
Tidsskrift for
Psykoterapi

Oktober
Nr. 3
2014



TEMA

PTSD

Differentiering af PTSD

Cotisol er ikke nogen god indikator for at differentiere PTSD-diagnosen og dermed behandlingen.

Automatisk reaktivitet

Vejen fra automatisk reaktivitet til empatisk resonans. Hvilke færdigheder støtter terapeuten?

Når jeg'et er splintret i chok

Teori og tanker bag kroppsykologisk arbejde med reorientering af jeg'et efter et traume

PTSD og kvindelighed

Vi befinder os kollektivt i en form for posttraumatisk stress i forhold til det kvindelige.

*Jens Laurson
1900*



Erik Wasli
Formand for Dansk
Psykoterapeutforening

Kære medlemmer.

Så er en herlig sommer ved at glide over i efterår, og en spændende tid i foreningen begynder, hvor vi sammen skal sætte kurs og ambitioner for Psykoterapeutforeningens fremtid.

Foreningen har gennem de seneste år tredoblet sit medlemstal, og vi i dag over 1600 psykoterapeuter, der er samlet under foreningens paraply. Succesen betyder blandt andet, at medlemmerne stiller nye berettigede krav om en mere professionel standard for både strategi og drift.

Hvad får vi for pengene?

Jeg møder eksempelvis medlemmer, der spørger: "Hvad er det egentlig, jeg får for mit kontingent? Hvorfor er psykoterapeuter ikke mere synlige i medierne og i samfundsdebatten, hvorfor er vi ikke blevet autoriserede, og hvorfor får vi fx ikke tilskud fra sygeforsikringen 'danmark'?"

Det er klart, at mange af foreningens medlemmer har flere forventninger til foreningen, end den nuværende struktur og de nuværende ressourcer kan opfylde. Derfor har vi – i bestyrelsen og arbejdsgrupper – kulegravet foreningens funktioner og ressourcer, så vi kan etablere et grundlag for en bred medlemsdiskussion om, hvordan foreningen fremover skal fungere, og hvilke mål vi skal have.

Derfor inviterer vi nu medlemmerne til en række landsdækkende møder, hvor vi skal diskutere de fremtidige mål og ambitioner. Målet med møderne er at have et endeligt oplæg klart til generalforsamlingen i marts 2015.

Foreningens arbejdsområder

I dag varetager foreningens tre deltidsansatte – og alle de undværlige frivillige kræfter – driften og udviklingen af følgende kerneområder:

- At administrere et sæt optagelsesregler, der sikrer at medlemmer af foreningen har en god faglig baggrund og efteruddannelse.
- At etablere og vedligeholde en evalueringsordning, der sikrer nogle målbare mindstekriterier for de psykoterapeutiske institutter, der lader sig evaluere.
- At drive en landsdækkende kursusvirksomhed for medlemmerne og andre.
- At skabe et fagligt fællesskab.
- At udgive *Tidsskrift for Psykoterapi*.
- Gennem etikudvalget at give en klagemulighed for klienter og studerende ved institutterne.
- Hertil kommer en række medlemsfordele såsom erhvervsansvarsforsikring.

De begrænsende lønnede ressourcer og den ulønnede frivillige arbejdskraft sætter en naturlig begrænsning for ambitionsniveauet. Er det tilfredsstillende?

Landsdækkende medlemsmøder

Vi vil invitere medlemmerne til møder, hvor vi vil diskutere dette, og planen er at have et endeligt oplæg klart til beslutning på generalforsamlingen i marts 2015.

Møderne vil foregå efter arbejdstid i Aarhus mandag den 17. november, i Odense tirsdag den 18. november og i København onsdag den 19. november. Så hvis du er interesseret i at have indflydelse på foreningens fremtid, så sæt kryds ved mødedatoen i din landsdel.

Der vil blive sendt et skriftligt oplæg ud cirka en måned før møderne.



Susanne van Deurs
Redaktør
Psykokoterapeut MPF

Det er sjovt, som det kan være svært at forhåndsbedømme, hvor meget respons, der vil komme på et tema. Faktisk tænkte jeg om PTSD, at det måske var for ambitiøst som tema, at der sikkert ikke ville være mange reaktioner på det, at jeg nok ville få svært ved at fylde bladet, at det var ærgerligt med så få besvarelser – man fornemmer måske min forhåndsnerveositet? – og så modtager jeg søreme ikke mindre end syv gode, velskrevne artikler! Det største antal, jeg kan huske, jeg har fået. Jamen, dejligt! Den slags overraskelser kan kun glæde en gammel redaktør. Og så blev der endda også plads til en artikel uden for temaet, nemlig om emotionsfokuseret parterapi.

Jeg vil ikke komme ind på de enkelte artikler her, det vil blive for omfangsrigt. Læs dem og glæd jer og bliv kloge.

Bog anmeldelser

Dansk Psykokoterapeutforening vokser hele tiden, og vores medlemmer skriver – heldigvis – flere og flere bøger. Så mange, at jeg må til at slå bremsen i, selv om jeg altid har haft den indstilling, at medlemmers bøger altid skal anmeldes – om det så er en kogebog. Men der er ikke altid plads i bladet, og fremover vil det hovedsageligt være bøger, der beskæftiger sig med kerneområdet psykokoterapi, psykokologi og lignende, der anmeldes. Men alle medlemmers bøger og DVD'er vil altid blive omtalt under Nye Bøger, hvis jeg får orientering om dem.

Husk at skrive i forfatteroplysningerne, at I er psykokoterapeuter MPF. Det glemmer mange desværre.

Børn i Tidsskrift for Psykokoterapi

Det er er par år siden, bladet havde tema om børn og unge, men det emne er jo langt fra udtømt med dét. Så næste nummer skal handle om børn, og børn er der jo mange af jer, der har erfaringer med på forskellige leder. Så her er der givetvis masser at tage fat på. Deadline for artikler er den 15. december, og jeg sender gerne en skrivevejledning, hvis man kontakter mig.

Mindfulness som tema til maj

Mindfulness er oppe i tiden, ingen tvivl om det. Læs bl.a. på side 5. Mindfulness handler om nærvær, fuld opmærksomhed på det, man lige nu og her beskæftiger sig med, tilstedeværelse med alle sanser vågne. Det er klart, at mindfulness må være brugbart for psykokoterapeuter i mange forskellige sammenhænge.

Der har tidligere været artikler i bladet, som omhandlede mindfulness, men jeg synes, det vil være godt at få emnet behandlet og samlet i et temanummer.

Tidsskrift for Psykokoterapi

Tidsskrift for Psykokoterapi er medlemsblad for Dansk Psykokoterapeutforening – Foreningen af uddannede psykokoterapeuter og uddannelsessteder. ISSN 2446-3046

Tidsskriftet udkommer
i februar, juni og oktober.

Redaktion og layout
Susanne van Deurs
Melanders Vænge 4, 2970 Hørsholm
Tlf: 4586 1560, mobil 4144 0921
E-mail: susvd@email.dk

Alt stof skal sendes elektronisk direkte til redaktøren på susvd@email.dk. Vejledning til skribenter kan indhentes.

Grafisk design
The Bright Future, Benjamin Andresen

Deadline
for artikler til næste nummer er 15. december 2014. Annoncer og øvrige stof 1. januar 2015, men alt stof modtages gerne så tidligt som muligt.

Formater
Artikler og andre tekster sendes i Word. Annoncer sendes som reproklar pdf eller i Word.

Indsendt stof
Artikler og andet stof, herunder annoncer, dækker ikke nødvendigvis redaktionens eller foreningens holdninger. Redaktionen forbeholder sig ret til at afvise, forkorte eller redigere indsendte artikler og andet stof og påtager sig ikke ansvar for stof, der indsendes uopfordret.

Kopiering efter Lov om Ophavsret.

Annoncepriser excl. moms:

	Medl.	Ikke-medl.	
¼ spalte	kr. 300	kr. 400	ca. 8 x 5 cm
½ spalte	kr. 500	kr. 650	ca. 8 x 7 cm
½ spalte	kr. 700	kr. 850	ca. 8 x 10 cm
¾ spalte	kr. 950	kr. 1150	ca. 8 x 13 cm
1 spalte	kr. 1250	kr. 1500	ca. 8 x 21 cm
Hel side	kr. 2200	kr. 2700	ca. 17 x 21 cm
Opslag	kr. 4300	kr. 5050	

Indlæg i bladet efter aftale.

Sort/hvid og farve samme priser.

Ekstraordinært arbejde med annonceopsætning kan blive faktureret.

Deadline for annoncer er normalt 1.1., 1.5. og 1.9.

Tryk

Christensen Grafisk. Tlf. 3536 0144
E-mail: jc@christensengrafisk.dk
Papir fra bæredygtig nordisk skovdrift



Tidsskrift for Psykokoterapi er medlem af Danske Medier



Kontrolleret oplag: 1597 i perioden 1. juli 2013 - 30. juni 2014.
Trykoplæg dette blad: 1800 ekspl.

Abonnement kr. 295 pr. år.

For side: Jens Lund: Synernes Skov. 1900. Tusch på papir. Gengivet i bogværket Livets Skove, udgivet 1901. Vejen Kunstmuseum. Se også side 4.

OLE VEDFELT OG JENS LUND

En dansk *art nouveau* kunstner er kommet til ære og værdighed igen med Vejen Kunstmuseums udstilling af Jens Lunds værker, *Mesterlige art nouveau arabesker*. Jens Lund (1871-1924) mødte den franske symbolisme og *art nouveau* under flere ophold i Paris. I forbindelse med udstillingen har museet udgivet en bog om kunstneren, hvor psykoterapeut MPF Ole Vedfelt har medvirket til et stort kapitel om kunstnerens to bogværker, *Livets Skove* og *Forvandlede Blomster*. Kapitlet er skrevet i samarbejde med museumsinspektør Teresa Nielsen, og Ole Vedfelts særlige opgave var at kaste et psykologisk lys over tegningerne.



Jeg har til dette nummer af Tidsskrift for Psykoterapi valgt nogle af

Jens Lunds tegningerne til forside og illustrationer – bl.a. tegninger, jeg har fundet, passede godt til bladets tema om PTSD. De bringes med venlig tilfaldelse fra Vejen Kunstmuseum.

Hvis man har lyst til at se Jens Lunds billeder, der spænder meget videre end de tegninger, der vises her, fortsætter udstillingen i Vejen frem til den 16. november. Bogen kan bestilles på museets hjemmeside til kr. 195.

red.

PTSD - DEFINITION, FOREKOMST OG ÆTILOGI

PTSD defineres på flere forskellige måder. Her bringes en dansk fra *Lægehåndbogen* på sundhed.dk:

”Posttraumatisk stresslidelse (PTSD) er en relativt langvarig og ikke sjældnen kronisk tilstand. Den kan opstå efter alvorlige eller langvarige psykiske traumer, som ulykker, krig, katastrofer, overgreb (voldtægt, incest) og andre situationer, hvor personen føler sig i livsfare.

Lidelsen kendetegnes ved:

1. Stadig genoplevelse (flashbacks) af den skræmmende hændelse både i vågen tilstand og under søvn
2. Undgåelse af handlinger eller situationer som minder om hændelsen
3. ”Hyperarousal”: irritabilitet, tendens til sammenfaren, søvnproblemer, koncentrationsbesvær og humørsvingninger
4. Subjektiv følelse af personlighedsforandring.

Prevalens:

Det antages, at ca. 1 % af befolkningen til enhver tid lider af PTSD. Blandt soldater, som har været i krig, og blandt ofre efter katastrofer er hyppigheden højere (10 %), og efter voldtægt er den 30 %.

En tværsnitsundersøgelse fra USA fandt, at 1 af 10 kvinder og 1 af 20 mænd oplever PTSD en eller anden gang i livet. De senere år er der blevet sået nogen tvivl om den udbredte brug af denne diagnose, specielt ved mindre traumer eller belastninger. Mange ser på dette som normale symptomer ved belastninger, som ikke skal sygeliggøres.

PTSD kompliceres hyppigt med sekundær depression.

Udløsende hændelse:

PTSD kan udløses efter alle hændelser, uanset varighed, som opleves som truende, skræmmende eller grufulde. Specielt, hvis man føler sig i overhængende livsfare uanset, at situationen ikke er så farlig set udefra. Pludseligt opståede hændelser, og mangel på kontrol over situationen eller handlemuligheder, øger risikoen.

sundhed.dk

Betydning af præmorbid psyke:

Alle mennesker vil kunne reagere med psykiske symptomer på ekstreme påvirkninger. De mere alvorlige tilstande vil især forekomme hos dem, som tidligere har lidt af angst eller depression. Personlighedsafvigelse disponerer.

Undersøgelser viser også, at genetiske faktorer spiller en rolle.”

Kilde: sundhed.dk

Sundhed.dk er en offentlig sundhedsportal. Bag sundhed.dk står Danske Regioner, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse og KL. red.

**Hjælp mig med
stof til KORT NYT.**

**Skriv til redaktionen
susvd@email.dk**

MEMENTO MORI

Tidlig morgen i maj, knap nok vågen, radioen på natbordet tændt – og så hører jeg pludselig Karin Westh Langgaard, MPF, fortælle om noget nyt. Dødscaféer. Hvad i alverden er nu dét?

”En dødscafé er for alle, som ønsker at udveksle tanker om døden”, siger Karin Westh Langgaard til Tidsskrift for Psykoterapi. ”Vi – dvs. Ellen Hansen og jeg – havde en i maj og derefter en i september, og nu laver vi igen den 6. november. Det, vi faciliterer, er ikke behandling og ikke rettet mod mennesker i akutte situationer, men er noget mere salon-agtigt. Vi lever ofte, som om livet varer evigt. Det er min personlige erfaring, at livet bliver rigere, når også døden får plads og betydning i bevidstheden.”



Konceptet opstod i 2011 i England og har siden spredt sig over det meste af den vestlige verden. Tanken er, at mennesker, som ofte er ukendte for hinanden, kan mødes og tale om døden for på den måde at øge bevidstheden om døden og få mere ud af livet.

En dødscafé er *non profit* og varer i to timer. Ønsker man at deltage den 6.11., går man ind på www.deathcafe.com, finder caféen i København og skriver til Karin Westh Langgaard under punktet ”contact the organiser”. Der er et begrænset antal pladser og kan være venteliste.

Susanne van Deurs

MINDFULNESS

Ved udgangen af maj måned i 2013 så Mindfulness Foreningen i Danmark dagens lys på en stiftende generalforsamling i Aarhus. Bag oprettelsen af foreningen står bl.a. psykoterapeuterne MPF Birthe Moksha og Rikke Braren Lauritzen.



Foreningens formål er bl.a. at sikre en høj kvalitet på mindfulness området i Danmark og at udbrede kendskabet til mindfulnessbaseret stress reduktion, MBSR.

Der er to former for medlemskab af foreningen – et basismedlemskab for alle med interesse for mindfulness og et udvidet medlemskab for MBSR-lærere, der er uddannet efter de standarder og anbefalinger, der udgår fra

Center for Mindfulness, University of Massachusetts.

Foreningens hjemmeside har adressen www.mindfulnessforeningen.dk.

Det er åbenbart i Aarhus, der for tiden er gang i den vedr. mindfulness. På Aarhus Universitet har de en afdeling for mindfulness, som har til formål at tilbyde evidensbaserede mindfulness kurser, uddanne internationalt certificerede MBSR-undervisere samt at drive international mindfulnessforskning på højt niveau. Afdelingen er forankret under Aarhus Universitetshospital, Klinisk Institut, Forskningsklinikken for Funktionelle Lidelser og Aarhus Universitets MindLab.

Læs mere om Dansk Center for Mindfulness på mindfulness.au.dk. Bemærk også, at mindfulness er valgt som tema for juninummeret næste år.

Susanne van Deurs

Tema i februar-nummeret 2015

BØRN

Deadline for artikler 15. december 2014 · Øvrige stof 1. jan. 2015

Tema i juni-nummeret 2015

MINDFULNESS

Deadline for artikler 15. april 2014

INDHENT ARTIKELVEJLEDNING

NY STRATEGI FOR PTSD-TERAPI

Tekst: **Flemming Kæreby**
Billeder: **Eugène Delacroix**

I den senere tid har traumeforskere overvejet, om de skulle udvikle kriterier for at skelne mellem forskellige typer af *Post Traumatic Stress Disorder* (PTSD) og dermed afdække et behov for differentieret behandling. PTSD-ramte er uden tvivl blevet udsat for en overvældende grad af traumatisk stress, men målinger af stresshormonet cortisol har vist, at selv om nogle PTSD-ramte havde et højt indhold af cortisol, var der paradoksalt nok også nogle PTSD-ramte, der havde et usædvanligt lavt indhold af cortisol. Så spørgsmålet er, om cortisol-niveauet er et godt grundlag for at differentiere PTSD-diagnosen og dermed behandlingen?

For at nærme mig et svar på cortisol-spørgsmålet har jeg set på de erfaringer, som traumeterapeuten Pat Ogden har samlet i sin bog *Trauma and the Body*. (Ogden et al. 2006). Hun har sammen med nogle kolleger beskrevet, hvordan de ud fra kliniske erfaringer skelner mellem forskellige typer af traumatisering og PTSD gennem fysisk og psykisk immobiliserende forsvar. Ud fra sine praktiske erfaringer peger Pat Ogden på et behov for forskning i differentiering af PTSD-diagnosen.

Tanken er, at man traumatiseres, fordi man bliver handlingslammet, men at handlingslammelsen oprindeligt (i menneskets fortid) havde et biologisk overlevelsesformål. Pat Ogden har dog ikke udviklet en konkret teori om overlevelsesværdien af forskellige former for handlingslammelse, men udtrykker håbet om, at fremtidens forskere kan videreudvikle hendes idé. I den forbindelse kunne man se på, om graden af stress målt som cortisol-niveau virkelig har diagnostisk betydning.

TRE KLINISKE FORMER FOR IMMOBILISERENDE FORSVAR

Pat Ogdens kliniske beskrivelse er altså baseret på praktiske erfaringer og omfatter tre former for immobiliserende forsvar: *Freeze* (type 1 og 2) og *collapse*.

- *Type 1 freeze* opleves af personer, der er meget fokuserede på flugtmuligheder, men bliver handlingslammede, fordi flugtvejen er blokeret. Personen kommer i en tilstand af hyperarousal (hypervagt-somhed), fordi det sympatiske nervesystem og cortisol mobiliseres.
- *Type 2 freeze* er ikke så godt beskrevet, men hun nævner, at tilstanden kan optræde efter kamp-handlinger (fx i krig), og at personen er handlingslammet på grund af samtidig aktivering af både det sympatiske og det parasympatiske nervesystem. Cortisol er hverken forhøjet eller nedsat.
- *Collapse* betyder, at personen indgår i en dødlignende tilstand, hvor hjertet næsten går i stå. Personen spiller altså ikke død, men føler at tilintetgørelsen er nært forestående og oplever, at det parasympatiske nervesystem er ved at slukke for livsgnisten. Personen kommer derfor i en tilstand af hypoarousal (opgivenhed), der ledsages af nedsat cortisol.

Pat Ogden har altså forholdt sig til cortisol-dilemmaet ved at skelne mellem *hyperarousal* som følge af *freeze* med højt cortisol på den ene side og *hypoarousal* som følge af *collapse* med lavt cortisol på den anden side.

TOLERANCEVINDUET

Som en praktisk vejledning anvender hun en model, som hun kalder 'tolerancevinduet', hvor man traumatiseres, hvis man enten overskrider den øvre tolerancegrænse for hyperarousal eller ligger under den nedre tolerancegrænse for hypoarousal, hvor man helt har opgivet alle former for engagement. Behandlingen tilstræber at udvide vinduet, så ekstreme oplevelser kan tolereres uden traumatisering.

Tilsyneladende virker tankegangen fornuftig. Problemet er bare, at type 2 freeze ikke passer ind i den model! Type 2 freeze indebar jo både sympatisk og parasympatisk aktivering, og den kombination må formodes at ligge lige midt i tolerancevinduet med et normalt cortisolniveau – der er altså hverken hyper- eller hypoarousal.

Så Pat Ogden har ret i, at der er behov for forskning i differentiering af PTSD-diagnosen – med eller uden cortisol. Men efter min mening egner cortisol sig ikke som kriterium, da man ved hjælp af cortisol ikke kan skelne mellem type 2 freeze og normale personer uden PTSD.

Man kan faktisk heller ikke skelne mellem personer med og uden PTSD alene ud fra den autonome aktivering. En ekstrem aktivering af det parasympatiske nervesystem kan nemlig optræde både ved traumatisk collapse – og ved seksuel orgasme på grund af stor lystfølelse. Tilsvarende kan en ekstrem sympatisk aktivering skyldes så forskellige situationer som frygt for en overfaldsmand – og frydefuld forelskelse!

TONISK IMMOBILITET

Pat Ogden nævner, at dyreadfærsforskere kalder type 2 freeze for tonisk immobilitet. Der er mange traumeforskere, der betragter tonisk immobilitet som selve essensen af traumatisering, så der synes altså at være god grund til at se nærmere på, hvad der karakteriserer dette fænomen.

De tyske forskere Maggie Schauer og Thomas Elbert skrev i en artikel (Schauer & Elbert 2010), at tonisk immobilitet næsten altid omfatter undertrykkelse af kampadfærd gennem stivnen af de viljestyrede muskler samt undertrykkelse af den affekt (raseri), der driver kampadfærden. Derimod opgiver personen ikke at være på vagt. En person med type 2 freeze / tonisk immobilitet vil altså være ude af stand til at handle hurtigt, men dog være passende årvågen til (langsomt) at kunne forlade kamppladsen, hvis der viser sig en mulighed for at snige sig væk i live.

PETER LEVINE EFTERLYSER FORSKNING

En anden traumeterapeut er Peter Levine. Han skrev i sin bog *Den tause stemme* (Levine 2010), at "noget af det, der har forhindret udviklingen af en virkelig effektiv traumeterapi, har været, at klinikere, eksperimentelle forskere og teoretikere ikke har etableret længerevarende samarbejder om at behandle sådanne centrale spørgsmål", som at "den toniske immobilitetsreaktion hos mennesker kan være en vigtig faktor i frembruddet og opretholdelsen af en posttraumatisk psykopatologi" (s.73-74).

For at råde bod på denne mangel indledte jeg i december 2010 et samarbejde med professor Andrew Moskowitz og andre amerikanske forskere om tonisk immobilitet og PTSD. I marts 2014 førte samarbejdet til, at jeg sammen med to amerikanske psykiatere præsenterede resultaterne på en konference arrangeret af *European Society for Trauma and Dissociation*.

Jeg havde inddraget en større mængde videnskabelige artikler i arbejdet. Blandt andet byggede jeg på en artikel med titlen *When Fear Is Near* (Mobbs et al. 2007). Forskergruppen havde udsat en gruppe frivillige forsøgspersoner for en virtuel oplevelse af et rovdyr, der kunne jage, fange og påføre offeret smerte. Undersøgelsen viste, at hjerneprocesserne flyttede sig fra pandelapperne til hjernestammen, når det truende rovdyr nær-



Eugène Delacroix: La chasse aux fauves. Litografi ca.1840

mede sig. Populært sagt bekræfter det, at mennesker reagerer instinktivt på en trussel uden at bruge andre dele af hjernen end den primitive hjernestamme, som stort set er fælles for alle pattedyr.

Jeg måtte derfor også studere et større antal artikler om forskellige former for ubevægelighed, der optræder, når byttedyr oplever angreb fra rovdyr. Det viste sig at forskerne ikke er enige om, hvad tonisk immobilitet er. Forskernes forskellige opfattelser spænder faktisk over alle de tre former for immobilitet, som Pat Ogdens har nævnt.

MIN ARBEJDSPROCES

Mit arbejde gik ud på at gennemtænke og sammenfatte flest muligt af de mange artikler, så jeg kunne opstille en enkel model. Den videnskabelige hypotese, jeg nåede frem til, forbinder Pat Ogdens erfaringsbaserede beskrivelser med en teori om handlingslammelsernes oprindelige betydning.

I hovedtræk består min model af de tre former for handlingslammelse, der svarer til Pat Ogdens kliniske beskrivelser, men jeg fremsætter specificerede hypoteser om de oprindelige overlevelsesmekanismer, som det kan være gavnligt at formidle til klienterne.

Det væsentligste er dog, at jeg når frem til forskellige strategier til alle tre former for immobilitet – altså også tonisk immobilitet. Jeg mener nemlig, at årsagen til de enkelte handlingslammelser er en specifik affekt, der udløser en bestemt adfærd, hvorimod aktiveringen af det autonome nervesystem kun er en formidlende omstændighed og derfor ikke bør danne grundlag for en differentiering af PTSD-diagnosen. Traumeterapien skal derfor forholde sig til forskellige affekter.

I en traumatisk truende situation kan der optræde tre forskellige såkaldte *aversionsaffekter* (se Panksepps bog for yderligere forklaring). Aversionsaffekter er velegnede PTSD-kriterier, fordi de kun optræder i truende situationer, hvorimod ekstrem autonom aktivering også optræder i lykkelige situationer.

- Den første *aversionsaffekt* udløser enten adfærden målrettet flugt eller flugtblokeret ubevægelighed. Derfor kan affekten kaldes *målrettet frygt*.
- Den anden *aversionsaffekt* udløser enten adfærden kamp eller aggressionsundertrykkende ubevægelighed. Denne affekt kan kaldes *raseri*.
- Den tredje *aversionsaffekt* udløser enten adfærden desperat og planløs flugt eller slap ubevægelighed, fordi man opgiver at opretholde livet. Denne affekt er en *mellemting mellem panik og sorg*. Panik er ikke intens frygt, men er en kvalitativt forskellig affekt. Der er heller ikke tale om sorg over tabet af sine nærmeste, men sorg over tabet af selve livet. Det er den form for sorg, der opstår, når den paniske flugt ikke redder livet.

Disse former for ubevægelighed var i vor biologiske fortid modtræk mod rovdyrets biologiske oprustning. Selv om mennesker i vore dage sjældent traumatiseres af rovdyr, vil reaktionsmønstrene stadig være de samme, fordi adfærden styres af instinktive handleprogrammer i hjernestammen.

Den følgende teori om traumatiseringens oprindelse har praktisk betydning, fordi den taler for et paradigmeskift ved at anvise et bedre behandlingsgrundlag end tolerancevinduet, som hidtil har været anvendt af både Pat Ogden og Peter Levine. Så min model dækker

det hul i teorien, som både Peter Levine og Pat Ogden giver udtryk for.

TRAUMATISERINGENS OPRINDELSE

Man må forestille sig, at rovdyrenes jagt-, kamp- og dræberinstinkter er udviklet over lang tid som respons på byttedyrenes stimuli. Når byttedyret begynder at flygte, stimuleres rovdyrets jagtinstinkt. Når rovdyret har indhentet byttedyret, og byttedyret i desperation forsøger at kæmpe sig fri, vil denne adfærd stimulere rovdyrets aggression og dræberinstinkt. Og når rovdyret dels kan mærke, at byttedyrets muskler bliver slappe, og dels ikke længere kan mærke byttedyrets hjerteslag og åndedræt, så stimuleres rovdyret til at standse aflivningen. På den måde kan rovdyret bedst udnytte sine ressourcer.

Som modtræk forsøger vor hjernestamme instinktivt at nedsætte rovdyrets morderiske effektivitet i tre forskellige situationer:

- Når der er afstand til rovdyret, vil hjernestammen undgå at stimulere rovdyrets jagtinstinkt.
- Når der er kontakt til rovdyret, og hvis byttedyret har en konfrontationssøgende personlighed, vil hjernestammen undgå at stimulere rovdyrets dræberinstinkt.
- Når der er kontakt til rovdyret, og hvis byttedyret har en konfrontationsundgående personlighed, vil hjernestammen narre rovdyret til at stoppe aflivningen i utide.

PTSD opstår kun, hvis man ikke er i stand til at bearbejde det traumatiske chok på en realistisk og rationel måde. Så hovedparten – måske 90 % – af alle choktraumer bliver ikke til PTSD, men derimod til en (barsk) erfaring, der udvider personens verdensopfattelse. Livet lærer os, at vi lever i en hård verden, hvor man kun skal vise tillid til de personer, der fortjener vores tillid.

Den traumatiserende begivenhed omfatter en overvældende trussel, som tvinger ofrene til at handle instinktivt, fordi der ikke er tid til at tænke over, hvordan man redder livet. De instinktive handlinger har faktisk

større held med at nå at redde livet, end rationelt overvejede handlinger ville have, men for nogle er prisen et traumatisk chok ved oplevelsen af, at vores primitive hjernestamme overtager styringen og bestemmer over vores frie vilje.

Efterfølgende forsøger man at bearbejde det traumatiske chok ved at konstruere forklaringer og udvikle efterrationaliseringer, men de fører ofte til tankemæssige forvrængninger, urealistiske overbevisninger eller uhensigtsmæssige forsvarstendenser, som gør det nødvendigt at søge hjælp hos en psykoterapeut. Terapeuten kan forhåbentlig hjælpe med at bringe orden i kaos, men tilbage står kernen i traumatiseringen, der ifølge min model kan antage tre former, som jeg kalder henholdsvis *fugitive immobility* (flugtblokeret ubevægelighed), *suppressive immobility* (aggressionsundertrykkende ubevægelighed) og *floppy immobility* (slap ubevægelighed).

BETYDNINGEN AF DE SPECIFIKKE REAKTIONSMØNSTRE

1. *Fugitive immobility* (flugtblokeret ubevægelighed): Ved at iagttage klientens kropssprog, når sessionen nærmer sig traumets kerne, kan man i visse tilfælde udlede, at klienten forsøgte at flygte fra truslen, men blev handlingslammet og traumatiseret. Imidlertid kan handlingslammelsen give mening, hvis man analyserer den sammenhæng, hvori det instinktive handlingsprogram blev udviklet. Man må forestille sig, at udviklingen er foregået i en periode over den seneste million år i en tid med daglige trusler fra rovdyr, og hvis man antager, at det, der stimulerer rovdyrets jagtinstinkt, er at se byttedyret flygte, giver det god mening at forholde sig ubevægelig, hvis man oplever, at flugtvejen er blokeret. Hvis man derimod løber rundt for at lede efter en åben flugtvej, vil man stimulere rovdyrets jagtinstinkt.

Det er kun adfærden flugt, der undertrykkes, hvorimod affekten – frygt – bevares. Men frygt er ikke bare en ubehagelig følelse. Frygt er faktisk den affekt, der mobiliserer flugtaadfærden. Det er, som om frygten siger: ”Løb for livet, men hvis du ikke kan se en farbar flugt-

vej, må du i det mindste undgå at stimulere angriberens jagtinstinkt ved at forholde dig ubevægelig, mens du kun bruger øjnene til at se efter en flugtvej.”

Da det høje affektniveau vanskeliggør bearbejdning af oplevelsen, vil den terapeutiske strategi i dette tilfælde være at *nedregulere frygten*, dels ved at forklare meningen med frygten, dels ved at opfordre klienten til at fokusere på kropsfornemmelser i stedet for affekter og dels ved at fokusere på, hvad klienten gjorde for at redde livet eller kunne forestille sig at gøre for at afværge truslen.

Det er vigtigt at tale kropssprog, fordi dette nemmere skaber forbindelse mellem den følelsesmæssige oplevelse i højre hjernehalvdel og handleplaner i venstre hjernehalvdel. Kropssprog formidles via en hjernebro, der ligger i den primitive (subcortical) del af hjernen (Ogden 2006 s.146), i modsætning til intellektuel samtale, der formidles via en bro i hjernebarken.

2. Ved *suppressive immobility* (aggressionsundertrykkende ubevægelighed) kan kropssproget i stedet tyde på undertrykt kampadfærd kombineret med undertrykt raseri. Dette er en meget fremmedgørende tilstand, fordi klienten faktisk ikke føler det, som han mener, at han burde føle. Klienten forstår ikke, hvorfor han ikke blev rasende og kæmpede for livet. Måske skammer han sig ligefrem over ikke at have gjort modstand. Men hvis man antager, at det, der stimulerer rovdyrets kampinstinkt, er at opleve byttedyrets kamp eller kampimpuls, så giver det mening, at offeret undertrykker både kamp og raseri, for raseri er den affekt, der udløser kamp. Kamp forudsætter, at der er kontakt mellem offer og angriber, og selv om byttedyret undertrykker sin kampadfærd, så kan rovdyret sagtens føle offerets kampimpuls i form af spændte muskler og hamrende hjerte. Så hvis handlingslammelsen skal føre til, at angriberen mister lysten til kamp, må offeret ikke bare undertrykke kampen, men også raseriet.

Det er altså både adfærden og affekten, der undertrykkes ved *suppressive immobility*. Derfor er den terapeutiske strategi ved *suppressive immobility* at *opsøge og muligvis forstørre affekten* i modsætning til *fugitive immobility*, hvor



Eugène Delacroix: Jaguar Attacking a Horseman. Ca.1855. Nationalgalleriet i Prag.

den terapeutiske strategi består i at nedregulere affekten. Det hjælper at opsøge den affekt, der blev undertrykt for at redde livet. Affekten var måske kun til stede i et kort øjeblik, men ved at komme i kontakt med den kan man genskabe den handleimpuls, som man ville ønske, at man kunne have udført. Det kan hjælpe at blive klar over, at man ville have handlet i overensstemmelse med sin personlighed, hvis ikke hjernestammen havde overtaget styringen.

Terapeuten må forklare, at hjernestammen har vurderet, at overmagten var så stor, at det ville koste livet at kæmpe. I stedet satsede hjernestammen på at undgå at stimulere angriberens kampvilje ved at undertrykke både adfærd og affekt, så offeret forholdt sig i ro, indtil angriberen mistede interessen, og offeret kunne snige sig væk. Hjernestammen er altså programmeret til at øge chancen for at overleve, selv om det går ud over offerets stolthed.

Peter Levine omtaler faktisk, hvordan en mand overlevede at blive angrebet af en løve, og en anden mand overlevede angreb fra en tiger – i begge tilfælde ved at forholde sig så roligt og afslappet, som det nu er muligt, når man er i klørne på et stort rovdyr (Levine 2010 s.66-67). Mændene bevarede roen i timevis, mens rovdyrene legede 'katten og musen' med dem, indtil rovdyrene til sidst blev skudt.

Ligeledes vil kvinder, der overfaldes og voldtages, risikere livet, hvis de kæmper, men øge chancen for overlevelse, hvis de undertrykker deres kampvilje. Måske kan de være så heldige, at overfaldsmanden tror, at kvinden er lammet af skræk, så han kan tillade sig at lægge sit våben fra sig. Og kvinden kan faktisk handle med køligt overlæg og kan fokusere på at sikre sig våbnet og dermed redde livet.

3. *Floppy immobility* (slap ubevægelighed) betegner den tilstand, hvor personen opgiver sit livsmod, og den parasympatiske aktivering formidler en dødlignende tilstand. Følelsesmæssigt kan tilstanden efterfølge panisk flugt, hvor panikken pludselig afløses af hjælpeløshed og ekstrem tristhed ved udsigten til en snarlig død. Der er stor forskel på at frygte døden og derfor flygte og

på den anden side at erkende, at man skal dø, og derfor kollapse i en dødlignende tilstand uden nogen form for handleimpulser.

I vor biologiske fortid svarer situationen til, at et rovdyr er ved at slå sit offer ihjel. Den dødlignende tilstand kan narre rovdyret til at stoppe aflivningen i den tro, at byttedyret allerede er dødt, fordi hjerteslag og åndedræt er umærkelige og musklerne er slappe. Hvis rovdyret ikke er meget sultent, vil det måske gemme sit tilsyneladende døde byttedyr, indtil det kan spises i fred fra andre rovdyr. Og det giver jo byttedyret en chance til at komme til kræfter og forlade stedet.

Handlingslammelsen er altså hjernestammens aller- sidste desperate forsøg på at øge chancen for overlevelse ved at narre fjenden til at stoppe aflivningen i tide. Omkostningerne er større end ved de andre to former for handlingslammelse, fordi *floppy immobility* medfører, at man helt taber orienteringen. Man kan faktisk miste oplevelsen af et formål med livet og også miste følelsen af kontakt til sit eget selv, så man føler sig ekstremt hjælpeløs.

Hvis klienten forsøger at vende tilbage til livet fra den grænseløse panik/sorg, viser det sig ofte, at vejen går igennem den tilstand af panik, som gik forud for sorgen over at miste livet. Klienten vil derfor optræde voldsomt og uden mål og kan utilsigtet skade forholdet til de hjælpere, der nu omgiver ham.

Den totale mangel på meningsfulde handleimpulser er naturlig for den tilstand af grænseløs panik/sorg, som klienten befinder sig i. Og terapeuten må respektere, at sorgen over at miste livet tager sin tid, men må også undersøge, om tiden er inde til at vække klientens nysgerrighed og lyst til at finde sin plads i livet igen.

Den terapeutiske strategi er i dette tilfælde at stimulere det sympatiske nervesystem uden at stimulere stresshormonerne, fordi en blid sympatisk aktivering er den tilstand, der bedst fremmer orienteringen. Det sympatiske nervesystem kan aktiveres ved at opfordre klienten til at spænde de store muskler i benene eller presse hænderne mod hinanden. Terapeuten kan så benytte

aktivering til at rette klientens opmærksomhed mod orientering her og nu i terapilokalet eller forholdet til terapeuten.

På lidt længere sigt rettes orienteringen mod klientens egen person, som sandsynligvis er dissocieret efter traumat. Den enkleste måde at genetablere forbindelser mellem forskellige dissocierede personlighedsdele er at hjælpe klienten til at erkende den spaltede psyke og opfordre klienten til at lade opmærksomheden svinge frem og tilbage mellem to erkendte dele af personligheden. Processen kan gentages for hver gang, klienten opdager dissocierede personlighedsdele.

Denne korte gennemgang af de forskellige terapeutiske strategier illustrerer, at der er grund til at foretage et paradigmeskift, fordi der er tre kvalitativt forskellige former for traumatisering. PTSD bør ikke differentieres ud fra cortisol eller tilstanden i det autonome nervesystem, fordi dette kun fører til to traumeformer (for højt eller for lavt niveau). Kriteriet for diagnosticering af forskellige former for PTSD er derimod forskellige affekter. Jeg synes, at det giver god mening, fordi autonom aktivering ikke er en årsag, men derimod en følgevirkning af mobilisering af visse affekter.

HANDLINGSLAMMELSE KRÆVER KROPSORIENTERET TERAPI

Mens kognitive processer kan bearbejdes ved almindelig intellektuel samtaleterapi, så vil en bearbejdning af traumets kerne kræve kommunikation på det kropslige og sansemæssige niveau – fx Pat Ogdens *sensomotoriske terapi* eller Peter Levines *somatic experiencing* – for at skabe forbindelse via den subcorticale hjernebro, som tidligere nævnt.

Som en af de første internationalt anerkendte psykiatere har Giovanni Lotti i årevis gjort brug af Pat Ogdens terapiform og fokuseret dialogen på klientens kropsfornemmelser, når han frygtede, at den kronisk traumatiserede klient var for skrøbelig til at kunne tale emotionelt om sine rædsler (Liotti 2013).

Man kunne godt ønske sig, at Sundhedsstyrelsens referenceprogram for angstlidelse fra 2007 blev opdateret med Liottis betydningsfulde arbejde.

Det er mit håb, at min foreslåede diagnosticering og terapeutiske strategi vil give PTSD-klienter oplevelsen af at blive set og forstået og måske oven i købet hjulpet på vej i bearbejdningen af deres traumer.

LITTERATUR

- Levine, Peter: *Den tavse stemme*. Hans Reitzel 2010.
- Liotti, Giovanni: *Phobias of Attachment-Related Inner States in the Psychotherapy of Adult Survivors of Childhood Complex Trauma*. *Journal of Clinical Psychology: In Session*, Vol. 69(11), 1136-1147 (2013).
- Mobbs, Dean, Predrag Petrovic, Jennifer L. Marchant, Demis Hassabis, Nikolaus Weiskopf, Ben Seymour, Raymond J. Dolan, Christopher D. Frith: *When Fear Is Near: Threat Imminence Elicits Prefrontal – Periaqueductal Gray Shifts In Humans*. *Science* 317, 1079-1083 (2007).
- Ogden, Pat, Kekuni Minton, Clare Pain: *Trauma and the Body. A Sensorimotor Approach to Psychotherapy*. Norton 2006.
- Panksepp, Jaak, Lucy Biven: *The Archaeology of Mind. Neuroevolutionary Origins of Human Emotions*. Norton 2012.
- Schauer, Maggie, Thomas Elbert: *Dissociation Following Traumatic Stress. Etiology and Treatment*. *Journal of Psychology* 2010; Vol. 218(2): 109-127.



Flemming Kæreby er uddannet SE-Praktitioner, psykoterapeut MPF og cand. scient. i fysiologisk biokemi. Han er privatpraktiserende psykoterapeut og initiativtager til SE-Foreningens forskningsudvalg. Han skriver artikler og holder kurser og foredrag om psyko-fysiologisk traumeterapi.

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?

Én hjort bliver vagtsom, parat til at løbe, løber. Resten af flokken responderer på signalet om fare (potentielt eller virkelig) med vagtsomhed og løb. Overførslen af reaktioner i overlevelses-nervesystemet (det autonome nervesystem) og de dertil hørende handleimpulser sker lynhurtigt – uden om bevidsthedens kontrol. Dette vilkår gælder også for mennesker. Nervesystemet reagerer på nervesystemet. Der er en direkte forbindelse – uden om cortex – mellem vores nervesystemer (Wennerberg 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 energiløse. 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 overlevelsesfunktioner, 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 bevidst, 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 søvsnig – 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 afkollaps – 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 kollapset 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 parat 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 arousaltilstande 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 sitrer 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 følelsetilstande 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 følelsetilstande, 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 sædeknerne har kontakt med stolen, bevæg dig eventuelt rundt på sædeknerne. Mærk, at din vægt møder underlaget gennem sædeknerne 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).

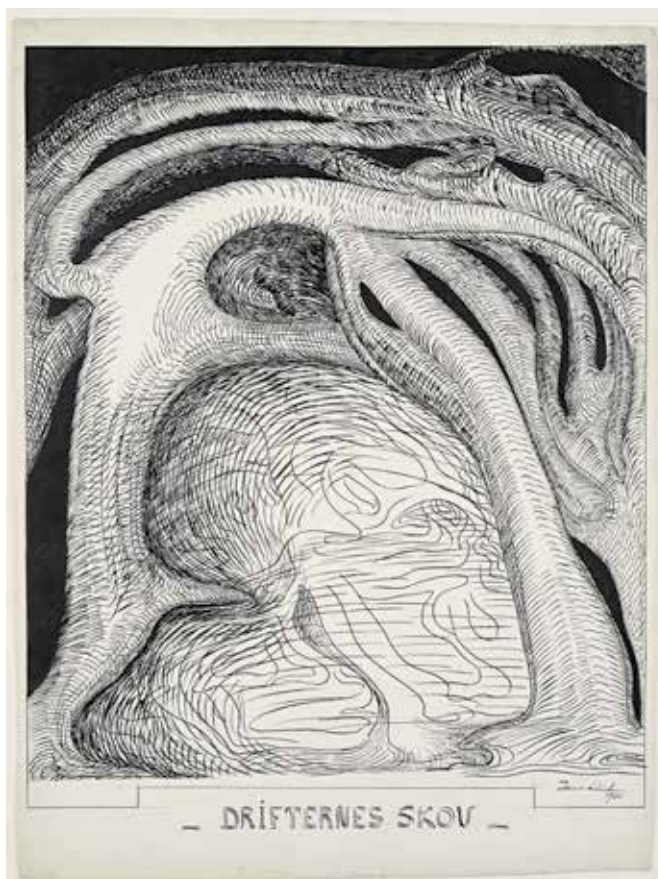
UDVIKLING AF EMPATISK RESONANS

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 kollapset (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 kollapset, 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 sædeknuder, 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 samspilmønstre. 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 truede (Maurer 2006). Nye spor opbygges lettest, når vi føler os trygge og dermed kan være nysgerrige og udforskende (Wennerberg 2013).

GENSIDIG AROUSALREGULERING

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

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 følelsetilstande. 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 hjælpsøgende 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/supervisorens/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 hjælpsøgende 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

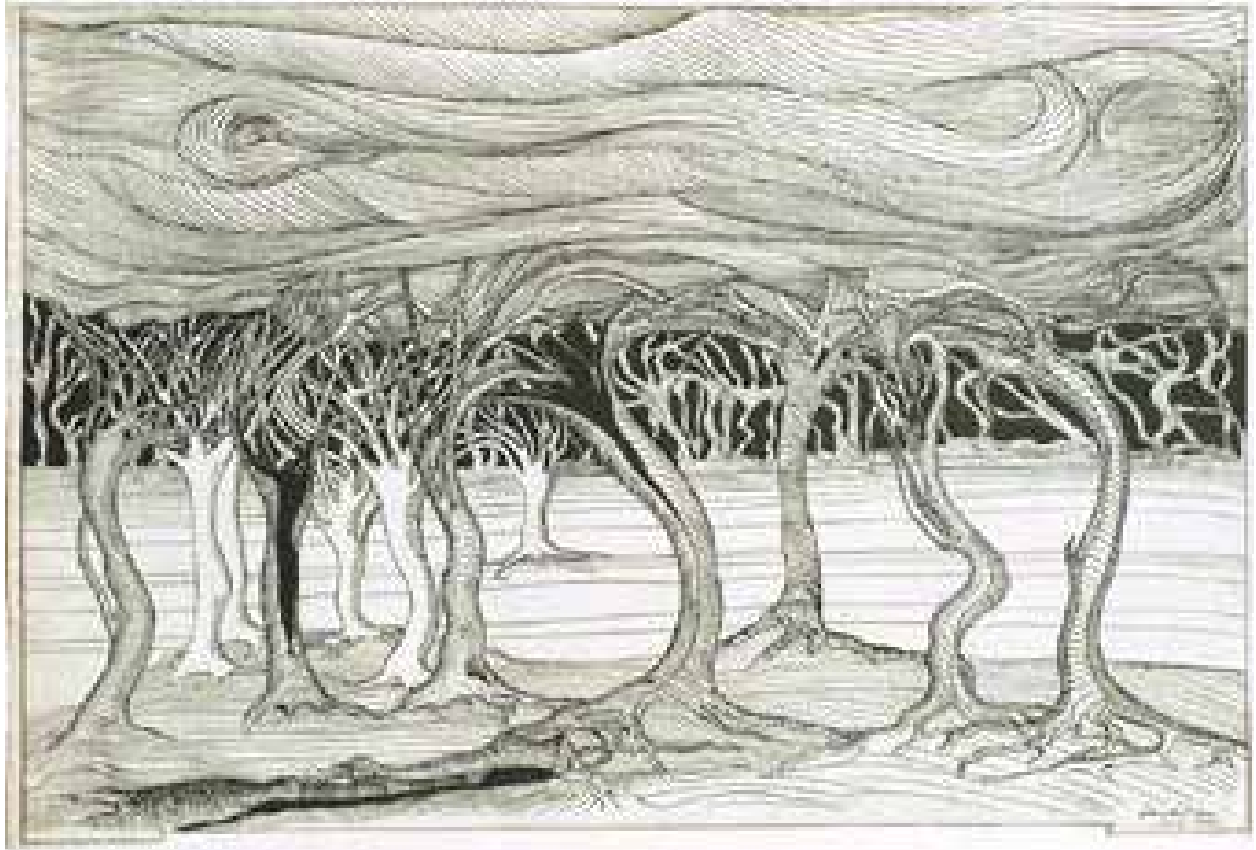
gensidig arousalregulering – og at man finder nogen, der kan deltage.

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 triggeret 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 supervisanden?

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 flugtimпульs, 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 at 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 supervisan-

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 traumaresponse: An evolutionary perspective on trauma-related disorders*. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews* 37 (2013), s. 1549-1566.
- Brantbjerg, Merete Holm (2014): *Om overlevelsereaktioner*. 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, samhørighed 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/posttraumatisk stress i Bodydynamic Analyse*. I: Jørgensen, Steen (red.) (1993): *Forløsning af choktraumer*. København, Forlaget Kreatik.
- Karpman, S. (1968): *Fairy tales and script drama analysis*. *Transactional Analysis Bulletin*, 7(26), 39-43.
- Kæreby, Flemming: *Hvad er psykofysiologisk traumeterapi?* *Psyko-terapeuten* 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 anknýtning 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. Medskaber af Bodydynamic 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.

POSTTRAUMATISK STRESS OG RYGSMERTER

Tekst: **Hanne Ellegaard**
Tegning: **Jens Lund**

Screening, vurdering og samtaler med patienter med PTSD symptomer Et udviklingsprojekt

Adskillige patienter med smerter i ryg, lænd og nakke har været udsat for arbejdsskader, trafikulykker eller andre former for hændelser, så som overfald, røverier eller seksuelle krænkelser. Voldsomme hændelser ses oftest i første omgang at være chokerende oplevelser, og i visse tilfælde ses *Post Traumatic Stress Disorder* (PTSD) udvikle sig.

Ondt i ryggen defineres her som smerter i lænd og/eller nakke. Nærværende udviklingsarbejde har fokus på patienter med ondt i ryggen og samtidige symptomer på PTSD samt fokus på afprøvning af skemaet *Harvard Trauma Questionnaire Scale* (HTQ).

Patienter med smerter og PTSD ses oftest komplekse, med fysiske, psykiske og sociale belastninger og dermed høj risiko for vedvarende smerter (Andersen et al 2012). Interessen for netop denne subgruppe er udsprunget af flere års erfaring i arbejdet med patienter med ondt i ryggen og psykiske belastninger samt fund af stress hos depressive patienter med ondt i ryggen (Ellegaard og Pedersen 2012).

POSTTRAUMATISK STRESS DISORDER

PTSD er en diagnose, der omfatter forskellige symptomer, som kan opleves efter at have været udsat for voldsomme hændelser. Den *Store Danske Encyklopædi* definerer PTSD således:

Et psykisk traume kan indfinde sig som følge af en akut uventet og chokerende tildragelse som fx trafikuheld og voldsoverfald eller længerevarende pinefulde belastninger såsom krigsbegivenheder, alvorlig sygdom, skilsmisse, adskillelse fra nærtstående i barnealderen eller seksuelle krænkelser. I nogle tilfælde kan sådanne oplevelser føre til en posttraumatisk belastningsreaktion

med symptomer som ukontrollerbar panik, fortvivelse, depression eller aggression i forbindelse med tilsyneladende uskyldige begivenheder. Dertil kommer flashback, søvnforstyrrelser, koncentrationsbesvær m.m. Der er store forskelle i robusthed og mønstret af traumereaktioner hos mennesker beroende på forudgående personlighedsmæssige dispositioner, traumets karakter og det sociale netværks støttemuligheder.

Stress affødt af chok og efterfølgende traumatisering (traumatisk stress) er karakteriseret ved, at det autonome nervesystem uventet er blevet overbelastet, er gået i højstress og har overskredet organismens evne til adaptation (Levine 2001).

PROGNOSTISKE FAKTORER

Der skelnes mellem akut og kronisk PTSD. Kronisk PTSD defineres som en tilstand, der har været et år eller længere (Lund et al 2008 s.56). PTSD kan opstå hos alle, og noget tyder på, at kronisk PTSD oftere opstår hos personer med øget sårbarhedsfaktorer/usikker tilknytning (ibid. s.69). Der skelnes i behandlingen desuden mellem singletraume og multitraumer. Singletraume ses fx hos en i øvrigt sund og rask person, der involveres i et livstruende trafikuheld, overfald eller naturkatastrofe. Singletraumer kan oftest behandles, mens multitraumer ofte medfører større kompleksitet, herunder evt. kronisk PTSD, og behandlingseffekten afhænger af personens psykosociale ressourcer. Behandlingsindsats over flere år er ikke uøret. Det antages, at tidlig effektiv behandling kan forebygge udviklingen af kronisk PTSD (ibid. s.56), og det er velkendt, at nye choktilfælde eller traumer ofte reaktiverer gamle traumer. Generelt anbefales tværfaglig indsats i form af psykoterapi, fysioterapi og social støtte.

BEHANDLING

Med nutidens viden om hjernens neurofysiologi er udviklingen og behandlingen af PTSD blevet mere forståelig. Ved PTSD ses ændringer i flere af hjernens områder, bl.a. hæmmes frontallapperne ved påmindelse om traumet, sprogcentret hæmmes, og to centre i det limbiske system, amygdala og hippocampus, påvirkes. Desuden ses evnen til at omsætte sanseindtryk til handling mindsket.

Det er velkendt, at smerter og PTSD forstærker hinanden. I Rygcenter Syddanmark, Middelfart, en del af Sygehus Lillebælt, udredes patienter med ondt i ryggen i ambulant medicinsk regi og i dette udviklingsarbejde endvidere for symptomer på PTSD. I behandlingen af PTSD er det væsentligt at skabe trygge rammer og en god kontakt samt at undgå retraumatisering. Posttraumatisk stress kan man ikke uden videre 'snakke sig ud af', organismen kan overbelastes ved blot at skulle berette om hændelsen. *Genoplevelse* kan være retraumatiserende, hvorimod *gennemlevelse* i form af særlige kropslige og sanselige terapeutiske tilgange kan være helbredende. Forskning tyder på, at hovedparten af traumatiske erindringer er repræsenteret som kropslige sanseindtryk (van der Kolk 2006), og ifølge Bessel van der Kolk sås den kropslige SE-metode bedre egnet til forløsning af kronisk PTSD end kognitiv terapi. (Lund et al, s.81).

Behandlingen af chok og traumer foregik i nærværende projekt i langt størstedelen af sessionerne ved såkaldt kropslig og sanselig traumeforløsning ved hjælp af *Somatic Experiencing®* metode (SE-metode) (Levine 2012, Poole og Heller 2005), understøttet af gestaltterapi.

METODE OG FORMÅL MED PROJEKTET

Dette er et retrospektivt og hypotesegenerende projekt med patienter, der 2008-2010 var henvist til Rygcenter Syddanmark. Alle patienter fik tværfaglig konservativ udredning og behandling efter afdelingens vanlige procedurer.

Formålet var at afprøve screeningskemaet *Harvard Trauma Questionnaire* (HTQ) med henblik på at identificere og prognostisk subgruppere patienter med rygsmerter og symptomer på PTSD samt tilbyde kortvarig psykoterapeutisk behandling sideløbende med den øvrige tværfaglige konservative udredning og behandling.

UDVÆLGELSE AF PATIENTER MED PTSD

Harvard Trauma Questionnaire (fig. 1) er et internationalt anerkendt og valideret spørgeskema. Skemaet blev udleveret konsekutivt til patienter henvist til Rygcenter Syddanmark, og patienter, der svarede ja til: *Har du været udsat for en voldsom hændelse*, blev bedt om at besvare 16 spørgsmål fra HTQ-skemaet (del 4), der er delt op i invaderende, undgåelses- og vagtsomhedssymptomer. Dertil kom tre spørgsmål om oplevelse af dissociation – et neurobiologisk fænomen, der optræder ved ekstreme former for stress og er kendetegnet ved bl.a. ud af kroppen-oplevelser eller fornemmelse af uvirkelighed. Sidstnævnte til brug i klinisk henseende.

Patienterne var nyhenviste til ambulatoriet, dansktalende og i alderen 18-60 år. HTQ skemaet udfyldtes ved første konsultation, og patienter med fuld symptom-score svarende til PTSD samt patienter, der manglede 1-2 symptomer (subklinisk PTSD), blev tilbudt en vurderende samtale. Ved klinisk sammenfald med HTQ-score blev patienten tilbudt yderligere fem psykoterapeutiske samtaler. Ved accept indgik patienten derefter i udviklingsprojektet.

Primært blev der i undersøgelsen fokuseret på at undersøge, om HTQ-skemaet kunne anvendes i sammenhængen 'ondt i ryggen'. Sekundært på, hvordan patienterne klarede sig et år efter.

RESULTATER

I alt leverede 2542 patienter skemaet tilbage i udfyldt stand. Heraf scorede 113 patienter = 4,4 % fuld score (eller derover), svarende til PTSD iflg. HTQ-skema, og 124 patienter = 4,9 % manglede 1-2 symptomer i fuld

score, dvs. scorede subklinisk PTSD iflg. skema. Det vil sige, at 9,3 % af patienterne henvist til ambulans behandling for rygsmerter i Rygcenter Syddanmark, og som havde afleveret et udfyldt HTQ-skema, havde symptomer på enten PTSD eller subklinisk PTSD. Det resterende antal patienter havde kun få eller ingen symptomer på PTSD.

I alt blev 69 ud af de 113 patienter med fuld PTSD score og 51 ud af de 124 patienter med score svarende til subklinisk PTSD set til et samtaleforløb på højst seks samtaler. Antal patienter var i alt 120 (69 + 51). Mange fuldførte ikke de seks samtaler.

Ved follow up undersøgelse et år efter start havde 49 patienter gennemført 4-6 psykoterapeutiske samtaler og fik tilsendt opfølgende spørgeskemaer. 40 patienter svarede, heraf 15 patienter med primær PTSD og 25 patienter med primær subklinisk PTSD. Opfølgende undersøgelse viste, at fem patienter, der primært havde PTSD, ikke længere havde det ved opfølgning, og modsat seks patienter, der ikke havde fuld score, udviklede PTSD målt på HTQ. Der sås stor variation i scoringen i point på HTQ-skala; 23 patienter af de 40 havde fået det bedre, en var uændret, og 16 patienter havde fået det værre. Patienterne havde i gennemsnit deltaget i fem samtaler.

Af de 40 patienter var 34 etniske danskere og seks nydanskere. 23 patienter havde lændesmerter, og 17 havde nakkesmerter. Som udgangspunkt havde 12 patienter singletraumer, og 28 havde multitraumer. Smerteintensiteten for nakke/lænd var ved follow up i gennemsnit på 6,3 på en skala fra 0-10, hvor 10 er værst tænkelige. Arm-/bensmerter viste et gennemsnit på 4,2 på en tilsvarende skala.

Patienter med subklinisk PTSD havde ved follow up bedre fysisk funktionsniveau end patienter med fuld score PTSD. Patienter med multitraumer havde væsentligt stærkere intense ben/armsmerter end patienter

med singletraume. Ligeledes havde patienter med multitraumer statistisk signifikant mere funktionsbegrænsning end patienter med singletraumer.

Den psykiske tilstand ved follow up blev registreret ved følgende spørgsmål: "Hvordan føler du dig psykisk til mode nu, sammenlignet med før samtalerne?" på en Likert skala fra 1-7, hvor 1 indikerer 'Meget bedre' og 7 indikerer 'Meget værre'. Hos patienter, der scorede PTSD

Nøgle til Traume skema/HTQ del 4

Invaderende symptomer Fuld score for PTSD = minimum 1 invaderende, 3 undgåelses- og 2 vagtsomhedssymptomer

Undgåelssymptomer Subklinisk PTSD = minimum 1 invaderende symptom, desuden 2 undgåelses- og 1 vagtsomhedssymptom = minimumssymptomer for indgåelse i projekt.

Vagtsomhedssymptomer

Har du været udsat for en voldsom hændelse, f.eks. ulykke, overfald, alvorlig sygdom, dødsfald eller andet?
Sæt venligst kryds:

Nej Tak, du kan stoppe her.
Ja Du bedes venligst besvare nedenstående spørgsmål.

(Sæt ét X ved hvert spørgsmål)	Overhovedet ikke	Sjældent	Noget af tiden	For det meste
1. Tilbagevendende tanker eller erindringer om hændelsen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Føler i glimt, at det er ligesom at hændelsen gentager sig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Gentagne mareridt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Føler mig uengageret eller isoleret fra mennesker.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Ude af stand til at vise følelser.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Bliver nemt forskrækket.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Svært ved at koncentrere mig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Besvær med at falde i søvn/sove igennem.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Følelsen af at være på vagt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Føler mig let irriteret og har let ved at blive vred.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Undgår aktiviteter, som minder mig om hændelsen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Ude af stand til at huske dele af hændelsen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Mindre interesse i dagligdags aktiviteter.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Føler jeg ikke har nogen fremtid.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Undgår tanker eller følelser forbundet med hændelsen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Pludselige følelsesladede eller fysiske reaktioner, når jeg bliver mindet om hændelsen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

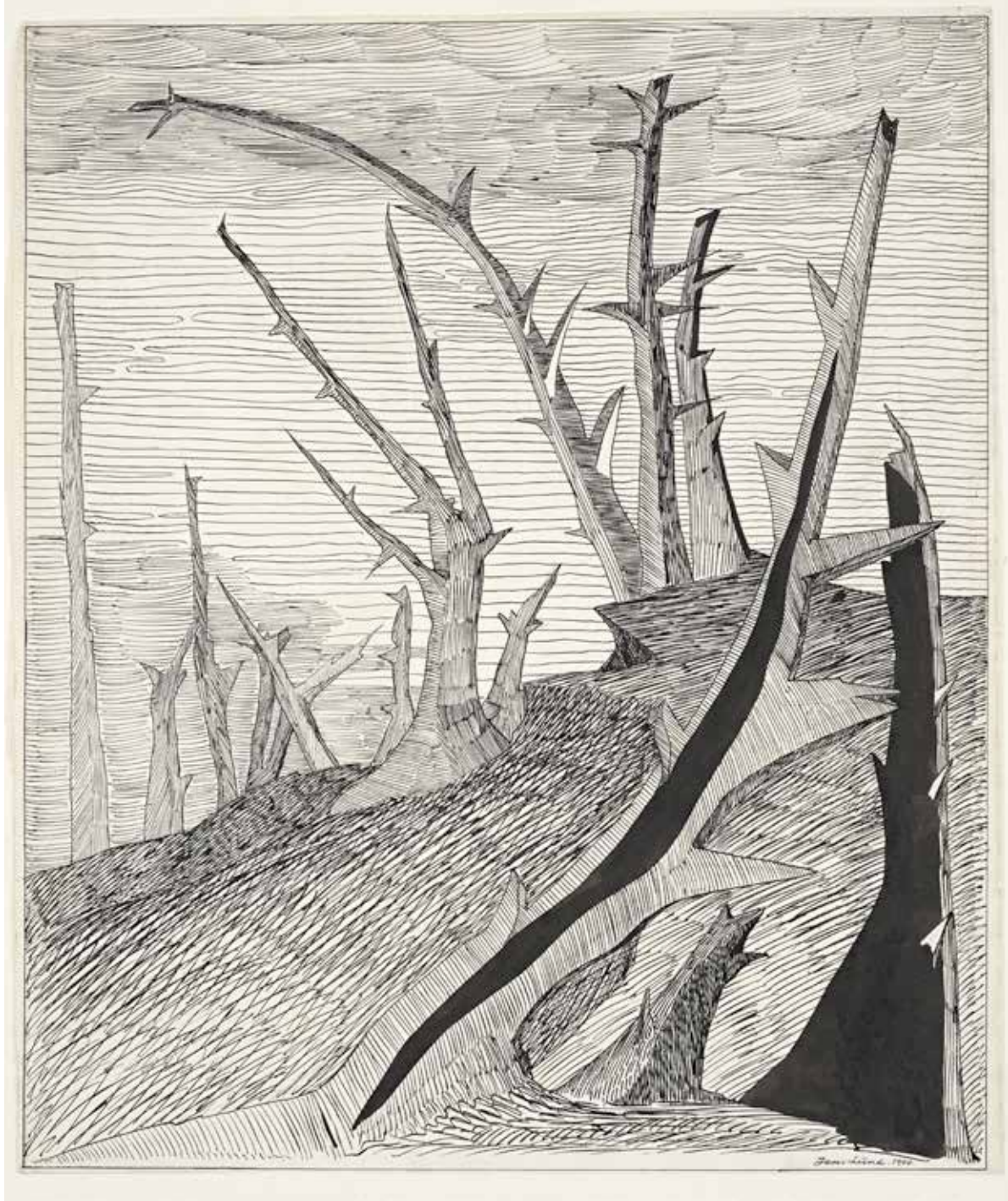
Nr. 17, 18 og 19 skal ikke tælles med = dissociative sympt.

17. Oplever nogle gange, at jeg har fortaget mig ting, som jeg overhovedet ikke kan huske.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Har en følelse af uvirkelighed.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Har nogle gange en følelse af at være ude af min krop.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Invaderende symptomer ____
Undgåelse symptomer ____
Vagtsomhedssymptomer ____

Okt. 2012/Hanne Ellegaard

Fig. 1. For at lette forståelsen er spørgsmålene i HTQ-skemaet her forsynet med farver for at indikere, hvilke slags symptomer, der spørges til. Endvidere er systemet for scoring angivet foroven.



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

ved *follow up*, sås betydeligt flere, der havde det værre eller meget værre (38 %), mod 4 % hos patienter med subklinisk PTSD. 50 % af dem med subklinisk PTSD følte sig meget bedre eller bedre efter et år, mod 13 % hvis de havde PTSD (Fishers eksakt test).

Arbejdssituationen ved indgang i projektet var ikke væsentlig forskellig for patienter med PTSD og med subklinisk PTSD. Ved *follow up* sås derimod flere med subklinisk PTSD i arbejde og færre sygemeldte, end patienter med fuld PTSD score. Der sås en tendens til forskelle på arbejdssituationen ved *follow up* mellem multi- og singletraumer; således var 50 % med singletraumer i arbejde mod 18 % med multitraumer.

DISKUSSION

HTQ-spørgeskemaer og subgruppering

I alt blev 2542 HTQ-spørgeskemaer udfyldt og afleveret i den givne tidshorisont og screenet for PTSD. 4,4 % scorede fuld score eller derover, og 4,9 % scorede subklinisk PTSD, dvs. manglede 1-2 symptomer i fuld score. I den generelle befolkning er livstidsprævalensen for PTSD 6,8 % (Kessler 2005), mens der blandt kroniske smertepatienter er fundet 23 % forekomst af PTSD (Andersen et al 2012). I nærværende undersøgelse kan det fulde antal patienter med PTSD i realiteten have været højere, da patienterne skulle svare på, om rygsmerterne relaterede sig til en hændelse. Der var ingen problemer med at få patienter til at udfylde HTQ-skemaet, og havde patienten ikke været udsat for forudgående hændelser, skulle patienten blot sætte kryds i rubrikken 'nej' og slutte der. Overordnet viste afprøvning af HTQ-skema i 'rygsmerteresammenhæng' at kunne hjælpe til klinisk relevant subgruppering, og næsten hver tiende patient, henvist til ambulant udredning af ryg- eller nakkesmerter, havde symptomer på subklinisk PTSD eller PTSD. Det er velkendt, at kroniske smerter og PTSD ofte ses i kombination og i øvrigt forstærker hinanden, hvorfor tværfaglig indsats inklusiv psykoterapeutisk traumebehandling skønnes anbefalelsesværdig.

Forskel i udbytte hos subklinisk PTSD og fuldscore PTSD

Det interessante i brugen af HTQ-skemaet i denne sammenhæng synes at være, at der sås forskel i udbytte

hos patienter med PTSD versus subklinisk PTSD efter 4-6 samtaler. Det viste sig, at patienter med subklinisk PTSD følte sig bedre 'psykisk til mode' og havde lettere ved at komme tilbage til arbejde end patienter med PTSD ved et års *follow up*. Et år efter sås ligeledes flere patienter med subklinisk PTSD at have lavere smertescore og højere funktionsniveau, end patienter med PTSD. Der sås endvidere en tendens til, at patienter med singletraume klarede sig bedre end patienter med multitraumer. Som udgangspunkt i dette udviklingsarbejde var af kapacitetsmæssige årsager valgt et kort samtaleforløb på højst seks samtaler. I bagklogskabens lys ville et større antal samtaler have været mere relevant til de mange komplekse patientsituationer. En del patienter blev således viderehenvist.

Sårbar patientpopulation med stor kompleksitet

Det store frafald af inkluderede patienter undervejs i samtaleforløbet er uden tvivl et udtryk for, hvor sårbare patienter der var tale om i en sådan patientgruppe med både PTSD, rygsmerter og oftest sociale problemer.

Det er værd at bemærke, at der kun var få nydanskere blandt de traumatiserede. Mange opgørelser og behandlinger af personer med PTSD er foretaget på krigsveteraner eller på nydanskere, hvor behandling og rehabilitering oftest foregår på rehabiliteringscentre for torturoverleverne. I Region Syddanmark er udarbejdet en MTV-rapport (Lund et al 2008) om behandling og rehabilitering af PTSD. I denne anbefales indførelse af systematiske og differentierede evidensbaserede behandlingstilbud. Disse er dog endnu få på landsbasis, hvilket er et problem for dårligt bemidlede, som de var flest i denne opgørelse.

I komplekse smertesituationer og hos patienter med PTSD og multitraumer, som sås hos 2/3 af de inkluderede patienter, er det velkendt, at adskillige andre belastende faktorer hos den enkelte, herunder sociale belastninger, medvirker til en relativt dårlig prognose. I svarene på *follow up* skemaer under *Bemærkninger*, blev primært nævnt *uafklaret social situation, afventer godkendelse af flexjob ydelse, håber på pension*.

4-6 psykoterapeutiske samtaler sideløbende med den øvrige ordinære tværfaglige indsats kan ikke påvises

at gøre nytte. Dog kan det tænkes at have hjulpet nogle patienter på vej, primært patienter med subklinisk PTSD, og i bedste fald have været medvirkende til forebyggelse af kroniske smerter og kronisk PTSD.

KONKLUSION

Screeningsredskabet *Harvard Trauma Questionnaire* (HTQ, del 4) blev afprøvet på patienter med ondt i ryggen. 9,3 % af 2542 screenede dansktalende patienter med ondt i ryggen havde symptomer på PTSD eller på subklinisk PTSD. 4-6 psykoterapeutiske og traumeforløsende samtaler sideløbende med den øvrige ordinære tværfaglige somatiske indsats har været med til at kortlægge muligheden for subgruppering og kan give en pejling til videreudvikling i behandlingen af rygpatienter med symptomer på PTSD eller subklinisk PTSD. Det må konkluderes, at anvendelse af HTQ-skema i rygsmertesammenhæng kan være et nyttigt redskab til subgruppering.

Ved et års follow up sås en tendens til, at patienter med subklinisk PTSD bedre kom i gang igen på arbejdsmarkedet, havde færre smerter og bedre funktionsevne end patienter med fuld PTSD score.

PERSPEKTIV

Mangeårige rygsmerter og funktionsindskrænkning påvirker det enkelte individ både fysisk, psykisk og socialt. Det er derfor hensigtsmæssigt at subgruppere patienter med rygsmerter og målrette behandlingen derefter. Vi ved, at 20 % af patienter med ondt i ryggen, der behandles somatisk efter 'alle kunstens regler', ikke opnår bedring. Af de 20 % vurderes det, at cirka halvdelen har stresssymptomer i kroppen, hvorfor der i forlængelse af nærværende udviklingsprojekt er iværksat et klinisk videnskabeligt randomiseret projekt *Lændesmerter og Post Traumatisk Stress* (Ellegaard et al 2013). Her får kontrolgruppen tværfaglig standardbehandling, og interventionsgruppen får tværfaglig standardbehandling plus ti psykoterapeutiske samtaler med *Somatic Experiencing®* som metode til forløsning af traumer.

LITTERATUR

- Andersen, TE, Andersen, PG, Vakkala, MA, & Elklit, A (2012). *The traumatised chronic pain patient – prevalence of posttraumatic stress disorder – PTSD and pain sensitisation in two Scandinavian samples referred for pain rehabilitation*. *Scandinavian Journal of Pain*, 3, 39-43.
- Ellegaard H (2013). *Stress, depression og langvarige lænderygsmerter*. *Psykoterapeuten* nr. 3, oktober 2013.
- Ellegaard H, Andersen TE, Manniche C (2013). *A randomized trial at the Spine Center of Southern Denmark: Low back pain and Post Traumatic Stress. Psychotherapeutic interventions in the multidisciplinary treatment*. Abstract Global Spine Congress, Hong Kong 2013.
- Ellegaard H, Pedersen BD (2012). *Stress is dominant in patients with depression and chronic low back pain. A qualitative study of psychotherapeutic interventions for patients with non-specific low back pain of 3-12 months' duration*. *BMC Musculoskeletal Disorders* 2012, 13:166.
- Kessler RC et al (2005). *Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication*. *Arch Gen Psychiatry*. 2005 jun;62(6):593-602.
- Kolk, Bessel A van der (2006). *Clinical Implications of Neuroscience Research in PTSD*. *Ann N. Y. Acad. Sci.* 1071: 277-293.
- Levine PA (2001). *Væk Tigeren*. København, Borgen.
- Levine PA (2012). *Den tause stemme. Hvordan kroppens sprog kan opløse traumer og skabe velvære*. København, Hans Reitzels Forlag.
- Lund M et al (2008). *MTV om behandling og rehabilitering af PTSD – herunder traumatiserede flygtninge*. Region Syddanmark, Center for Kvalitet.
- Poole Heller D, Heller LS (2005). *Traumeheling. Guide til forløsning af traumer efter trafikuheld og andre ulykker*. København, Borgen.



Hanne Ellegaard. Psykoterapeut MPF. Diplomeret gestaltterapeut fra Nordisk Gestalt Institut. Uddannet chok-traumeterapeut/Somatic Experiencing® Practitioner (SE). Basisuddannelse som sygeplejerske. Ansat i Rygcenter Syddanmark, Middelfart, som psykoterapeut med delvis udviklings- og forskningsfunktion. Desuden privatpraktiserende. hanne.elle@gmail.com

DEN KROPPSYKOLOGISKE INDFALDSVINKEL TIL ARBEJDET MED PTSD OG JEG'ET

Tekst: **Ditte Marcher og Lene Wisbom**
Tegninger: **Jens Lund**

Siden midten af 1980'erne har Bodydynamic systemet udviklet veje til at arbejde med traumer og stressrelaterede tilstande gennem at inddrage kroppen på meget konkrete, fysiske måder. Med denne artikel vil vi beskrive arbejdet med de dele af jeg'et, der splintres i chok.

Bodydynamic International har gennem fire årtier samlet viden, samarbejdet og udviklet metoder sammen med andre kendte traumespecialister og udviklet en kognitiv somatisk psykoterapeutisk metode. Som andre kroppsykologiske traumesystemer arbejder vi med nervesystemets reaktioner og reflekser.

Den grundlæggende filosofi i Bodydynamic er, at vi alle har en indre unik balance mellem *værdighed* og *samhørighed*, som bliver udfordret af hændelser i vores livsforløb, og det er genoprettelsen af denne balance, vi arbejder ud fra.

Gennem arbejdet med de sunde reflekser genskabes kroppens basale evne til at skifte mellem parathed til aktivitet og handling (det sympatiske nervesystem) og at være i hvile og ro (det parasympatiske nervesystem). Et af symptomerne i PTSD er, at balancen mellem disse to nervesystemer ikke fungerer optimalt eller meget dårligt, med alvorlige fysiologiske konsekvenser for den pågældende.

Vores mål er at afhjælpe virkningerne af et choktraume/PTSD og samtidig at udvikle nye kognitive, emotionelle og kropslige ressourcer samt handlefærdigheder, så klienten kan blive bedre til at være foku-

seret i kontakt og udvide sine handlemuligheder, også når energien bliver høj. Vi opnår dette dels gennem konkret træning i kognitive, emotionelle og kropslige færdigheder, så jeg'ets kapacitet genskabes, og dels gennem udvidelse af evnen til at handle på nye måder med fokus på ressourcerne i menneskers chokreaktioner. Fokus i denne artikel vil være teorien og tanker bag den kroppsykologiske specifikke arbejdsmetode Bodydynamic-terapeuter bruger på forskellig vis til reorientering af jeg'et efter et traume.

JEG'ET OG MIG'ET I BODYDYNAMIC

Jeg'et består af kombinationen af karakterstrukturer (forsvarsstrukturer) og jeg-funktioner (færdigheder i jeg'et), som er to grundpiller i Bodydynamics kroppsykologiske forståelse. Koblingen af børns psykomotoriske udvikling og mange års empirisk undersøgelse af de følelsesmæssige reaktioner er sat i system i Bodydynamics karakterteori og de 11 jeg-funktioner. Vores påstand og erfaring er, at musklerne i vores krop varetager sociale, følelsesmæssige, kognitive og fysiske funktioner for jeg'et. Gennem træning af muskler og refleksbevægelser udvides jeg'ets færdigheder og kapacitet til at være i højt energiniveau. I forbindelse med chokbegivenheder bliver jeg'et udsat for stor energiintensitet og ofte mere, end jeg'et kan kapere med de ressourcer, færdigheder og forsvarsstrategier, der er tilgængelige.

Mig'et er større og har en anden kompetence end jeg'et. Det er den del af personligheden, der blandt andet tager over i en situation, når det gælder liv og død, når der skal

handles hurtigere end jeg'et er i stand til, for at personen kan overleve, og for at kunne 'være i højt energiniveau'. Mig'et handler ud fra instinkter, reflekssystemer, gen-viden og automatiserede færdigheder samt viden fra det kollektivt ubevidste. Gennem arbejdet med mig'ets strategier kan vi komme i kontakt med dybe essentielle kræfter i mennesket, og den grundlæggende færdighed i at handle inde fra kernen ud i kontakt i en form for balance genoprettes.

Når intensiteten bliver for høj for jeg'et, sker et skift af styringen til mig'et, og jeg'ets oplevelse af integritet sprænges.

JEG'ET SPLINTRES - ET BILLEDE

Du står på et stort stykke papir, der beskriver dig jeg med alle dets færdigheder, forsvarsmønstre og glemte potentialer. Et jeg, der fungerer rimeligt godt i hverdagen, og som man har lært at leve med. Det her stykke papir er genkendeligt, men når der er noget, der presser en, falder man ud af sit jeg og ind i mig'et med de fem delelementer: instinkter, forfædres viden, kollektiv bevidsthed, automatiserede færdigheder og komponenter af noget spirituelt. Billedligt talt bliver papiret revet i stykker og stykkerne spredt for alle vinde. Nogle stykker tæt ved, andre blæst langt væk.

Når man kommer tilbage til jeg'et, er det sprængt – i stykker. Det kan være revet i få eller mange stykker. Når man prøver at sætte det sammen igen, kan det tage lang tid, og papiret bliver aldrig det samme igen. Derfor oplever mange efterfølgende en ændring af deres liv og beskriver, at traumat har ødelagt deres liv, mens det for andre har været en gave.

Tesen og erfaringen er, at personen altid vil opleve, at de har forandret sig, og det grundlæggende arbejde i terapi er at sætte papiret sammen på en ny måde!

DE FEM JEG-ASPEKTER

Hele figur 1 er et billede af en personlighed:

Mig'et er der fra undfangelsen, og bevidstheden omkring det kan udvides gennem hele livet. Mig'et har hurtige og ubevidste strategier, som er ud over jeg'ernes færdigheder.

Krops-jeg'et udvikles fra før fødslen, og med det begriber vi verden gennem vores kropslige sansning og psyko-motoriske sansning.

Individ-jeg'et dannes fra 2-års alderen gennem individualisations- og separationsprocesser og er den instans, hvormed vi bliver bevidste om, at jeg er mig som individ forskellig fra og adskilt fra andre.

Rolle-jeg'et udvikles fra 3-års alderen og er den instans, hvormed vi kan påtage os roller og fylde dem ud i social kontakt.

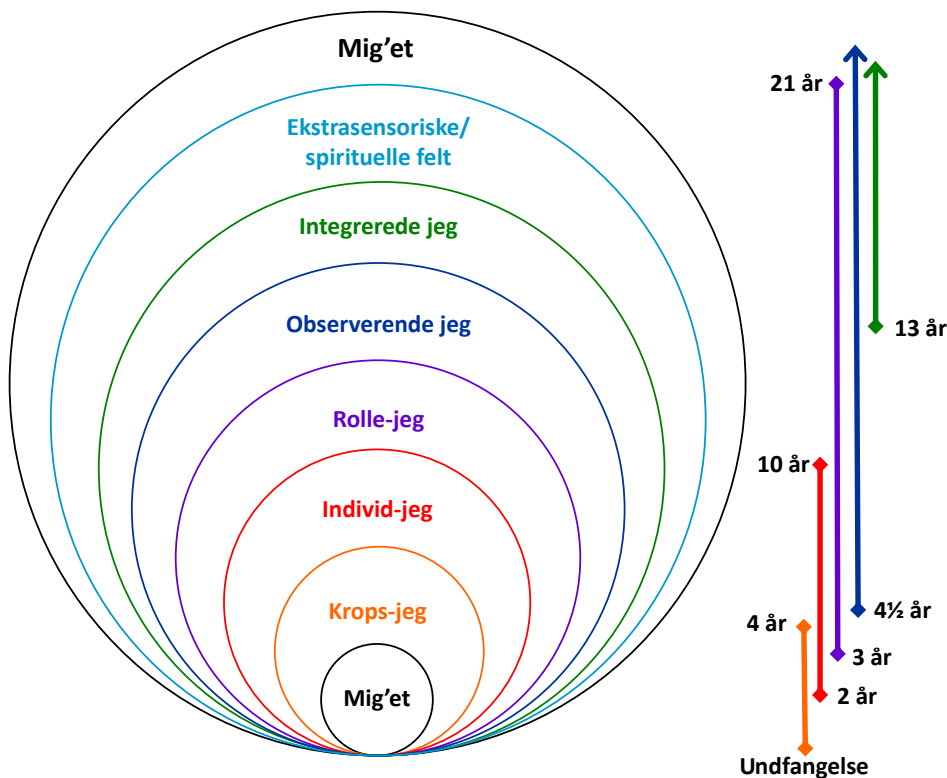
Observerende jeg har en funktion til alle de tre foregående jeg-aspekter og er den instans, der kan iagttage det, vi gør, mens vi gør det.

Integrerede jeg starter i teenagealderen og er den del, der integrerer de fire jeg'er ind i voksenforståelsen.

BROEN MELLEM JEG'ET OG MIG'ET

I slut 1990'erne begyndte forskere og forfattere at beskrive forskellige fænomener fra hjerneforskningen, som fik stor betydning for Bodydynamics videreudvikling af choktraumeterapien.

Tor Nørretranders beskriver i sin bog *Mærk verden*, at Benjamin Libet var den første, der beskrev og undersøgte den '0.55 sekunder' forsinkelse, der indtræder mellem en impuls til handling og en bevidst handling, at vores bevidsthed reagerer med et halvt sekunds forsinkelse. Libet siger: "Bevidsthed kan ikke begynde en handling, men den kan beslutte at handlingen ikke skal føres ud i livet". (Nørretranders 1993 s.291). Andre forskeres undersøgelser har vist, at når man rører folk kropsligt, så udløses der aktivitet i hjernen uden det halve sekunds forsinkelse – altså før din bevidsthed er klar over det. I livstruende situationer reagerer du, før du tænker, dvs. før det halve sekunds forsinkelse, og reagerer fra en højere instans – mig'et.



Figur 1. Model over de 5 Jeg'er
©Bodydynamic International

Chok rammer den fundamentale evne til at holde sig samlet i personligheden, og derved rammes færdigheder som centrering, jordforbindelse, grænser og energimestring. Ved arbejdet med kroppen og bevidstheden om sammenhængen mellem kroppens impulser og den forsinkede bevidste tanke trænes en bro mellem mig'ets ubevidste hurtige strategier og jeg'ets beviste færdigheder. Herved skabes nyorientering og mulighed for at finde en ny måde at være i verden på med et styrket jeg.

Her en beskrivelse fra en klient, der i choksituationen reagerer genialt fra mig'ets automatiske indlæringskapacitet, og som først huskede det i terapirummets trygge ramme ved langsomt at nærme sig traumehisto-

riens forskellige brikker, huske kroppens reaktioner og derved genskabe forbindelsen mellem mig'et, krops-jeg'et og derved hukommelsen og bevidstheden.

"I terapi nærmede jeg mig situationen langsomt – skridt for skridt – og hver gang jeg havde reaktioner, som min terapeut kunne se, blev jeg stoppet, rummede min hjertebanken, kuldegysninger, talte om trygt sted, mærkede på impulsen til at løbe, og langsomt kunne jeg mærke, hvordan min krop 'overlevede' – ved rullefald – gang på gang – en teknik, jeg

havde lært som 11-årig i judo. Hver gang jeg blev slået omkuld, fulgte min krop retningen og gav slip, faldt om i et forlæns rul med skråt bøjet hoved og arm op foran som beskyttelse og op igen. I de sekunder denne kropslige geniale reaktion mærkedes i kroppen igen, blev jeg så stolt og glad. I dagene efter kunne jeg mærke, at kroppen knejsede sig på en anden måde, og hovedet mærkedes mere klart."

Den ressourceorienterede træning af muskler og reflekser bygger på en grundlæggende viden om, at kroppen har ressourcerne inden inde i sig. Det er en kapacitet, der hjælper os til både at håndtere ekstreme situationer og almindelige hverdagsituationer.

HELING AF PTSD OG DERVED JEG'ET

Nogle chok og traumer kommer vi igennem, uden at jeg'et splintres, og udvikler ikke PTSD, selvom vores liv forandres. I de hændelser, hvor jeg'et ikke kan rumme energiintensiteten, kan vi udvikle PTSD. Der kan ske det, at de forsvarsmønstre, vi kender og er vant til at bruge inden en traumatisk hændelse, sprænges i chok, og når man så kommer tilbage igen, lander man langsomt tilbage inde i jeg'et, hvor nogle af de kendte forsvarsmekanismer er gjort 'uansvarlige'.

Målet er at få jeg'et til at forstå, begribe og integrere det, så det ikke er en splittet del af mig, men at det kommer ind i alle færdighederne af, hvordan jeg har oplevet mig selv i verden, og få integreret denne nye viden. At lære jeg'et, at der er noget, der er større end jeg'erne, og derfor blive i stand til at læne sig ind i mig'et. Lære at tro på det sted er genialt – mig'ets genialitet – for jeg sidder jo her og har overlevet. Det skal kunne begribes kognitivt og rummes med følelserne og kroppen.

Hjernen kan sammenlignes med en computer. Jo hurtigere den skal køre, jo mere pres der er på. Jo flere åbne programmer, des mere hukommelse bruges, og jo langsommere fungerer computeren, og til sidst står den af. Det vil tage et stykke tid, før der er adgang til den igen, og måske er der sket skade med nogle af programmerne, en virus har angrebet, eller filerne, vi skrev i, er væk. Hjernen ligner. Jo flere ting man har gang i, jo langsommere er hjernen. I truende situationer kan de kognitive strukturer arbejde for langsomt, og hjernen begynder automatisk at lukke dele af, og andre dele tager over (hjernestamme, instinkter, mig'et) og arbejder for dig, uden at du (jeg'et) har adgang. Når faren er overstået, og vi begynder at lande i virkeligheden, er det som at åbne computeren igen. I noget tid sker der noget inde i computeren, men dele af den kan du ikke få adgang til på grund af skader på harddisken eller virussen.

Jeg'et begynder også langsomt at fungere igen, men der er dele af dine færdigheder, der er skjult, og man kan ikke se eller forstå det. Der kan gå seks måneder, der kan gå et år, to år – der kan gå mange år, og det er det, vi har set med soldater – der kan gå helt op til 13 år, før

denne her virus gør, at computeren/soldaten brænder sammen.

Så hvis vi sammenligner PTSD-tilstande med virustilstande i en computer, er arbejdet at finde virussen, inden hele computeren står af.

ET TERAPIFORLØB

A. At forstå traumet og blive mødt

Hvis traumehændelsen er sket inden for de sidste cirka tre måneder, har klienten stadig ofte brug for at fortælle hele historien i detaljer med alle følelser og blive mødt både på selve historien og følelserne.

Hvis traumehændelsen er sket for mere end tre måneder siden, er det hensigtsmæssigt, at klienten holder sig til facts. I denne situation vil en genfortælling med følelser og detaljer gøre, at klienten går ind i genoplevelsen af traumet, med alle fysiske og følelsesmæssige reaktioner. Vi risikerer at retraumatisere klienten, og ved kun at bede om faktuelle facts holder klienten sig på et mere kognitivt udramatisk niveau.

"I starten fortalte jeg min historie hele tiden; også selvom jeg faktisk ikke kunne huske ret meget. Det var ligesom at fortælle en spændende dramatisk historie, og jeg fik en masse opmærksomhed. Efterhånden fandt jeg ud af, at opmærksomheden gik til historien, og hvad det vækkede i den, jeg fortalte den til, og egentlig ikke opmærksomhed til mig, og mange tog afstand. Og jeg begyndte at opdage, at når jeg havde fortalt den, blev jeg ked af det, fik søvnbesvær, flashbacks og isolerede mig mere. Så på et tidspunkt havde jeg slet ikke lyst til at fortælle den. Det blev for meget!"

B. Mestringsstrategier

Her lærer vi klienten visse basisfærdigheder som grounding, centrering, energimestring og afgrænsning – fire af de 11 jeg-funktioner. Gennem specifikke kropsovelser, som referer til bestemte psykologiske temaer, genopretter noget af forbindelse mellem hoved, krop og dissociative tilstande. Derudover giver træningen i basisfærdighederne en mulighed for at opbygge glemte ressourcer eller finde nye.

I arbejdet med chok er netværk vigtigt. Det er vigtigt at have trygge personer at være med, eller som kan kontaktes. I denne del af processen arbejdes også med jefunktionen tilknytning.

C. Sikkert sted og trygge personer

Betydningen af at finde sit sikre sted og trygge personer – i nutiden og måske i fortiden – er vitalt for vores arbejds metode. Når jeg'et splintres og integriteten sprænges, oplever personen sig alene og utryg, verden er blevet et utrygt sted at være, og arbejdet med at genskabe samhørighed med verden, andre mennesker og sig selv giver tryghed, og nyindlæring kan starte.

I terapirummet bruges menneskets unikke evne til at visualisere, så når hjertet begynder at hamre, hænderne bliver klamme, hovedet bliver tomt osv., beder vi klienten huske det sikre sted og trygge personer og ”løbe derhen”, og det virker ofte. Hjertet falder til ro, og vi kan begynde at tale om, hvad skete der lige der, hvordan føltes det, hvad sanser du osv.

D. Erkende peak-delen af mestringsstrategierne

Peak/højdepunktsoplevelser defineres i Bodydynamic som en højintensiv oplevelse med skærpede sanser, forandret tidsfornemmelse, spirituel åbning og en stærk lykkefølelse. I nogle af overlevelsstrategierne ligger der peak, der uvilkarligt er bundet ind i chokhændelsen. Peak i chok kan være det øjeblik, man er klar over, at man kom igennem det, at man ikke døde, at man ekspanderede ud i det spirituelle. Den kraft og energi fra peak'et bevidstgøres og bringes med ind her og nu.

På vejen tilbage til kroppen fra peak'et tages en beslutning med kraftig spirituel energi. I første omgang sanses og erkendes selve peak-delen, og i næste fase arbejdes med beslutningen.

Et chok kan bestå af flere delchok og derved flere chokkerner og flere peaks. I kernen af hvert chok ligger overlevelsstrategier, peak og beslutninger.

PTSD OG FØRTIDSPENSION

Stress-traumer sender tusindvis på førtidspension

Knap hver tiende, der får tilkendt førtidspension, lider af PTSD. For skizofreni er det kun halvt så mange.

Angst, søvnproblemer, koncentrationsbesvær og mareridt. Symptomerne på posttraumatisk stress-syndrom (PTSD) er for mange patienter så voldsomme, at lidelsen for syvende år i træk er den, der sender flest på førtidspension. Det skriver Politiken lørdag. Ifølge Psykiatrifonden og fagforeningen FOA er det ikke kun torturofre og krigsveteraner, der pådrager sig stresstraumer, men blandt andet også brandmænd, betjente og buschauffører.

Hver tiende førtidspensionist har PTSD. Siden 2007 har 8652 danskere været så plaget af deres stresstraume, at de er fundet ude af stand til at arbejde, viser tal fra Ankestyrelsen. Det svarer til, at knap hver tiende, der får tilkendt førtidspension, lider af PTSD. Skizofreni fører kun til halvt så mange førtidspensionister som PTSD.

/ritzau/ 20. juni 2014. DRs hjemmeside. Uddrag.

E. 'Kernebeslutningerne'

Når vi lander, er der et tidsrum, hvor vi ikke bruger mig'et og endnu ikke har aktiveret jeg'et, hvor man er i 'no mans land' i en periode, og her tager man beslutninger – kernebeslutninger, som handler om: ”Jeg vil hellere dø end ...”, ”Jeg vil aldrig, aldrig ...”. De er så klart definerede om alt eller intet, så de næsten ikke kan røres: Jeg vil aldrig derud igen – jeg vil aldrig mere være tæt på – vil hellere dø end have nærhed. De kernebeslutninger kan ikke bare forandres. Arbejdet med dem handler om

”Da jeg’et ikke var til stede ved begivenheden, kan jeg’et ikke huske, hvad der skete - men ved at få hjælp af nogen udefra, der kan støtte op i at tænke logisk, kommer noget af erindringen frem i jeg’et, dele af hændelsen huskes pludselig, og så komme hele forklaringen/logikken i hændelsen tilbage.

at gå med dem og undersøge, hvad man får ud af at holde fast i disse beslutninger.

Kernebeslutninger er ikke kodninger i vores udviklingsmønstre, men er dybe *in-print*, der kommer til at ligge dybt i os – som et brændemærke. Hvis energien begynder at stige, kan jeg’et ikke rumme det, hvorfor man ryger retur til *no mans land*. Derinde vil man til at handle i forhold til beslutningen, der aktiverer de PTSD-dannede automatiserede færdigheder. Færdigheder, der er blevet låst, så man re-handler/går ind i det samme mønster/oplevelse, og det kan man gøre rigtigt mange gange. Kun ved at styrke jeg’et og få nye automatiserede færdigheder fra jeg’et, der kan gå ind i mig’et, begynder PTSD reaktionsmønstrene at ændre sig.

Da det er beslutninger, bygget på beslutninger, der ender i kernebeslutninger, handler arbejdet ikke om at ændre beslutningerne, kun at undersøge og synliggøre dem. Det at bevidstgøre beslutningerne giver naturligvis også en forandring, men siger du til folk, at de skal forandres, har man allerede lavet et nyt forsvar for at undgå forandringen.

Når der arbejdes med de låste steder, og folk udtrykker, at de vil forandre det, skal de stoppes og gøres opmærksomme på, at vi bare skal undersøge, klargøre og prøve at være med dem, uden at gøre dem rigtige eller forkerte. Bare være med dem og tage ejerskab. Så snart vi opdager vores låsninger og bevidstgør dem, både kognitivt og kropsligt, forsvinder den ubevidste brug af dem, og de er ikke mere automatiserede. De er blevet bevidste, og man kan derfor vælge at bruge dem eller lade være.

F. Arbejdet med hukommelsessporene

Da jeg’et ikke var til stede ved begivenheden, kan jeg’et ikke huske, hvad der skete – men ved at få hjælp af nogen udefra, der kan støtte op i at tænke logisk, kommer noget af erindringen frem i jeg’et, dele af hændelsen huskes pludselig, og så kommer hele forklaringen/logikken i hændelsen tilbage.

Det er ikke vigtigt at huske hele historien, men at huske de ting, der giver en mening og helhed inden i personen, som giver en forståelse for de steder, hvor man har skyld og skam, hvor man gjorde noget, der ikke var ok for jeg’et. Integrationsarbejdet vil være at mærke, at det var ok, fordi det netop var dét, der fik mig til at overleve/komme igennem det.

Erindringer sætter sig mange steder. Vi har brug for kropslige erindringer og kognitive forklaringer – vi har brug for mange lag af erindringer for at blive genintegreret. Nogle mennesker er enormt klare i detaljer, kan tale om dem, men mangler kropslig erindring og skal hjælpes til den erindring. Andre skal hjælpes til den intellektuelle forståelse. Mange husker ikke så meget, men får ufatteligt mange kropslige reaktioner, fx tics, kropslige symptomer, som de ikke kan sætte sammen med det, de husker.

Erfaringen er, at det handler om, hvilke forsvarsmønstre vi kom fra i jeg’et, og hvordan vi lagrer det.

Alle nye automatiserede færdigheder kan kun skabes gennem jeg’et, hvorfor det er vigtigt at arbejde med kropslige færdigheder og bevidstheden ind i de psykologiske temaer (karakterstrukturerne).

ARBEJDET MED FØLELSER, DER TAGER OVER

Alle emotioner har en kropslig reaktion i sig, som har betydning for gruppens interageren og overlevelse. Glæde åbner os, vrede stopper os op og lukker af, ked af det sænker energiniveau og gør os sårbare, afsky giver os brækfølelser og lyst til at skubbe væk, bange får energien til at rejse sig, og vi ser os rundt, sensualitet/seksualitet rejser lyst til at røre og knytte sig og være tæt, og skam kan enten rejse energi, vi rødmer og ser væk, eller lægge energien ned, vi bliver blege, får kolde hænder, bøjer hovedet og ville helst gemme os.

Gennem hele terapiforløbet arbejdes med både de hurtigere, mere irrationelle følelsesmæssige sensoriske input og de mere bevidste følelsesmæssige erfaringer

STRATEGIER TIL AT AFSLUTTE CHOKARBEJDET

Reorienteringen ind i det nye, integrationen af nye færdigheder og at finde nye veje at komme tilbage tager sin tid og kan hjælpes på vej ved ritualer, som fx at skrive en seddel og hænge den på køleskabet: "Husk at sige stop", "Husk at trække vejret", gå sin daglige tur langs vandet, bede sin ven ringe hver uge for kontinuerlig kontakt osv.

Hver gang vi laver noget, vi kender, som er godt for os, husker kroppen, trygheden forøges og nyorienteringen konsolideres.

At arbejde med PTSD er at arbejde med mange lag i et menneske. Hvis PTSD virkelig er landet i en, er noget slået ihjel i forhold til det liv, man havde. Man får aldrig det liv tilbage, og man mister noget uskyld hver gang. Man skal skabe et nyt liv, og der skal mange elementer til.

LITTERATUR

Bodydynamic International, Steen Jørgensen (red.): *Manual til Modul 1.3.* udg., 2. opl. Forlaget Kreatik 2003.

Brantbjerg, Merete Holm og Ditte Marcher: *Ressourcer i chokmestring – Vejen til et ressourceorienteret perspektiv på chok.* Forlaget Kreatik 2004.

Marcher, Lisbeth og Sonja Fich: *Body Encyklopædi 1 – Hvordan den psykologiske udvikling fæster sig i kroppen.* Bodydynamic Bøger 2013.

Nørretranders, Tor: *Mærk verden.* 21. udg., 3. opl. Gyldendal 1993



Lene Wisbom, f. 1955, psykoterapeut MPF og EABP, er Bodydynamic Analytiker, seniortræner, supervisor og traumespecialist samt står for systemiske gruppeprocesser. Har klinik i København. Er del af et koordinatorteam for Bodydynamic uddannelserne i Danmark og underviser på uddannelserne internationalt.



Ditte Marcher, f. 1959, seniortræner og CEO for Bodydynamic International ApS. Fungerer som underviser, managementkonsulent, terapeut og supervisor. Specialist i arbejde med chok og PTSD. Hun arbejder derudover med veteraner og unge. Sidder i Forum Executive Committee, EABP.

BEHØVER DET AT GØRE ONDT?

Tekst: **Else Baden-Jensen**

Behandling af PTSD med TAT

Jeg er noget ydmyg i forhold til, at jeg nu kaster mig ud i at skrive en artikel om PTSD. Jeg er jo hverken forsker eller har studeret i udlandet. Jeg er bare en psykoterapeut på gulvet, der har haft nogle tanker og har fundet nogle veje at gå. Så – det må jo så være sådan. Det, jeg gerne vil med artiklen, er at dele mine tanker og oplevelser omkring PTSD og et virksomt værktøj i det terapeutiske arbejde med tilstanden.

I min optik så har vi alle sammen PTSD. Som Susanne van Deurs i sidste nummer af *Tidsskrift for Psykoterapi* citerer Wikipedia for om PTSD, så er det "en psykisk tilstand, der kan opstå efter hændelser, hvor menneskets psykiske kapacitetssystem ikke kan håndtere oplevelsen". For hvad vil det sige, at vores kapacitetssystem ikke kan håndtere hændelsen? Hvornår er vi sunde, og hvornår bliver vi skæve, fordi vores system ikke kan håndtere voldsomme hændelser? Hvad er de t, der gør, at nogle bliver skadede og andre ikke? Og hvad skal der til for at blive sig selv igen?

Vi ved alle som psykoterapeuter, hvad traumer er. En måde at beskrive traumer på kunne være, at alle de oplevelser, som vi ikke harmonisk vokser og udvikler os af, er traumer. Jeg forklarer ofte klienter, at et traume er, når ens følelsesvæsen eller energetiske system ligesom får et slag, og man så naturligt kryber lidt sammen, fordi det gør ondt og af frygt for flere slag. Hvis forkrampetheden fortager sig hurtigt, og man retter sig ud og bliver helt sig selv igen, og måske endda har lært noget konstruktivt, ja, så er man sund igen og er måske endda vokset. Men hvis man bliver i sin forkrampethed i en eller anden udstrækning, så har man en skade – en *Post Traumatisk Stress Disorder* – en stress-ubalance efter et traume.

Er det ikke sådanne skader, vi alle arbejder med i os selv – og i vores klienter?

OPHOBNING AF TRAUMER

Denne kryben sammen gør, at når vi går videre i livet, er vi ikke længere helt i balance med os selv. Hvor mange traumer har vi typisk fået? Tre eller 10 eller 100 eller flere? De kan jo stable sig op i forskellige bunker afhængigt af indhold, og måske er det lige den sidste traumeoplevelse i stablen, der får os til at vælte? Dråben, der får bægret til at flyde over, selvom vi måske ikke mærkede, at glasset var fuldt. For vi har jo kompenseret, det bedste vi har lært, så vi mærker måske ikke, hvor meget vi har på lager.

Vores system prøver at tilpasse sig, så vi kan leve så normalt et liv som muligt. Men når vi ser på, hvad skaderne og skævhederne får os og vores klienter til at gøre, ja, så kan man få ondt i hjertet – misbrug, raseri og psykisk vold, kulde og 'ondskab' – I ved det selv. Er det ikke bare, fordi vores samfund har defineret mange af disse reaktioner som inden for rammerne af, hvad man anser for relativt normalt? Man definerer det oftest ikke som sygt og undlader at erkende, at den skadedes "kapacitetssystem ikke kan håndtere oplevelsen".

Hvad med den tankegang, at denne kryben sammen i det følelsesmæssige og energetiske system kan påvirke vores fysiske krop og medføre fysiske skader, der på sigt kan vise sig som sygdomme forskellige steder i kroppen, lige fra rygsmerter til migræne og måske endda til kræft? Er det måske inden for eller uden for rammen af, at det "psykiske kapacitetssystem ikke kan håndtere

oplevelsen"? Er det mere acceptabelt at blive syg end at handle uacceptabelt?

KRIGSSKADER

Der er jo en grund til, at PTSD-begrebet er blevet så udbredt, som det er. Uden at have søgt i de historiske arkiver er det min opfattelse, at PTSD først rigtigt bliver anvendt efter Vietnamkrigen i forhold til krigsveteranerne, der kom hjem og havde det så dårligt. Men jeg ved, at man allerede efter 1. verdenskrig snakkede om granatchok, det var vel det samme. Med krigsveteranerne stod man med tidligere velfungerende mennesker, der efter krigens rædsler var blevet følelsesmæssige invalider, der ikke kunne fungere i deres liv. Angstanfald, *flashbacks*, søvnproblemer og voldsomme kropslige reaktioner gjorde deres liv til et helvede. Her var der et meget tydeligt 'før' og 'efter', som gjorde det synligt for alle, at det var en psykisk oplevelse, der gjorde den store forskel. Min fornemmelse er, at man i den offentlige mening tidligere har tænkt, at det der med barndomstraumer og terapi, det var kun for de skøre, og psykisk vold var da kun noget man så på film. Men med PTSD-begrebet kommer sammenhængen mellem psykiske hændelser og de deraf kommende voldsomme psykiske og fysiske reaktioner ind i den offentlige mening som acceptable parametre.

Ikke alle krigsveteraner fik PTSD, selvom de oplevede de samme ting. Jeg tror, at det hænger sammen med flere ting: Vi fødes ikke ens. Vi arver, ud over vores fysiske gener, også psykiske kvaliteter fra vores forældre, såsom robusthed eller sårhed, viljestyrke og målrettedhed og meget andet. Nogle af disse kvaliteter vil gøre os mere eller mindre egnede til at overkomme og integrere voldsomme oplevelser. Nyere undersøgelser viser, at vi måske endda arver nogle af vores forældres traumer – en slags disposition til at opleve bestemte ting.

Et andet aspekt er den mængde af delvist kompenserede traumeoplevelser, vi har på lager. Jo højere stabler eller jo mindre bearbejdede og kompenserede de opstabilede traumeoplevelser er, jo mere bliver vi ramt. Det betyder også noget for graden af ramthed, hvor meget det nye traume ligner et gammelt traume på lageret.

Et tredje aspekt kan være, hvor meget vi har arbejdet med os selv i forhold til at kunne overkomme vanskelige situationer bedst muligt. Altså en træning, hvor vi bevidst har opsøgt situationer, der stresser, og bevidst holdt balancen. En optræning af fleksibilitet i krop og psyke.

Hvor meget balance vi i forvejen er i, når traumet rammer, er selvfølgelig vigtigt – jo mere vi er i ubalance, jo hårdere rammer det. Traumets voldsomhed her og nu har naturligvis også en afgørende indflydelse. Og kvaliteten af støtte før, under og efter traumet har bestemt også betydning for, hvor hårdt man bliver ramt.

Min forståelse er, at de oven for beskrevne aspekter, som traditionelt er knyttet til PTSD-traumer, er de samme, som influerer på, hvor skadet vi bliver af almindelige små og store traumer i vores daglige liv.

BEHANDLING

Det fortvivlende ved de PTSD-skadede krigsveteraner var, at man behandlingsmæssigt stort set ikke kunne stille noget op. Som jeg har forstået det, har man forsøgt sig med forskellige behandlinger ud over medicinering, (der virker dårligt), bl.a. noget der ligner fobi-behandling i form af ekspositionsbehandling og desensibilisering, men desværre uden særligt gode resultater. Man har forsøgt at give veteranerne LSD, så de kunne overkomme at være i kontakt med deres frygtelige oplevelser pakket ind i LSD-tågerne og dermed kunne begynde at hele på det traume, de ellers forsøgte at holde på afstand. Det er jo det, der gør behandling af PTSD så vanskelig, at den skadede ikke kan holde ud at være i kontakt med erindringen og samtidig ikke har indre forsvarsværker nok til at holde oplevelsen væk fra bevidstheden. Alt i den ramte ønsker at komme væk fra at genopleve traumeoplevelsen, og samtidig er risikoen for retraumatisering ved fornyet voldsom kontakt til traumet til stede, og den skadedes system er klar over dette og modsætter sig at komme tæt på traumet.

Den almindelige forståelse af traumer og traumeheling er, at man skal i kontakt med traumet, for at det kan hele. Alfa og omega er at undgå retraumatisering. Jeg har ar-

bejdet med Peter Levines titreringsproces, og den virker – men den tager lang tid. Jeg har arbejdet med tankefeltterapi (TFT) og *Emotional Freedom Technique* (EFT), og jeg har oplevet, at det virker, og det er helt afgjort bedre og hurtigere. I TFT og EFT behandlinger er man også i en vis udstrækning i kontakt med traumat og får her hjælp fra energien fra akupunkturpunkterne og energisystemet til helingen. Jeg har selv med meget stort held brugt TFT og EFT til bl.a. mange tandlægeskrækpacienter, så de ofte er blevet kureret på ganske kort tid – tandlægeskræk er også PTSD, både i den almindelige forståelse af PTSD og i min bredere forståelse af begrebet. Der er en mængde videnskabeligt materiale, der viser den fantastiske effekt af TFT og EFT.

Min yndlingsmetode til behandling af PTSD – også det PTSD, som vi alle lider af, når vi har traumebaserede problemer – er og bliver *Tapas Acupressure Technique*, TAT.¹ TAT er ligesom TFT og EFT en energipsykologi teknik, hvilket betyder, at man aktiverer det energetiske system i kroppen gennem akupunkturpunkter og samtidig kontakter den psykologiske bevidsthed gennem ord og forståelse.



Tapas Fleming

I TAT holder man selv på nogle akupunkturpunkter på hovedet (det kaldes positionen) samtidig med, at man forholder sig til en sætning, som bliver læst højt for en, hvis det er terapi, eller som man selv læser, hvis det er

selvbehandling. Man sidder i positionen 30-60 sekunder og lader betydningen af sætningen sætte ens system i bevægelse og i heling. Man skal slappe helt af og undlade at prøve gøre sig umage eller at få noget til at ske. Problemet har man forinden lagt i en fiktiv 'gryde', som man kan pakke ned i en boks og lægge på bagsiden af månen, og derefter skal man overhovedet ikke tænke på problemet under resten af sessionen. Denne måde at hele traumer på må opleves som helt ude i hampen af alle, der er vant til at tro, at man skal arbejde sig igennem sine problemer, kæmpe med dem og lide, og at det nærmest skal være hårdt.

Mennesker, der laver TAT, kan bestemt også græde undervejs, men gråden stopper hurtigt af sig selv, når de er i positionen, og erindringer, der kan dukke op, opløses hurtigt og heler. Jeg havde en klient forleden, der, inden vi gik i gang, begyndte at græde af bevægelse over, at hun ikke skulle fokusere på det, hun ville arbejde med, og over ikke at skulle gøre sig umage. Bare det, at klienten ved, at det ikke koster energi at være i terapi, at man ikke skal i kontakt med det, man har forsøgt at løbe væk fra så længe, er en lettelse.

HVORDAN KAN TAT HELE TRAUMER?

Jeg vil starte med at sige: det ved jeg ikke, men det virker! På den anden side kan jeg prøve at sige lidt om, hvorfor jeg tror, at TAT virker så godt. Jeg oplever, at TAT ud over at gøre det, som så mange andre energipsykologiteknikker benytter sig af, nemlig at kombinere energi og psykologi, også inddrager menneskers spirituelle tilgang og en aktiv forholden sig til tilgivelser, og at dette øger helingspotentialet. I TAT har vi den forståelse, at hvis det var menneskers jeg, der kunne sørge for en heling af problemet, så havde jeg et ordnet problemet for længe siden. Vi tænker, at det er noget højere, større og kraftigere – det, nogle kalder Gud, eller "Det, der får sår til at hele og blomster til at gro" (Tapas Fleming) – der bevirker helingen. Man behøver ikke på nogen måde at være troende eller direkte at inddrage det spirituelle i terapien, det virker alligevel.

Man starter TAT-sessionen med at bevidne, at alt det, der ligger til grund for, at man lige nu har det problem,

¹ Tapas Fleming, bosiddende i Californien, har udviklet TAT gennem de sidste 21 år, har undervist i Danmark to gange og kommer igen til november. Hun har med stort held arbejdet med PTSD diagnosticerede krigsveteraner, både individuelt og i gruppe. 3-10 sessioner er almindeligt, og sessioner med de pårørende, som har lidt under de ramte reaktioner, er ligeledes anbefalelsesværdigt.

som man har lagt ned i gryden, det er sket (engang). Man behøver ikke at vide, hvad det er, men det er nu kommet i fokus. Dette inkluderer også traumeoplevelser i stakken i ens ubevidste, ens forældres mulige traumer, tidligere liv (hvis man tror på sådan noget) og alt og alle, der har med problemet at gøre. Det, der skal bevirke helingen, ved godt, hvad der er vigtigt.

TAT-processen er et meget fint hele, og der er en indre logik i måden, sætningerne er sat sammen på. Der er 12-15 forskellige sætninger i en almindelig TAT-behandling. Man arbejder med klientens intention, men man skal ikke tro på sætningerne, kun lade dem være en mulighed. Hvis man ikke kan lade fx sætningen "Jeg tilgiver alle, som har såret mig i forhold til dette (som ligger nede i gryden), og ønsker dem kærlighed, lykke og fred" være en mulighed, så snakker vi om, hvordan vi kan gradbøje sætningen, så den kan blive acceptabel for klienten.

En væsentlig del af PTSD er, som mange mener, at noget af jeg'et bliver spaltet fra i traumet. TAT har en effektiv og elegant måde at hele denne spaltning på. TAT forholder sig til de steder, hvor traumet har været opbevaret, og heler således både det energetiske og det kropslige. I slutningen af sessionen tjekker man, om det, der var blevet lagt ned i gryden, nu er roligt og helet. Hvis ikke, så tager man en runde mere. I TAT bruger man til sidst at lade klienten træffe nye valg om, hvordan virkeligheden er nu, hvor helingen opleves som en realitet. Klienten tester i sin forestilling, om den nye måde at være 'sig selv og helet' fungerer som ønsket i forestillingen om dagligdagen, og hvis der er problemer med at få den nye positive vision til at passe ind i virkeligheden, så heles der på forhindringerne.

EFFEKT

Jeg vil ikke påstå, at TAT virker lige godt på alle. Min erfaring er, at hvis man er åben for, at TAT måske kunne virke og ligeledes er åben omkring det, vi kalder stoppe-re – som er fx 'Mit problem kan aldrig virkelig ændres, sådan er jeg bare' eller 'Måske virker det på andre, men ikke på mig' og lignende sætninger – så kan 95 procent af brugerne mærke en effekt allerede efter første gang.

Effekten er typisk ro og lettelse, håb og glæde. Og måske indsigt omkring, hvad problemet handler om. TAT er nemlig ikke bare healing, men bevidsthedsskabende og øger selvforståelsen.

En fantastisk ting ved TAT er, at det kan bruges i en gruppe. Alle deltagerne sidder hver for sig og arbejder med hvert deres problem. Nogle gange kan man også lave en session på én deltager i gruppen samtidig med, at folk arbejder med deres eget. Jeg har mange gange selv være terapeut i en TAT gruppesession og har oplevet de forbavsende helinger, der sker ude i kredsen. Mangeårige smerter forsvinder, selvværd ændres og lettelse, befrielse og aha-oplevelser er helt almindelige mirakler.

LITTERATUR

- Baden-Jensen, E (2013). *Heling er ikke jegets job*. TAT. Psykoterapeuten 1, 33-35.
- Feinstein, D (2008). *Energy Psychology in Disaster Relief*. *Traumatology*. 14(1), 124-137.
- Feinstein, D (2008). *Energy Psychology: A Review of the Preliminary Evidence*. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*. 45(2), 199-213.
- Feinstein, D (2012). *Acupoint stimulation in treating psychological disorders: Evidence of efficacy*. *Review of General Psychology*, 16, 364-380.
- Herman, Judith Lewis (1995). *I voldens kølvand*. Hans Reitzels Forlag.
- Levine, Peter A (2004). *Væk tigeren*. Borgen.
- Rankin, Lissa (2014): *Din selvhelbredende kraft*. Det Blå hus.



Else Baden-Jensen er psykoterapeut MPF og tandlæge. Ved siden af sit deltidsarbejde som tandlæge har hun i mange år arbejdet med psykoterapi. Hun er, ud over at være TAT® terapeut, den eneste certificerede TAT® instruktør i Danmark.

NÅR DET IKKE ER LYKKEN AT BLIVE MOR

Tekst: **Susanne Rose Brønnum**
Foto: **Susanne van Deurs**

Om efterfødselsreaktioner som følge af traumatiske oplevelser under graviditet, fødsel og barsel

At blive mor er i sig selv udfordrende, og mange kvinder udvikler psykiske og fysiske reaktioner med store konsekvenser for dem selv, for parforholdet og deres børn. I klassisk kriseteori skelnes mellem livskrise og traumatisk krise (Cullberg 2007). Siden 1980'erne er efterfødselsreaktioner overvejende blevet forstået som tegn på livskrise, der kunne føre til læring og udvikling, men også med risiko for et lavere funktionsniveau end før. Behandlingen var med psykodynamisk udgangspunkt ofte langvarig og involverede terapi på egne barndomsoplevelser og særligt forholdet til mor. Traumeaspektet blev dermed sekundært, selvom graviditet, fødsel og barsel ofte indebærer akutte hændelser, som kan opleves traumatiske og forårsage langvarig angst og depression.

Frekvensen af kvinders efterfødselsreaktioner i forbindelse med graviditet, fødsel og barsel angives så forskelligt som 5-25 %. Højest, når kvinderne selv vurderer graden af reaktioner, og lavest, når der kun medtages reaktioner, som opfylder gældende diagnosekriterier for fødselsdepression og PTSD.

Forskere hævder at det i praksis er svært at skelne mellem, hvornår efterfødselsreaktioner er tegn på udviklingskrise og hvornår tegn på psykisk sygdom. Det kritiseres, at diagnoser som fødselsdepression og PTSD gives på baggrund af meget uens kriterier, og at en del kvinder gives diagnoser uden fx at være klinisk syge (O'Hara og McCabe 2013). Siden indførelsen af begrebet efterfødselsreaktioner 1980'erne er der kommet ny viden om og øget fokus på betydningen af traumatiske hændelser gennem graviditet, fødsel og barsel. Mødet med liv og død kan igangsætte eksistentielle overvejelser, men kan også føre til forskellige grader af angst og depression.

Begrebet efterfødselsreaktioner blev 'opfundet' af GAIA-instituttet i Danmark i 1980'erne som betegnelse for både lette og mere alvorlige fysiske, psykiske og tankemæssige forstyrrelser i forbindelse med at blive mor. På trods af navnet optræder efterfødselsreaktioner allerede i tidsrummet fra graviditetens indtræden og til ca. et år efter fødslen, og begrebet betegner såvel udviklingskrise som psykisk sygdom (Lindved, K i Am-

mitzbøl 2012). Begrebet kritiseres af nogle for at være upræcist og ikke at skelne nok mellem udviklingskrise og psykisk sygdom (Ammitzbøl 2012).

Mange faktorer disponerer tilsammen for udvikling af efterfødselsreaktioner. I praksis ses ofte en blanding af genetisk sårbarhed, egen familiebaggrund, identitetsforandring, tab af frihed, eksistentielle overvejelser, traumatisk fødselsoplevelse, usikkerhed på hvordan et spædbarn passes og stor afstand mellem forventning og virkelighed (Modh et al 2011; O'Hara og McCabe, 2013; Brønnum 2013).

I nyere tid har traumeaspektet fået en mere fremtrædende rolle i forståelse og behandling af kvindernes ef-

terfødselsreaktioner. Diagnosen PTSD anvendes i stigende grad i forbindelse med fødsler. Hermed lægges fokus på at bearbejde selve den traumatiske hændelse, behandlingen er ofte af kort varighed og har ikke fokus på læring og personlig udvikling (Sundhedsstyrelsen 2009). I artiklen gøres rede for, hvorfor behandling af evt. traumatiske oplevelser giver mening, når en kvinde henvender sig med tegn på efterfødselsreaktion, vel

vidende at korttidsterapien har begrænsninger i forhold til dyberegående terapiforløb.

Efterfødselsreaktioner befinder sig i et krydsfelt mellem sundhedsfaglige og psykiatriske problemstillinger og personlig vækst og udvikling. Fagfolk strides om, hvad reaktionerne skal kaldes, og hvorvidt de er forårsaget af udviklingskrise eller psykisk sygdom (Ammitzbøll 2012).

Eftersom det almindeligvis antages, at årsagerne til efterfødselsreaktioner er multifaktorielle, og at det har stor betydning for kvinden, familien og ikke mindst spædbarnet, at hun hurtigt genvinder de nødvendige ressourcer til at være en tilstrækkeligt god mor, er der grund til at se nærmere på, hvilken behandling der bedst møder kvindernes behov.

Foruden kvindernes reaktioner er der hensynet til det nyfødte barns fysiske og psykiske trivsel og udvikling.

Et stigende antal nyfødte indlægges med trivselsproblemer, og det har, sammenholdt med nyere forskning i hjernens udvikling og tidlig tilknytning, betydet, at sundhedssektoren de sidste år har øget sit fokus på mødres og fædres trivsel i forbindelse med graviditet, fødsel og barsel.

Chok og traumer udgør kun del af efterfødselsreaktioner. I denne artikel prioriteres traumespektet, ligesom artiklen hovedsageligt tager udgangspunkt i kvindernes reaktioner. Fædre rammes også af efterfødselsreaktioner, men de afviger på væsentlige punkter fra kvindernes med hensyn til disponerende faktorer og reaktionernes udtryk. Jeg har derfor i denne artikel fravalgt at beskrive deres problemstillinger.

UTRYGGE OG KRISEPRÆGEDE

For mange kvinder er fødslen af eget barn hendes første erfaring med spædbørn overhovedet, hvilket ofte kan betyde en grundlæggende utryghed i forhold til helt elementære spørgsmål vedrørende barnets behov. I behandlingen af kvinder med efterfødselsreaktioner vil der derfor ikke sjældent være behov for rådgivning om amning eller andre emner vedrørende spædbarnets pasning. Kvinden vil desuden ofte have spørgsmål vedrørende fødslen og de fysiske forandringer, hun oplever. Samtidig med de sundhedsfaglige problematikker er graviditet, fødsel og barsel også en tid med store personlige forandringer og en gunstig periode for individuel vækst og udvikling.

I klinikken er kvinderne triste, trætte og usikre. De oplever det som umenneskeligt hårdt at være blevet forældre. På trods af massiv træthed har de svært ved at sove, og de beskriver, at de aldrig er blevet sig selv igen efter en fødsel, der godt kan ligge måneder og år før den første konsultation. De kan have svært ved at tale om eller tænke på fødslen uden igen at blive følelsesmæs-



Modelfoto: S. van Deurs

sigt overvældet, og de undgår veninder, der får børn. De beskriver, hvordan det bringer gråd eller irrationelt raseri frem, når de passerer det hospital, de fødte på. De forstår ikke selv deres adfærd og er ofte skamfulde over den manglende selvkontrol.

På trods af, at de fleste passer deres børn godt, mangler de selvtillid i deres nye rolle som mor. Mange anfører uopfordret, at de ikke føler kærlighed til deres børn, hvilket de har svært ved at tale om, og de kan have svært ved at rumme barnets skrig og gråd. Alligevel har de svært ved at overlade barnet til andre, og selv få lidt aflastning. I parforholdet er konfliktniveauet højt, og mange hævder, at de aldrig ville have fået børn, hvis de havde vidst, hvor svær en tid det ville blive. Mange er, inden de bliver mødre, vant til stor selvstændighed og frihed. De er opvokset i en tid med mange valgmuligheder og har ofte oplevet succes i forbindelse med studier og karriere. De er målrettede og vant til at tage ansvar og at have medindflydelse på de fleste forhold.

Mange er overraskede over, hvor hårdt ramt de er blevet. De ved ikke, hvad der skal til for at få det bedre, og de føler sig i forbindelse med graviditeten magtesløse i forhold til naturens kræfter.

CHOK OG TRAUMER

Siden indførelsen af begrebet efterfødselsreaktioner 1980'erne er der kommet ny viden om og øget fokus på betydningen af traumatiske hændelser gennem graviditet, fødsel og barsel. Mødet med liv og død kan igangsætte eksistentielle overvejelser, men kan også føre til forskellige grader af angst og depression.

Min erfaring er, at når kvinder er traumatiseret i et efterfødselsforløb, er fødslen kun én mulig årsag. Barselsperioden kendetegnes ved fraværet af faste rutiner samt måneders usikkerhed og søvnunderskud. Summen af hændelser, længden af den overvældende periode og hvor meget støtte, kvinden får, spiller ligeledes en stor rolle.

Med min jordemoderbaggrund har jeg altid haft fødslen og den tidlige barselstid i fokus, når kvinderne henvendte sig med efterfødselsreaktioner. At få barn er en

langvarig kropslig udfordring, hvor rationelle betragtninger ofte kommer til kort. Jeg har erfaret, at mange finder det skræmmende og overvældende at opleve styrken af naturens kræfter under en fødsel og måske for første gang i livet stifte bekendtskab med liv og død. I akutte situationer er der, trods kvaliteten af moderne svangreomsorg, ind imellem stadig livsfare

for mor og/eller barn, og selvom situationen ikke objektivt indebærer livsfare, kan nervesystemet alligevel reagere på, at hun selv oplever det sådan.

Enhver fødsel indebærer forhold, der vides at indebære risiko for udvikling af PTSD:

- Der sker ofte akutte, ikke forudsigelige hændelser, som kan være overvældende og hvor kvinden føler sig hjælpeløs eller magtesløs og handlingslammet.
- Forløbet kan indebære faktisk eller forestillet trussel om død, og hele forløbet er langvarigt og uden mange muligheder for at holde pause eller ligefrem stikke af undervejs, hvis det bliver for meget.
- Komplicerede fødselsforløb af alle slags, men i særdeleshed hvor kvinden har blødt meget, født for tidligt, oplevet store smerte eller følt sig svigtet og magtesløs, når der blev foretaget akut kejsersnit, eller hvor den nyfødte indlægges på børneafdeling, indebærer høj risiko for udvikling af PTSD

eller PTSD-lignende tilstande med høj *arousal* og dissociering. (Andersen et al; Hart, S.)

Opholdet på barselsgangen skulle gerne bidrage med tilstrækkelig støtte, ro og empati til, at kvinden kan fordøje de traumatiske oplevelser, og nervesystemet kan falde til ro. Virkeligheden i sundhedsvæsenet er dog alt for ofte en så presset hverdag, at kvinderne overlades alt for meget til sig selv. Et barselsforløb indebærer sjældnere akutte situationer. Men når det kompliceres af fx ammeproblemer eller en syg nyfødt, kan det i kombination med udmattelse, usikkerhed og smerter være helt uoverskueligt for kvinden. Mange finder det meget sværere at være konstant til rådighed for et andet menneske, end de havde troet. De er ikke forberedt på, hvor hårde de første måneder kan være, og hvor lidt anerkendelse de får ud af anstrengelserne. Ved ubehandlede traumer kan det være særdeles svært for kvinden at have ressourcer til at håndtere situationen på en tilfredsstillende måde, og hun klager ofte over, at hun ikke føler sig som mor.

TRAUMEBEHANDLING VED EFTERFØDSELSREAKTIONER

Når klienten henvender sig til mig, er nervesystemet ofte fastlåst i høj *arousal*, og regulering af nervesystemet og gradvis tilbagevenden til kroppen er derfor det primære fokus. Sammen lægger vi en overordnet plan for forløbet, herunder hvilke succeskriterier hun evt. selv har for forløbet. Det kan være så enkelt som at blive lidt gladere, eller hun gerne vil kunne se en venindes nyfødte barn. Måske ønsker hun at kunne blive klar til en ny graviditet.

Derefter begynder det traumeterapeutiske arbejde. Når kvinden indledningsvis fortæller om forløbet, sker det ofte i form af en fortælling, hun har lært sig udenad. Det lyder mekanisk og kan i første omgang se ud, som om hun er uberørt. Det er ofte nødvendigt at bede hende sænke tempoet og fortælle i korte sætninger, som jeg både verbalt og kropsligt spejler indholdet af. At høre og opleve sine egne ord gentaget er en stærk oplevelse, men ofte nødvendigt for at kvinden på ny kan integrere fraspaltede sansninger, tanker og følelser.

Undervejs anvendes alle former for aktive- og beroligende kroparbejde, som støtter tilbagevenden til kroppen: groundende øvelser, åndedrætsøvelser og mindfulness-teknikker som kropsscanning og nærværøvelser. På den måde gennemgås forløbet – sjældent kronologisk, men i det tempo klienten er klar til at tale om det, se billeder

fra fødslen og læse det nedskrevne fødselsforløb, som kvinden kan få fra fødestedet.

Fra mit synspunkt er traumebehandlingen forløbet tilfredsstillende, når hun kan tale sammenhængende om sit forløb, eller når hun fx igen kan køre forbi hospitalet, hvor hun fødte, uden at dissociere eller blive overvældet undervejs. Jeg lægger vægt på, at hun bliver i stand til at læse fødselsforløbet igennem og se de billeder, der blev taget undervejs. Jeg har mange gange oplevet, hvordan hun ændrer syn på billederne fra at være hæslige og skræmmende, til at de hjælper hende til at få øje på, at der trods alt var positive elementer undervejs. Det kan være en person, der mødte hende i øjenhøjde midt i alt det svære, eller det gode samarbejde med partneren undervejs.

At blive i stand til at se, hvordan andre mennesker ønskede at hjælpe hende undervejs, kan have stor be-

tydning for, at hun kan genskabe tillid til andre og se realiteterne i øjnene for bedre at kunne rumme og forstå, hvad der faktisk skete, uden hverken at overdrive eller negligere hændelsen.

Det er ofte meget skamfuldt for hende, når hun ikke synes, hun 'klarede det'. På baggrund af den mere realistiske tilgang drøftes forskellen på forventninger og faktisk virkelighed. Det er ofte muligt at få øje på nye succeskriterier, som kan ændre hendes fokus fra nederlag til stolthed.

FAR OG BARN MED

Behandling af traumatiske fødselsoplevelser hos kvinder med efterfødselsreaktioner adskiller sig fra behandling af andre traumereaktioner, fordi det kan være svært at holde fokus alene på behandlingen af traumatet. Sessionernes forløb afhænger af, hvilke problemstillinger der trænger sig på den pågældende dag, fx amme problemer eller ny adfærd hos barnet, som vækker bekymring. Problemer i parforholdet er ofte på dagsordenen. At få barn er på mange måder en stor belastning for nybagte forældre, og når mor eller far har det skidt, eskaleres konflikterne ofte.

Jeg tilbyder derfor at supplere de individuelle sessioner med sessioner, hvor både mor og far er til stede, og hvor de samlede ressourcer og problemstillinger samt min vurdering af forløb og varighed afdækkes og gøres åben for begge parter. Hensigten med dette er, at parret bliver klogere på de udfordringer, de står overfor, hvordan de henholdsvis nedtrapper og eskaleres konflikter, og at de støttes til at

finde egne løsninger på såvel praktiske som kommunikative problemstillinger. Det har ofte vist sig at give akut bedring i et belastet parforhold.

Spædbarnet er ofte med i sessionerne, hvilket langt hen ad vejen er uproblematisk og desuden giver god mulighed for at støtte mor/barn relationen, hvor det behøves. Det er åbenbart, at barnet reagerer positivt på, at mors nervesystem begynder at falde til ro. Det kan dog selv sagt være en udfordring, hvis barnet er uroligt, eller når barnet bliver ældre end 3-5 måneder. Her kræver de ofte opmærksomhed på en måde, som besværliggør terapien.

BEHOV FOR BRED FAGLIGHED

Når kvinder (og mænd) rammes af efterfødselsreaktioner, er der sædvanligvis mange faktorer involveret, og der vil ofte være behov for en god blanding af akut traumebehandling, personlig udvikling, parterapi samt sundhedsfaglig og pædagogisk rådgivning. Reaktionen kendetegnes ved befinde sig i et krydsfelt mellem psykodynamiske problemstillinger, eksistentielle overvejelser og akutte traumer. Herudover vil der meget ofte være behov for praktisk støtte og rådgivning mht. at få hverdagen til at fungere med et lille spædbarn og en mor/far, der fysisk og psykisk i en periode har meget få ressourcer.

Bearbejdning af traumatiske hændelser er væsentligt forskellig fra fx en psykodynamisk tilgang. Når man som psykoterapeut behandler kvinder og mænd med efterfødselsreaktioner, er der behov for brede faglige kompetencer og evne til at skelne mellem de forskel-

lige problemstillinger, som dog ofte har fælles overlap. Mødet med liv og død indebærer mange eksistentielle overvejelser, som kan være udviklende, men også kræver overskud at forholde sig til.

I terapi med kvinder med efterfødselsreaktioner er det nødvendigt at tage hensyn til det spæde barns behov ved om muligt at prioritere relationel støtte og hurtig bedring hos mor højere end et langvarigt og mere traditionelt psykodynamisk terapiforløb med fokus på indsigter og selvudvikling. Det er min erfaring, at bearbejdningen af det aktuelle traume ofte fører til afslutning af terapien, men at enkelte har behov for at fortsætte i et længerevarende terapeutisk forløb. Det lykkes ofte kvinden på forbavsende få sessioner at få bedre jordforbindelse og at genvinde sine ressourcer. Der er således ofte tale om korttidsterapi, hvilket giver stor mening i kvindens aktuelle livssituation.

LITTERATUR

- Ammitzbøll, J (2012). *Fødselsdepression – der er hjælp at få!* Frederiksberg: Frydenlund.
- Andersen, LB, Melvaer, LB, Videbech, P, Lamont, RF, Joergensen, JS (2012). Risk factors for developing post-traumatic stress disorder following childbirth: a systematic review. *Acta Obst et Gyn Scand*, Vol.91, issue 11, s.1261-1272. November 2012.
- Brinkmann, S (2010). *Det diagnosticerede liv: sygdom uden grænser* s.15-31 og s.273-285. Århus: Klim.
- Brockington, I (2005): A historical perspective on the psychiatry of motherhood (s.1-5) I: Riecher-Rössler, A, Steiner, M *Perinatal stress, mood and anxiety disorder*. Basel: Karger.com.
- Brønnum, Susanne Rose (2010). *Begreber, værdier og pædagogik i Sundhedsstyrelsens Anbefalinger for Svangreomsorgen*. Upubliceret opgave. DPU, Aarhus Universitet, modul 1 opgave vinter 2010.
- Brønnum, Susanne Rose (2013). *Er det lykken at blive mor? En undersøgelse af kvinders psykiske reaktioner og mulighed for at udvikle personlige kompetencer i forbindelse med graviditet, fødsel og barsel*. Upubliceret masterafhandling. DPU, Aarhus Universitet. August 2013.
- Cullberg, J (2007). *Krise og udvikling*. København: Hans Reitzel.
- Elklit, A: PTSD – En afløser for krisebegrebet? I: Sabroe, K-E, Kristensen, H & Hegnsvad, C (1994). *Psykologi i et jubilæums perspektiv: rapport fra et 25 års-jubilæumsseminar* (s.221-243). Ris- skov: Psykologisk Institut, Aarhus Universitet.
- Gamble, J, Creedy, D (2004). *Content and processes of Postpartum Counselling after a Distressing Birth Experience: A review*. *Birth*, 31:3 September 2004.
- Goodmann, JH, Santangelo, G (2011). *Group Treatment for postpartum depression: a systematic review*. *Arch Womens Health*. 2011 Aug; 14(4):277-93 doi: 10-1007/s00737-011-0225-3. Epub 2011 Jul 1.
- Hart, S (2006a). *Hjerne, samhørighed, personlighed: Introduktion til neuroaffektiv udvikling*. (5. oplag 2012). Kbh.: Hans Reitzel.
- Hart, S (2006b). *Betydningen af samhørighed: om neuroaffektiv udviklingspsykologi*. Kbh.: Hans Reitzel.
- Jacobsen, B (1998). *Eksistensens psykologi: en introduktion*. Kbh.: Hans Reitzel.
- McQueen, K et al (2008). *Evidence-based Recommendations for depressive Symptoms in Postpartum Women*. *JOGNN*, 37, 127-136. DOI: 10.1111/j.1552-6969.2008.0215.x.
- Modh, C (PhD Student), Lundgren, I (PhD, Ass.Prof.) & Bergbom, I (Prof.Dr.Phil) (2011). *First time pregnant womans experiences in early pregnancy*. *Int J Qualitative stud Health Well-being* 2011, 6:5600-DOI: 10.3402/qhw.v6i2.5600.
- O’Hara, Michael W, Jennifer E McCabe (2013). *Postpartum Depression: Current Status and Future Directions*. *Annual Review of Clinical Psychologi* (2013.) 9:6.1-6.30.
- Sjöblom, I, Nordström, B, Edberg, A (2006). *A qualitative study of womens experience of home birth in Sweden*. *Midwifery* 22, s.348-355. Lund University, Sweden.
- Stern, D (2000). *Spædbarnets interpersonelle verden: et psykoanalytisk og udviklingspsykologisk perspektiv* (3. udg. 2005). København: Hans Reitzel.
- Sundhedsstyrelsen (2007). *Forbrug af antidepressive midler i forbindelse med graviditet og fødsel 1997-2006*. Nye tal fra Sundhedsstyrelsen 2007:20. Årgang 11. Nr. 20 (SST, 2007).
- Sundhedsstyrelsen (2009). *Anbefalinger for svangreomsorgen*. København: Center for forebyggelse.



Susanne Rose Brønnum er jordemoder, psykoterapeut MPF, chock-traume terapeut og supervisor for sundhedsprofessionelle, psykoterapeuter, familierapeuter og psykologer. Master i voksnes læring og kompetenceudvikling 2013. Har mange års klinisk erfaring som jordemoder og psykoterapeut med speciale i efterfødselsreaktioner og traumatiske fødselsoplevelser.

PTSD – I FORHOLD TIL KVINDELIGHED OG SPIRITUALITET

Tekst og billeder: Lone Gadegaard

For mange kvinder er det månedlige møde med menstruationen en udfordring i forhold til både præmenstruelt syndrom (PMS) og dagene med blodet. Det er dage af sart sårbarhed, som kan udvikle sig til aggression og depression. En helt utrolig ressource gemmer sig i dette felt af kvindelig kraft. Påstanden i denne artikel er, at mange kvinder i forbindelse med PMS og menstruation kommer ind i en tilstand, der ligner PTSD – og at dette er udtryk for, at vi kollektivt befinder os i en form for posttraumatisk stress i forhold til det kvindelige. En stresstilstand, som skyldes en spaltning mellem krop og bevidsthed – krop og sjæl.

I det følgende præsenteres tre jungianske bidrag, der alle belyser spaltning. Først Donald Kalscheds begreb *dæmoni som tidligt forsvar*, dernæst Chamberlain Engelsmans historiske perspektivering, hvor fokus er på spaltningen mellem det kvindelige og det hellige, og endelig Marion Woodmans syn på kvindelighed og spiritualitet, der belyser spaltningen mellem krop og sjæl.

DÆMONI SOM TIDLIGT FORSVAR

Den kaostilstand, som PTSD beskriver, kan grundlæggende sammenlignes med de tilstande, som jungianeren Donald Kalsched så smukt indfanger gennem sit arbejde med *dæmoni som tidligt forsvar*. I bogen *The Inner World of Trauma* (Kalsched 1996) får man en meget fin indføring i begrebet med brug af både cases, eventyr og myter. Dæmoni som tidligt forsvar belyser de samme kræfter i den menneskelige psyke, som objektrelationssteorien behandler, dvs. tilstande af spaltning mellem krop og bevidsthed, fragmentering, stening og lammelse. Tilstande, som det spæde barn kan opleve i forbindelse med brud på kontakt. Det er indre psykiske tilstande af voldsomt ødelæggende kræfter. I den jun-

gianske terminologi forstår man de dæmoniske kræfter som kræfter, der beskytter selvet mod undergang. Hvor modsætningsfyldt det end kan lyde, betyder det, at når dæmoniske kræfter er på spil, så har de en form for beskyttende rolle i forhold til selvet.

Almindeligvis taler man jungiansk om selvet som en udelelig enhed. De tilstande, som dæmoni som tidligt forsvar beskriver, er imidlertid tilstande, hvor selvet spaltes. I stedet for at selvet i sig forener de modsætningsfyldte kræfter, spaltes selvet fra, og personen udvikler sig uden sikker kontakt med sin egen kerne. Det spaltede selvs psyke deponerer energien i de to poler uden for kroppen – den infrarøde og den ultraviolette pol (ibid. s.67).

Barnets psyke sikres på denne måde mod undergang, men det sker på bekostning af livet i kroppen. Kroppen trækker sig sammen om den smerte, der er ubærlig, og den fraspaltede energi – *the personal spirit* – lever et vægtløst liv uden for kroppen. De kræfter, der er aktive i de to poler, som selvet spaltes ud i, kan beskrives som psykens forfølgende og beskyttende kræfter – eller man kunne sige dæmonisk sammentrækkende og spirituelt udvidende kræfter. Det er tilstande, som aktiveres uden om den personlige vilje, og det er kræfter, som udvikles i psyken helt tidligt i livet.

DÆMONISKE KRÆFTER I PSYKEN

Senere i livet kan det voksne menneske genopleve de dæmoniske kræfter, når der opstår situationer, som minder om den oprindelige smerte. Skal man beskrive det voksne menneskes oplevelse af psykens dæmoniske kræfter, kan man bedst sammenligne det med krig. Det er kræfter, der opleves som ødelæggende. De øde-

lægger relation, selvværdsfølelse, kreativitet og enhver form for vækst. Dvs. det er oplevelsen af PTSD.

I drømme kan disse tilstande vise sig i form af is- og snelandskaber, som tortur eller som skinheads, der vil hugge hovedet af drømmeren. Sådanne billeder fra psykens dybere lag kan fremmane billedet af en dybt traumatisk barndom med forældre, der har udsat barnet for omsorgssvigt eller begået overgreb. Det er klart, at der må være tale om, at barnet har været udsat for oplevelser af traumatisk karakter. Det er imidlertid vigtigt at skelne mellem dæmoniske kræfter som psykens indre kræfter og så indre billeder, der må forstås som introjektioner af faktiske ydre skikkelser og traumatiske hændelser (ibid. s.17).

Det er vigtigt at forstå, at de indre kræfter i psyken, som udvikles tidligt i livet som en beskyttelse mod selvets undergang, oprindeligt er udviklet for at undgå det, der er værre. Disse destruktive kræfter kan være altødelæggende. Har et menneske det tidlige forsvar i sin psyke, kan det prædisponere udviklingen af PTSD.

PTSD – DE DÆMONISKE KRÆFTER OG DEN HELLIGE KVINDE

I min forståelse af den kvindelige aggression i forbindelse med menstruation ser jeg aggressionen som en dæmonisering af den kvindelige kraft. Dvs. aggressionen kan opfattes som udtryk for en kraft, der spaltes selvet. I forbindelse med menstruation er der en særlig sensitivitet til stede, hvor glimt af en fortrængt kvindelig ressource knyttet til det sjælelige kan komme op til overfladen. Samtidig kan en dybt ubevidst aggression knyttet til udstødelsen af kvindelige ressourcer vågne. Derfor vil den sjælelige erfaring nemt kunne være filtret tæt sammen med tilstande af PTSD.

Går vi mere end 2000 år tilbage i tiden, var der i kulturen en bevidsthed om en kvinde – en gudinde, som tog vare på mange forhold i samfundet. I Egypten hed hun Isis, i Grækenland hed hun Demeter (Moder Jord), i de områder, hvor Iran og Iraq ligger i dag, kaldte man hende Inanna, i den jødiske kultur finder vi hende under navnet Sophia. Hun levede i menneskenes bevidsthed som en kvindelig repræsentant for det hellige. Denne

gudinde, denne hellige kvinde, var forbundet med månens kraft gennem sin cyklus. Man opfattede kvinden som forbundet med det hellige, fordi man så Den Hellige Månegud strømme igennem og manifestere sig i kvindens cyklus.¹

Hvad der så skete – hvordan vi som menneskehed mistede kontakten med denne spirituelt forbundne kvinde i os selv, det er en lang historie. Lad os gøre det kort og sige, at hun blev fortrængt. Hun blev fortrængt, og det kvindelige blev adskilt fra det guddommelige. Siden voksede den patriarkalske orden frem, som gjorde det mandlige og det faderlige til eneherskende princip i begribelsen af det hellige.

Det kvindelige som en side af det guddommelige blev altså fortrængt. Det blev fortrængt fra kulturen, og det blev fortrængt fra det enkelte menneskes bevidsthed. For de fleste af os så dybt, at vi ikke i hverdagen er i kontakt med de ressourcer og kvaliteter, som ligger i det kvindeliges spirituelle aspekt. Det har betydet en spaltning i det kvindelige. 'Noget' er blevet deponeret uden for kroppen, hvor det har lagt sig i de to poler – den infrarøde og den ultraviolette pol. Det svarer til at tale om en spaltning mellem krop og psyke – krop og sjæl.

Hvis vi kommer i nærheden af de egne i bevidstheden, hvor vi kan møde hende – den hellige kvinde i os selv, så sker det ofte gennem tab, ulykker, sygdom eller andre omstændigheder, som presser et menneskes bevidsthed og bringer den enkelte ind i tilstande, som vi kender som chok og PTSD. I forbindelse med menstruation dukker oplevelser af numinøs karakter for nogle kvinder op, når man trænger ind bag tilstande, der kan sammenlignes med PTSD.

PTSD OG VANHELLIGELSEN AF DET KVINDELIGE

Den amerikanske jungianer Joan Chamberlain Engelsman taler om vores forhold til den kvindelige dimension af det guddommelige som en fortrængning,

¹ Tidligere tiders gudinder belyses jungiansk fx af følgende forfattere: Ester Harding, Engelsman, Woodman, Skogemann

en kollektiv fortrængning fra kulturen (Engelsmann 1979 s.32-33). Med fortrængningen som perspektiv bruger hun Freud til at sige, at fortrængninger vender tilbage på to måder, dels med glimt af det intakte, dels i forvrænget form:

- a) med helt intakte glimt af det oprindelige i sig
- b) i traumatisk form, som forvrængninger af det oprindelige.

Det, Engelsman her peger på, er, at der i relation til det kvindeliges spirituelle dimension er såvel et traumatisk som et ressource aspekt. Eller man kunne sige, at der ligger kollektivt fraspaltede ressourcer i såvel den infrarøde som den ultraviolette pol.

I fortrængningen af det kvindelige fra det hellige blev mørket projiceret på kroppen. Det var utænkeligt, at den rene Gud skulle kunne forbinde sig med den urene krop. Det urene blev projiceret på kvinden og orienteringen blev mod en Gud, der var hævet over materien. Nedvurderingen af materien, af kroppen, i forhold til den rene Gud i himlen har været almen. Den har ramt kvinder hårdest, fordi kvinders processer gennem menstruation, cyklus og overgangsalder, graviditet, fødsel og amning er så tæt forbundne med kroppen. Så rammer nedgørelsen af kroppen hårdere.²

I kristendommen ses spaltningen i det kvindelige i på den ene side Jomfru Maria, som den rene, jomfruelige kvinde uden drift, der befrugtes af helligånd. Hendes orientering er mod den faderlige Gud i himlen. På den anden side den urene Maria Magdalene, som bærer den drift, kulturen har spaltet fra det guddommelige. Hun er blevet gjort til repræsentant for det mest tabuiserede i kulturen og har i en meget lang periode været presset ud og tegnet billedet på det urene – på alt, hvad der ikke var helligt. Spaltningen mellem de to sider i det kvinde-

lige svarer til krop og sjæl. Kroppen er blevet opfattet som vanhellig, og sjælen er blevet adskilt fra kroppen. Man kan også sige, at sjæl og drift/instinkt er blevet spaltet. I nyere tid har forskning vist, at Maria Magdalena har haft en tæt tilknytning til Kristus, og hun er i vores tid gradvist ved at vinde indpas igen (Rian 2002).

Moderne mennesker opfatter ikke seksualiteten som uren. Det er imidlertid en kendsgerning, at det kvindelige fortsat er stærkt belastet af en patriarkalsk skygge. Man kunne spørge sig selv, hvordan en nutidig Maria Magdalena ville se ud. Hvilke tabuiseringer ville hun være bærer af? Hvilke områder af kvindelivet ville være spundet ind i tilstande af PTSD? Hvilke sider af det kvindelige er fortsat underlagt tabuiseringer, som kan involvere en kvinde med dæmonisk spaltende kræfter?

I forhold til menstruation er der fortsat dybe tabuer i vores kultur. I forbindelse med menstruationen er kvinder i kontakt med en stor sensitivitet, som principielt er en fantastisk ressource. Mange kvinder oplever imidlertid også megen aggression i dette felt. Et aspekt af aggressionen er, at nedvurderingen af det kvindelige opleves stærkere i menstruationens sensitive felt. Der er sket en sygeliggørelse af en dejlig kraft – en dæmonisering. Et potentiale forvrænges.

Den aggression, som knytter sig til feltet omkring menstruationen og det præmenstruelle felt, kan efterlade den enkelte kvinde med en dyb skamfølelse. Hvis det skal blive muligt for større grupper af kvinder at åbne sig for den sjælelige dimension – den kvindelige dimension af det spirituelle – er det nødvendigt, at dette stof aftabuiseres, at skammen løftes af den enkelte kvinde. Ellers vil en dybere spirituel proces nemt kunne aktivere skamfølelser, der vil sætte tryk på dæmonisk spaltende kræfter og låse den enkelte kvinde fast i tilstande af PTSD (Gadegaard 2014).

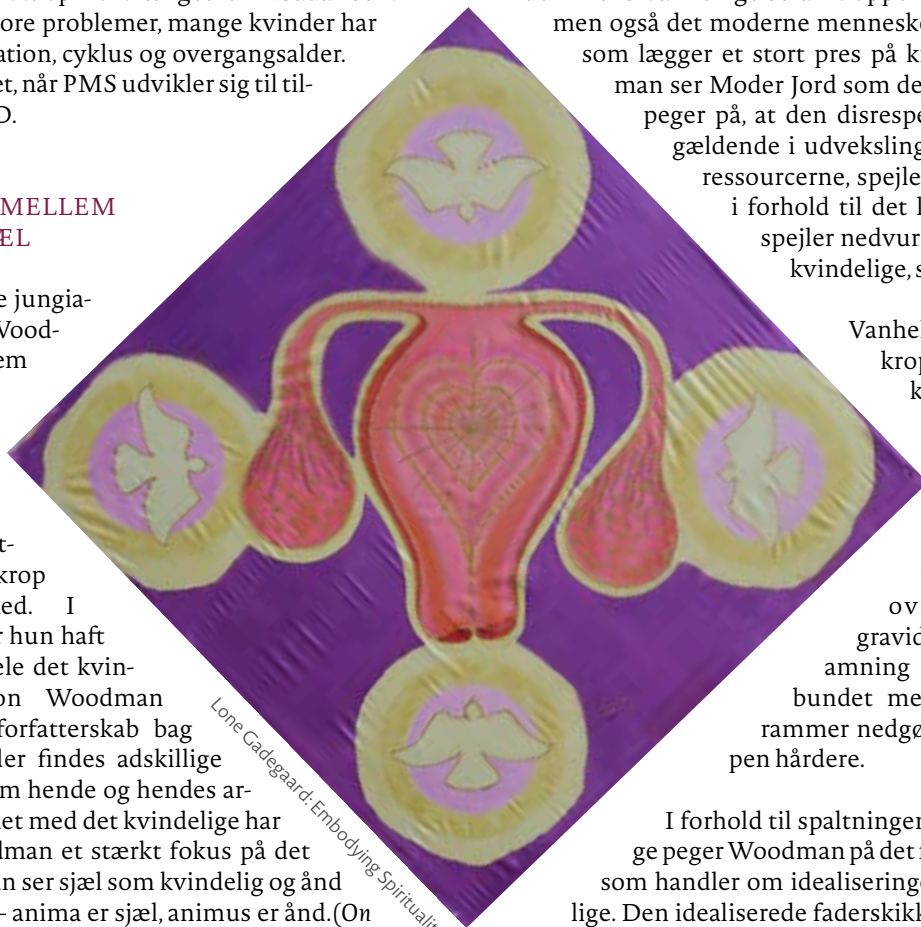
Når vi i glimt genfinder det kvindelige i sin oprindelige forbundethed med det spirituelle, kan vi blive bange

² Det er en pointe, som Marion Woodman vender tilbage til mange steder i forfatterskabet.

for at være blasfemiske. Det hænger sammen med det kvindeliges fraspaltning fra det guddommelige. Det hænger også sammen med, at stof, der er blevet fortrængt, kan dukke op i forvrænget form. Sådan ser vi det bl.a. i de store problemer, mange kvinder har med menstruation, cyklus og overgangsalder. Sådan ser vi det, når PMS udvikler sig til tilstande af PTSD.

SPALTNING MELLEM KROP OG SJÆL

Den canadiske jungianer Marion Woodman har gennem flere årtier beskæftiget sig med det kvindelige med fokus på spaltning mellem krop og bevidsthed. I flere årtier har hun haft fokus på at hele det kvindelige. Marion Woodman har et stort forfatterskab bag sig, ligesom der findes adskillige film med og om hende og hendes arbejde. I arbejdet med det kvindelige har Marion Woodman et stærkt fokus på det spirituelle. Hun ser sjæl som kvindeligt og ånd som mandlig – anima er sjæl, animus er ånd. (On *The Feminine* – Marion Woodman in a talk with Ingela Romare. DVD 2008-09). Man kan sige, at det Woodman peger på, er, at sjæl og ånd er to niveauer i det spirituelle. Anima er sjæl – eller ånden i materien, animus er ånd – ånden over materien, den himmelske ånd.



Lone Gadegaard: Embodiment Spirituality.

Woodman peger på, at vi kollektivt kæmper med det problem, at vores kroppe er livløse. Livløsheden kommer flere steder fra. Woodman peger bl.a. på kristendommens vanhelligelse af kroppen som en årsag, men også det moderne menneskes stressede liv, som lægger et stort pres på kroppen. Woodman ser Moder Jord som det kvindelige og peger på, at den disrespekt, der gør sig gældende i udvekslingen med naturressourcerne, spejler en disrespekt i forhold til det kvindelige. Det spejler nedvurderingen af det kvindelige, siger hun.

Vanhelligelsen af kroppen rammer kvinder hårdest, fordi kvinders processer gennem menstruation, cyklus og overgangsalder, graviditet, fødsel og amning er så tæt forbundet med kroppen. Så rammer nedgørelsen af kroppen hårdere.

I forhold til spaltningen i det kvindelige peger Woodman på det faderkompleks, som handler om idealiseringen af det faderlige. Den idealiserede faderskikkelse er forbundet med den mandlige Gud – Gud i himlen. En sådan faderidealiserende kan tage en pige og en kvinde væk fra hendes krop og kan være en vigtig faktor i spaltningen mellem krop og sjæl. Et faderkompleks, som handler om en idealiseret faderskikkelse, viser sig ofte at hænge sammen med dæmoniske tilstande.

Woodman taler om *the Demon Lover* som den kraft, der forfører en kvinde væk fra hendes krop. Denne dæmoniske forfører i en kvinde kan fange hende i en afhængighed af såvel rusmidler som et for højt spirituelt fokus (*Emily Dickinson and the Demon Lover*. Lydbånd). Er en kvinde involveret med en dæmonisk forførende elsker, vil de kræfter, som beskrives som PTSD, være aktive i hendes psyke. Forførelsen består netop i, at hun lokkes til at flygte væk fra den krop, som giver disse kaotiske tilstande. Hendes krop og sjæl spaltes, og hun mister kontakten med sin egen realitet.

Man kan opfatte spaltningen i det kvindelige som en kollektiv PTSD-tilstand. Spaltningen i det kvindelige nedarves fra generation til generation tidligt i livet – fra mor til datter, fordi en mor, som er dårligt forankret i sin egen krop, ikke formår at lade sit barn lande ind mod sin krop, så det senere kan lande i sin egen krop. I forhold til arbejdet med at hele spaltningen i det kvindelige peger Marion Woodman på det, hun kalder *conscious mothering* – bevidst moderlighed (Woodmann 1997). Med bevidst moderlighed mener Woodman det fokus, som på samme tid forholder sig til og nærer krop og sjæl. Det fokus, som ser den enkelte kvinde i sammenhæng med den kultur, som har nedvurderet kroppen og det kvindelige. Først og fremmest knytter hun helingen af det kvindelige til en genetablering af forbindelsen mellem det kvindelige og det spirituelle. Her er det hendes meget vigtige pointe at differentiere det spirituelle i sjæl og ånd og at sætte fokus på arbejdet med at forankre sjæl i krop (On

The Feminine – Marion Woodman in a talk with Ingela Romare. DVD 2008-09).

PTSD I SKÆRINGS- MELLEMLERAPI OG SPIRITUALITET

En dæmoniske kraft kan komme ind i det spæde barns liv som en kraft, der spaltes krop og bevidsthed. Kraften kommer ind og spaltes selvet. Tidligt i livet virker denne kraft som en beskyttelse mod selvets undergang. Hvis de dæmoniske kræfter fra det tidlige forsvar aktiveres i voksenlivet, har vi tilstande, der svarer til de kaostilstande, som beskrives som PTSD. Her spiller det traumatiske stof og det fraspaltede spirituelle potentiale ind i den samme proces.

Skæringspunktet mellem terapi og spiritualitet er meget tydelig, når vi ser på arbejdet med det kvindelige. Når den kvindelige kraft spaltes i sin indre struktur, dvs. når krop og sjæl spaltes, og det kvindelige samtidig spaltes fra vores opfattelse af det guddommelige, så sætter det spor i den enkelte kvindes psyke. Den fortrængte kvindelige side af det guddommelige vil kunne dukke op i vores bevidsthed på en måde, som bærer spor af det oprindelige i sig. Det har jeg set mange gange i mit arbejde med kvindelighed, cyklus og rytme (Gadegaard 2014).

I forbindelse med dæmoni som tidligt forsvar har vi set, hvordan et menneskes psyke kan blive spaltet ud i



Lone Gadegaard: Conscious Mothering.

arketyperne. Når det sker, er der på en eller anden måde tale om en meget dyb forladthedsfølelse tidligt i livet. Denne forladthedsfølelse er ubærlig for spædbarnet og spaltes derfor fra. Det sker ved, at kroppen lukkes af, lukker sig om en dyb depression, samtidig med at sjælelige kvaliteter forvises til en vægtløs tilstand uden for kroppen. Det er det, vi også har refereret til som at fraspaltede ressourcer lægger sig i den infrarøde og den ultraviolette pol.

I arbejdet med PTSD er der mulighed for at se på både det traumatiske og det fraspaltede spirituelle aspekt. I forhold til arbejdet med det spirituelle er det her vigtigt at huske, at der er to niveauer i det spirituelle – sjæl og ånd. Sjælen har hjemme både på jorden og i himlen – i kroppen og i ånden. I arbejdet med at hele det kvindelige, dvs. at forankre sjæl i krop, må man arbejde med at åbne den livløse krop. Her kan man møde tilstande af posttraumatisk stress, som stammer fra kulturens udstødelse af det kvindelige fra det hellige og dæmoniseringen af det kvindelige.

I arbejdet med at genåbne til fraspaltede sjælelige kvaliteter er kreativiteten et fantastisk redskab (ibid.) Når man arbejder på at forankre det kreative udtryk i kroppen, arbejder man sammen med den visionære sans. Man arbejder på at bygge broen mellem krop og bevidsthed – at forankre sjæl i krop.

LITTERATUR

Bly, Robert and Woodman, Marion: *The Maiden King – the Reunion of Masculine and Feminine*. Element. Books, UK 1999.
 Brøgger, Suzanne og Skogemann, Pia: *Inanna – himlens og jordens dronning, myter og hymner*. Athene 2007.
 Engelsman, Joan Chamberlain: *The Feminine Dimension of the Divine*. The Westminster Press, Philadelphia 1979.
 Gadegaard, Lone: *Den kvindelige understrøm – om kvindelighed, dæmoni og spiritualitet*. Udkommer ultimo 2014.
 Harding, Ester: *Woman's Mysteries*. Shambhala Publications 1971.
 Kalsched, Donald: *The Inner World of Trauma – Archetypal Defenses of the Personal Spirit*. Routledge 1996.

Kalsched, Donald: *Trauma and the Soul – A Psycho-spiritual approach to human development and its interruption*. Routledge 2013.
 Rian, Turid Nystøl (red.): *Maria Magdalenas Evangelium – Fire gnostiske skrifter*. Emilia, 2. udgave Oslo 2002.
 Woodman, Marion: *Addiction to Perfection*. Inner City Books 1982.
 Woodman, Marion et al: *Leaving my Father's House*. Shambhala 1993.
 Woodman, Marion: *Dancing in the Flames – The Black Goddess in the Transformation of Consciousness*. Shambhala, Boston 1997.
 Woodman, Marion: *Body and Soul - Honoring Marion Woodman*. A Journal of Archetype and Culture. Spring Journal 2005.

Film og lydbånd

Bly & Woodman on Men & Women. Seks VHS-bånd, hver med en episode over eventyret The Maiden Tzar. Applewood Canada 1992.
Dancing in the Flames. A film by Adam, Greyden Reid. DVD, Capri Vision 2009.
Emily Dickinson and the Demon Lover. Lydbånd. Sounds True 2009.
Marion Woodman and the conscious Feminine. Marion Woodman in conversation with Marlene Schiwy. Seks DVD'er med interviews med Marion og Ross Woodman. Principia Production 2012.
On the Feminine. Marion Woodman in a talk with Ingela Romare. DVD, Myt & Bild 2008-2009.



Psykoteraapeut MPF Lone Gadegaard er forfatter til *Den kvindelige understrøm – om kvindelighed, dæmoni og spiritualitet*. Vejleder, supervisor, underviser, foredragsholder og kunstner. Speciale i kvindelighed, spaltning og spiritualitet. Uddannet cand.comm. med speciale inden for kvindeforskning. Kursus i Dansk Psykoterauteuforening februar 2015.

PARATERAPI VIRKER

Tekst: **Steen Rassing og Jette Simon**
Tegninger: **Jens Lund**

En introduktion til emotionsfokuseret parterapi

Peter læner sig frem og siger med en lav intens stemme: "Det var ikke mig, der foreslog en parterapeut, og jeg hører, at den her terapi handler om følelser – så regn ikke med mig. For det første har jeg ikke den form for følelser, som hun har, og for det andet, så ønsker jeg hverken at mærke dem eller tale om dem. Så fortæl mig, hvad der er galt med os, og hvorfor hun er så vred hele tiden – fortæl mig, hvad jeg skal gøre for at løse det her. Jeg synes, vi havde det godt, indtil vi fik børn, derefter blev hun så kritisk."

Han læner sig væk, og tavsheden i rummet erstattes af Annas gråd. Det er forståeligt, at der en længsel efter at komme fri af de smertefulde emotioner. Emotioner er traditionelt blevet set som en del af vores mere primitive natur og derfor som noget, vi ikke kan have tillid til. Sagt på en anden måde, så fremstår vi som værende mere i balance, hvis vi lever fra vores prefrontale cortex og efterlader vores limbiske hjerne bag os. Vi associerer ofte emotioner med tab af kontrol og disorganisering. Og for mange terapeuter var stærke emotioner også førhen noget, man skulle undgå i parterapien.

ORGANISERENDE KRAFT

Denne måde at tænke på ændrede sig med Antonio Damasio's refleksioner og forskning (Fosha, Siegel & Solomon 2009), der identificerede emotioner som en indbygget organiserende kraft med stor betydning for vores overlevelse og som en af grundstenene for samværet i et civiliseret samfund, herunder grundlaget for empati og moral. Emotioner skaber og organiserer

vores oplevelser og kontakt til andre. Emotioner gør os klar til specifikke handlinger og motiverer os.

Emotioner kommer af det latinske ord *emovere* – at bevæge. Stærke følelser bevæger os helt konkret til enten at komme i møde eller at undgå. Terapeuter har længe vidst, at én eller anden form for emotionel korrektiv oplevelse var afgørende for, at terapien var effektiv. Vi har længe vidst, at vi i stedet for at undgå eller rumme emotioner aktivt kan bruge dem til at skabe forandring. Det er i særdeleshed vigtigt inden for familie- og parterapi, da emotioner er særligt intense i relationer til mennesker, vi elsker. Når terapeuten i terapien intensiverer følelser af kærlighed og omsorg, er det en invitation til at fokusere på det emotionelle.

Når vi skaber intense emotionelle interaktioner i emotionsfokuseret parterapi (EFT) ser vi afgørende skift i interaktionsmønstret hos parret. Nye emotionelle mønstre skaber ny perception – ikke bare hvordan jeg opfatter min partner, men også selv-perception, hvordan jeg opfatter mig selv. Der skabes ny mening og, endnu vigtigere, de nye emotionelle mønstre bevæger os både fysisk og psykisk til at respondere på nye måder.

Når vi som terapeuter er fortrolige med emotionernes kraft, kan emotioner opleves som vores bedste allierede snarere end som en kraft, der forstyrrer.

TILKNYTNINGSTEORIEN

James Gross, en af nøgleforskerne inden for emotioner, har gjort os opmærksomme på, at det at undertrykke emotioner udover at være hårdt arbejde også skaber en forøget indre anspændthed, og at partneren mærker dette og selv bliver mere anspændt.

En af de teorier, vi læner os op af her, er tilknytningsteorien, som er en teoretisk ramme for personlighed og relationsudvikling. Bowlby, som var forgangsmanden inden for tilknytningsteorien, så emotioner som en vigtig kommunikator. For Bowlby var den måde, vi enten er i kontakt med eller ude af kontakt med betydningsfulde mennesker i vores liv, en afgørende faktor i forhold til, hvem vi er. Emotioner er, som Sue Johnson udtrykker det, den musik, der organiserer de mønstre eller danse, som man ser i et pars interaktion med hinanden, og emotioner er det, der giver dansen rytme og form (Johnson 2014).

Hvis vi tænker på Peter og hans måde at regulere sine emotioner på: Han afviser og forkaster dem. Det påvirker den måde, hvorpå han formulerer sine signaler til Anna – de signaler, som aktiverer en særlig negativ emotionel respons fra hende. Hendes respons bekræfter Peters behov for at fornægte sine emotioner. Emotioner er ikke blot indre sensationer og impulser, de er sociale udtryk. Selvet og systemet er sammenkædet i et mønster, som hverken Peter eller Anna er bevidste om. Tilknytningssammenhængen hjælper os til at forstå den dybere logik i de tilsyneladende uforudsigelige emotioner, og tilknytningssammenhængen fortæller os, hvorfor Peter og

EMOTIONSFOKUSERET PARTERAPI

Emotionsfokuseret parterapi blev udviklet tilbage i 1980'erne i et samarbejde mellem Les Greenberg og Sue Johnson. Metoden blev udviklet med afsæt i grundig forskning omkring de processer og hændelser, som kan støtte par i at opbygge eller genopbygge en brudt kontakt og i at genskabe en kærlig og tryk relation.

Det primære fokus i EFT er at støtte partnerne i at skabe og styrke deres relation, så de i højere grad bliver tilgængelige, lydhøre og responsive overfor hinanden. Det sker gennem at give partnerne korrektive oplevelser i terapien, hvor de på afgørende punkter oplever, at kunne nå hinanden og opnå en følelsesmæssig tryk kontakt, hvor de kan møde hinanden med empati og omsorg, som modsætning til de forsvar og konflikter, de ellers har siddet fast i.

EFT er i dag anerkendt som en empirisk underbygget form for parterapi af den amerikanske psykologforening *American Psychological Association*. Undersøgelser viser, at 70 til 75 procent af parrene, som udsættes for EFT, kommer sig over kriser og er glade i deres forhold. Det virker som om, at disse resultater holder, selv for par i højrisikozonen for skilsmisse. Sue Johnsons institut ICEEFT (*International Centre for Excellence in Emotionally Focused Therapy*) uddanner i dag terapeuter i EFT over hele verden, herunder i Danmark.



Jens Lund: Fra fjerne Egne. 1899. Tusch og akvarel. Vejen Kunstmuseum.

Anna håndterer deres følelser på den måde, de gør. Der er kun en begrænset mængde måder, vi reagerer på, når vi for eksempel oplever afvisning eller føler forladthed. Forskning henviser til, at emotioner er som et indre signalsystem, der fortæller os, hvad der er vigtigt lige nu (Ekman 2003). Uden emotioner er det vanskeligt at foretage selv de simpleste valg. Emotionelle signaler, og her særligt dem, der udtrykkes nonverbal for eksempel gennem ansigtsudtryk og tonefald, kommunikerer vores intentioner til andre. Det tager blot 100 millisekunder at opdage og processere den mindste forandring i et andet menneskes ansigt og kun 300 millisekunder at spejle den forandring i vores egen krop, så vi helt konkret 'føler' den andens emotioner. Denne

evne til at aflæse de seks basale emotionelle udtryk (glæde, overraskelse, skam, vrede, ked af det, frygt) og tillægge dem samme mening er universel.

PRIMAL PANIC

Peter vender sig væk, når Anna spørger ham, hvordan hans dag har været. Anna opfanger hans signal, og hendes hjerne oplever, det der sker som negativt og farligt. Annas hjerterytme ændrer sig og hendes krop bliver anspændt – hun scanner gennem sine erfaringer for at danne mening i det, der er sket, og lander på: "Jeg er ved at miste ham – han vil ikke have mig." Hun går hen

imod Peter, og med en intens stemme siger hun: "Hvorfor snakker du aldrig med mig?" Peter hører vrede i hendes stemme og trækker sig og lukker hende ude. Ved det første tegn på afvisning reagerer hendes limbiske system med alarm. Den form for alarm, som Jack Panksepp omtaler som "primal panic" (Panksepp 1998). Den betydning, Anna tillægger situationen, er, at hun er uelsket, og at Peter er kold, og det minder hende om, hvor farligt det kan være at række ud efter andre. Hun bevæger sig hen imod ham for at mindske følelsen af fare og i et forsøg på at aktivere en anden respons fra Peter. Han oplever hende som invaderende, og når han trækker sig, bekræfter det Annas frygt, og det er nu med til at 'farve' hendes næste oplevelse.

Denne interaktion tager få sekunder og ender med, at Anna eksploderer i vrede. Hendes vrede er en måde at håndtere frygten på. I EFT kalder vi den form for vrede for en sekundær følelse og frygten for en primær følelse. Hun kunne også have reageret på frygten ved at blive tom og følelsesløs indeni, særligt hvis frygten også aktiverede oplevelsen af håbløshed og hjælpeløshed. Hvis hun kunne sænke tempoet og være opmærksom på frygten, kunne hun måske have handlet anderledes og i stedet udtrykt sit behov for at blive bekræftet i, at Peter gerne ville hende. Men hun registrerer ikke frygten. Vi har både forskellige niveauer af emotioner og også emotioner omkring vores emotioner, såsom angst for hvad der vil ske, hvis jeg viser min ked-af-det-hed eller frygt. Anna udtrykker sin frygt således: "Hvis jeg viser mine dybere følelser, vil Peter sikkert se mig som svag, eller hvis jeg viser de følelser, så bliver det bare værre, og jeg vil miste mig selv."

MÅLBAR EFFEKT

Den seneste forskning viser os, at fysisk og social smerte overlapper neurologisk smerte (Coan 2006).

Smertestillende medicin kan reducere sårede følelser, og social støtte kan reducere fysisk smerte. Et af de nyere eksempler på denne forskning er udført af Jim Coan m.fl. (Coan & Johnson 2013). Dels underbygger undersøgelser vha. fMRI-skanninger det, tidligere stu-

dier har påvist: at nære relationer kan lindre hjernens smerte- og stressreaktion blot ved, at man holder sin partner i hånden.

Denne undersøgelse påviser også effekten af emotionsfokuseret parterapi. Undersøgelsen omfattede kriseramte par, hvor scanningerne ved undersøgelsens start viste, at de ikke havde en tilstrækkelig tryk tilknytning i deres relation. Dvs. det at holde partneren i hånden havde ikke den lindrende effekt på hjernen. Disse par modtog i en efterfølgende periode emotionsfokuseret parterapi for ad den vej at få genopbygget deres tætte og trygge relation. Herefter viste scanningerne, at det at holde partneren i hånden nu havde fået den lindrende effekt på hjernens smerte- og stressreaktion. Så en af konklusionerne er, at parterapi faktisk kan skabe forandring på et dybt neurologisk niveau.

TRE FASER

EFT-modellen betragter parterapien som bestående af tre dynamiske faser. Hver fase består af en række veldefinerede processer og interventioner, så terapeuten hele tiden har et 'kort', der viser, hvor man er i parterapien, og hvor man skal hen for at komme videre. Så selvom terapeuten arbejder med en humanistisk tilgang, hvor man i høj møder parret der, hvor de er, er der hele tiden en underliggende struktur og proces, som gradvist fører parret frem mod en tryggere tilknytning.

Når par befinder sig i første fase, er der i terapien fokus på de-escalering af samspillet. Formålet med dette er at skabe et trygt rum, der senere i terapien kan fungere som platform for at ændre på parrets mønstre. I den første fase er der fokus på at skabe en god relation mellem terapeuten og parret og på at få identificeret de grundlæggende negative mønstre og underliggende tilknytningsbrud, som kommer i vejen for den kærlige og trygge relation. Alene det, at kunne se de negative mønstre som 'fjenden' og ikke partneren, er en form for eksternalisering, som gør en forskel i parrets konflikter. Ved afslutning af første fase oplever parrene som regel, at tingene fungerer bedre – både i terapien og hjemme. De daglige interaktioner er blevet roligere, konflikter-



Jens Lund: Formeringens Blomst. Gengivet i bogværket *Forvandlede Blomster* 1899. Vejen Kunstmuseum.

ne ikke helt så skarpe. Der er indtrådt en slags 'våbenhvile' – eller med andre ord, førsteordens forandringer har fundet sted.

Når parret er i *anden fase*, arbejdes der via en følelsesmæssig fordybelse på at skabe nye interaktionsmønstre hos parret, der skaber eller genskaber en mere tryk tilknytning. Et af de afgørende tidspunkter er her, når

partnere, der er følelsesmæssigt tilbagetrukket, begynder at lukke partneren ind og give udtryk for deres frygt og behov. Et andet afgørende tidspunkt er, når partnere, der ellers har været fyldt af vrede og frustration over partneren, pludselig bliver 'blødere' og begynder at se partneren i nyt lys og også begynder at komme i endnu bedre kontakt med, hvad den egentlige smerte/sårbarhed handler om. I anden fase arbejdes også på at 'reparere' gamle skader i parrets tilknytning, for eksempel utroskab eller andre former for svigt. Det, der her fokuseres på, er situationer, hvor den ene eller den anden part har følt sig svigtet og såret, og hvor det følelsesmæssige 'ekko' af denne begivenhed er en barriere for, at parret fuldt ud kan genfinde nærheden og intimiteten. Det at kunne 'genbesøge' disse begivenheder og opleve, at partneren nu er anderledes responsiv end han/hun oprindeligt var, er noget, der virker stærkt forløsende for de fleste par.

Efterhånden bevæger parret sig over i *tredje fase*, hvor de dybere andenordensforandringer, som har fundet sted i anden fase, konsolideres. Tredje fase er karakteriseret ved, at parret nu tager fat

på at løse deres problemer selv med afsæt i de nye måder at interagere på, som de har lært gennem terapien. Tredje fase er en afrunding af terapien, hvor der blandt andet er fokus på at hjælpe parret til at opbygge et nyt narrativ – et narrativ, som rummer fortællingen om den rejse, de har været på som par, de ressourcer de har opdaget, og de nye kompetencer de sammen har udviklet.

AT RUMME NEGATIVE EMOTIONER

I arbejdet med par har en EFT-terapeut fokus på flere områder:

- At hjælpe parret til at tune ind på, lytte til og respondere på deres egne og hinandens dybere emotioner.
- At hjælpe parret med at mærke rækkefølgen i den emotionelle oplevelse og at skabe en sammenhæng i oplevelsen – hvad er sekundære følelser, og hvad er de primære følelser, som ligger dybere?
- At hjælpe parret til at opretholde en emotionel balance, så de hver især kan begynde at have tillid til deres egen indre oplevelse. Og at de hver især kan begynde at følge deres indre oplevelse af, hvad de har brug for, og bruge dette som afsæt til at kunne sende klare signaler til partneren om deres behov og omvendt at kunne modtage og respondere på partnerens behov.

Der sker markante skift, når parret oplever, at de kan arbejde med og rumme negative emotioner – at de kan forstå dem og finde meningsfulde måder at håndtere og omfavne dem på, og at de er i stand til at mærke, at der ofte gemmer sig ensomhed og længsel efter kontakt bag en fjendtlig respons eller en følelse af afvisning og hjælpeløshed under den apati, partneren kan opleve hos den, der trækker sig.

Parterapeutens primære redskab er her empatisk refleksion og evnen til at kunne skabe kontakt til de temaer af tilknytningmæssig karakter, der udspiller sig under overfladen af parrets konflikter. Parret oplever ofte, at emotioner er noget 'der sker' for os, og vi kan have svært ved at se, hvordan vi selv skaber vores oplevelser og trigger negative reaktioner hos partneren. Det at hjælpe parret til at opdage at deres negative mønstre er noget, de skaber sammen, kan give dem håb og tillid til, at de som par kan stå sammen som et team mod den negative cyklus/mønster, som er med til at fastholde dem i smerten. Som Sue Johnson udtrykker det, så er det svært at danse tæt uden at komme til at træde hinanden over tæerne. Men vi kan lære at reagere på en måde, så vi bliver ved med at være tæt i dansen, selv når det sker (Johnson 2014).

LITTERATUR

- Coan, Jim et al.: *Lending a hand*. Psychological Science, 2006 vol. 17.
- Coan, Jim & Johnson, Susan M et al.: *Soothing the Threatened Brain: Leveraging Contact Comfort with Emotionally Focused Therapy*. PLOS one, 20. November 2013.
- Ekman, Paul: *Emotions Revealed*. H Holt 2003.
- Fosha, D, Siegel, D & Solomon, M: *The Healing Power of Emotion: Affective Neuroscience, Development & Clinical Practice*. New York: WW Norton & Company, 2009.
- Johnson, Susan M: *Love Sense: The Revolutionary New Science of Romantic Relationship*. Little Brown and Company, 2013.
- Johnson, Susan M: *Hold mig – en vejviser til varig kærlighed*. Mindspace 2014.
- Panksepp, Jaak: *Affective Neuroscience*. Oxford 1998.



Jette Simon er psykolog med mere end 30 års erfaring i at arbejde med par over det meste af verden. Hun er direktør i Washington

DC Training Institute for Integrative Couples Therapy og Adjunct Professor ved Palo Alto Universitetet.



Steen Rassing er psykoterapeut MPF og har, med afsæt i emotionsfokuseret parterapi, de seneste år har haft et særligt fokus på arbejdet med par. Steen er ansvarlig for den danske affilerede afdeling af ICEEFT – Dansk Center for Emotionsfokuseret Parterapi.

ADSKILLELSEN MELLEM KROP OG SIND



Bodil Claesson: Pigen der hoppede ud af sin krop – en bog om dissociation. Hans Reitzels Forlag 2014. 320 sider, kr. 325.

Det er en aktuell bog, der behandler fænomenet dissociation grundigt, pædagogisk og levende. Fra første side i bogen bliver læseren mødt både æstetisk og krævende. Layoutet på tonet kraftigt papir og farvelagte illustrationer inviterer læseren til at fordybe sig i den mere vanskeligt til-

gængelige teori. Teori, der bygger på de seneste årtiers forskning i et vanskeligt tilgængeligt område, nemlig sammenhængen mellem krop og sind. Menneskehjernen og nervesystemets kommunikation med krop, sind og omverden formidles af Bodil Claesson på en pædagogisk måde, så det teoretisk komplicerede stof præsenteres i ord og støttes af illustrationer og grafik, som hjælper til forståelsen, og det levendegøres yderligere af det omfattende casemateriale fra forfatterens egen kliniske praksis.

Kapitel 1 præsenterer bredden i fænomenet dissociation og forskellige definitioner af heraf. Fra en almen kendt tilstand "at falde i staver" (s.17), over Peter Levines definition på side 21 – "... den [dissociation] kan optræde som et split mellem personens bevidsthed og dennes krop, mellem en del af kroppen, såsom hovedet eller lemmerne og resten af kroppen, mellem personen og hendes følelser, tanker eller fornemmelser eller mellem personen og hans erindring om begivenheden eller en del af begivenheden" – til diagnoselisten DSM-5's definition af dissociative forstyrrelser "... der karakteriseres af afbrydelse eller mangel på sammenhæng i den normale integration af bevidstheden, hukommelse, identiteten, perceptionen, kropsrepræsentationer, den motoriske kontrol og adfærden" (s.29).

I første kapitel redegøres for Pat Ogdens arousalteorier, "tolerancevinduet", zonen for optimal arousal, der er centrale i forståelsen af såvel de psykiske dissociative symptomer, som fx kognitive forstyrrelser og de kropslige dissociative symptomer, som fx følelsesløshed. Kapitel 2 behandler den fysiologiske reaktion, når man får et chok. Gennem læsningen bliver

det klart, hvordan nerveimpulser og hormoner, der transporteres rundt i blodbanen, er kommunikation i både krop og sind, og denne viden om de biologiske processer har væsentlig betydning for at forstå de psykologiske fænomener.

Herefter følger et kapitel specifikt om choktraume og principperne i *Somatic Experiencing*, der er Bodil Claessons te-rapiform, som således giver god baggrundsviden for at læse casematerialet i det hele taget.

I kapitel 6, 7 og 8 behandles dissociation som respons på henholdsvis udviklingstraumer, reaktion på fysiske sygdomme og multiple traumer, hvor traumerne er så voldsomme, at de så at sige splitter personligheden. Alle disse kapitler byder på såvel udvidelse af den teoretiske forståelse og detaljerede eksempler fra forfatterens kliniske arbejde.

Bodil Claesson beskriver i tekst og med gode illustrationer den fysiologiske og psykologiske proces, når man belastes af for voldsomme oplevelser, og dissociation bliver en af følgevirkningerne, når der sker en adskillelse mellem sind og krop. Hun beskriver ligeledes målet for terapien: "målet for terapi med disse tilstande af adskilthed er både integration, kohærens og kongruens ikke blot af krop og psyke, men også af hjernens forskellige niveauer og af højre og venstre hjernehalvdel" (s.286).

Kapitel 5 beskriver et langt terapiforløb, og dermed hvordan arbejdet med at integrere traumer i krop og sind kan foregå, hvor pendulering mellem to tilstande "... opgiven og tro på livslysten og livskraften og mellem mistillid og opbygning af tillid. Det er så

vigtige og omfattende ingredienser i et menneske, at de ikke bare kan klares på en session eller to” (s.159).

Denne beskrivelse af et terapiforløb er også en beskrivelse af den afgørende ingrediens i terapi, der handler om terapeutens empatiske evner og ”det helt særlige samspil mellem to personer, klient og terapeut, der kan finde sted i en terapi – et bevægende samspil, der kan være berigende for begge parter” (s.160).

Med dette citat vil jeg slutte. Bogen med integration af teori om både krop, sind og omverden giver viden og inspiration, også til at bruge i andre terapeutiske tilgange, og den vil blive en del af pensum på Hildebrand Institutet

Vivian Hansen
Psykoteraapeut MPF

REDUKTION AF STRESS



Jon Kabat-Zinn: Lev med livets katastrofer. Sådan bruger du kroppens og sindets visdom til at håndtere stress, smerte og sygdom. Dansk Psykologisk Forlag. 2. rev. udgave. 696 sider, kr. 429.

Det er med stor glæde og entusiasme at anmelderen i skrivende stund sidder på Kreta og genlæser den danske genudgivelse af Jon Kabat-Zinns mesterværk, som jeg selv læste på engelsk første gang i 2008. Pudsigt nok har bogen en forbindelse til Kreta. Kabat-Zinn gav oprindeligt bogen titlen *The Full Catastrophe Living*, fordi en replik i filmatiseringen af Niko Kazantzakis roman *Spil for mig, Zorbas* vendte tilbage til ham igen og igen. Filmen *Zorba*

– grækeren foregår på Kreta og handler om den sorgløse Zorba, der forsøger at lære sin mere tungsindige amerikanske ven at nyde livet. Zorba bliver spurgt: ”Har du nogensinde været gift?” og svarer: ”Selvfølgelig har jeg været gift; job, kone, hus, børn – livets fulde katastrofer!” Og netop dét handler denne bog om; menneskelivet med alt hvad det indebærer af katastrofer; glæde, sorg, smerte, fred, forelskelse, adskillelse – tilstande, vi mennesker oplever fra tid til anden, og som potentielt kan forårsage ’stress’. Kabat-Zinn ønskede at lære folk at kunne håndtere livets stress selv gennem kroppens og sindets visdom. Bogen anviser en vej hertil i form af det 8-ugers MBSR-program, han i 1979 udviklede som biolog og forsker ved *University of Massachusetts’ Medical School* i Boston.

Siden første udgivelse af bogen i 1991 er der sket meget, ikke mindst inden for forskningen i mindfulness. I 2005 var der i den forsknings- og lægevidenskabelige litteratur omkring 100 artikler om mindfulness og dens kliniske anvendelse. I 2013 var der til sammenligning over 1500 artikler og bøger om emnet. Ikke desto mindre fremhæver forfatteren i sit forord, at den nye udgave ikke er ændret, men udvidet, og at han ikke har ønsket at gå på kompromis med, hvad mindfulness egentlig handler om, nemlig virkelige menneskers liv, folks historier og det, der rører ved noget ganske særligt iboende i os, nemlig vores evne til at acceptere tingenes tilstand, selv når det lader til at være mest umuligt.

Kort fortalt handler mindfulness om at ’optræne’ en særlig medfødt evne til at være opmærksomt nærværende i forhold til alle indre og ydre indtryk, der opstår og ophører i vores krop, tanker og følelser. En nærværsevne,

der åbner ind til et rum, hvor vi kan observere vores tilstande mere neutralt som momentane og konstant foranderlige begivenheder. I modsætning til at gå ind i deres indhold, blive opslugt af dem og lade dem styre vores reaktioner. Metoden består i at kunne lade kropslige smerter, sindstilstande af uro, angst, nedtrykthed og alle andre behagelige, ubehagelige og neutrale tilstande være til stede, frem for vanemæssigt at forsøge at kæmpe mod dem, flygte fra dem eller dulme dem. I mindfulness skabes der et indre laboratorium, hvor tingene i stedet undersøges, ikke-dømmende og nysgerrigt, som tilstande, der kommer og går.

Mindfulness er egentlig en anvisning i meditation, som oprindeligt stammer fra den lære, der blev overleveret for 2600 år siden af Buddha. Det program, der beskrives i bogen, henvender sig dog til et vesterlandsk publikum i en ikke-religiøs sammenhæng og bygger på forfatterens egen forkærlighed for og mange års erfaring med buddhistisk meditation og yoga. Man behøver ikke at være buddhist for at lave mindfulness. Det er tilgængeligt for os alle så naturligt som at trække vejret.

De første kapitler består af en omfattende beskrivelse af træning i mindfulness gennem grundige forklaringer af de enkelte elementer og praktikker i 8-ugers programmet for mindfulness-baseret stressreduktion, MBSR: opmærksomhed på sanser, opmærksomhed på åndedræt, kropsscanning, mindful yoga, meditation på lyde, tanker og følelser, gående meditation, fordybelse i stilhed. Desuden trænes i de uformelle praktikker som at bringe mindfulness ind, når man spiser, går i bad, transporterer sig, kommunikerer osv. På den måde er bogen en manual for programmet, og læseren

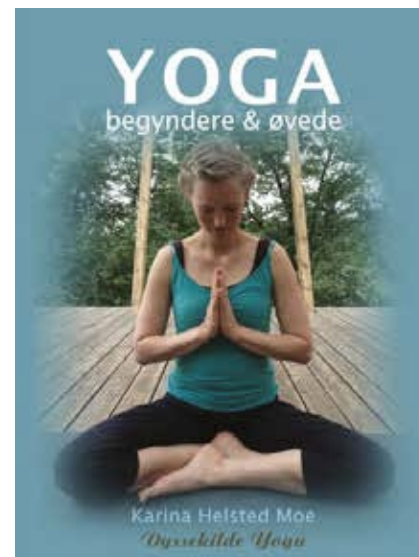
føres trygt og venligt igennem de forskellige faser, hvor hver eneste detalje ikke blot har en vigtig sundhedsmæssig virkning, men også bærer en dyb visdom om menneskets natur. Ingen mindfulness uden *heartfulness*, og dette formidles i et sprog, der oser af nærvær, klarhed og hjertelighed.

Programmet hedder stressreduktion og omhandler stress såvel bredt som snævert – fra den personlige stress, han kalder tidsstress, søvnstress, menneskestress, rollestress, arbejdsstress, madstress, og til den altomspændende verdensstress, vi alle er en del af. Aldrig har vi været så fortravlede, og aldrig har så mange mennesker været ramt af sygdomme forårsaget af stress. Det forklares, hvordan vi i det moderne samfund bevæger os ind i et nyt paradigmeskift, hvor tidligere sygdomsopfattelse er stærkt på vej til at blive skiftet ud med et syn på behandling, hvor patienten selv i højere grad sidder inde med redskaberne til at hjælpe sig selv ud af sygdom og lidelse. Dette er gode nyheder, og vi ser allerede mindfulness anvendt forebyggende uden for sundhedsvæsenet fx i skolevæsenet. I England anbefales mindfulness ligefrem officielt som et sundhedsprogram på lige fod med andre interventioner.

Bogen kan læses med stort udbytte af alle, syge som raske, lægmand som fagmand, unge som gamle, mænd som kvinder, både som en fagbog og som den selvhjælpsbog, den også er. For mig personligt har den været alt-afgørende for mit virke som mindfulness/MBSR-lærer, idet den udgør manualen i det daglige arbejde med mine grupper i min klinik.

Rikke Braren Lauritzen
Psykoteraeut MPF

YOGA PÅ DVD



Karina Helsted Moe: Yoga, begyndere & øvede. DVD. Dyssekilde Yoga. 2 t. 5 min., kr. 200.

Karina Helsted Moe er uddannet fysioterapeut, psykoterapeut MPF og yogalærer. Hun har praktiseret yoga siden 1990, har undervist fra 2003 og har nu udgivet en yoga-DVD med tre programmer: Et meditativt program på 25 minutter, som er godt før sengetid, og to klassiske yogaprogrammer på henholdsvis 65 og 35 minutter. Udgangspunktet er den klassiske yogaform, hatha. Der lægges vægt på åndedrættet, og øvelserne er tilrettelagt omkring nakken, rygsøjlen, hofted og skulderled. Under afspændingen

spilles der behagelig musik af Benn Sena. Optagelserne er foregået uden-dørs; der er grønt græs og fuglekvidder i baggrunden, som skaber en behagelig baggrund og virker beroligende på sindet.

Der indledes med en kort skriftlig introduktion, hvor der bl.a. står, at programmerne er både for øvede og begyndere, samt at øvelserne skal føles rare, når man kommer ud af stillingerne. Jeg savner imidlertid en dybere introduktion til, hvad yoga er: et gammelt livsfilosofisk system, der stammer fra Indien, et helhedssystem med omfattende anvisninger til træning af styrke, stabilitet og smidighed, samt til at opnå bevidsthed omkring åndedrættet. Med yoga kan man opøve evnen til at være til stede i nuet, forene kroppen med sindet, opnå sundhed, undgå sygdom, opnå personlig udvikling, spiritualitet og større accept af sig selv og andre samt indre ro.

Begyndere anbefales at starte med det korte program, hvor hele kroppen arbejdes igennem. Man starter siddende og guides til at vende sanserne indad og fokusere på åndedrættet. Karina Helsted Moes stemme er rolig og behagelig, måske en anelse sørgmodig. Måske vil den ikke falde i alles smag.

Vi introduceres til Ujjayi åndedrættet: "skabe en vindagtig lyd". Jeg savner en forklaring på, hvordan man skaber en vindagtig lyd. Jeg var selv længe om at lære denne åndedrætsøvelse. De indledende øvelser er hovedrulninger, og jeg tror ikke, at særligt mange nybegyndere inden for yoga kan dreje deres hoved hurtigt og ubesværet rundt i cirkler. En lettere variation af nakkeøvelser ville være at foretrække. Nakkeøvelsen efterfølges af forskellige rygopvarmningsøvelser, som fore-

går i et dynamisk tempo. Der laves 'katteøvelser' på knæ, men der bliver ikke sagt, at man kan have støtte under knæene, hvis der er brug for det, samt at man kan bøje let i albuerne, så de ikke overstrækkes. Derefter laves der dynamisk hundestræk og nogle foroverbøjninger og bagoverbøjninger. Jeg savner en mere præcis guidning ind i de øvelser, så folk ikke belaster den nederste del af ryggen, men er opmærksomme på at forlænge og løfte brystet i en bagoverbøjning. Og evt. bøje i benene i en foroverbøjning. Jeg nød at lave øvelserne, som foregik i et behageligt tempo, og jeg havde en dejlig ro i kroppen efter. Programmet sluttes af med behagelig afspænding til skøn musik.

Det meditative program kan udføres af både øvede og begyndere. Man guides til en behageligt siddende stilling. Måske skulle det nævnes, at mange nybegyndere kan have svært ved at sidde på gulvet, og nogle må bruge en stol i starten. Sanserne vendes indad, og der fokuseres på fornemmelser i kroppen. Accept af tilstanden lige nu og her. Derefter fokus på åndedrættet og iagttagelse af tankerne: "Lad dine tanker være som skyer på himlen, der driver forbi lige nu og her". Derefter guides man igennem nogle få øvelser: hovedrulninger, universalstrækket og bølgeåndedrættet. Karina Helsted Moe fortæller om bølgeåndedrættets virkning på kroppen; at det stimulerer fordøjelsen og løsner spændinger i maven. Der afsluttes med smukke stemningsfulde naturbilleder, som kun kan opleves, hvis man åbner øjnene fra afspændingen.

Det lange yogaprogram er for øvede. Der startes med åndedrætsøvelser: Ujjayi og kabalabhati. Åndedrætsøvelser, der har taget mig lang tid at lære,

og som er vigtige at udføre rigtigt. Det er vigtigt at opsøge en erfaren yogalærer, hvis man er i tvivl om udførelsen af disse. Også her ville en forklaring på, hvordan disse øvelser påvirker vores sind, være relevant. Derefter guides man igennem forskellige opvarmningsøvelser, som efterfølges af solhilsner, som strækker forsiden og bagsiden af kroppen og virker styrkende og energigivende. Derefter laves der mere udfordrende yogaøvelser, og efter at kroppen er godt varmet op, går man over til de øvelser, der går dybere. Der afsluttes med universalstrækket og en behagelig afspænding. Et rigtig godt sammensat program til den øvede yogi.

Måske har Karina Helsted Moe oprindeligt lavet DVD'en til sine egne elever, der kender øvelserne og deres virkninger. Jeg savner et tilhørende hæfte med forklaringer, oplysninger og gode råd til nybegyndere. En beskrivelse af, hvordan man bør være opmærksom, når man strækker kroppen, ville også have været hensigtsmæssigt. Min erfaring er, at det motiverer, når man ved, hvorfor man skal ligge og dreje kroppen på en måde, som i starten føles uvant og besværlig.

Jeg vil anbefale DVD'en til personer, der har et kendskab til yoga i forvejen eller har god kropsbevidsthed. Jeg nød at se DVD'en og udføre de velsammensatte hatha yogaprogrammer, de smukke naturbilleder, beroligende afspændinger og ikke mindst skøn, stemningsfuld musik.

Mona Tallgren
Psykoteraapeut MPF

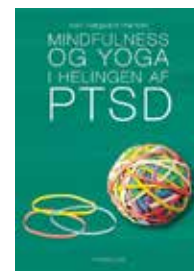
NYE BØGER Omtalen bygger på oplysninger fra forlagene og indeholder ikke redaktionens vurderinger. Priserne er vejledende.

Ivan Højgaard Hansen:

Mindfulness og yoga i helingen af PTSD

Mindfulness og yoga har vist sig at være effektiv i forhold til at skabe nærvær i nuet og til at fremme kvaiteter som mental ro og kropslig velvære. I bogen beskrives tilgangens positive indvirkning på den posttraumatiske stress samt på hjernen og nervesystemet, og det beskrives, hvordan og hvorfor mindfulness og yoga kan bruges i terapeutiske forløb med behandling af PTSD. Teorien underbygges af eksempler,

Frydenlund 2014. 85 sider, kr. 199.



Ilse Sand:

Værktøj til hjælpsomme sjæle - især for særligt sensitive, som hjælper professionelt eller privat

Særligt sensitive mennesker bliver hurtigere end andre drænet for energi, når de er sammen med mennesker, der er ude af balance. Derfor har de ekstra brug for at kunne give en hjælp, der slider mindst muligt på dem og samtidig giver udbytte for dem, de hjælper. Praktisk guide til at bruge enkle psykoterapeutiske metoder i hjælpende samtaler. Forfatteren er psykoterapeut MPF og forfatter til flere bøger om særligt sensitive mennesker.

Forlaget Ammentorp 2014. 136 sider, kr. 264.

Tor Wennerberg:

Vi er vores relationer. Om tilknytning, traumer og dissociation

Menneskelivet begynder med tilknytningen, det livslange bånd af kærlighed eller svigtet kærlighed, som et barn knytter til den eller de nære personer. Tilknytningen følger os gennem hele livet i alle vores nære følelsesmæssige relationer 'fra vuggen til graven'. I bogen beskrives, hvordan tilknytning påvirker personlighedens udvikling, og hvordan tidlige traumatiserende erfaringer i nære relationer kan sætte sig spor i den menneskelige psyke.

Dansk Psykologisk Forlag 2014. 251 sider, kr. 369.



Jesper Bay-Hansen:

Livskunst i praksis. Empowerment i din hverdag - hele livet

Forfatteren sætter fokus på trivsel og på alt det, vi selv kan gøre for at bevæge os fra stress til trivsel - eller fra trivsel til stortrivsel. Bogen operationaliserer trivselsbegrebet i 11 livselementer: mod og ansvar, væren, mening, glæde, kærlighed og intimitet, engagement, lyst og interesser, overskud og udholdenhed, ressourcer, handlinger og mål samt tro og håb. Der bygges bro mellem eksistentiel psykologi, positiv psykologi og kognitiv terapi, og bogen er dels en selvhjælpsbog, dels et arbejdsredskab for bl.a. psykoterapeuter.

Forlaget Ella 2014. 344 sider, kr. 249,95.

Lis Møller:

Professionelle relationer

Asymmetriens muligheder og begrænsninger er en udfordring i enhver hjælperelation. Bogen hjælper den professionelle med at se de muligheder og begrænsninger, der er i hjælperelationen. Enhver viden, enhver kommunikation og enhver metode udfolder sig i det relationelle og menneskelige møde. Det indebærer, at den professionelle må tage sig af sig selv og forholde sig til sit eget bidrag i samspillet, så det ikke efterlades til den anden. At være professionelt til stede er at kunne være både indadrettet og udadrettet i mødet med den anden.

Akademisk Forlag 2014. 360 sider, kr. 349.



Henrik Høgh-Olesen og Thomas Dalsgaard (red.):

Mærkelige menneske – moderne personlighedspsykologi

Hvem er jeg, og hvem er du? Hvorfor tænker, handler og føler vi, som vi gør? Hvilke kræfter driver os, og hvor frie er vi til at vælge, hvem vi vil være? Hvad er det, der gør os unikke og giver os vores personlige signatur? Hvor stor indflydelse har vores gener? Personlighedspsykologien er fuld af spændende spørgsmål og svar. Bogen bringer en helhedsorienteret forståelse af personligheden, delt i tre områder: Den havende side (biologi og evolution), den gørende side (motiver, behov, mål og handlinger) og den skabende side (kultur, samfund, relationer og vores fortællinger om os selv), kombineret med klassiske teorier og den nyeste internationale forskning.

Plurafutura Publishing 2014. 462 sider kr. 349,95.



Jørgen Groth:

Drømmearbejde. Om at anvende det ubevidstes symboler

Vores drømme giver os mulighed for at forstå vores måde at være på i verden. Drømmearbejde kan dermed give os adgang til vigtige og nødvendige ressourcer. Psykolog og psykoterapeut MPF Jørgen Groth beskriver i 3. reviderede udgave af *Drømmearbejde* en metode til drømmearbejdet, som bygger på en tilnærmelse af tre ellers ofte adskilte drømmeforståelser: den psykoanalytiske, den analytiske og den gestaltterapeutiske.

Frydenlund 2014. 294 sider, kr. 299.

Christina Fogtmann:

Forståelsens psykologi – Mentalisering i teori og praksis

Mentalisering beskriver vores evne til at forstå de mentale tilstande, der ligger bag det, vi selv og andre mennesker siger og gør; kort sagt evnen til at forstå andres og eget sind. Mentalisering er afgørende for, hvordan vi håndterer de udfordringer, vi møder i livet, og for, hvilke relationer vi kan etablere privat og professionelt. Mentalisering er derfor relevant at sætte fokus på, også uden for den klinisk psykologiske praksis evnen almindeligvis beskrives i. Bogen sætter fokus på det almenmenneskelige.

Samfundslitteratur 2014. 145 sider, kr. 198.



Margarita Tarragona:

Dine selver. Identitetsarbejde baseret på narrativ praksis og positiv psykologi

Alle har en historie om sig selv, en livshistorie, der skaber sammenhæng og mening. Forfatteren viser os i denne bog styrken i at kende og kunne udvide historierne om os selv. Der er nemlig altiv mere end én udgave af os selv. Videnskabelige resultater om trivsel fra positiv psykologi er i bogen kombineret med kollaborative og narrative tilgange. Bogen indeholder praktiske øvelser og kan anvendes som selvstudium såvel som til inspiration til professionelle.

Forlaget Mindspace 2014. 168 sider, kr. 248.

Annette Aggerbæk:

Skriveterapi. Din guide til personlig vækst

Adskillige undersøgelser har vist, at det er godt for både vores psykiske og fysiske helbred at skrive om vores inderste tanker og følelser. At skrive dagbog er et enkelt og genialt redskab til selvudvikling og en vej til at lære sig selv bedre at kende og opnå større selvaccept og tilfredshed i livet. Denne bog viser hvordan og hvorfor og giver inspiration, konkrete øvelser og cases.

Nyt Nordisk Forlag 2014. 208 sider, kr. 250.



FYRAFTENSMØDER I KØBENHAVN

Onsdag den 5. november 2014 kl. 17-19

Ann Madsen, Integrativ psykoterapeut MPF, kunstterapeut, palliativ sygeplejerske, sundhedsplejerske. Foredragsholder WCP 2011 i Sydney og WCP 2014 i Durban, Sydafrika

BROBYGNING MELLEMLIV OG DØD

Livskraft i naturunderstøttet rehabilitering

På dette fyraftensmøde møder vi en ung klient i den sidste fase af livet, der udtrykker sin rejse i et kreativt sprog. De, der skal dø, lær os at leve!

Med udgangspunkt i dødsprocessen forklares naturunderstøttet rehabilitering, der sker direkte i naturen og bruger naturen som et værktøj. Aktiviteterne har sit udgangspunkt i det naturlige liv på en gård med jord og dyr. Hvilke er ligevægtig med aktivitet, og hver dag har en vis struktur, der skaber nærvær og holding. Udtrykkende psykoterapi er væsentlig for at forstå den individuelle rejse. I den kreative proces hviler fortid og fremtid. Nærvær i nutid giver klienten den nødvendige hvile til at forlade et gammelt uhensigtsmæssigt mønster, opbygge sin ressource og mærke sin livskraft. Dette er en slags død proces midt i livet, som indeholder de samme navigationspunkter, som dødsprocessen, med en anden hensigt.

BEGGE MØDER:

Pris: Kr. 100 inkl. kaffe mv.

Sted: Dansk Psykoterapeutforening, Admiralgade 22 st.tv., København K.

Tilmelding og betaling som anført nedenfor. Oplys venligst dit navn og skriv 'Liv og død' eller 'Anoreksi' i tekstfeltet. Alle er velkomne. Max. 30 deltagere.

HUSK AT BETALE SAMTIDIG, NÅR DU TILMELDER DIG ET KURSUS ELLER ET FYRAFTENSMØDE. adm.

Onsdag den 28. januar 2015 kl. 17-19

Psykoterapeut MPF og chok-traumeterapeut
Susie Friis Kruse

ANOREKSI

En eklektisk terapeutisk tilgang til en multifaktoriel problematik

Når en spiseforstyrrelse udvikles, har den sine egne helt 'logiske' redningsstrategier. Den er umiddelbart den 'bedste' løsning på en ellers uløselig livssituation. Vejen ud af et kompenserende forhold til mad og krop kan være en lang og smertefuld rejse fuld af skræmmende ydre og indre forandringer i brogede følelsesmæssige landskaber, men når det lykkes, er rejsen vækstbringende, identitetsstyrkende og på smukkeste vis livsbekræftende.

Med udgangspunkt i den treenige hjerne beskrives anoreksien ud fra dens oprindelige intention om at være selvregulerende på et kropsligt, et affektivt og et identitetsskabende niveau. Der introduceres flere terapeutiske tilgange til anoreksien som en eksistentiel, emotionel og biokemisk overlevelsesstrategi. Disse tværfaglige tilgange kan på sigt fremme, at den unikke personlighed træder styrket i forgrunden frem for den spiseforstyrrede kompensation.

TILMELDING på www.dpfo.dk > Aktiviteter > [arrangementet].

BETALING: Betaling *samtidig med* tilmelding til reg.nr. 1551 konto nr. 5037859. Oplys arrangementets navn og dit eget navn.

AFBUD TIL FYRAFTENSMØDER/FOREDRAG: Når du tilmelder dig et fyraftensmøde/foredrag, skal du være opmærksom på, at din tilmelding er bindende og du hæfter for den fulde betaling. Ved afbud til fyraftensmøder/foredrag er der ingen tilbagebetaling.

TJEK www.dpfo.dk > Aktiviteter > [arrangementet] for evt. ændringer vedr. arrangementet.

YDERLIGERE OPLYSNINGER: www.dpfo.dk og Dansk Psykoterapeutforening, kontakt@dpfo.dk eller tlf. 7027 7007.

FYRAFTENSMØDER I AARHUS

Mandag den 20. oktober 2014 kl. 17.30-19.30

Mag.art., psykoterapeut MPF Allan Holmgren

BEVIDNING

I narrativ terapi er teorien bag bevidning, at vidnet giver det andet menneske en mulighed for at blive lyttet til, hørt og spejlet, at sætte betydningsfulde spor ind i et andet menneskes liv, at mindske følelsen af ensomhed og at øge følelsen af at kunne dele med andre. Allan Holmgren vil dels fortælle om grundtanken i bevidning, hvor metoden kan anvendes, og dels demonstrere bevidning i praksis. Deltagerne vil herefter kunne anvende bevidning i egen terapeutisk praksis.

Pris: Kr. 100. Der bydes på kaffe, te, småkager.

Sted: Psykoterapeutisk Institut, Søndergade 64, 2.th. (Strøget), Aarhus C.

Tirsdag den 18. november 2014 kl. 19-21.30

Musikterapeut, forfatter, foredragsholder Karin Dyhr

DERFOR GØR MANGE SÅ SÆRE TING

Borderline personlighedsforstyrrelse giver ikke bare stor lidelse til "borderlinerne" selv, men sætter også stort set alle, der har kontakt med dem, i en tilstand af magtesløshed og måske endda irritation. "Mon ikke hun i virkeligheden gør det for at få opmærksomhed?" tænker mange, når patienten/beboeren/klienten igen har skåret sig eller sidder og dunker hovedet ind i væggen.

Ved foredraget vil Karin Dyhr tale om nogle af de typiske borderlinesymptomer, specielt dissociation og selvskaade, som de opleves indefra – som mestringsstrategier, som patientens 'stumme sprog'.

Pris: Foredrag kr. 150. Der bydes på kaffe, te, småkager.

Sted: Marselisborgcenteret, Ørumsgade 9-11, bygning 8, over varmtvandsbadet, Aarhus C.

Tilmelding og betaling for begge arrangementer som anført nedenfor. Man kan også møde op uden tilmelding. Alle er velkomne.

TILMELDING på www.dpfo.dk > Aktiviteter > [arrangementet].

BETALING: Betaling *samtidig med* tilmelding til reg.nr. 1551 konto nr. 5037859. Oplys arrangementets navn og dit eget navn.

AFBUD TIL FYRAFTENSMØDER/FOREDRAG: Når du tilmelder dig et fyraftensmøde/foredrag, skal du være opmærksom på, at din tilmelding er bindende, og du hæfter for den fulde betaling. Ved afbud til fyraftensmøder/foredrag er der ingen tilbagebetaling.

TJEK www.dpfo.dk > Aktiviteter > [arrangementet] for evt. ændringer vedr. arrangementet.

YDERLIGERE OPLYSNINGER: www.dpfo.dk og Dansk Psykoterapeutforening, kontakt@dpfo.dk eller tlf. 7027 7007.

NETVÆRKSØDER PÅ FYN

Tirsdag den 11. november 2014 kl. 18-20

Psykoterapeut MPF, cand.theol. Bent Falk

DEN HJÆLPENDE SAMTALE

OPMÆRKSOMHED, GRÆNSER, KONTAKT

Den erfarne psykoterapeut, underviser, forfatter og præst, Bent Falk, vil i denne workshop føre deltagerne ind i centrum af det psykoterapeutiske arbejde, nemlig den hjælpende samtale. Fokus vil være på samtalens basale elementer, opmærksomhed, grænser, kontakt og sproglig hygiejne. Workshoppen begynder med oplæg, og derefter svarer Bent Falk på spørgsmål eller arbejder med folk i den tomme stol, afhængigt af deltagerens forventninger.

Tilmelding og betaling som anført nedenfor senest 4.11.

Tirsdag 3. februar 2015 kl. 18-20

Organisk psykoterapeut MPF, tidligere økonomidirektør Pia Jeppesen

PSYKOTERAPI ER OGSÅ EN VIRKSOMHED

For selvstændige erhvervsdrivende er målsætning, strategi og opfølgning velkendte begreber, men ikke for de fleste psykoterapeuter. Vi befinder os godt i mødet med klienten i terapirummet, men lønsumsafgift, delvis momsregistrering, CVR-nummer, bogføring, regnskab, revisor, fradragsberettigede udgifter, ATP, lønsomhed osv. har mange et anstrengt forhold til. Det samme med markedsføring som annoncering, Google Adwords, Facebook, hjemmesideoptimering. Aftenen vil byde på oplæg, eksempler, praktiske værktøjer og dialog. Det vil være godt, om du inden mødet har tænkt på din egen forretningsplan og markedsføringstrategi.

Tilmelding og betaling som anført nedenfor senest den 30. januar,

BEGGE MØDER: Pris: Kr. 100.

Sted: Historiens Hus, Klosterbakken 2, Odense C. Parkering i gården bag Domkirken, over gården til højre og ned ad trappen.

NETVÆRK NORDJYLLAND

Torsdag den 29. januar 2015 kl. 17-19

Psykoterapeut og socialkonsulent Margit Freimann.
Uddannet psykoterapeut fra Hildebrand Institutet

DIG OG MIG OG VI TRE

Overføring og modoverføring har sit udgangspunkt i den freudianske terapi, og den gængse opfattelse var, at terapeuten hurtigt skulle slippe af med modoverføringsfølelser. Vi har en bredere forståelse af modoverføringer nu, idet de, hvis terapeuten bruger dem reflekteret og omformuleret, kan tilføre nye veje ind i terapien. Dig og mig og vi tre betyder her, at der altid er to klienter og én terapeut i terapien: klient + mig + terapeut. Begreberne vil blive uddybet, og der lægges op til en forhåbentlig god og frugtbar debat.

Tilmelding og betaling som anført nedenfor, senest fredag den 23. januar 2015.

Torsdag den 30. november 2015 kl. 17-19

Psykoterapeut MPF og certified SE-practitioner
Mary à Argjabođa

Betydning og konsekvenser når**BØRN OG UNGE TRAUMATISERES**

Ved aftenens tema gives en gennemgang og forståelse af, hvad det indebærer for børn og unge at blive traumatiseret, og et indblik i konsekvenserne for de upersonlige traumer som fald, sportsskader o.l. Traumer, der er skabt i det interpersonelle rum som voldtægt, indlæggelse, ørelæger o.l. Det vil blive lagt særlig vægt på de traumer, der opstår i de tætte relationer. Her vil der komme input og sparring med, hvordan man kan være med til at forløse det højtaktiverede nervesystem med vores nærvær og relationens betydning.

Tilmelding og betaling som anført nedenfor, senest 25. november 2014.

BEGGE MØDER: Pris: 100 kr.

Sted: Fremtiden, Vesterbro 18, Aalborg. Alle er velkomne. Max. 30 pladser.

TILMELDING til kurser, foredrag og fyraftensmøder på www.dpfo.dk > Aktiviteter > [arrangementet].

BETALING: Betaling skal ske *samtidig med* tilmelding til reg.nr. 1551 konto nr. 5037859. Oplys arrangementets navn og dit eget navn.

AFBUD TIL KURSER: Ifølge købeloven kan du inden for 14 dage fortryde din tilmelding til et kursus. Efter 14 dage er din tilmelding bindende, og du hæfter for betaling af den fulde kursusris. Vi har dog forståelse for, at du kan blive forhindret. Vi vil derfor ved framelding inden sidste tilmeldingsfrist returnere kursusris fra trukket kr. 450 til dækning af administration. Herefter ingen tilbagebetaling.

TJEK www.dpfo.dk > Aktiviteter > [arrangementet] for oplysninger om stedet for afholdelsen samt evt. ændringer i tilmeldingsfrist mv.

YDERLIGERE OPLYSNINGER: Dansk Psykoterapeutforening, kontakt@dpfo.dk eller tlf. 7027 7007.

KURSUS

LISBETH LAUSEN

Lisbeth Lausen er lærer, psykoterapeut MPF, hypnoterapeut CI, BCI og coach. Sideløbende med arbejdet med private klienter holder hun kurser om stresshåndtering, kommunikation, coaching og uddanner hypnoterapeuter med NGH-certificering mm. Hun har desuden en lang og bred erfaring med undervisning, bl.a. på NLP Institutet og NLP skolen i Roskilde.

2-dages kursus i**HYPNOSE OG HYPNOTERAPI**

Hypnose – også kaldet trance – er en naturlig tilstand, som vi ubevidst bevæger os ind og ud af gennem dagen. Fx når vi falder i staver, dagdrømmer, ser TV og bagefter ikke kan huske, hvad vi har set, kører i bil eller på cykel fra et sted til et andet uden at tænke over hvordan osv.

Grunden til at hypnose virker så effektivt er, at man i trancen/hypnosen 'luller den kritiske sans i søvn'. Man arbejder med det ubevidste sind, som styrer vores følelser og dermed vores adfærd. Hypnose/trance kan med stor fordel bruges sammen med terapi, coaching og parterapi, og de teknikker, du i forvejen bruger, virker dybere i hypnose.

Der vil blive undervist i følgende:

Hvad er hypnose – forskel på terapeutisk hypnose og stagehypnose.

Hvordan forklare det til klienten, uddanne klienten.

Hvordan tale ned i trance med forskellige teknikker.

Hvordan tale ud af trancen igen.

Hvordan bruge de teknikker, du allerede kan, sammen med hypnose.

Hvordan arbejde med stress og hypnose.

Kurset henvender sig til psykoterapeuter og andre med lignende arbejde.

TID OG STED: Mandag den 3. og tirsdag den 4. november 2014. Begge dage kl. 9.30-17. I Københavns-området.

PRIS: Medlemmer kr. 2.400, ikke-medlemmer kr. 2.800. Inkl. morgenmad og eftermiddagskaffe/te og kage. Min. 16 og max. 30 deltagere.

NY TILMELDINGSFRIST 10. oktober 2014. Tilmeld som anført nedenfor. Kontakt evt. kontoret efter 10.10.

KURSUS

LONE GADEGÅRD

Forfatter til bogen *Den kvindelige understrøm*, der udkommer sidst i 2014. Har en bred baggrund inden for selvudvikling med fokus på krop, kreativitet og spiritualitet. Har gennem 25 år arbejdet kunstnerisk med billeder, digte og dokumentarfilm inden for temaet kvindelighed og spiritualitet. Hun holder workshops, giver vejledning og supervision. Uddannet på RUC med speciale inden for kvindeforskningen.

En workshopdag om

KVINDELIGHED OG SPIRITUALITET

I flere tusind år har det guddommelige været identificeret som mandligt. På denne dag om kvindelighed og spiritualitet vil vi se det kvindelige som en del af det hellige. Vi ser bl.a. på det kvindelige i relation til menstruation, cyklus og rytme.

I arbejdet med at hele det kvindelige vil vi bl.a. arbejde med kroppen, kredse om grænselandet mellem sprog og sprogløshed og bruge kreative øvelser. Undervejs lærer man at trække på Den Sorte Madonna som hjælper.

Som en gudinde, der er fortrængt fra kulturen, er Den Sorte Madonna en god hjælper i arbejdet med at re-integrere fraspaltede sider af det kvindelige.

På dagen vil vi trække på inspiration fra den jungianske analytiker Marion Woodman. Marion Woodman ser det kvindeligheds heling som en enhed af krop og sjæl – eller som sjæl forankret i krop.

Vi lever stadig i skyggen af den kristne skabelsesberetning, hvor kvinden i syndefaldsmyten gøres skyldig. At finde ind til en kvindelig identitetsfølelse i et sådant univers kræver mere end individuel terapi. Vi må forholde os til det kvindelige på både personligt, kulturelt og mytisk niveau – og her kan gruppen være en stor hjælp.

Kurset henvender sig til psykoterapeuter og andre behandlere.

TID OG STED: Onsdag den 25. februar 2015 kl. 9.30-17. Wegeners Gaard, Vesterbrogade, København.

PRIS: Medlemmer kr. 1.250, ikke-medlemmer kr. 1.450. Inkl. morgenmad kl. 9 og kaffe/te, kage, frugt. Min. 16 og max. 25 deltagere.

TILMELDING som anført nedenfor, senest den 12. januar 2015.

TILMELDING til kurser, foredrag og fyraftensmøder på www.dpfo.dk > Aktiviteter > [arrangementet].

BETALING: Betaling skal ske *samtidig med* tilmelding til reg.nr. 1551 konto nr. 5037859. Oplys arrangementets navn og dit eget navn.

AFBUD TIL KURSER: Ifølge købeloven kan du inden for 14 dage fortryde din tilmelding til et kursus. Efter 14 dage er din tilmelding bindende, og du hæfter for betaling af den fulde kursusris. Vi har dog forståelse for, at du kan blive forhindret. Vi vil derfor ved framelding inden sidste tilmeldingsfrist returnere kursusris fra trukket kr. 450 til dækning af administration. Herefter ingen tilbagebetaling.

TJEK www.dpfo.dk > Aktiviteter > [arrangementet] for oplysninger om stedet for afholdelsen samt evt. ændringer i tilmeldingsfrist mv.

YDERLIGERE OPLYSNINGER: Dansk Psykoterapeutforening, kontakt@dpfo.dk eller tlf. 7027 7007.

KURSUS

SIDSEL ARNFRED

Sidsel Arnfred har siden 2008 arbejdet som konsulent hos Dispuk, hvor hun bl.a. har undervist på den narrative konsulent-, leder- og coachinguddannelse. Hun har arbejdet med supervision, konfliktmediation og processer i mange forskellige organisatoriske sammenhænge samt individuelle samtale- og supervisionsforløb.

NARRATIV SUPERVISION

Den narrative supervision fokuserer på fortællinger i forhold til de problemer, man slås med i arbejdslivet og i livet, deres effekter og historier. Den fokuserer også på identitet, på meningsskabelse og på at bringe meningsfuldheden tilbage i arbejdet.

I narrativ supervision er fokus på, at supervisanden får skabt en form for overblik og får flere fortællinger og perspektiver på det, der er i spil, og dermed flere handlemuligheder, i overensstemmelse med supervisandens intentioner.

Tilgangen lægger stor vægt på menneskers mulighed for både at være agenter i eget liv og at have bekræftende vidner til eget arbejde og liv. Derfor bliver de andre supervisors responsers en betydningsfuld del af meningsskabelsen og den bevægelse, man tilstræber i supervisionen. Samtidig giver supervisionen rigere muligheder for koordinering af arbejdet og samarbejdet, når der bliver lyttet til hinanden og skabt betydning omkring det sagte.

Tilgangen er baseret på kulturpsykologien og den amerikanske psykolog og filosof Jerome Bruner, som taler om, hvordan fortællinger om problemer skaber mening i livet.

Den franske filosof Michael Foucault og hans tanker er også en del af den narrative supervisors grundlag.

De to dage vil foregå i en vekselvirkning mellem undervisning, små øvelser og metodisk træning, hvor der vil blive arbejdet med deltagernes egne dilemmaer og problemstillinger.

Kurset henvender sig til psykoterapeuter og andre behandlere.

TID OG STED: Torsdag-fredag den 26. og 27. marts 2015 kl. 10-17. I Københavns-området

PRIS: Medlemmer kr. 2.600, ikke-medlemmer kr. 3.000. Inkl. morgenmad kl. 9 og kaffe/te, kage, frugt. Min. 16 og max. 25 deltagere.

TILMELDING som anført nedenfor, senest den 12. januar 2015.

KURSUS

BENT ANKERSTJERNE

Psykiater MPF, oprindelig ingeniør. 4-årig psykiaterisk uddannelse i ID-terapi og 3-årig videreuddannelse i kognitiv adfærdsterapi. Uddannet i hypnoterapi og som mindfulnessinstruktør. Daglig leder af Kognitiv Center København. Arbejder med individuel terapi ved stressrelaterede tilstande og forskellige angstformer.

KOGNITIV TERAPI VED STRESS OG ANGSTILSTANDE

Stress er blevet tiltagende hyppigt og ses i mange forklædninger. Det er lumskt, kommer gradvist og ofte med mange kropslige reaktioner. Symptomer kan være klager over hovedpine, træthed, koncentrationsbesvær, dårligere hukommelse og manglende overblik.

Angst kan ofte være vanskelig at diagnosticere. Der kan være massive fysiske symptomer, som man også finder ved andre lidelser, som fx trykken i brystet, vejrtrækningsbesvær, svimmelhed, kvalme, uro i maven mv. Samtidig finder man urealistiske tankemønstre, som at være bange for at falde om, for at dø, for at miste kontrollen eller bange for at blive vurderet negativt af andre, for ikke at slå til, for ikke at være perfekt. Det belastende tankemønster medfører ofte, at personen har en depressiv tankestil, lav selvtillid og selvværd.

Kurset indholder introduktion til grundbegreber i kognitiv adfærdsterapi. Der bliver mulighed for selv at afprøve de kognitive metoder i forbindelse med små cases eller egne problemstillinger. Endvidere gennemgås behandlingsformer for stress- og angsttilstande, hvorledes man afdækker, behandler og forebygger stress, og hvorledes man afdækker angst og ændrer fobisk adfærd og uhensigtsmæssige tankemønstre. Der vil være oplæg til praktiske øvelser i forbindelse med stress- og angstcases.

Kurset henvender sig til psykoterapeuter og andre behandlere.

TID OG STED: Torsdag-fredag den 23. og 24. april 2015 kl. 9.30-17. Wegeners Gård, Vesterbro, København.

PRIS: Medlemmer kr. 2.400, ikke-medlemmer kr. 2.800. Inkl. morgenmad kl. 9 og kaffe/te, kage, frugt. Min. 16 og max. 30 deltagere.

TILMELDING som anført nedenfor, senest den 10. marts 2015.

TILMELDING til kurser, foredrag og fyraftensmøder på www.dpfo.dk > Aktiviteter > [arrangementet].

BETALING: Betaling skal ske *samtidig med tilmelding* til reg.nr. 1551 konto nr. 5037859. Oplys arrangementets navn og dit eget navn.

AFBUD TIL KURSER: Ifølge købeloven kan du inden for 14 dage fortryde din tilmelding til et kursus. Efter 14 dage er din tilmelding bindende, og du hæfter for betaling af den fulde kursusris. Vi har dog forståelse for, at du kan blive forhindret. Vi vil derfor ved framelding inden sidste tilmeldingsfrist returnere kursusris fratrukket kr. 450 til dækning af administration. Herefter ingen tilbagebetaling.

TJEK www.dpfo.dk > Aktiviteter > [arrangementet] for oplysninger om stedet for afholdelsen samt evt. ændringer i tilmeldingsfrist mv.

YDERLIGERE OPLYSNINGER: Dansk Psykiaterforening, kontakt@dpfo.dk eller tlf. 7027 7007.

KURSUS

EVA HILDEBRAND

Uddannelsesleder på Hildebrand Institutet. Psykiater MPF. Uddannet i USA. Godkendt supervisor i psykiateri i Dansk Psykiologforening. En af forfatterne bag bøgerne *Familier med seksuelt misbrug af børn* (1986) og *Drenge og seksuelle overgreb* (1994).

HANNAH JACOBSEN

Psykiater MPF. Uddannet i *Life Energy Processes* hos Stephano Sabetti og har speciale i kroporienteret psykiateri, som hun har arbejdet med gennem mange år.

KONSTRUKTIV BRUG AF DISSOCIERING I TERAPI MED MENNESKER MED USTABIL PERSONLIGHEDSSTRUKTUR

Emotionel ustabilitet i opvæksten betyder, at klienterne ikke har lært emotionel selvregulering. Derfor overvælder emotionerne dem igen og igen og skaber en forvrænget virkelighed. Overvældelsen af voldsomme emotioner lader ikke plads til regulerende kognitive funktioner. I stedet bruges kognition til at skabe en for klienten meningsfuld virkelighed defineret eller forvrænget af emotionerne. Dette bliver specielt uheldigt i relationer, hvor det bliver svært at etablere den gensidighed, som er basen for samhørighed. Konsekvensen er indre isolation og udstødthed hos klienten – et slags sjælemord.

Eva Hildebrand ser terapeutens rolle som den, der står imellem klientens selvopfattelse og klientens intense dissocierede emotion og vil vise, hvordan man kan bruge modoverføringen i arbejdet med klienter med emotionel ustabil personlighedsstruktur, hvor dissociation er en primær forsvarsmekanisme. Hannah Jacobsen vil arbejde med integration af kroppen i arbejdet som terapeut og i forhold til dissociation.

Læs mere på www.dpfo.dk > Aktiviteter.

Kurset er åbent for alle interesserede.

TID OG STED: Mandag-onsdag den 11. og 13. maj 2015 Østerlørke, Løkkevej 40, Trans, 7620 Lemvig, Tlf. 41181481.

PRIS: Medlemmer kr. 5.095, ikke-medlemmer kr. 5.475. Inkl. ophold og alle måltider. Min. 16 og max. 20 deltagere.

TILMELDING som anført nedenfor, *senest den 6. april 2015*. Se nærmere vedr. ophold på www.dpfo.dk > Aktiviteter.

KURSUS

HANNE HOSTRUP

Hanne Hostrup er uddannet psykolog fra Københavns Universitet 1978 og er licentiat i psykologi 1983. Hun har en videreuddannelse som gestaltterapeut i USA 1980-86 hos bl.a. Jim Simkins, Bob Martin, Tony Horn. Har i 25 år haft privatpraksis og har ledet en 3-årig uddannelse i tegneterapi og gestaltterapi, men arbejder i dag overvejende som gæstetræner, supervisor, workshopleder, foredragsholder og forfatter. Hanne Hostrup har bl.a. udgivet bøgerne *Kærestebilleder* (1994), *Gestaltterapi* (1999), *Supervision på gestaltterapeutisk grundlag* (2002) og *Tæft, trit og retning - parforhold og parterapi* (2004).

2-dages workshop i PARTERAPI PÅ GESTALTTERAPEUTISK GRUNDLAG

Kursets indhold:

- Parforholdets fænomenologi.
- Klassiske problemer og kontaktforstyrrelser, der aktiveres i det moderne parforhold.
- Terapiens mål og metode
- Terapeutens rolle og interventioner.
- Demo-video af en første session – med efterfølgende diskussion af det terapeutiske arbejde.
- Deltagerne har begge dage mulighed for at få supervision af egne sager med par.
- Deltagerne har mulighed for at arbejde med sig selv og deres eget parforhold.

Litteratur bl.a.: *Tæft, trit og retning - parforhold og parterapi*. En bog om gestaltterapi med par.

Deltagerforudsætninger: Uddannede psykoterapeuter. Det forventes, at deltagerne medbringer egne sager til supervision og/eller er villige til at arbejde med sig selv og deres eget parforhold.

TID OG STED: Torsdag-fredag den 28. og 29. maj 2015 kl. 10-17. Wegeners Gård, Vesterbro, København.

PRIS: Medlemmer kr. 2.600, ikke-medlemmer kr. 3.000. Inkl. morgenmad, kaffe/te, kage, frugt. Max. 16 deltagere.

TILMELDING som anført på forrige side senest den 15. april 2015.



alkohol | hash | misbrug | stoffer | ludomani | spiseforstyrrelse | hash
ludomani | stoffer | spiseforstyrrelse | alkohol | misbrug | stoffer | hash
stoffer | alkohol | hash | misbrug | spiseforstyrrelse | ludomani | alkohol
hash | stoffer | afhængighed | misbrug | alkohol | spiseforstyrrelse

Ring +45 3321 7300

www.frederiksberg-centeret.dk

info@frederiksberg-centeret.dk

FREDERIKSBERG CENTERET
Dagbehandling for afhængighed og pårørende.

www.konbalance.dk



Bogføring
Årsregnskab
Selvangivelse

Anne Hjöllund
Talknuser

info@konbalance.dk

+45 3022 1822

DØDSPROCESSEN DØDSBEVIDSTHED

28.29.30/11

dødsfaserne og
dødens naturlige træk
opefter
den store overgang
fra at have en krop
til ikke at have en krop
energimæssig og
spirituel forståelse
for tiden op til
døden, dødsøjeblikket
og timerne efter
klassiske døds
meditationer

lisbeth lawaetz
clausen & irene
lis engelbrecht

3011 6611
AKUPUNKTURSKOLEN.DK

FUELBOX



Den gode samtale på boks

Til alle som tror på, at nærhed mellem to mennesker ikke kommer af sig selv, men gennem kendskab til hinanden.

Med Fuelbox får I meningsfuld underholdning, hvor I på en spændende måde får talt om vigtige, vanskelige og sjove sider af samlivet og livet generelt. Udforsk hinandens forskelle og hvad det er, der binder jer sammen som par.

Fuelbox indeholder 170 kort med åbne spørgsmål fordelt på 10 kategorier.

Det perfekte supplement til et parterapiforløb.

Se mere på Fuelbox.dk



Uddannelse i Holdingfamilieterapi

Dansk Institut for Holdingterapi tilbyder nu en grunduddannelse i holdingterapi.

Kurset består af 4 moduler á 3 dages internat på Møn og starter i marts 2015 og afsluttes november samme år.

Børnepsykiater, mpf. Bent H. Claësson (5151 1827)

Cand. psych. Iver Hecht (2166 1236)

Kontakt os på: info@tilknytning.dk
Se nærmere på: www.tilknytning.dk



En lille annonce i
*Tidsskrift for
Psykioterapi*
ses også tydeligt

Send din tekst
til redaktøren på
susvd@email.dk



Dansk parterapeutisk Institut danner rammen om mentaliseringsfokuseret parterapi, supervision i parterapi og undervisning i parterapi på specialistniveau. Vi har fokus på tilknytning, neuropsykologi og mentalisering.

2 dages workshop 9.-10. december 2014
1-årig efteruddannelse - start 7. januar 2015
2-årig efteruddannelse - start april 2015

På kurserne får du inspiration til:

- at arbejde mentaliseringsfokuseret med par
- hvordan du kan gribe den første samtale an
- hvordan du identificerer parrets "overlevelsesdans" og tilknytningsmønstre
- hvordan du kan planlægge et struktureret forløb
- hvordan du hjælper par med at forstå, at bag enhver frustration ligger der en længsel
- hvordan du med Den Anerkendende Dialog hjælper parret til at krydse broen og tage på besøg i hinandens nabolag

Lone Algot Jeppesen
cand.psych., specialist i psykoterapi
www.parterapeutiskinstitut.dk

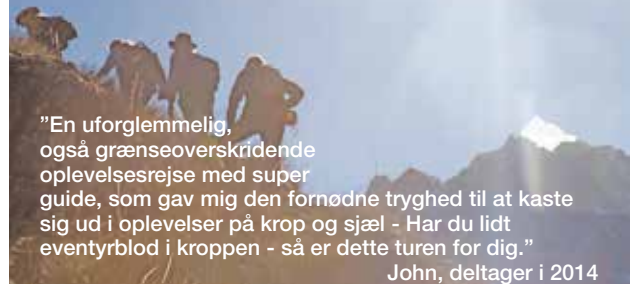
1-årig efteruddannelse
Hesteassisteret terapi
www.happyhorses.dk



13. JULI - 2. AUGUST 2015

VANDRING AD INKASTIER RETREAT MED AYAHUASCA ELLER YOGA

EN UDFORDRENDE INDRE OG YDRE REJSE MED
PSYKOTERAPEUT OG EVENTYRER HANS ERIK RASMUSSEN



"En uforglemmelig, også grænseoverskridende oplevelsesrejse med super guide, som gav mig den fornødne tryghed til at kaste sig ud i oplevelser på krop og sjæl - Har du lidt eventyrblod i kroppen - så er dette turen for dig."

John, deltager i 2014

Formøde · Tid til fordybelse · Eget muldyr at ride på · Fysisk udfordring · Original inkavej · Cusco · Landsbyliv · Inkabyen Machu Picchu · 8 dage vandring · Retreat med shamanernes lærerdrick ayahuasca eller yoga · 31 års erfaring i Peru

Se film, rejseplan, billeder og anbefalinger fra tidligere rejser på:

gydrasmussentravel.dk



Gyrd Rasmussen Travel
Indre og ydre eventyr

OBS - OBS - OBS
REDAKTIONENS
E-MAIL ADRESSE

er

susvd@email.dk

Susanne van Deurs
Redaktør

Attraktiv Pensionspakke igennem Dansk Psykoterapeutforening



Dansk Psykoterapeutforening og registrerede forsikringsmæglere, Keller og Partners, har indgået en aftale om at tilbyde en attraktiv pensionspakke til foreningens medlemmer. Ordningen etableres igennem Top Danmark.

FORDELS-PENSION/Dansk Psykoterapeutforening

- én af Danmarks bedste pensionspakker
- sikring af dig, din familie og din fremtid

MULIGHEDER I PENSIONSPAKKEN

- Gruppeliv ved død
- Kritisk sygdom
- Nedsat erhvervsevne
- Pensionsopsparing

HVORFOR VÆLGE FORDELS-PENSION / DPFO

Da du er **en del af en gruppe** (Dansk psykoterapeutforenings medlemmer), har vi mulighed for at tilbyde dig nogle klare **fordele**. Eksempelvis på følgende områder:

- Lave priser på forsikringsdækninger
- Brede/udvidede forsikringsdækninger
- Få helbredsoplysninger
- Lave administrationsomkostninger
- Ét af markedets højeste afkast på pensionsopsparing

SÅDAN KOMMER DU VIDERE:

Kontakt Fordels-Pension/Dansk Psykoterapeutforening:

SJÆLLAND / JYLLAND /
FYN OG ØERNE **60 85 51 00**

eller på mail: mail@fordelspension.dk

- se brochure på www.psykoterapeutforeningen.dk



- EN ORDNING IGENNEM
TOPDANMARK

Attraktiv sundheds- og behandlingsforsikring igennem Dansk Psykoterapeutforening



Dansk Psykoterapeutforening og registrerede forsikringsmæglere, Keller og Partners, har sammen udviklet en attraktiv sundheds- og behandlingsforsikring til foreningens medlemmer. Ordningen etableres igennem Mølholm Forsikring A/S. Danmarks største udbyder på området!

SUNDHEDS- OG BEHANDLINGSFORSIKRING / DANSK PSYKOTERAPEUTFORENING

HVORFOR:

- Hurtig hjælp og afklaring, hvis du bliver syg eller kommer til skade, så du kan komme tilbage og passe din virksomhed.
- Behandlingsgaranti indenfor 10 dage

FORDELE:

- Skarp pris kr. 1.699,- / år + 1,1% stempel til staten
- En af de mest udvidede dækninger på området
- Tegnes uden afgivelse af helbredsoplysninger
- Løbetid helt til 70 år
- Ægtefælle kan også tilmeldes ordningen til samme pris
- Hvis begge ægtefæller er omfattet af ordningen, er børn gratis medforsikret til 21 år.

SÅDAN KOMMER DU VIDERE:

Kontakt Fordels-Pension/Dansk Psykoterapeutforening:

SJÆLLAND / JYLLAND /
FYN OG ØERNE **60 85 51 00**

eller på mail: mail@fordelspension.dk

- se brochure på www.psykoterapeutforeningen.dk



- EN ORDNING IGENNEM
MØLHOLM FORSIKRING A/S



TRE er en ny, unik tilgang til stress- og traumebehandling, udviklet af David Bercei. Der tages udgangspunkt i, at stress og traume sætter sig i kroppen. Det kan der imidlertid effektivt rådes bod på med et øvelsesprogram, som ovenikøbet er relativt let at lære. TRE har vist sig overordentlig effektivt i utallige sammenhænge, lige fra det mere hverdagsagtige til behandling af de mest voldsomme hændelser. Metoden kan stå alene, eller kan være et særdeles anvendeligt supplement til kroporienteret terapi.

Uddannelsesforløbet strækker sig over 1 år og henvender sig alle, som har berøring med ovennævnte problemfelt, uanset om interessen er personlig eller faglig. Du vil lære at arbejde med TRE både individuelt og med grupper og lære om kropsterapeutiske interventioner. Du kan læse meget mere om TRE og uddannelsen på den internationale hjemmeside www.traumaprevention.com, eller du kan henvende dig direkte til os: **Ole Ry**, speciallæge i psykiatri, og **Susanne Andrés**, kroporienteret psykoterapeut, begge TRE Certification Trainers og MPF, på info@holoworld.dk

HOLOTROPISK ÅNDEDRÆTSTERAPI



Nyt uddannelseshold starter inden længe i København. Interessert? Så skriv til Ole Ry og Susanne Andrés, MPF, på info@holoworld.dk

Transformative Dreamwork

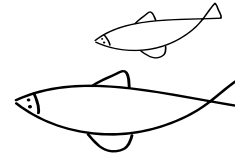
Lær at bruge drømme som metode i den terapeutiske proces.

Forløb i København og Jylland.

Introduktion til teorier om drømme og bevidsthed.

Kreative og psykologiske metoder.

Fordybelse og procesarbejde.



Efteruddannelsesforløb i terapeutisk drømmearbejde.

www.transformativedreamwork.com

Heidi Frier og Mette Løgstrup

Nansensgade 47 st.th,

1366 Kbh. København.

transformativedreamwork@gmail.com

Tlf. 3311 4411 og 2685 0189

Fem dages 'silent retreat' Mindfulness meditation

Anvender du mindfulness i behandling?
Eller ønsker du blot at fordybe dig i din egen mindfulness praksis?

Fem dage i stilhed med meditation, oplæg, refleksion og personlig supervision/sparing med socionom Stella Lützer, psykolog Stephen Mathiasen og psykoterapeut Tove Mørkøv Kristiansen. Alle er erfarne mindfulness-instruktører, som har gennemført træningsforløbet ved Center for Mindfulness ved University of Massachusetts.

Tid: 16.-21. november 2014

Sted: Villa Fjordhøj, Rådmandsvej 23 B,
4230 Skælskør

Pris: 6.800 kr. + moms.

Læs mere på www.mbrp.dk

29 & 30.
april
2015

KONFERENCE PÅ HOTEL PRINDSEN I ROSKILDE



Lois Sadler - Nancy Close - Eia Asen - Bert Powell - Phyllis Booth - Susan Hart

Nye retninger i familieterapi

For første gang i Danmark

På denne to-dagskonference har vi den glæde at præsentere fire af verdens mest indflydelsesrige nyere familieterapeutiske metoder med udgangspunkt i en tilknytningsbaseret, mentaliserende og neuroaffektiv forståelse.

Det er en stor fornøjelse at byde velkommen til fem af verdens førende skabere af anerkendte familiebehandlingsmetoder, der alle på konferencen vil præsentere deres metode gennem hovedoplæg og workshops.

Nemlig Lois Sadler og Nancy Close om Minding the Baby (USA), Eia Asen om Multifamilie-terapi (UK), Bert Powell om Circle of Security (USA) og Phyllis Booth om Theraplay (USA).

Ud over hovedoplæggene fra disse 5 prominente oplægsholdere vil der være workshops, som også præsenterer nyere metoder indenfor familiebehandling, nemlig Marte Meo og International Child Development Program (ICDP) samt det dansk udviklede Forældre på alle strenge.

Kr. 4.500,- (ex moms)

Max 200 deltagere,
derfor først til mølle!

Konferencepakke:

Vær opmærksom på at vi også har to kursusdage før og to kursusdage efter konferencen med de amerikanske kursusholdere – se www.docenten.dk.

For mere information og tilmelding:

DOCENTEN.DK



Traumeheling ApS

V. Jette Koch - Ursula Fürstenwald
Frank Vestergaard Olsen



Kurser & SE Uddannelsen 2015

SOMA – Introduktion til den 3-årige uddannelse - med Sonia Gomes & Marcelo Muniz

4-dages intro med Sonia Gomes' s nye spændende uddannelse, som fokuserer på touch i behandling af traumer og chok.

Dato: 23. - 26. oktober 2014

Sted: Astrologihuset, Teglværksgade 37, 2100 Ø

ISP-Integreret Somatisk Psykoterapi, cert. udd. med Raja Selvam Ph.D.

Tilbyder en integreret og avanceret tilgang til terapeutisk arbejde med krop, energier og nærvær.

Du kan stadig nå at tilmelde dig.

Arbejde med traumatiserede børn

3- dages workshop med Ale Duarte.

Dato: 11. juni - 14. juni 2015

SE Uddannelsen 2015 introduktionskursus

Deltagelse i introkurset er en forudsætning for ansøgning og tilmelding til SE-uddannelsen med start 21. - 26. april 2015.

Dato: 12. - 14. november 2014

Alle kurser koster kr. 1.400,-
pr. dag og finder sted i København.

Somatic Experiencing Practitioner®

Med cand. psych. og specialist i psykotraumatologi
Ursula Fürstenwald.

Dato: Start 21. - 26. april 2015

Sted: Inspirationscenter, Maribo

Pris: kr. 9.500,-

Tilmelding og yderligere information

www.traumeheling.com - traumeheling@hotmail.com

Jette Koch tlf. 2255 2504 - Ursula Fürstenwald tlf. 3927 2524
og Frank V. Olsen tlf. 3020 8751

BODYNOMIC
International



Spejling og imitering med Lisbeth Marcher

Søndag d. 14. december 2014 fra 10 – 18

En nødvendighed for empati;

Spejling: Hvad er det at spejle og hvad giver det os.

Imitation: Når du bevæger dig, strammer op og kollapser bevidst på samme måde, som den du er sammen med gør ubevidst, giver det en samhørighedsfølelse.

Pris: 500 kr., **Sted:** Gråbrødre Torv,

Tilmelding: lene@bodydynamic.dk

1-ÅRIG PSYKOTERAPEUTISK GRUNDUDDANNELSE

– HOLD START I 2014 I DK OG 2015 I ATHEN

Du vil med et kropsspsykologisk udgangspunkt lære at opbygge ressourcer i samspillet med familie, venner, kollegaer og klienter.

Du lærer at fornemme, se og høre mønstre og møde dem med et åbent sind.

Bodydynamics speciale er forståelsen af sammenhængen mellem den psykologiske, motoriske og neurologiske udvikling hos barnet og den voksne.

Foundation 1D, eksternat i Københavnsområdet:

lalt 8 x 3 dage.

Start: 12 – 14. december 2014

Foundation 1A, internat i Athen: (på dansk)

lalt 3 x 6 dage

Start: 14 – 19. april 2015

Lærere: Michael Gad, Anders Lund Pedersen og Ditte Marcher

Foundation uddannelsen er en forudsætning for Bodydynamic's Psykoterapeut uddannelse – den 3 årige Practitionertræning.

3 ÅRIG BODYNOMIC KROPS PSYKOTERAPEUTISKE UDDANNELSE START I 2015

Denne uddannelses indhold er allerede anerkendt og anvendt i andre former for psykoterapi, forskellige former for kropsterapi, socialt arbejde, erhvervsorganisationer og fagfolk indenfor sundhed og pleje, der har ønsket at udvide deres viden og præcision.

Opstart i København:

15 – 18. oktober 2015, afsluttes august 2018.

Lærere: Ditte Marcher, Lene Wisbom, Anders Lund Pedersen, Michael Gad og Bo Bromberg o.a.

Se mere på www.bodydynamic.dk

Info og nyhedsbrev: lene@bodydynamic.dk



8. & 9.
juni
2015

KONFERENCE PÅ HOTEL PRINDSEN I ROSKILDE



Ilan Kutz - Lars Sørensen - Paul Gilbert - Finn Skårderud - Marianne Bentzen - Susan Hart

Jagten på de nonspecifikke faktorer i psykoterapi med voksne

Det er med stor fornøjelse, at vi præsenterer fire af verdens bedste psykoterapeuter på denne to-dags konference omkring de nonspecifikke faktorer i den behandlingsmæssige eller psykoterapeutiske relation.

I løbet af disse to dage vil hver af disse fire psykoterapeuter bringe deres omfattende ekspertise til en fælles udforskning af de ligheder man finder i højt kvalificerede psykoterapeuters terapeutiske arbejde, gennem videoklips af cases og præsenterer deres egen forståelse af den.

ligheder i deres terapeutiske interaktioner og på de punkter i videoen, hvor de ser centrale mødeøjeblikke og forandringsøjeblikke.

Psykolog Susan Hart og psykoterapeut Marianne Bentzen er konferencens værter og ordstyrere.

Hver præsentation efterfølges af en dialog mellem de fire, hvor der vil fokuseres på

Kr. 4.500,- (ex moms)

Max 200 deltagere,
derfor først til mølle!

De fire oplægsholdere er:

Dr. Ilan Kutz, psykiater og psykoterapeut. **Lars Sørensen**, chefpsykolog.

Paul Gilbert, professor i klinisk psykologi. **Finn Skårderud**, psykiater, forfatter og professor.

Værter og ordstyrere:

Marianne Bentzen, Psykoterapeut MPF.

Susan Hart, Klinisk psykolog, specialist og supervisor.



For mere information og tilmelding:

DOCENTEN.DK

KONFERENCER, MØDER M.V.

Oversigten er uden ansvar for Dansk Psykoterapeutforening

Foredrag i C.G. Jungs Venner, Aarhus – 20.10. Hartmut Somsdorff: Skammens mange ansigter. 24.11. James Bulmann-May: Individuation og alkymi i Karen Blixens 'Babettes Gæstebud' – 23.2. Arne Vestergård: Individuation og innovation i organisationer. 23.3. Christel Bormann: Musik som symbol – 4.5. Tusse Weidlich: Odysseus. Sognegården ved Ellevang Kirke – Pris for ikke-medlemmer kr. 130. Alle møder kl. 13-16 i Fritidscentret Skovvang, Skovvangsvej 127, Aarhus N, med mindre andet er anført. Alle er velkomne. www.jungsvenner.dk

Landsforeningen mod spiseforstyrrelser og selvskade – 21.10. Berørt af spiseforstyrrelse eller selvskade? Aarhus – 23.10. Når løsningen bliver selvskade. Odense – 29.10. Berørt af spiseforstyrrelse eller selvskade? København – 5.11. Pårørende til en spiseforstyrret. Aarhus – 11.11. Når løsningen bliver selvskade. Næstved – 12.11. Tvangsoverspisning, BED. Sønderborg – 19.11. Voksne med spiseforstyrrelser. Odense – 25.11. Pårørende til en spiseforstyrret. Aalborg – 26.11. Når løsningen bliver selvskade. København – Alle arrangementer kl. 18-20.30. www.lsmnyt.dk

PsykiInfo Region Sjælland – 22.10. Den første psykose. Slagelse – 27.10. Medicin og recovery. Nykøbing Sj. – 6.11. Funktionelle lidelser. Næstved – 19.11. Dobbelte minoriteter. Psykisk sygdom og anden etnisk oprindelse. Roskilde – 27.3. Forældre til barn med spiseforstyrrelse? Næstved – 24.11. Unge, spiseforstyrrelser og andre selvskader. Nykøbing F – 2.11. Angst hos børn. Ringsted – Alle arrangementer kl. 19-21.30. www.regionsjaelland.dk

Hertoft eftermiddag – 23.10. Lea Korsgaard: Orgasmeland. Om 1930'ernes seksuelle revolution – 27.11. Agnete Birger Madsen: Et barnelig i en kuffert – 29.1.2015: Out! Om tennisspilleren Leif Røvsing og seksualpolitikken – 26.2. Tine E. Gottschau & Michael M. Pedersen: Ild i gamle huse. Seksualitet, fantasi og intime relationer efter de 65 – 26.3. Christian Groes-Green: Besat af kærlighed seksuel magi og kønnets magt i Afrika – Alle dage kl. 16-18. Psykiatrisk auditorium, Rigshospitalet, Henrik Harpestrengs Vej (opg. 61a). Gratis adgang for alle interesserede. Arr.: Dansk Forening for Klinisk Sexologi, Sex & Samfund og Sexologisk Forskningscenter. www.klinisksexologi.dk og www.sexogsamfund.dk

PsykiInfo Midt (egne og andres arrangementer) – 23.10. Et liv med skizofreni. Aarhus kl. 15.30-17 – 23.10. Lise Lotte Helm, MPF: Når ensomhed og afmagt tager over. Oplysninger til forældre til psykisk sårbare børn og unge. Risskov – 28.10. Når behandling lykkes. Skizofreni. Hinnerup – 28.10. Hun fik sat navn på kaos. ADHD. Skive – 28.10. Det rammer da ikke mig. Depression. Brande – 5.11. Angst og OCD. Holstebro – 6.11. Knækket af arbejdet. Depression. Auning kl. 19.30-22 – 6.11. Angst og OCD. Kjellerup – 6.11. Hvad gør hash og andet misbrug ved din hjerne? Aarhus kl. 15.30-17 – 11.11. Før og efter diagnosen. Bipolar affektiv sindslidelse. Skanderborg – 12.11. Angst og OCD. Randers – 13.11. På arbejdsmarkedet med bipolar affektiv sindslidelse. Ringkøbing – 17.11. Når det sociale bliver svært. Personlighedsforstyrrelser. Horsens – 20.11. At finde balancen i kaos. ADHD. Herning – 20.11. Et fællesnordisk studie i OCD hos børn og unge. Risskov – 20.11. Lise Lotte Helm, MPF: SIF netværk. Forældre til psykisk sårbare børn. Aarhus kl. 15.30-17 – Hvis intet andet er nævnt, er møderne kl. 19-21.30. www.psykiinfo.dk

PsykiInfo Region Hovedstaden – 23.10. Stress og arbejdsmarkedet. Søborg kl. 18.30-21.30 – 11.11. Stress og den psykisk sårbare. Søborg kl. 18.30-21.30. www.psykiatri-regionh.dk

Foredrag i Jung Foreningen, København – 30.10. Hartmut Solmsdorff: Tavshedens Byrde. – 4.12. Peter Kemp: Ricoeur og psykoanalysen. – 12.2. Kim Bangshøj: Tid, symbol og kompleks i en moderne bevidsthedskultur – 5.3. Christel Bormann: Musik som symbol. – 26.3. Lena Måndotter: Sångens läggande kraft – en introduktion till jungiansk sångterapi – 23.4. Katrine Friis: Alkymi i klinikken – Pris kr. 130 for ikke-medlemmer. Alle arrangementer kl. 19.30-21.30 Kulturhuset Indre By, Charlotte Ammundsens Plads 3, København K. www.cg_jung.dk

PsykiatriFonden – 3.11. kl. 16.30: Ny metode til angst og OCD – 15.11. kl. 19: PTSD – Begge møder Hejrevej 43, 3. Kbh. NV. Arr. PsykiatriFonden. Tilmelding via www.psykiatrifonden.dk

Den psykoterapeutiske arbejdsgruppe på Fyn – 12.11. Livet i gruppen, symboliseret ud fra livet i skoven. Hanne Mølgaard – 10.12. Film på flimmeren. Hushpuppy og efterfølgende juleafslutning – Alle møder kl. 17.30-19. Ikke-medlemmer kan deltage en enkelt gang, ellers kræves medlemskab. Auditoriet, Psykiatrisk afd., Odense Universitetshospital, J.B. Winsløvsvej, Odense C. www.psykoterapeutisk-arbejdsgruppe.dk

Psykoanalytisk konference – Seksualitet og perversion i Lars von Triers film. 31.10.2014 kl. 8.30-17.00. København. <http://klinisksexologi.dk/arrangementer.html>

3rd Nordic EAP Congress – How Art and Science Meet. What Practice and Research can learn from each other. October 15-18. Vilnius, Lithuania. www.eapvilnius2014.eu

3rd International Congress on BPD and Allied Disorders – October 16-18 2014. Rome, Italy. Arr. The European Society for the Study of Personality Disorder (ESSPD). www.isspd.com

3rd Nordic ISTDP Conference – ISTDP for treatment resistant patients with personality disorders. November 20-21. Copenhagen. www.istdp-danmark.dk

IPACongress – Changing World: the shape and use of psychoanalytical tools today. July 22-25 2014. Boston, USA. www.ipa.org.uk

VI International Conference on Psychology and Psychological Sciences – Seville, Spain. October 30-31 2014. www.waset.org/conference/2014/10/seville/ICPPS

7th Interntional Conference on Health Psychology – Psychohealth 2014. November 10-14 2014. Havana, Cuba. www.psicosaludcuba.com

12th International Congress on Ericksonian Approaches to Psychotherapy. December 10-13 2015. Phoenix, Arizona. www.ericksoncongress.com

Flere konferencer på www.dpfo.dk.

Oplysninger om møder og konferencer sendes til *Tidskrift for Psykoterapi*s redaktion: Susanne.van.Deurs,susvd@email.dk.

BESTYRELSE OG UDVALG

Bestyrelse

Erik Wasli, formand
Tlf. 3095 0671
E-mail: erik@wasli.dk
Pia Clementsen
Kim Thomas Dan
Bent-Charly Hansen, Forum for
Psykoterapeutuddannelser
Allan Holmgren, næstformand
Pia Jeppesen
Kresten Kay
Clemen Krægpøth
Karen Kaae
Karin Quist, Forum for Psykotera-
peutuddannelser
Henrik Ølgaard
Anne Karina Busch, suppleant

Etikudvalg

Marianne Bentzen
Margrethe Bjørnshave-Hansen
Merete Holm Brantbjerg
Allan Fedders, Forum for Psykotera-
peutuddannelser
Eva Hildebrand, Forum for Psykotera-
peutuddannelser
Clemen Krægpøth, bestyrelsen
Gitte Sander, suppleant

Etikpanelet

Pia Clementsen
Marianne Davidsen-Nielsen
Inge Farup
Jeanne Holten Møller
Niels Thorning

Optagelsesudvalg for individuelle medlemmer

Gerda Feldtbo Andersen
Harald Villemoes
Charlotte Degel, suppleant
Pia Jeppesen, bestyrelsen

Optagelsesudvalg for Forum for Psykoterapeutuddannelser

Steen Degn
Peter Mortensen
Karin Quist, bestyrelsen

Medieudvalg

Lars Bjødstrup
Anne Karina Busch
Liv Johns
Erik Wasli, bestyrelsen

Uddannelsesudvalg

Allan Fedders, Forum for Psykotera-
peutuddannelser
Kresten Kay, bestyrelsen
Pia Jeppesen
Inger Engelund Poulsen, Forum for
Psykoterapeutuddannelser

Kursusudvalg

Maria Louise Blichfeldt
Kim Thomas Dan, bestyrelsen
Charlotte Degel
Ulla Drabæk
Pia Johanne Nielsen
Anne-Grethe Svanlund

Lokale kursusgrupper

Nordjylland:

Sanne Almeborg
Helle Andersen
Mary à Argjabođa
Gitte Fosvang
Anne Kinnberg
Lone Elisabeth Hjortshøj
Betina Klysner
Anne-Grethe Svanlundh

Midtjylland:

Kirsten Kjems
Bodil Boss Nielsen
Sofie Pedersen
Rikka Poulsen
Harald Villemoes

Syddjylland:

Jette Korsgaard
Ella Krog

Fyn:

Lisbeth Baagøe
Jan Due-Christensen
Hanne Ellegaard
Marianne Bjørnskov Jørgensen
Gunvor Lund

National delegeret EAP

Marianne Horst, Forum for Psykotera-
peutuddannelser
Karen Kaae, bestyrelsen

Generalforsamling: Lørdag den 21. marts 2015 i København.



Dansk Psykoterapeutforenings kontor
Adm. leder Winnie Johansen
Admiralgade 22, st. tv.
1066 København K
Tlf. 7027 7007
E-mail: kontakt@dpfo.dk
www.dpfo.dk



TIDSSKRIFT for PSYKOTERAPI ·

NR. 3 · OKTOBER 2014 · 22. ÅRGANG

TEMA: POST TRAUMATIC STRESS DISORDER - PTSD

Forening og redaktionelt

- 2 — Formanden skriver
- 3 — Redaktørens klumme
- 5 — Næste tema i Tidsskrift for Psykoterapi
- 79 — Bestyrelse, udvalg m. v.

Artikler

- 6 — Flemming Kæreby: Ny strategi for PTSD-terapi
- 14 — Merete Holm Brantbjerg: Fra automatisk reaktivitet til empatisk resonans. Gensidig regulering af posttraumatisk stress (PTS). Hvad kræver det af os i terapeutrollen?
- 23 — Hanne Ellegaard: Posttraumatisk stress og rygsmerter
- 29 — Ditte Marcher og Lene Wisbom: Den kroppsykologiske indfaldsvinkel til arbejdet med PTSD og jeg'et
- 36 — Else Baden-Jensen: Behøver det at gøre ondt? Behandling af PTSD med TAT
- 40 — Susanne Rose Brønnum: Når det ikke er lykken af blive mor. Om efterfødselsreaktioner som følge af traumatiske oplevelser under graviditet, fødsel og barsel
- 46 — Lone Gadegaard: PTSD – i forhold til kvindelighed og spiritualitet
- 52 — Steen Rassing og Jette Simon: Parterapi virker. En introduktion til Emotionsfokuseret Parterapi.

Information, læserindlæg, debat

- 4 — Kort nyt

Bog anmeldelser

- 58 — Bodil Claesson: Pigen der hoppede ud af sin krop – en bog om dissociation. Anmeldt af Vivian Hansen
- 59 — Jon Kabat-Zinn: Lev med livets katastrofer. Sådan bruger du kroppens og sindets visdom til at håndtere stress, smerte og sygdom. Anmeldt af Rikke Braren Lauritzen
- 60 — Karina Helsted Moe: Yoga, begyndere & øvede. Anmeldt af Mona Tallgren
- 61 — Nye bøger

Kurser og foredrag

- 64 — Fyraftensmøder i Dansk Psykoterapeutforening
 - 66 — Kurser i Dansk Psykoterapeutforening
 - 78 — Konferencer, kongresser, møder
-