

# Om hjerne, krop og bevidsthed i choktraumer og choktraumebehandling.

© Marianne Bentzen 2004

## Abstract

Først gives der et overblik over hjernen og den måde, den fungerer på i faretruende situationer. Derefter følger en kort historie om en traumatisk hændelse, nogle typiske oplevelser og reaktioner på chok, og de tilhørende neurologiske stressreaktioner. Historien slutter med nogle typiske klienterfaringer i traumebehandling og de tilsvarende neurologiske afbalanceringsprocesser. Til sidst gennemgås nogle centrale elementer i vellykkede choktraumeinterventioner, med eksempler fra forskellige terapiformer, og ud fra det perspektiv, at ressourceorienteret jefunktion og neurologisk funktion søges genetableret.

## Meget kort om hjernen og chok

Cirka halvdelen af de mennesker, der er udsat for en given traumatisk hændelse, udvikler Post Traumatisk Stress (Disorder); kaldet PTS eller PTSD, afhængig af, hvor alvorlige symptomerne er. Det er min erfaring, at det ofte er vanskeligt for professionelle at forklare, hvad det er, der sker i bevidstheden og i organismen ved PTS. Denne artikel er derfor især skrevet til mennesker, der arbejder med deres egne eller andres choktraumer.

Hjernen har mange lag. I løbet af hvirveldyrenes historie er nye lag og funktioner vokset ud af, og har modificeret, de allerede eksisterende (MacLean, 1990).

I det ældste og mest primitive lag, *krybdyrhjernen*, som omfatter *det autonome nervesystem*, *hjernestammen* og *midthjernen*, bliver basale livsfunktioner, jagtevene, territorieadfærd og kønsdrift, varetaget. Det er også her, traumereaktionerne aktiveres.

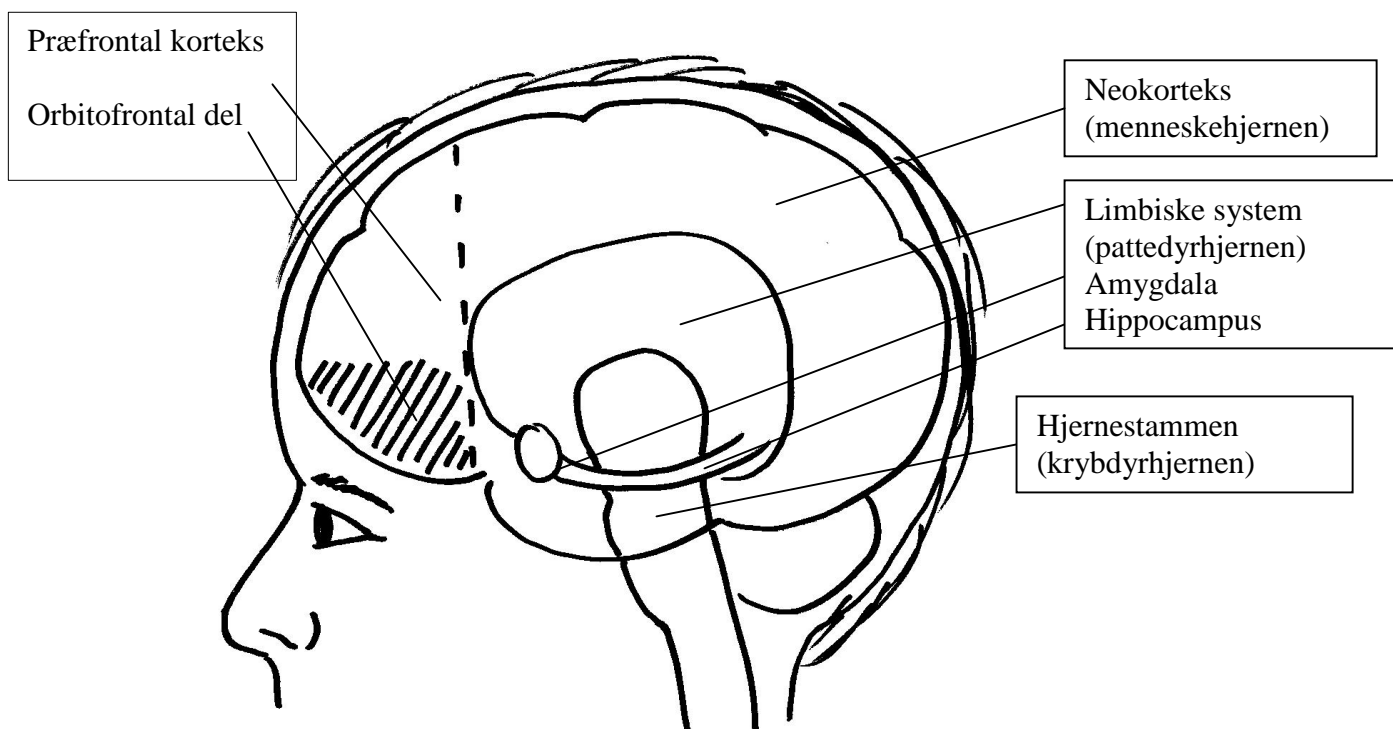
I de tidligste pattedyr, udvikledes evnen til tilknytning, leg og komplicerede relationer, hvilket alt sammen varetages af det limbiske system, som er *den gamle pattedyrhjerne*. I den ældste del af det limbiske system har vi *amygdala*, som reagerer med kraftige følelser på stimuli indefra eller udefra, og som 'tænder' chokreaktionerne. Desuden har vi *hippocampus*, som sørger for orientering og erindring i tid og rum; uden aktivitet i hippocampus har vi ingen tidsfornemmelse eller følelse af at kunne genkende vores omgivelser.

Disse to ældste lag vurderer og reagerer meget hurtigt og utvetydigt positivt eller negativt på indre og ydre fænomener. Det er godt, når det drejer sig om at være til stede i nuet, om overlevelse, om beskyttelse af afkommet, eller om det, vi til hverdag kalder 'kemien' mellem mennesker. Til gengæld er disse basale vurderinger i bevidstheden temmelig unuancerede.

I *primathjernen*, i den del af præfrontal korteks der hedder *orbitofrontal korteks*, finder vi nu begyndende kognitive funktioner, blandt andet objekt dannelse og objektkonstans, enkel sprogforståelse, samt det følelsesmæssige grundlag for at træffe bevidste valg. Det er i dette område vi danner billeder og komplekse associationer af vores relationer og vores liv. Hvis dette område fungerer godt, har vi nuancerede billeder og oplevelser af vores liv og vores nære, og vi har en god fornemmelse af, hvad vi kan komme ud for. Det er også herfra, vi er i stand til at rumme, eller regulere, kraftige negative oplevelser og følelser. Hvis imidlertid tidlige eller dybe traumatiske tilstande præger funktionen i dette område, fragmenteres denne sammenhængsskabende og afbalancerende funktion. Så splittes vores oplevelse og vores følelsesliv i voldsomme svingninger mellem godt og ondt, måske med perioder af indre følelsesløshed; og det kan være de nærmeste, eller en selv, man oplever så usammenhængende. *Menneskehjernen*, vores usædvanlig store *neokorteks*, tillader os at overveje mange aspekter og potentielle konsekvenser af valg, føre komplicerede samtaler, skrive eller læse artikler, og gøre andre ting, der hører til de højere kognitive funktioner.

- Disse senere lag, som først udviklede sig hos os primater, forarbejder langsommere og er til gengæld meget nuancerede. Dette niveau 'går i sort' eller kobles fra, når organismen er truet. Så overtager de primitive og hurtige bevidsthedslag styringen, og vi oplever enten at vi slet ikke kan tænke, eller at vores tanker foregår underligt adskilt fra det, der sker.

Beslutninger og styringsprocesser i de primitive dele af hjernen er altid ubevidste, som f. eks den konstante finjustering af åndedrættets og hjerterytmens tempo. Ved chokerende hændelser aktiverer amygdala, som styrer det autonome nervesystem, overlevelsesimpulserne; enten de hurtige og fleksible flugt- eller kamp-reaktioner fra det sympatiske nervesystem, eller den dissocierede toniske immobilitet (frysning) i det parasympatiske nervesystem. Ved nogle 'frysning' tilstande har man set eksempler på, at hele den bevidste del af hjernen bliver 'slukket' (van der Kolk et al, 1996), så der ingen aktivitet er. En beskrivelse af denne tilstand kunne lyde sådan: "Det sortnede for øjnene, jeg kunne ingenting høre, og jeg sad som lammet". Denne parasympatiske reaktion er det ældste og mest primitive fareberedskab vi har. Vi har det til fælles med fisk og padder, fra før naturen 'opfandt' hurtige nervebaner. Det aktiveres derfor langsommere end det sympatiske nervesystem og det er også temmelig lang tid om at normaliseres igen. Det er en af grundene til, at man tit ikke 'når' at komme ud af chokket før man kommer i terapi. Vi skal for hurtigt på benene og bevise, at vi er OK – og så når 'sjælen' i det parasympatiske system ikke at komme med.



## En choktraumefortælling

*Torkil, en midaldrende, stille IT medarbejder, har været på arbejde, og er er gået ned på sit sædvanlige værtshus for at drikke en fyraftensbajer. Der har været stor fodboldkamp, og byen er fuld af mennesker i rød-hvide farver, - men desværre har Danmark tabt. En flok berusede unge mænd kommer væltende ind på værtshuset; de virker omtågede og indædte.*

I Torkils nervesystem sker der nu det, at hans amygdala, som aktiverer stærke følelser af især angst og vrede (van der Kolk et al, 1996), bliver lidt alarmeret.

*Han bliver årvågen, hyggefølelsen er som blæst væk, og selv om han bliver siddende, er hans opmærksomhed hele tiden ovre på de unge mænd.*

*De er i mellemtiden begyndt at skændes. Torkil bliver mere og mere ilde til mode og bange, og nu vil han væk.*

Amygdala har – under bevidsthedsgrensen – associeret fra denne situation til årelang angst for en gruppe drenge, der plagede ham efter skoletid i folkeskolen, og aktiveret flugtreaktionene i det autonome nervesystem. Andre skrækfyldte, men mere diffuse, erindringsmønstre fra den tidligste barndom er også blevet tændt af amygdala's intense farereaktion og den mængde stresshormon, som nu er udløst. Det er nu pludselig igennem denne ubevidste collage af skræmmende erindringer, at han oplever alt, hvad der foregår i værtshuset.

*Torkil rejser sig på rystende ben, men idet han vil smutte forbi de unge snubler han over en rygsæk og ramler ind i deres bord.*

Torkils amygdala har fortsat med sin intense associationsproces. Den 'ved' jo, at de unge vil omringe ham og overfalde ham. Nu gælder det livet; det gælder om at prøve at skræmme dem væk; når flugtipulsen i det autonome nervesystem blokeres af en forhindring, er det kampreaktionerne, der aktiveres.

*De unge vender sig forurettede og truende mod ham. Han er nu så meget 'fra den', at han også slynger noget ud, og de unge går på ham med tilråb og slag.*

*Nu går Torkil i stå indeni. En susen fylder hans hovede, de unges råb er langt væk, og han ser alting i slow-motion. En hånd med en smadret ølflaske suser ned mod hans pande, men han kan ikke røre sig.*

Amygdala's faresignaler har nu fuldstændig ændret Torkils hjerneaktivitet og bevidsthed. Hippocampus, som varetager tid og stedsansen, men som ikke tåler stresshormoner, er helt slukket, og det er de reflekterende neokortikale funktioner også. Det betyder, at dette hændelsesforløb, ligesom barndommens mobning, indeni Torkils bevidsthed ikke har nogen tid, og derfor heller ikke nogen slutning. Det eksisterer som et slags evigt potentiale, en baggrundsvirkelighed, eller noget der hele tiden kan begynde igen. Det eksisterer heller ikke indeni ham som et samlet forløb, men snarere som en kaleidoskopisk samling skræk-billeder, der flager op i tilfældig rækkefølge, - blandet med billeder fra andre rædselsvækkende oplevelser, som minder amygdala om det samme. Torkil er nu gået ind i en dissocieret tilstand.

**Dissociations-tilstande kendetegnes ved at:**

- ◇ omverden føles uvirkelig
- ◇ man føler sig selv uvirkelig
- ◇ en tummelumsk, ør fornemmelse
- ◇ desorientering
- ◇ ud-af-kroppen oplevelser
- ◇ hukommelsestab
- ◇ erindringsudfald
- ◇ spontane genoplevelser, herunder gentagelsestvang, flashbacks, og påtrængende indre billeder
- ◇ ændringer i: kropsoplevelse, tidsfornemmelse samt syns- og høresans, herunder syner og hallucinationer

(Van der Kolk et al, 1996)

*Bag den kæmpende masse kommer et par uniformerede betjente ind ad døren, lige når flasken rammer Torkils hovede. 'Politi!' råber en af dem, og efter et forvirret øjeblik bakker de unge væk, mens en af betjentene slæber den blødende og fortumlede Torkil til side. Faren er ovre.*

**Ifølge DSM-IV-TR, er der tale om en traumatisk begivenhed når:**

(1) Personen har selv oplevet, været vidne til eller er blevet konfronteret med en hændelse eller hændelser, der omfatter død, dødstrusel eller alvorlige skader, eller en trussel imod ens egen eller andres fysiske integritet.

(2) Personen reagerede med intens angst, hjælpeløshed eller forfærdelse.

(APA, 2000)

Men Torkil er stadig i den dissocierede og delvist paralyserede tilstand. Hans hippocampus er heller ikke genaktiveret endnu, så han opfatter ikke rigtig hvad der sker omkring ham, eller hvor lang tid der er gået.

*Torkils uvirkelighedsfølelse varer ved, mens han taler med betjenten, bliver kørt på skadestuen og får syet fem sting i panden. Der er heldigvis ingen tegn på hjernerystelse, og han tager bussen hjem. Hans kone er forfærdet, mens hans halvstore søn også synes, det er lidt sejt at far har været oppe at slås! Selv prøver han at 'ryste forløbet af sig', sket er sket, og man må trods alt se at komme videre derfra, hvor man er.*

*Efter den forskrækkelse opgiver Torkil sin fyraftensbajer, og følelsen af at være lidt ved siden af varer ved, selv om han ikke lægger så meget mærke til det. Hans kone klager tiltagende over, at han er fjern, og et halvt års tid efter hændelsen begynder han at få angstanfald og søvnproblemer. Han har aldrig været nogen selskabsløve, men han bliver decideret menneskesky, og kan ikke lide at bevæge sig udenfor lejligheden eller kontoret. Han har svært ved at huske aftaler, glemmer ting, og bliver nemt desorienteret. Han er bange for, at han er ved at blive skør, eller måske ved at få Alzheimers. Han tænker kun sjældent på værtshusepisoden; bare det at holde sammen på dagen og vejen overvælder ham helt.*

Under bevidsthedsgrænsen er de associationer, der blev aktiverede under værtshus-hændelsen blevet til en central associationsbane, som ved alle dagens små stress aktiveres i en 'kindling' – optændings-respons. Torkils nervesystem står nu i en næsten konstant 'amygdala arousal'. Den konstante aktivering af kamp/flugt systemet gør, at han bliver frygtelig forskrækket over uventede lyde, og den samtidige konstante aktivering af den dissocierede toniske immobilitet gør, at han føler sig underlig følelsesløs og lammet. Da hans konstante indre stressniveau nu er meget højt, er både hippocampus og de højere dele af korteks kun delvist aktive, så både hans almindelige orienteringsevne samt hans evne til at overveje og træffe beslutninger er nu ustabile og usammenhængende. Det bliver han naturligvis yderligere stresset af, hvilket yderligere forværrer situationen i hans nervesystem.

*"Jo længere tid PTSD varer, jo mindre central er selve den traumatiske hændelse for forståelsen af de underliggende symptomer. Efterfølgende modgang, demoralisering skabt af kronisk overophidselse, og den progressive forværring af personens neurobiologi spiller en større og større rolle for forståelsen af kroniske symptomer."*  
(van der Kolk et al, 1996, p 158)

*Da Torkils kone truer med at gå fra ham, hvis han ikke gør noget for at få hjælp, finder han gennem en fjern bekendt en psykoterapeut.*

*Han kommer modstræbende til første aftale, men det er først efter han er gået ud af døren, at han kommer i tanke om, at det jo begyndte at gå ned ad bakke et halvt års tid efter*

*værtshusepisoden. Han slår det hen, for der skete jo ikke noget 'alvorligt'; men han nævner det alligevel i næste terapitime.*

*Terapeuten begynder nu at snakke med Torkil om PTSD.*

**Der er tale om Post Traumatisk Stress, når den traumatiske hændelse vedvarende genopleves på en eller flere af følgende måder:**

- Ufrivillige dissociative genoplevelser og flashbacks i billeder, tanker, følelser eller kropssansninger - eller en tendens til at handle, som om man er i den traumatiske situation.
- Intens skræk eller en fysiologisk reaktivering når man oplever noget indefra eller udefra, der symboliserer eller ligner et aspekt af den traumatiske hændelse.
- Tilbagevendende ubehagelige drømme om hændelsen.

(APA, 2000)

*Det går op for Torkil, at han faktisk har været 'ved siden af sig selv' siden værtshusoplevelsen. Han bliver utrolig lettet over, at 'trolden har et navn'; han fejler åbenbart noget, som andre også er ude for, selv om han stadig synes det er mærkeligt, at han skulle reagere så voldsomt efter en situation, hvor der jo alligevel ikke skete noget særligt. Men det vigtigste er håbet om, at han måske alligevel kan behandles og få det godt igen.*

Da hans neokortex, som udveksler information med de mere primitive bevidsthedslag, holder op med hele tiden at hviske: 'Du er ved at blive skør, det er abnormt, det her, det skrider for dig', slipper lidt af presset i amygdalas angstberedskab. Det gør, at Torkil bliver lidt mindre følelsesløs (den parasympatiske immobilitet), men til gengæld mere følelseslabil, fordi det sympatiske kamp/flugtsystem igen får mere magt.

*Samtidig har han fattet stor tillid til sin terapeut, - hun lytter og stiller spørgsmål så han kunne mærke, at hun forstod, hvad han snakkede om; og hun kunne endda fortælle ham, hvad det er, der er galt. - Hun skal nok få ham på ret køl igen, tænker han.*

Ressonans og afstemning i det limbiske system er den normale neurologiske basis for, at vi føler os trygge ved et andet menneske, eller ved et dyr. Denne ressonans er en af terapiens 'mystiske' dimensioner; den kan ikke konstrueres, og den opstår udenfor viljens kontrol, selvom både terapeuten og klienten naturligvis kan give den bedre eller dårligere livsbetingelser. Denne terapeut kender sig selv så godt, at hun i meget af terapitiden kan relatere fra en temmelig klar indre tilstand af medmenneskelig nænsomhed, og det hjælper på trygheden. Desuden har hun mange års erfaring med arbejde med choktraumer.

*I de næste terapier veksler fokus mellem værtshusslagsmålet, livet i årene siden, og glimt af forfølgelserne fra skolekammeraterne i barndommen. Torkil er dybt overrasket over at ting, han for længst havde glemt, dukker lyslevende op i hans erindring; både værtshuset og barndomserindringerne føles så virkelige, som var de sket igår. Han opdager, at terapeuten oftest spørger ind til bestemte dele af hans oplevelser: hvad han mærker i kroppen; hvilke billeder eller sætninger, der dukker op; hvilke impulser, han mærker i de erindringer, hans krop og bevidsthed fyldes af. På en eller anden mærkelig måde får hun ham igen og igen til at opdage impulser, han slet ikke vidste, han havde; til at løbe væk, springe kraftspring ud af faren, til at slynge en trykbølge af kraft ud i alle retninger mod sine plageånder. Efterhånden som han opdager, at han finder en glemt handlekraft i hvert skræmmende erindringsbillede, får han mere mod på selv at søge ind i de brændpunkter, han kan mærke.*

Amygdala er en slags indre 'vagthund', der altid holder et vågent øje med mulige faresituationer. Som nævnt bliver dens beroligende og orienteringsgivende makker,

hippocampus, lukket ned, når stressniveauet bliver for højt. Traumatisk erindring ( i amygdala) kan derfor ikke knyttes til fornemmelsen af tid eller alder (i hippocampus), og så har traumeerindringen ingen 'hylde' at være på i bevidstheden. Derfor aktiveres amygdala's overlevelsereaktion af alt, hvad der kan minde en om den truende situation. Det aktiverer så igen det autonome nervesystem, der med kamp, flugt eller frysningsreaktioner forsøger at klare skærene. De autonome forsvarsreaktioner udspringer af millioner af års instinktiv viden om, hvordan man klarer sig levende ud af livsfare. Disse reaktioner er situationsspecifikke, og de er derfor ret nemme at finde ind til ved at spørge ind til kroppens impulser, når klienten fornemmer den skræmmende situation. I PTSD behandling siger man, at PTSD kendetegnes ved overvældende associationer, - behandlingen går ud på at svække associationerne. Et skridt i den retning er at styrke de associationer, der tillader de autonome forsvarsimpulser at folde sig ud og handle sig til ende. Et andet skridt er at invitere hippocampus til at genaktiveres ved at spørge til orientering: hvad kan klienten se, høre, mærke, hvilke handleimpulser kan han registrere.

*Torkil's verden begynder igen at åbne sig. Han sover om natten, og problemerne med at huske, orientere sig og beslutte fortager sig. Han er gladere og går lettere i dialog med andre. En bieffekt af terapien synes at være, at han nu har mere kontakt både med sine kolleger og med sin halvstore søn; nu giver han igen på drillerier, som tidligere fik ham til at trække sig ind i sig selv. I en af de sidste terapier udbryder han spontant og lettet: 'Jamen, det med drengene, det er jo mange, mange år siden, det skete! – Og det i værtshuset er jo faktisk også længe siden!'*

Et ofte forekommende tegn på, at hippocampus igen er aktiv, og at den traumatiske aktivering i amygdala begynder at dæmpes, knytter sig til tid-og-sted erindringen og forbinder sig hensigtsmæssigt med andre livsoplevelser, er netop dette, at klienten spontant oplever, at de truende erindringer bindes ind i livshistoriens tidsoplevelse, sammen med oplevelsen af at være kommet frelst ud på den anden side.

- Først nu kan man mærke, at faren er ovre.

## **Effektive interventioner fra forskellige behandlingssystemer**

I de senere årtier er der mange systemer, der har udviklet ret effektive interventioner i forhold til PTSD. Oplevelsesmæssigt går de allesammen ud på at hjælpe klienten til:

at etablere større indre tryghed og

at få indre kontrol med skræktilstande.

Udfra et neuropsykologisk perspektiv gøres det ved:

at dæmpe amygdala's konstante optændingstendens,

at finde og afslutte – eller deaktivere - de ufærdige overlevelsereaktioner i det autonome nervesystem,

at aktivere hippocampus' orienteringsevne og dens beroligende indflydelse,

og at bringe præfrontal korteks' nuancerede evaluering og narrativer i aktion i bevidstheden igen.

Generelt er terapeutens første interventioner næsten altid kognitive. De handler om at give klienten en forståelse for, hvad der sker med ham eller hende. 'Undervisning' i traumereaktioner giver klienten mulighed for at forstå, at han døjer med en almindelig reaktion på en ualmindelig hændelse og dermed holde op med at blive yderligere slået ud af balance af angst for symptomerne. Hvis tilværelsen er faldet meget fra hinanden, skal der også skabes struktur. Der skal være nogenlunde styr på livet førend man kan arbejde direkte med traumatiske tilstande.

Det er vigtigt lige fra i begyndelsen at fokusere på ressourcer. Det betyder at kende eller etablere de ressourcer i livet og i personligheden, der kan danne fundament for arbejdet med den traumatiske tilstand. I begyndelsen er det måske alene tilliden til terapeuten, eller til partneren, der bærer, eller opdagelsen af, at der dog er aktiviteter, der stadig kan give glæde. Også medicinsk støtte til at etablere en tålelig hverdag kan komme på tale. .

I kognitive terapiformer arbejder man 'oppefra og ned' (top-down), dvs. man finder ind til de mere eller mindre bevidste negative tanker og selvopfattelser, som er opstået enten i forbindelse med selve traumatet, eller som en del af den neurologiske og eksistentielle disorganisering, som den post traumatiske dissociation skaber. Man arbejder med at adskille sig fra disse kognitive mønstre, bedømme deres styrke (monitorering) og indarbejde mere realistiske opfattelser (Holsten). Når man svækker et negativt tankemønster og indarbejder et mere realistisk, mindsker man et skræmmende input fra korteks til amygdala, og giver dermed en åbning til større tryghed og muligheden for at hjælpe psyken endnu et skridt ind mod bedre balance. Et andet element af den kognitive strategi er at lære åndedrætsteknikker til håndtering af akutte angsttilstande.

Mange af de væsentligste forskere i PTSD (van der Kolk et al., 1996, Scaer, 2001, Perry 1999) fastholder netop, at man er nødt til på en eller anden måde at arbejde med kroppen, hvis man skal intervenere effektivt. Det mener de, fordi alle de dele af bevidstheden, der primært er involveret i traumereaktion, er usproglige og førbevidste. Oven i købet er tidlig omsorgssvigt eller traumatisering en stærk indikator for, om et menneske udvikler PTSD efter traumatiske oplevelser (Ford & Kidd, 1998, Perry, 1999, Porges, 1995, Schore, 2002).

I kroppsykoterapierne arbejder man 'nedefra og op' (bottom-up), dvs. man holder bevidstheden ved de kropslige sansninger og impulser, til de samler sig til et sammenhængende hele (Ogden & Minton, 2000). Hvad enten man arbejder med en specifik traumatisk situation eller med den overordnede traumatiske tilstand, er der nemlig impulser, der kommer fra det autonome nervesystems aktivering af kamp, flugt, selvbeskyttelse eller immobilitetsreflekserne. Når disse impulser bliver tydelige, er det indre kaos allerede stærkt mindsket, og man bevæger sig ind i dybere ressourcelag ved at afdække og undersøge de billeder og fornemmelser, der følger med dem.

I nogle terapier, f. eks. Bodydynamic (Jørgensen, 1993) eller NLP, er det almindeligt at begynde næste skridt i terapien med at fokusere på en situation, der føles som et 'trykt sted' eller anker for ressourcefølelser. Ved andre metoder, som Somatic Experiencing (Levine, 1997) eller 'tapping'-teknikkerne (Callahan & Trubo, 2002, Flint & Craig 2001) lægges der ofte vægt på, at ressourceoplevelserne udfolder sig spontant i arbejdet med den traumatiske erfaring. Både i kropsterapierne, de kognitive terapier og de 'deaktiverende metoder' (NLP, EMDR, tappingteknikker) bringer man ressourcerne og traumetilstanden ind i bevidstheden på måder, hvor man gentagne gange bestyrker ressourceforhold og mestringsoplevelser, og gentagne gange defokuserer det traumatiske selvaktiveringskredsløb.

Det gøres i kropsterapierne ved at pendle mellem traume og ressource, og ved at sætte focus på orientering og de autonome impulsers gennemførelse.

I EMDR og tapping-terapierne gøres det ved lade klienten koncentrere sig om den traumatiske tilstand, og derefter 'forstyrre' dette focus med teknikken, til traumekredsløbet brydes.

Alle disse forskellige metoder har også forskellige visioner om, hvad udkommet af terapien er. Tappingteknikkerne og NLP er entusiastisk blevet beskrevet som en 'slettetast', hvor selve det traumatiske kredsløb hurtigt kan slukkes, som om det aldrig havde eksisteret. Ressourcer og liv kan så udfolde sig frit, som om traumatet aldrig havde været. Sigtet er en næsten kirurgisk fjernelse af den specifikke traumatiske dynamik.

Kognitiv terapi samler sig om livsfærdighederne i nutiden, og arbejder målrettet med symptomreduktion og mestring af de ydre og indre situationer, der tænder traumereaktion.

Kropspsykoterapierne er lejret i den traditionelle humanistiske selvudviklingstanke, og her sigter man på en udvidelse af personlighedens evne til at håndtere stress og traumatiske situationer; man lærer at blive større end traumet, og man kan finde ressourcer, som traumet har åbnet til. Især SE giver eksempler på, hvordan klienter direkte har brugt ressourcerne fra terapien til at overkomme senere lignende faretruende situationer.

Alle indfaldsvinklerne er tydeligvis nyttige. Mange voldsomt traumatiserede personer i samfundet idag har hverken baggrund eller ressourcer til at være motiverede af selvfordybelse og selvudvikling, og for dem er både symptomreducering, mestring og slette-tast muligheden et livsvigtigt alternativ til de traditionelle metoder. På den anden side synes fordybelse og nuancering at være et af menneskets dybeste sunde reaktioner på smerte og livstrussel. Mange terapeuter bruger da også en blanding af kognitiv, kropspsykoterapeutisk eller psykodynamisk terapi og de deaktiverende metoder, og adskillige forfattere støtter brugen af mere end en metode (van der Kolk et al, 1996, Rothschild, 2000, Siegel & Solomon, 2003).

Endelig bør det nævnes, at både forebyggelse og behandling af choktraumer er et samfundsanliggende. Ifølge mange, der arbejder i verdens brændpunkter, er det ofte traumatiserede enkeltpersoners indre ubærlige oversvømmelse af raseri, hævn og gru, der genstarter en voldscyklus. Det gælder både ved krig og - mindre omfattende, men tættere på - ved de voldsomme sammenstød mellem forskellige individer og grupper i vores nye danske multietniske samfund.

- Ydre våbenstilstand er afhængig af evnen til indre våbenstilstand, og ydre fredsproces er afhængig af indre fredsproces.

## Litteratur:

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2000): Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth edition.

<http://www.behavenet.com/capsules/disorders/dsm4tr.htm>

CALLAHAN, R. & TRUBO, R.: Tapping the healer within. *McGraw-Hill/Contemporary Book*, 2002.

FLINT, G. & CRAIG, G.: Emotional Freedom: Techniques for dealing with emotional and physical distress. *Garry A. Flint*, 2001.

FORD, J. & KIDD, P.: Early Childhood Trauma and Disorders of Extreme Stress as Predictors of Treatment Outcome with Chronic Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 1998:11(4), 743-761.

HOLSTEN, F: Posttraumatisk Stresslidelse. *Netdoktor.dk*

JØRGENSEN, S.: Bearbejdning af choktraumer/posttraumatisk stress i Bodydynamic Analyse. *Bodydynamic Institute*, 1993.

LEVINE, P.: Waking the Tiger. *Northwest*, 1998

MACLEAN, P.: The Triune Brain in Evolution. *Plenum Press, N.Y.*, 1990

OGDEN, P. & MINTON, K.: Sensorimotor psychotherapy: One method for processing traumatic memory. *Traumatology*, 6(3), article 3, October 2000.

PERRY, B.: The Memories of States. *Splintered reflections: images of the body in trauma*. p. 9-38, J. Goodwin & R. Attias (Eds.), *Basic Books*, 1999.

PORGES, S.: Orienting in a defensive world: mammalian modifications of our evolutionary heritage. *Published in Psychophysiology*, , 32, 301-318, 1995



RESICK, P. A.: [Cognitive Processing Therapy \(CPT\) For Rape Related PTSD And Depression](#). *NCP Clinical Quarterly* 4(3/4): Summer/Fall 1994

ROTHSCHILD, B. : The body remembers, the psychophysiology of trauma and trauma treatment. *WW. Norton & Co, 2000*.

SCAER, R.: The Body bears the burden, trauma, dissociation and disease. *Haworth Press, 2001*.

SCHORE, A: Dysregulation of the right brain; a fundamental mechanism of traumatic attachment and the psychopathogenesis of posttraumatic stress disorder. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 36,p. 9-30, 2002.

SIEGEL, D.J & SOLOMON, M.F.: Healing trauma: attachment, mind, body and brain. *W.W. Norton & Co, 2003*.

VAN DER KOLK, M.F., MCFARLANE, A.C, og WEISAETH, L.: Traumatic Stress. *The Guilford Press, N.Y. 1996*.