilgjengelighet, vekker angst, og i en vedvarende forstyrret relasjon til behandleren kan det fremkalle og trigge tilbaketrekning, sinne, fortvilelse og opprettholdelse av skade. Brudd også i relasjonen og på det emosjonelle båndet, gir i varierende grad konsekvenser for utvikling av «det virkelige selvet», også i behandlingen.

Dette er også «voksne barn» som ikke har noen strategi når behandleren skuffer dem, blir usikker på reaksjoner fra behandleren og viser en selvmotsigende atferd der de kombinerer sterk nærhetssøking med sterk unnvikelse. Mønstre viser seg på forskjellige måter og i forskjellig atferd. Utviklingen av det kognitive, emosjonelle og sosiale skjer kontinuerlig i behandlingen, så fokus på stabilitet, bevare og trygge relasjonen er viktig for at denne utviklingen skjer (Killén, 2003).

Anstorp og Benum (2015, kap. 3) vektet arbeidet med tillit og trygghet i relasjonen der behandleren blir både tilknytningsperson og trener. Pasienten skal utvikle relasjonelle ferdigheter i, og senere utenfor terapirommet. Terapeutiske ferdigheter kan ikke manualiseres. Ei heller relasjonen mellom pasient og behandler, like lite som mellom barn/foreldre eller partnere. En fleksibel og intuitiv anvendelse av teori og metoder med fokus på pasienten og ikke diagnoser, er viktige egenskaper og ferdigheter hos behandleren. Om motsatsen på utrygg

eller desorganisert tilknytning er organisert, trygg og integrert tilknytning,- så kan det bare forstås som at dette arbeidet må skje i en trygg kontekst.

Dersom pasienten opplever et øyeblikk av ro eller trygghet, er det viktig å dvele ved denne erfaringen. Snakke om det, finne ordene, lete etter hva skjer i og med pasienten (Anstorp & Benum, kap. 3).

4.2.6 Nærhet, lengsler, frykt – alene eller sammen i intense, vonde følelser

Nærhet kan skape enorm lengsel, utløse frykt og aktivere forsvarsresponser. Tilknytningstraumer handler om nettopp det å være alene med intense vonde følelser. Behandleren må evne å «være med inn i følelsene og redselen». Å møte udekkede og vedvarende behov hos pasienten, kan ikke imøtekommes fullt ut. Et barn hadde det vært naturlig å ta på fanget og å ta fullt og helt ansvar for barnets omsorgsbehov. Et voksent «barn», der «barnets» behov hos pasienten oppleves, søker hjelp og trygghet på samme måte. Hva kan behandleren møte dette med? Da må behandleren tåle å være den viktigste personen for en pasient, å evne balansegangen mellom trygg base, være tilgjengelig og samtidig evne avgrensning (Anstorp & Benum, 2015, kap.3)

Benum et al., (2013, kap. 4 og 8) snakker om behandleren, som møter intense lengsler etter trygghet og tilknytning og samtidig sterkt angst og motstand for det samme. Det forutsetter at behandleren evner emosjonell toleranse for pasientens tillærte og egen måte å regulere seg på, selv om de er destruktive, å forholde seg til ulike bevissthetstilstander, projektive identifikasjoner og provokasjoner. Den terapeutiske relasjonen kan trigge gjenopplevelser og behandleren må ha tilgang på metoder for å regulere pasienten, men også å ta vare på seg selv i affektstormer. Dersom en behandler klarer å regulere både pasienten og seg selv, kan en felles refleksjon over det som skjer i den terapeutiske relasjonen, bli viktig kilde til endring.

4.2.7 Samskaping - gjennom utforsking skapes ny mening

I følge Benum et al. (2013, kap. 6), skjer det en samskaping i møte med og i dialogen mellom pasient og behandler. Her skapes det ny mening gjennom å utforske, forstå og å skape ny mening. Virksomme faktorer er behandleren som person og pasientens opplevelse av støtte og anerkjennelse. Pasientens håp, forventinger og motivasjon hviler i stor grad på terapeutens evne til å oppnå en god relasjon. At pasient og behandler klarer å skape felles mening, henger nært sammen med god relasjon.

Benum et al. (2013) løfter frem at det å utforske vonde barndomsminner, er et følelsesoverveldende arbeide. Derfor er det å oppleve å være sammen og ikke alene i dette vonde, kjenne at «den trygge voksne» henter en ut av traumeopplevelsene og inn i nåtid og å håndtere disse som voksen, viktig erfaring. At behandleren evner å ivareta, trygge, holde fokus, tåle sterke følelsesuttrykk, gråt og voldsomme reaksjoner, er etter min mening, helt essensielt. Å bli anerkjent, kjenne seg støttet og klare kontakten med dette vonde fra fortid, i nåtid. Behandleren må utforske pasientens reaksjoner på det å være sammen. «Hvordan er det for deg å oppleve at vi er sammen? Hvordan er det oppleve at jeg ser og forstår deg?» Å knytte tilknytningserfaring til nåtid, til behandleren, og evnen til å se og oppleve seg selv positivt til andre, styrker integreringen.

Relasjonen må hele tiden snakkes om og bli evaluert. Om det som er fint, oppleves godt, om det som er truende, triggende, vanskelig og sårbart. Det er et omfattende trygghets og tillitsarbeid og må, slik jeg ser det, til enhver tid være sentralt.

4.2.8 Egne erfaringer og refleksjoner

Det er som nevnt mye om betydningen av den terapeutiske relasjonen, men få som spesifiserer hvilke terapeutegenskaper det handler om og hva disse orda betyr i praksis. Mine tanker om hva disse egenskapene konkret er, reflekterer jeg om videre ut i fra egen erfaring.

4.2.9 «Avskammingens reise»

«Recovery didn't open the gates of heaven and let me in. Recovery opened the gates of hell and let me out».

Dette sitatet, som jeg ikke vet kilden til, men likevel bruker her, er beskrivende for hva jeg opplevde min reise i traumebehandling har handlet om. For meg så har det å kunne repareres, komme til å evne tilknytning og emosjonelle bånd, handlet om å møte denne frykten, angsten og redselen som har preget alle sider av livet gjennom barn, ungdom og store deler av voksenlivet. Å lære og etter hvert se hele meg og min historie og konsekvenser av traumer med «nye briller» - har vært en avskammingens reise og har sakte, men sikkert bygget integritet, kjerne og egenverd.

Relasjon er et komplekst og gjensidig samspill, så også relasjonen til behandlere. Jeg har over mange år gått i ulike terapier hos ulike behandlere, og gjennom en årrekke kommet til disse, med de samme symptomene. Det var først da jeg kom til traumebehandling og møtte en

terapeut som var spesialisert på dette med tilknytning og traumer, at jeg også for første gang opplevde jeg fikk hjelp og også med det: **håp**. Jeg vil referere til denne behandleren spesielt, og heretter omtale denne behandleren, som henne.

Jeg opplevde for første gang «det trygge rommet» og det ble for meg en av forutsetningene for å være i behandling, på en helt ny måte. I ettertid så har jeg forstått at dette handlet om at jeg gjennom mange år ble symptombehandlet. Årsakene til symptomene handlet om traumatiserte hendelser og når dette ble adressert, opplevde jeg meg sett, forstått og respektert.

4.2.10 Den udefinerbare betydningen av terapeutens personlighet

Jeg er av den oppfatning at behandleren har vært det viktigste i dette arbeidet for meg. Hennes personlighet, åpenhet, varme menneskelighet, gode øyne, smil, åpne ansikt og rolige vesen, «snakket» til mitt system. En kan kanskje kalle det kjemi, eller en intuitiv «innkjenning» av mennesker, som er vanlig at en traumeoverlever utvikler. Jeg er vår, sensitiv og følsom på andres væremåter og tar fort inn andres stemning, utrygghet, nervøsitet og inkongruens - eller troverdighet og integritet. Jeg oppfattet henne kunnskapsrik, erfaren og hun formidlet dette med ord og på måter som fikk meg til å kjenne meg sett – det angikk meg og det var godt å erfare at det var med ydmykhet og respekt for meg – som nå ble omtalt som ressurssterk, kreativ, smart og problemløsende – fordi jeg hadde overlevd og utviklet strategier som har reddet meg! Det var sterkt å oppleve og det var også viktig i å ta brodden av den styrende skammen. Jeg oppdaget at jeg kunne tenke om meg selv på nye måter og selvrespekt begynte å vokse frem (Benum et al. 2013).

Hennes terapeutiske egenskaper, måten å snakke på, det hun formidlet av terapeutiske og mellommenneskelige holdninger til arbeidet sitt, opplevde jeg troverdig og kjente en umiddelbar tillit til. Det som også gjorde inntrykk og innbød til tillit, var hennes kunnskap. Jeg mener kunnskap om traumer og traumeforståelse er et *absolutt*. Der jeg har opplevd behandlere som er usikre og famlende, blir unnvikende, omgår og forbigår, reagerer jeg med unnvikelse og tilbaketrekning. Jeg er den som skal lære vågemot, da kan ikke den som skal lære meg det, opptre som feig, redd og avvisende. Det har opplevdes krenkende å bli minimalisert og marginalisert. Denne kunnskapen må være på plass: bare da kan man vise respekt for den som eier lidelsen. Å oppleve en behandler som innrømmer tilkortkommenhet, at å kjenne på usikkerhet og ikke ha alle svar, er en befrielse og er viktig å være åpen, ærlig

og tydelig på hva handler om. Jeg har mange ganger tolket terapeutens taushet, unnvikende kommunikasjon og snakk «rundt grøten» til inntekt for at det er meg det er noe feil på. Og det har kun opplevdes triggende for alle frykter, selvforakt, null-verdet og skam.

4.2.11 Avskamming fordrer kunnskap

Kunnskap er viktig at også jeg får. Å få kunnskap om traumer, at mine reaksjonsmønstre og følelser var normale reaksjoner på unormale hendelser og at det ikke var meg det var noe feil på, opplevdes som en stor lettelse. Å kunne tenke, forstå og anerkjenne meg selv på nye måter, var også vei ut av skam.

Jeg opplevde at min behandler hadde kunnskap til å hjelpe, viste en grunnleggende ydmykhet og respekt, var tydelig på hennes ansvar i relasjonen, utforsket og respekterte mine grenser og det som var spesielt viktig: *hun evnet og hadde vilje til å tåle hele min traumehistorie*. Det er utrolig eksistensielt ensomt å være en traumeoverlever. Erfaringer med å være bundet til taushet, holde på hemmeligheter, bære på uvanlige erfaringer en tror ikke kan forstås, langt mindre deles og som også opplevdes helt ordløst. Bare overveldende smerte, frykt og redsel. Jeg opplevde at hun gav meg språket, ordene, motet og tryggheten. Hun sa alle de ordene jeg selv ikke utholdt. Gikk foran, uten å vemmes, virke brydd eller utilpass. Hun trygget meg på at disse ordene fantes, at de angikk meg og viste meg at hun tålte min historie (Benum et al. 2013).

Jeg opplevde at hun på gode og lettfattelige måter hele tiden ledet, trygget, resonerte meg inn i nye forståelsesrammer. Hun viste empati og medfølelse. For første gang i livet erfarte jeg å ikke var alene, og det gjorde en stor og avgjørende forskjell fra tidligere erfaringer. Dette i seg selv var en skjellsettende opplevelse. Å tåle en overgivelse, la seg bli tatt vare på og ikke erfare nye svik eller bli forlatt. Å gang etter gang, repetisjon etter repetisjon, få erfaringer som endret hele mitt indre, mine reaksjoner, mine følelser og tanker om meg selv og meg selv i verden (Wennerberg 2011).

Jeg hadde ingen erfaring med at hun vek fra min side, jeg ble holdt på, da berøring var viktig trygging for meg, blikket holdt meg fast og hun slapp meg aldri alene. Jeg opplevde trygg relasjon og tilknytning som bar og frykten for avvising, å miste eller brudd, måtte vike for tillit, trygghet og kjærighet (ibid).

Jeg opplevde meg ikke mindreverdige. Det har vært av stor verdi å kjenne på likeverd, at den jeg er, min tanker og refleksjoner, det jeg løfter frem og spørsmålsetter, er verdsatt. Jeg opplever at jeg bidrar inn til hennes liv, både som behandler og som menneske. Det er menneskemøtet som må anerkjennes. Å snakke om hvor betydningsfull hun ble og er, hvor glad jeg er i henne og å kjenne tillit til at det emosjonelle båndet er gjensidig, selv om det også er forskjellig. Tilstedeværelsen og væren, sammen - møte mellom to - der det tredje oppstår som noe likeverdig betydningsfullt for begge og gir mening, er slik jeg ser det, kraften i endring og ikke bare lindring (RVTS Sør 2018, Benum et al. 2013)

4.2.12 Oppsummering

Jeg har med dette søkt å vise at egne erfaringer er i tråd med litteraturen. Jeg er klar over at ulike mennesker har ulik oppfatning av hva som er virksomt i relasjonen til sin behandler, og at elementer, ulike terapeutiske holdninger og metoder i terapi ikke utelukker hverandre. Tilnærming og behandling må tilpasses hver enkelt pasient, men sånn jeg ser det er det uunngåelig for behandling av den aktuelle pasientgruppen å ikke forholde seg til at relasjonen påvirker emosjonell og relasjonell reparasjon. Å bruke meg selv som eksempel er ikke ment å generalisere til å gjelde «alle», men det er i tråd med teorien og referansene presentert i oppgaven.

5. Konklusjon

I følge psykologforeningens prinsipperklæring om evidensbasert praksis (2007) er det krav til terapeutisk praksis å følge forskning og klinisk erfaring, slik den viser å fungere.

Ergo argumenterer denne oppgaven for at behandlere i større grad må følge forskningsevidens, der relasjonen og behandlerens egenskaper og kunnskap relatert til behandling av relasjon- og tilknytningstraumer fremmer bedre resultat for pasienten.

6. Etterord

Så er det slik Pearlman og Courtois (2005) hevder, at skadet relasjon best kan repareres i den terapeutiske relasjonen? Min erfaring er at det stemmer for meg. Mitt inntrykk er likevel at min opplevelse er unntak, og ikke regelen. Fra å være et skammens vesen til stolthet, integritet og trygg identitet, er takket være en god behandler. Det har omfattet alt hva denne oppgaven beskriver om hva som muliggjør denne relasjonens muligheter og behandleren som den som skal og har vært «mor og læremester». Det har vært «mind to mind», «testing ground» og «veksthus».

På hvilken måte er dagens traumebehandlere bevisst dette? Disse perspektivene mener jeg de som jobber med tilknytningstraumer i mye større grad må ta inn over seg. Jeg mener det må bli et mye større fokus på behandlerens kompetanse, utover konkret faglig kunnskap. Når og hvor må disse behandlerne svare for seg? Når blir de nødt til å reflektere over om de bidrar til tilfriskning eller til opprettholdelse av lidelse og skade? Blir behandleren og dens personlige egenskaper, menneskelighet og empatiske, emosjonelle og relasjonelle kompetanse etterspurt? Hvis behandlere måtte svare for dette, tror jeg flere ville opplevd bedre hjelp.

Min masteroppgave er tenkt å være et dypdykk i nettopp denne relasjonen og utforske denne i mye større grad. Forståelsen i psykisk helsefelt av den terapeutiske relasjonen som virkemiddel for ending, må etter min oppfatning endres, forsterkes og i større grad integreres hos behandlere. Jeg mener traumefeltet må vise mer mot på sin rolle, og at dette med relasjonen må vektas i skolering og i forskning videre. Og hvordan kan vi tenke om denne relasjonen og den terapeutiske bånddannelsen som prosedyrelæring? Eller anvende den terapeutiske relasjonen som teknikk/metodisk?

7. Litteraturliste

Anstorp, T., Benum, K. & Jakobsen, M. (2012). *Dissosiasjon og relasjonstraumer*. Oslo: Universitetsforlaget.

*Anstorp, T. & Benum, K. (Red.). (2015). *Traumebehandling. Komplekse traumelidelser og dissosiasjon*. Oslo: Universitetsforlaget.

*Benum, K., Dalsgaard Axelsen, E., Hartmann, E. (Red.). (2013). *God psykoterapi. Et integrativt perspektiv*. Oslo: Pax Forlag.

*Killén, K. (2003). Barns tilknytning. *Psyke & Logos*, 24, 573-587.

*McLaughlin, A. M. A., Keller, S. M., Feeny, N. C. et al. (2014). Patterns of Therapeutic alliance: Rupture-Repair Episodes in Prolonged Exposure for Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 82. (1), 112-121.

*Norcross, J., C. (2001). Purpose, processes, and product of the task force on empirically supported therapy relationships. *Psychotherapy* 38, (4), 245-356.

*Norcross, J., C. (2010). *Evidense-based Therapy Relationship*. Hentet fra <https://pdfs.semanticscholar.org/d7b6/9451d39578c2dd94b0e0d853bbc1da825c29.pdf>

*Norcross, J., C. & Wampold, B.,E. (2011). Evidence-Based Therapy Relationships:research Conclutions and Clinical Practice. *Psychotherapy*, 48, (1), 98-102.

*Pearlman, L., A. & Courtois, C., A. (2005). Clinical Applications of the Attachment Framework: Relational Treatment of Complex Trauma. *Journal of Traumatic Stress*.18, (5), 449-459.

*Psykologforeningen (2007). *Prinsipperklæring om evidensbasert psykologisk praksis*. Hentet fra <https://www.psykologforeningen.no/medlem/evidensbasert-praksis/prinsipperklaering-1-om-> (22.05.2018)

*RVTS Øst (2013) *Hva er det som hjelper? Miljøterapeutiske verktøy i møte med traumatiserte pasienter*.

Hentet fra <http://rvtsost.no/app/uploads/2013/03/hva-er-det-ramm-melgardny.pdf>

(04.05.2018)

*RVTS Sør (2018). *Når det vi ikke vet hva er, leger.*

Hentet fra <https://rvtssor.no/aktuelt/196/meningsskaping-nar-det-vi-ikke-vet-hva-er-leger/>

26.04.18

*Safran, J., D. (1993). Breaches in the therapeutic alliance: an arena for negotiating authentic relatedness. *Psychotherapy*, 30, (1), 11-24.

Schibbye, A.L. L. (2009). *Relasjoner: et dialektisk perspektiv på eksistensiell og psykodynamisk psykoterapi*. (2.utg). Oslo: Universitetsforlaget.

*Tummala-Narra, P., Kallivayalil, D., Singer, R. & Andreni, R. (2012) Relational Experiences of Complex Trauma Survivors in Treatment: Preliminary Findings From a Naturalistic Study. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 4, (6), 640–648.

Wennerberg, T. (2011). *Vi er våre relasjoner*. Oslo: Arneberg Forlag

*Zacrisson, A. (2008). Motoverføringer og endringer i synet på den psykoanalytiske relasjonen. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 45, nummer (8), 939-948

*von der Lippe, A., Nissen-Lie, H.A. & Weie Oddli, H. (Red.). (2014). *Psykoterapeuten. En antologi om terapeutens rolle i psykoterapi*. Oslo: Gyldendal Norsk forlag AS