

Traumebevisst omsorgs tre grunnpilarer

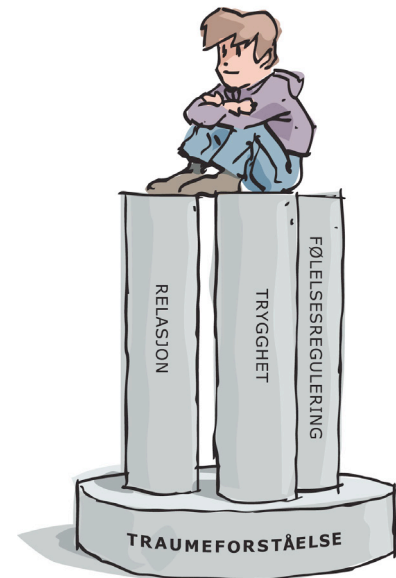
Howard Bath, "The Three Pilars of Trauma informed Care".

Publisert i: *Reclaiming Children and Youth*, Fall 2008

Alle som er sammen med traumatiserte barn og unge hjemme, på skolen, og ellers i samfunnet, kan på viktige måter bidra i deres tilfrisknings- og utviklingsprosesser. Dette kan gjøres ved å gi omsorg som baserer seg på de følgende tre grunnpilarer:

1. Trygghet
2. Relasjon
3. Følelsesregulering (affektregulering)

Det siste tiåret har brakt med seg en betydelig større forståelse for hvordan traumer kan virke inn på barn og unge. Dette har igjen ført til et større fokus på hvordan traumerelaterte tilstander kan behandles. Mye ny litteratur beskriver forskjellig tilnærminger til terapi for traumatiserte mennesker (for eksempel: Greenwald, 2005; Kinniburgh, Blaustein, Spinazzola, & van der Kolk, 2005; Perry, 2006). Denne nyere litteraturen formidler et inntrykk av at det er nødvendig med avanserte terapeutiske ferdigheter og årelang trening for å kunne være til god hjelp for mennesker med traumerelaterte tilstander. Det formidles lite i den forskningsbaserte og kliniske litteraturen at mye av helbredelsesprosessene kan skje i situasjoner som ikke direkte er kliniske. Greenwald (2005), for eksempel, observerer imidlertid at foreldre, helsesøstre, lærere, veiledere, fritidsledere, omsorgsarbeidere og andre kan komme i posisjoner som kan hjelpe barn og voksne til å heles (s. 37). Det er også noe evidens som tyder på at traumebevisste miljøer som gir rom for heling og vekst er en nødvendig forutsetning for at en mer spesialisert traumeterapi skal kunne ha effekt for traumatiserte unge mennesker. Det kan til og med argumenteres for at slike miljøer er det aller viktigste for å få til en god terapeutisk utvikling.



Komplekse traumer

Mange unge mennesker som er i kontakt med barnevern, sosiallærere, helsesøstre, psykisk helsearbeidere, spesialpedagoger, PPT (pedagogisk psykologisk tjeneste) og kriminalomsorgen har blitt traumatisert i deres tidlige år. Litteraturen skiller mellom type 1 (akutte traumer), som er et resultat av enkeltstående overveldende hendelser, og type 2 (utviklings- eller relasjonstraumer), som er et resultat av langvarig utsettelse for traumatiserende situasjoner. Bessel van der Kolk (2005) beskriver komplekse traumer som "opplevelsen av multiple, kroniske og langvarige, utviklingshemmende traumatiske hendelser, som oftest er av en mellommenneskelig type ... og tidlig i livet" (s. 402). Kinniburgh og medarbeidere (2005) forklarer at både når det gjelder opplevelsen og effekten av traumer vil "det å bli utsatt for komplekse mellommenneskelige traumer være kvalitativt forskjellig fra akutte traumer" (s. 430).

Konsekvenser av komplekse traumer

Etter å ha blitt utsatt for komplekse traumatiserende opplevelser vil noen mennesker utvikle symptomer på post traumatisk stress forstyrrelser (PTSD). Disse viser seg gjerne ved gjentatte ikke viljestyrte gjenopplevelser av skrekk og hjelpeløshet (ofte i form av mareritt og "flashbacks"), samt hyperaktivitet og hypervaktsomhet. Andre symptomer kan være hurtige og sterke negative følelses- og stressreaksjoner, samt problemer med konsentrasjon og fokus. Mange utvikler også et fokus på å unngå alt som kan minne om traumet (de formelle diagnosekriteriene kan finnes i American Psychiatric Association, 1994; og ICD-10).

Selv om mange traumatiserte mennesker opplever slike symptomer er det ikke slik at alle oppfyller de formelle kriteriene for en PTSD lidelse. Det at de som utsettes for kompleks traumatisering vanligvis opplever dette svært tidlig i livet, og at de traumatiske opplevelsene er av langvarig natur, gjør at de utviklingsmessige følgene vanligvis blir mer omfattende. Hjernens stressreaksjonssystem synes hos disse unge menneskene å bli mer permanent endret da de må fokusere oppmerksomheten sin på å skape mest mulig trygghet istedenfor å fokusere på vekstfremmende interesser og aktiviteter som trygge barn opplever som tiltrekkende og stimulerende. Bruce Perry (2006) har observert at "traumatiserte barn utvikler et annerledes stressnivå. Selv når ingen ytre farer eksisterer er de i en alarmberedskap" (p. 32). Slike barn vil spesielt ofte oppleve voksne som mulige trusler istedenfor å se dem som kilder til omsorg og støtte. I omsorgs- og skolesituasjoner blir slike barn og unge mennesker ofte beskrevet som hypervaktsomme fordi de konstant er på vakt mot mulige farer.

En nyere studie av mennesker som var i nærheten av terroranslagene i New York den 11. september 2001 bekrefter hvordan traumer kan påvirke mennesker i lang tid. Studien fant at hjernens trussel aktiverings-system var signifikant overaktivt hele fem år etter det som hendte den ene dagen (Ganzel et al., 2007). Det synes som om hjernene til dem som var i nærheten av terroranslagene hadde blitt permanent innstilt på muligheten for fare og skade.

Cook og medarbeidere (2005) har observert at barn som har blitt utsatt for komplekse traumer ofte fyller kriteriene for mange forskjellige psykiske lidelser ved siden av PTSD. Mange forskjellige utviklingsområder kan bli påvirket inkludert tilknytningssystemer, biologi, affektreguleringssystemer, dissosiering, adferdskontroll, tenkning og selvbilde.

Selv om resultatene av komplekse traumer kan være mangeartede og forskjellige synes det som om det er et resultat som er overordnet alle andre, og det er at følelsene blir overveldende og vanskelige å håndtere. Allan Schore (2003) observerer at "den tydeligste konsekvensen av tidlige traumer er tapet av evnen til å regulere intensiteten og varigheten av følelser (s. 141). Van der Kolk (2005) sier det slik: "Kjernen i traumatisk stress er at evnen til å regulere indre tilstander, inkludert følelser som redsel, sinne og seksuelle impulser bryter sammen". (s. 403).

Terapeutiske miljøer

Det er naturlig at behandlingen av unge mennesker, og andre som har vært utsatt for komplekse traumer, i seg selv vil være kompleks og langvarig. Likevel er det oppsiktsvekkende nok svært stor enighet om hvilke elementer som trengs for at helbredelsesprosesser skal kunne igangsettes. Det er stor enighet om at det er noen kritiske faktorer, eller terapeutiske pilarer, som må være til stede for at helbredelsesprosesser skal kunne finne sted. Selv om det diskuteres hvor mange kritiske faktorer som er nødvendige, er det tre som er felles for de fleste tilnærminger. Kolk og Cortois (2005) sier det slik: "Klinikere har lært seg å fokusere på trygghet, affektregulering, mestring og selvkontroll i tillegg til viktigheten av den terapeutiske relasjonen i seg selv" (s. 387).

Det er ikke nødvendig å være terapeut for å kunne være til hjelp i forhold til disse tre kritiske faktorene som dreier seg om å fremme:

1. Trygghet
2. Relasjon
3. Følelsesregulering

Noen traumeintervensjonsmodeller legger til flere behandlingselementer i tillegg til disse tre slik som for eksempel mer fokus på opplevelser og fravær av utvikling av fremtidsrettede mål (Abramovitz & Bloom, 2003). I spesielle tilfeller kan en rekke forskjellige behandlingstilnærminger bli vurdert, men de tre kritiske pilarene vi her fokuserer på er grunnleggende og universelle.

1 – Trygghet

Utviklingsteoretikere som Abraham Maslow, Erik Erikson og John Bowlby mente at opplevelsen av trygghet er et grunnleggende behov hos barn. Maslow rangerte det som et av de primære overlevelsesbehov, mens Erikson la vekt på at den første "psykososiale" krisen for alle barn er det å etablere tillit. Tillit er basert på en følelse av trygghet. Bowlby la vekt på at den viktigste funksjonen i tilknytningsadferden ("attachment") hos spedbarn, som for eksempel at de griper om morens finger, smiler, gråter og babler, er å søke trygghet. Hvis barnet ikke opplever trygghet kan det ikke overleve. Harry Harlows berømte eksperimenter med rhesus aper ga et tydelig bilde av hvordan aper som ikke fikk være sammen med mødre sine klynget seg til ståltråd oppbygde, men myke håndklekledde substitutt mødre, som ga noe komfort, og ikke til ståltråd oppbygde "mødre" som kunne gi dem melk. Tryggheten var viktigere enn mat.

Dessverre er det slik at kjerneopplevelsene til barn og unge som har vært utsatt for komplekse traumer er at de ofte føler seg utrygge. Disse barna utvikler gjerne en omfattende mistillit til voksne som de kommer i kontakt med, og som Seita og Brendtro (2005) forklarer, de blir vaksomme mot voksne og utvikler en rekke strategier for å holde voksne på avstand.

Det blir på denne bakgrunn tydelig at noe av det viktigste arbeidet med traumatiserte unge mennesker er å skape trygge miljøer for dem. Ricky Greenwald (2005) uttrykker mange terapeuters tanker når han skriver at all tilfriskning er avhengig av at det skapes en trygg atmosfære (s. 37). Han antyder at det å etablere trygghet kan ta en del tid, men at ingen behandling eller psykoterapi kan bli vellykket hvis ikke dette kritiske elementet er på plass.

Trygghet er et komplekst begrep som inneholder mange elementer som omsorgspersoner må ta innover seg. I tillegg til de mer opplagte behov for fysisk og emosjonell trygghet, er for eksempel slik at forutsigbarhet, tilgjengelighet, ærlighet og åpenhet er sentralt for å skape trygge miljøer for barn og andre traumeutsatte. Det er også viktig å la barna og de hjelpetrengende være med på å bestemme en del over livene sine, og å forklare dem om situasjonen de er i når det angår dem. Bruce Perry (2006) legger stor vekt på å sikre at barn, og andre traumeutsatte, har passelig makt og kontroll over sine omgivelser når det er utviklingsmessig og praktisk mulig.

Den utfordrende adferden mange traumatiserte unge mennesker viser vil imidlertid fort kunne vekke kontrollerende og også straffende reaksjoner fra de voksne som har omsorg og ansvar for dem. James Anglin (2002) fremhever hvordan dette i seg selv ofte skaper utrygge miljøer for de traumatiserte. Han legger vekt på at mye av den utfordrende adferden hos disse vanskeligstilte unge menneskene er et uttrykk for deres indre lidelser, og han har observert at mange omsorgsgivere ofte kan reagere på "smertebasert adferd med smertebaserte reaksjoner". Den viktigste utfordringen for omsorgsgivere i forhold til unge traumatiserte mennesker, hevder Anglin, er "å møte den primære smerten ... uten å skape ytterligere smerte (sekundær smerte) ved straffende og kontrollerende reaksjoner" (2002, p. 55).

2 - Relasjon

Trygghet er i seg selv avhengig av den andre pilaren i traumebevisst omsorg. Dette dreier seg om å skape gode og trygge relasjoner mellom komplekst traumatiserte mennesker og deres omsorgspersoner. Positive relasjoner er nødvendige for sunn menneskelig utvikling, men traumer underminerer slike livgivende relasjoner. Selv om viktigheten av positive relasjoner lenge har vært kjent, er det nå i tillegg mye vitenskapelig belegg for at det er en helt nødvendig ingrediens for tilfriskning og vekst. Asay og Lambert (1999) viser for eksempel i deres hovedstudie av hva som fører til gode resultater i psykoterapi at kvaliteten i den terapeutiske relasjonen i seg selv vanligvis betyr dobbelt så mye for positive endringer som de spesifikke teknikkene som blir brukt. Dette harmonerer godt med forskning omkring beskyttelsesfaktorer ("resiliens") mot psykiske lidelser som også viser til at det viktigste er positive relasjoner med omsorgsfulle voksne (Bernard, 2004).

Fra et nevroutviklingsperspektiv synes det som om hjernen til barn som har vært utsatt for traumer har lært å forbinde voksne med vonde følelser. Dette vil igjen føre til adferd som kan beskrives som mistenksom, unnvikende, og også uvennlig ("hostility"). Omsorgspersoners, og andre støttepersoners, sentrale oppgave er å hjelpe til med å endre slike assosiasjoner slik at barna kan utvikle positive følelsesmessige reaksjoner (for eksempel glede, lykke og trygghetsfølelser) med noen voksne. Omsorgspersonene kan også hjelpe dem til å skille mellom mennesker som truer med å skade dem, og mennesker som er tryggere. Hvis det å bygge opp trygghet utgjør den høyeste prioritet med traumatiserte barn, og det er de voksnes adferd som ofte bringer mer smerte til barna, kan Anglins sentrale utfordring formuleres slik: "Hvordan kan man forhindre at grensesettingene og korreksjonene de voksne gir barna forstyrrer den tilknytningen og relasjonen de så sårt trenger?"

3 – Følelsesregulering (affektregulering)

Som tidligere gjort rede for er de mest vedvarende og vidtrekkende konsekvensene av komplekse traumer at personen ikke blir i stand til å regulere følelser og impulser. Det har også blitt fokusert på at evnen til å mestre affekter og følelser på en god måte, eller å regulere seg selv, er en av de "mest fundamentale beskyttende faktorer" for sunn utvikling (Alvord & Grados, 2005).

Det vil på denne bakgrunn være naturlig at det viktigste fokus i arbeid med traumatiserte barn og unge er å lære og støtte dem til å utvikle nye måter å håndtere følelsene og impulser på. Interessant nok har van der Kolk (1996) antydnet at "foreldres viktigste oppgave kan forstås som å hjelpe barnet å regulere deres egen aktivering ved ... å lære dem ferdigheter som gradvis vil hjelpe dem til å regulere deres egen aktivering" (s. 185). Burde ikke dette også være den viktigste oppgaven for andre mennesker som kommer i kontakt med traumatiserte barn og unge voksne?

Fra et nevroutviklingsperspektiv har den orbitofrontale korteks, som ligger like over øyehulene, blitt identifisert til å være den delen av hjernen som er mest involvert i det å håndtere og regulere følelser. De gode nyhetene er at dette også er den delen av hjernen som er mest plastisk og mulig å endre. Allan Schore (2003) har observert at denne delen av hjernen "mer enn noen annen del av hjernen opprettholder de plastiske egenskapene fra den tidlige utviklingen selv inn i voksenalderen (s. 265). Dette viser at mulighetene til å lære seg nye måter å mestre følelser på ikke er begrenset til barndommen.

Det er mange tilnæringsmåter rettet mot det å lære mennesker å regulere følelser. Mange traumatiserte barn har ikke hatt den ressurs det er å ha en foreldrefigur som for eksempel har lært dem å berolige seg selv. Slike barn kan trenge voksne som er villige til å "samregulere" dem når følelsene blir overveldende, og ikke bruker makt og kontrollmetoder (Bath, 2008). Noe av det aller viktigste er at voksne fokuserer på å lære seg aktiv lytting, og ikke minst lærer seg å reflektere over opplevelser og sette ord på følelser. Nyere forskning har bekreftet at det å sette

ord på vanskelige følelser har en direkte beroligende effekt på disse følelsene (Lieberman et al. 2007). Aktiv lytting kan skape et fundament for selvrefleksjon, og således hjelpe barna til å utvikle "historier" og forståelse omkring opplevelsene de har og har hatt. Dette er et kritisk og fundamentalt element i en traumetilfrisknings-prosess (van der Kolk, 2003).

Litteraturen beskriver mange andre lovende tilnærminger som kan brukes av omsorgspersoner og støttepersoner. Greene og Ablons (2006) "Collaborative Problem-Solving" modell er en interaktiv tilnærming som lærer unge mennesker flere måter å mestre følelser på. Det samme gjør tilnærminger som "Response Ability Pathways" (Brendtro & du Toit, 2005) og andre "Life Space Crisis Intervention" modeller (Long, Wood & Fecser, 2001; Holden, 2001). Alle tilnærminger som fremmer evnen til å reflektere over følelser og impulser (noen ganger kalt "oppmerksomt nærvær" eller "mindfulness") vil kunne ha viktige funksjoner når det gjelder å hjelpe barn og traumeutsatte til å utvikle evnen til å regulere seg selv og følelsene sine.

Konklusjon

Mange barn, unge og voksne som sliter med langvarige, alvorlige, kompliserte, smertefulle og vanskelig håndterbare psykiske lidelser og adferdsforstyrrelser har vært utsatt for komplekse traumatiske opplevelser selv om dette ikke alltid kommer så tydelig frem.

Barn og unge med komplekse traumer trenger å bli kjent med trygge voksne som forstår hvor sterk og omfattende innvirkning de tidlige traumatiske opplevelsene har hatt på dem. Disse voksne må forstå at smerten ved brutte tilknytningsbånd kan føre til en rekke varianter av utfordrende adferd. Barn og unge som er traumatiserte trenger først og fremst voksne som kan ha en traumebevisst tilnærming som fremmer trygg tilknytning og tilfriskning. De trenger å få sine følelser forstått, bekreftet og regulert.

De tre pilarene som i denne artikkelen fremmes kan benyttes av alle som ønsker å være til hjelp for unge mennesker som har vært utsatt for komplekse traumer. Det er altså helt grunnleggende å legge forholdene til rette for å skape:

- 1 - Trygghet
- 2 - Relasjon
- 3 - Følelsesregulering (affektregulering)

for at traumatiserte mennesker skal kunne utvikle seg og få et bedre liv.

Referanser

- Abramovitz, R., & Bloom, S. (2003). Creating sanctuaries in residential treatment for youth: From the "well ordered asylum" to a "living learning environment". *Psychiatric Quarterly*, 74(2), 119- 113.
- Alvord, M. K., & Grandos, J. J. (2005). Enhancing resilience in children: A protective approach. *Professional Psychology*, 36, 238- 245.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th Ed.)*. Washington, DC: Author.
- Anglin, J. P. (2002). *Pain, normality, and the struggle for congruence: Reinterpreting residential care for children and youth*. New York: Haworth Press.
- Asay, T. P., & Lambert, M. J. (1991). The empirical case for the common factors in therapy: Qualitative findings. In M. A. Hubble, B. L. Duncan, & S. D. Miller, *The heart and soul of change: What works in therapy* (pp.33-56). Washington, DC: American Psychological Association.
- Bath, H. (2008). Calming together: The pathway to self-control. *Reclaiming Children and Youth*, 16(4), 44- 46.
- Bernard, B. (2004). *Resiliency: What have we learned?* San Francisco: West Ed.
- Brendtro, L., & du Toit, L. (2005). *Response Ability Pathways: Resourcing bounds of respect*. Cape Town: Pretext.
- Cook, A., Spinazzola, J. Ford., & colleagues. (2005). Complex trauma in children and adults. *Psychiatric Annals*, 35(5), 390- 398.
- Ganzel, B., Casey, B., Glover, G., Voss, H., Temple, E. (2007). The aftermath of 9/11: Effect of intensity and recency of trauma on outcome and emotion. *Emotion*, 7(2), 227- 238.
- Greene, R., & Ablon, S. (2006). *Treating explosive kids: The collaborative problem-solving approach*. New York: The Guilford Press.
- Greenwald, R. (2005). *Child trauma handbook: A guide for helping trauma-exposed children and adolescents*. New York: The Haworth Maltreatment and Trauma Press.
- Holden, M. (2001) *Therapeutic Crisis Intervention (5th Ed.)*. Trainer's manual. Residential Child Care Project, Family Life Development Center. Ithaca, NY: Cornell University.
- Kinniburgh, K., Blaustein, M., Spinazzola, J., & van der Kolk, B. (2005). Attachment, self-regulation and competency: A comprehensive intervention framework for children with complex trauma. *Psychiatric Annals*, 35(5), 424- 430.
- Liberman, M., Eisenberger, N., Crockett, M., Tom, S., Pfeifer, J., & Way, B. (2007). Putting feelings into words: Affect labeling disrupts amygdala activity in response to affective stimuli. *Psychological Sciences*, 18(5), 421- 428.
- Long, N., Wood, M., & Fecser, F. (2001). *Life Space Crisis. Intervention: Talking with students in conflict*. Austin, TX: PRO- ED.
- Myer, D. G. (1992). *Psychology*. New York: Worth Publishers.
- Perry, B. (2006) Applying principles of neurodevelopment to clinical work with maltreated and traumatized children. In N. Webb (Ed.), *Working with traumatized youth in child welfare* (pp. 27- 52). New York: The Guilford Press.
- Schore, A. (2003). *Affect regulation and the repair of the self*. New York: W. W. Norton. Seita, J., & Brendtro, L. (2005). *Kids who outwit adults*. Bloomington, IN: Solution Tree.

Sroufe, L. A., Cooper, R., G., & De Hart, G. B. (1992). Child development: Its nature and course. New York: McGraw development: Its nature and course. New Your: McGrawHill

Van der Kolk, B. (1996). The complexity of adation to trauma: Self- regulation, stimulus discrimination, and characterological development. In B. van der Kolk, A. McFarlane, & L. Weisaeth(Eds.), Traumatic stress: The effects of overwhelming experience on mind, body, and society(pp-182-213). New York: The Guilford Press.

Van der Kolk, B. (2003). The neurobiology of childhood trauma. Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America, 12 (2), 293-317.

Van der Kolk, B. (2005). Developmental Trauma Disorder: Towards a rational diagnosis for children with complex trauma histories. Psychiatric Annals, 33(5), 401- 408.

Van der Kolk, B., & Courtois, C. (2005). Editorial comments: Complex developmental Trauma. Journal of Traumatic Stress, 18(5), 385-388.