

Komplekse traumer, komplekse reaksjoner: Kartlegging og behandling.

Christine A. Courtois

Original artikkel:

Complex trauma, complex reactions: Assessment and Treatment
Psychotherapy: Theory and research, practice, training. 2004, vol 41. 4. 412-425

Et sammendrag av Rolf Gjestad

Utført i forbindelse med prosjekter finansiert av Barne- og Familiedepartementet og UDI

Komplekse traumer genererer komplekse reaksjoner, i tillegg til de som allerede er inkludert i diagnosemanualer som DSM-IV. Denne artikkelen bruker begrepet **PTSD kompleks** (CPTSD). Artikkelen diskuterer kartleggingsverktøy og beskriver behandlingsmetoder som er basert på kliniske observasjoner og empiriske funn.

Utgangspunktet for modeller innen komplekse traumer er funn i forbindelse med barnemisbruk. Dette gjelder nå også for alle former for familievold og tilknytningstraumer som skjer innen familie og andre nære relasjoner. Disse formene for misbruk skjer over lengre tidsrom hvor offeret blir låst og betinget i en rekke situasjoner og på en rekke ulike måter. Når det gjelder barnemisbruk vil offeret som regel være psykologisk og fysisk umodent, noe som gjør at repetert misbruk og uadekvate reaksjoner fra familiemedlemmer som barnet stoler på og trenger beskyttelse av virker inn på barnets videre utvikling.

Disse temaene gjelder også for andre type katastrofepregede, ødeleggende og vedvarende traumatiserende eksponering som skjer i barndom og ungdomstid. Dette gjelder for konfliktsituasjoner og krig, flyktningssituasjoner, smugling av mennesker og prostitusjon. Disse reaksjonene kan også komme i forbindelse med kronisk sykdom som krever pågående og intensive medisinske intervensjoner. Artikkelen beskriver også hvordan enkeltstående traumatiske hendelser kan gi samme symptombylle.

Diagnostisk begrepsbruk ved komplekse traumer

Artikkelen beskriver den historiske fremveksten av PTSD som diagnose og Horowitz sin teori for hvordan forstå denne som to prosesser som går i faser. Så presenterer artikkelen begrepet dissosiering og hvordan dette begrepet har blitt inkludert og studert i de siste år. Dissosiering har ofte blitt funnet hos barn og voksne som har rapportert barnemisbruk og neglekt. Forskerne begynte dermed å se relasjonen mellom dissosiering og andre posttraumatiske reaksjoner.

Fem forskjellige typer av dissosiering er beskrevet i DSM-IV: Dissosiativ amnesi, Dissosiativ fugue, Dissosiativ identitetslidelse, Depersonalisasjonslidelse og Dissosiativ lidelse INA

Diagnosen PTSD forklarer ikke alle reaksjoner hos ofre for barnemishandling, fysiske og psykiske overgrep, seksuelle overgrep, incest, familievold eller andre populasjoner som ble omfattende og repetert traumatisert. Courtois beskriver hvordan kriteriene på PTSD ble

utviklet direkte fra studier av menn med krigseksposering. Dette innebar et annet symptomtilstand enn mennesker som har blitt eksponert for traumatisk stress som er pågående og relatert til livet innen en familie. Også faktoranalyser har blitt brukt i studier av symptomtilstand etter barnemisbruk og funnet at traumene, selv om disse er traumatisk av natur, er signifikant forskjellig fra PTSD slik dette defineres i diagnosemanualene. Individuer som har blitt eksponert for traumer over lengre tid og under utviklingsperioder har symptomer på en rekke områder, inkludert depresjon, angst, det å hate seg selv, dissosiering, medikamentmisbruk, selvdestruktiv og risikoatferd, risiko for å bli offer i andre situasjoner, problemer med mellommenneskelige og intime relasjoner (inkludert det å fungere som foreldre), medisinske og somatiske problemer og fortvilelse. Disse problemene ble kategorisert som komorbide tilstander fremfor å reorganisere disse som essensielle elementer i komplisert posttraumatisk tilpasning og symptomatologi.

Disse kompliserte tilstandene er også kompliserte å behandle og er forskjellige avhengig av alder og utviklingstrinn for når traumene fant sted, relasjon til overgriper, kompleksiteten til traumene i seg selv og offerets eventuelle rolleversering, traumeeksponeringens varighet, tilgjengelighet på støtte og tidspunkt for oppdagelse av disse forholdene. Forskerne foreslo et alternativt begrep for dette, **kompleks PTSD** (CPTSD) eller "disorders of extreme stress not otherwise specified" (DESNOS). Diagnosen PTSD koverierer med CPTSD, selv om CPTSD/DESNOS kan foreligge uten tilstedeværelsen av PTSD eller motsatt.

DESNOS/CPTSD blir dekket av 7 forskjellige problemområder:

1. Endringer i affektregulering, inkludert problemer med sinne og selvdestruksjon. Denne dimensjonen inkluderer alle metoder som brukes for emosjonsregulering og selvtrøst, inkludert avhengighet og selvskading.
2. Endringer i oppmerksomhet og bevissthet, som medfører hukommelsestap og dissociative episoder og depersonalisering. Forskning innen dette feltet (vedvarende traumatisk eksponering) viser større sannsynlighet for dissosiering hos barn enn hos voksne.
3. Endringer i selvoppfattelsen, som kronisk opplevelse av skyld og ansvar, og konstant følelse av intens skam. Dette får naturligvis konsekvenser for opplevelsen av ens egen selvverdi.
4. Endringer i oppfattelsen av overgriper, med bl.a. integrering av hans eller hennes meningssystem.
5. Endringer i relasjonsevne/ferdigheter, ved problemer med å stole på eller føle seg nær andre mennesker. Dette henger sammen med holdninger som læres gjennom erfaringene, om at andre mennesker bare tenker på seg selv og utnytter andre for å få det de selv ønsker.
6. Somatisering og/eller medisinske problemer: Disse problemene kan være direkte relatert type misbruk barnet/den voksne har lidt under. Men det kan også finnes mer diffuse somatiske plager.
7. Endringer i meningssystemer (kognitive skjema): Kronisk misbrakte individer føler ofte håpløshet i forhold til det å finne noen som kan forstå dem og deres lidelse. De opplever også oppgitthet og håpløshet omkring hvorvidt de kan bli bra og komme seg igjen.

Courtois hevder at dette symptomtilstand støttes av kliniske erfaringer. Disse problemene stemmer godt overens med symptomtilstand man finner under ustabil personlighetsforstyrrelse (tidligere borderline), en diagnose som kan sees som en posttraumatisk tilpasning på alvorlig

traumatisk eksponering i barndom (misbruk, incest) og tilknytningstraumer. Courtois refererer flere forfattere omkring dette temaet. Hun hevder videre at på tross av denne forståelsen, innebærer diagnosen ustabil personlighetsforstyrrelse enorm stigma i behandlingsapparatet og dermed en stor belastning for mennesker som får denne diagnosen. Hun hevder at å forstå denne diagnosen som en posttraumatisk tilpasning kan gjøre det lettere for klinikere i å være mer empatisk og mer likeverdig i sin tilnærming til klienten. Behandlingsmessig vil det pga. det beskrevne symptombildet være uheldig å eksponere disse pasientene for direkte til deres traumehistorie. Problemer med å opprettholde trygghet i eget liv kan medføre retraumatisering.

Kartlegging og behandling av komplekse traumer

I følge forfatteren vil behandling av CPTSD måtte basere seg på utvikling av ferdigheter i mestring og sikkerhet ved å bruke kognitive og CBT teknikker gjennom behandlingen. Det ligger 20 års klinisk erfaring av den behandlingsmodell som blir presentert i denne artikkelen, men også forskning er i ferd med å bli gjort på elementer i denne behandlingen (Ford, Courtois, Steele, van der Hart, og Nijenhuis, in press). Utvikling av kartlegging og behandling vil utvikles videre på bakgrunn av dette og flere studier.

Kartlegging

Flere typer kartleggingsmål har blitt utviklet de siste årene (Briere, Carlson, Courtois, Wilson og Keane), både for posttraumatiske og dissosiative tilstander (Dell, Dalenberg, Frankel og Chefetz). I tillegg til ordinær kartlegging av PTSD må det også inkluderes tema som utvikling i traumehistorien, funksjonell og selvregulerende svekkelse, personlige ressurser og motstandskraft og mønstre av offersituasjoner.

En kartlegging bør starte med et standard intervju, som også dekker mulige tidligere eller nåtidige traumatiske hendelser og om posttraumatiske symptomer og dissosiering. Grunnen til dette er at svært mange som kommer i behandling har på et eller annet tidspunkt opplevd traumatiske forhold som de nå sliter med konsekvensen av. I tillegg er det slik at personer som møter kriteriene på PTSD og Dissosiering er storforbrukere av det mentale helseapparat. Likevel blir traumatiske hendelser og disses konsekvenser ofte ikke avdekket. Likevel bør ikke klinikerne eller den som ellers kartlegger anta at spørsmål om traumer og reaksjoner på disse automatisk fører til avdekking av disse forholdene. Avdekking vil bare skje etter hvert som individet blir kjent med og stoler på terapeuten. Kartleggingen må uansett skje med stor respekt og med forståelse av at det å skulle svare på dette kan være både smertefullt og vanskelig. Det å skape mestring og istandgjøring til å takle ubehag er et viktig tema i denne situasjonen. Terapeuten må ha en åpen innstilling og må kartlegge ut fra en nøytral posisjon. Hvis en traumatisk hendelse blir avdekket, blir det viktig å være sensitiv overfor personens eventuelle reaksjoner når og etter dette skjer. Kartlegging av detaljer fra traumatiske hendelser kan skape sterke reaksjoner. Det er viktig å kunne forhindre dette. Ved å være sensitiv for dette vil klienten forstå at innholdet i det som skal fortelles kan bli overveldende og at terapeuten bidrar til trygghet rundt dette arbeidet. Trygghet er viktigere enn å få avdekket historien. Samtidig vil det være viktig at klienten lærer at innholdet i historien er tålbart.

Courtois hevder i sin artikkel også at kartlegging av hendelser bør gjentas over tid, da forsvar som posttraumatiske symptomer og dissosiering kan bli åpenbart bare når det foreligger

tilstrekkelig trygghet i den terapeutiske relasjonen. Noen av disse symptomene er svært tydelige, mens andre er vanskeligere å avdekke, da disse er forbundet med funksjoner som er forbundet med hemmeligholdelse for å opprettholde trygghet. Disse symptomene kan være vanskelig å få øye på og blir derfor ofte oversett i kartleggingen.

Instrumenter

I terapeutisk sammenheng vil ordinære standard psykologiske instrumenter kunne brukes i den første kartlegging, som eksempelvis MMPI. Disse kartlegger imidlertid ikke posttraumatiske og dissosiative symptomer. Det blir dermed viktig å supplere standard kartlegging med instrumenter som kartlegger disse forhold. Artikkelen henviser til Briere (2004), Carlson (1997), Wilson og Keane (2004) og Briere og Spinazzola for videre presentasjon og diskusjon av dette temaet.

Posttraumatiske symptomer, PTSD og CPTSD

Følgende instrumenter blir anbefalt: Clinician- Administered PTSD Scale (CAPS), Impact of Event scale-Revised (IES-R), Detailed Assessment of Posttraumatic States (DAPS) og Posttraumatic Stress Diagnostic Scale (PDS). Courtois hevder at de to kanskje mest betydningsfulle instrumentene for CPTSD er Trauma Symptom Inventory (TSI), et instrument som tapper traumesymptomer og også områder som har med selvbilde og relasjonsevne å gjøre, og Structured Interview for Disorders of Extreme Stress (SIDES). I tillegg anbefales Inventory of Altered Self Capacities (IASC). Dette måler problemer med relasjoner, identitet og affektregulering og vil derfor være et viktig kartleggingsinstrument for denne populasjonen. Cognitive Distortions Scale (CDS) og Trauma and Attachment Belief Scale fremheves også i denne forbindelse. Disse måler traumerelaterte holdninger og kognitive forvrengninger / feil.

Dissosiative symptomer og Dissosiative lidelser

Courtois presenterer også her flere aktuelle instrumenter, som Dissociative Experiences Scale (DES). Dette er et screening-instrument og ikke en diagnostisk vurdering. Dette kan så suppleres med mer detaljerte instrumenter, som for eksempel Multiscale Dissociation Inventory (MDI) og Somatoform Dissociation Scale (SDQ). Fordi det ofte er vanskelig å fange opp dissosiative symptomer, er det svært hensiktsmessig å bruke et standardisert skjema og/eller klinisk intervju. Eksempler på det siste er Structured Clinical Interview for DSM-IV Dissociation Disorder (SCID-D).

Resultatene fra disse kartleggingsmålene (skjema og intervju) kan lede fokus for en terapiprosess. Klinikeren vil gjennom denne kartleggingen få et bilde av symptomer, forsvar og egostrukturer, kapasitet for emosjonsregulering, funksjonskompetanse og relasjonsevne. Courtois hevder at kartlegging av ressurser og styrker er viktig for å ikke oppfatte personen som et hjelpeløst offer. Å forsterke personens kapasitet vil øke vekst (fremfor regresjon) og skape identitet basert på funksjonsevne. Terapeuten må også oppmuntre til passende grad av avhengighet og gi en kilde til trygg tilknytning for traumatiserte individer som en base for terapeutiske arbeid kan gjøres.

Behandling

Standarden for behandling av PTSD inkluderer psykoterapi supplert med psykofarmakologi (for å lette posttraumatiske symptomer og assosierte symptomer som depresjon, angst, tvangslidelser og eventuelt psykose). Courtois hevder at det ikke foreligger dokumentasjon på at medikamenter er effektivt for dissosiering, men at medikamentell behandling av angst og depresjon kan redusere behovet for et forsvar preget av dissosiasjon.

Den mest studerte terapiformen for PTSD har vært kognitiv atferdsterapi (CBT) med eksponering. Bruk av disse strategiene for CPTSD er i sin første fase og foreløpige funn viser noe effekt (Resick, Nishith og Griffin, 2003 – ref. i artikkelen). Samtidig advares det mot anvendelse av disse metodene uten videre forskning. Hybrid behandlingsmodeller som kombinerer og sekvenserer strategier er under utvikling for CPTSD alene og disse problemene sammen med andre mentale lidelser. Disse viser foreløpige positive resultater (Cloitre, 2002; Cloitre, Koenen, Cohen og Han, 2002; Korn og Leeds, 2002; Leeds og Shapiro, 2000; McDonagh-Coyle, Ford og Demment, 2002; Smucker og Dancu, 1999; Smucker og Niederee, 1995 – alle ref. i artikkelen). Men forskningen på disse er i startfasen og resultatene bør derfor betraktes som foreløpige hevder Courtois. CPTSD klienter har sammensatte problemer, noen av disse kan være problemer i forhold til utvikling / tilknytning. Dette krever behandlingsstrategier som fokuserer på disse grunnleggende temaene for å gjøre videre behandling mulig. Behandling vil være fokusert omkring de 7 tidligere nevnte områdene: emosjonsregulering, endringer i bevissthet og identitet, opplevelse av seg selv, syn på over griper, somatisering, relasjonsproblemer og meningssystemer. Det har blitt stadig tydeligere at arbeid med individets sikkerhet/trygghet og evne til å regulere emosjonelle tilstander er de to første oppgavene i en terapeutisk prosess. Denne tilnærmingen innebærer et helhetlig syn og behandling av ”hele mennesket” og vil derfor ikke fremheve traumatiske hendelser og reaksjoner etter disse i for stor grad og på bekostning av andre viktige tema. Denne tilnærmingen handler derfor ikke bare om traumebehandling, men også om behandling av alle de konsekvenser disse påkjenningene har medført. Det er da naturlig og logisk at behandling for CPTSD er svært individuelt tilpasset og vil kunne være relativt langvarig, dette pga. problemtema som identitet, selv regulering og relasjonelle problemer. Løsning av problemer og tema kan også gjøre det mulig for andre type problem og tema å komme til syne. Disse igjen vil måtte fokuseres på i det videre terapiforløp.

Sekvensering og Stadieorientert behandling

En modell som består av 3 stadier danner grunnlag for mange terapeutiske tilnærminger innen dette feltet (Herman, 1992 – Boken CPTSD, Trauma and Recovery). Også andre har hatt liknende modeller (Janet; Van der Hart, Brown og Van der Kolk). I første stadiet utviklet behandlingsallianse og fokuseres det på affektregulering, utdanning, sikkerhet og ferdighetsbygging. Neste stadium, gitt at det foreligger nok stabilitet og adekvat kompetanse på affektregulering og mestringsferdigheter, inneholder bearbeiding av traumatisk materiale i tilstrekkelig grad for at individet skal kunne fungere med mindre posttraumatisk lidelse. Det 3. stadiet retter seg mot konsolidering og restrukturering, dvs. på et liv som er mindre preget av de opprinnelige traumene og de konsekvenser dette ga.

Generelle retningslinjer i startfasen er vektlegging av trygghet, sikkerhet og affektregulering som grunnleggende for videre terapi. Forfatteren refererer til begrepet Posttraumatisk vekst, noe som innebærer tilstrekkelig konsolidering av læring i forhold til biopsykososiale mangler og dysregulering. Denne læringsprosessen innebærer:

- a. Affektidentifikasjon, uttrykk for disse og modulering.
- b. Ferdighetsutvikling som skal gi et bedre nivå av fungering innen ulike livsområder.

Fasene innebærer ikke at man nødvendigvis gjør seg ferdig med en fase for så å ha en lineær utvikling til de neste fasene, men en fram-og-tilbake prosess avhengig av klientens behov. Klienten vil utvikle seg ut fra den læring som skjer, men også få tilbakefall på ulike områder. Dette må fokuseres og derfor legges inn som en del av behandlingen.

1. stadium: Før behandling, behandlingsrammer, alliansebygging, sikkerhet, affektregulering, stabilisering, ferdighetsbygging, utdanning, egenomsorg og støtte

Dette vil som regel være den lengste delen av behandlingen og også mest viktig for et godt behandlingsresultat. Dette arbeidet inneholder utvikling av motivasjon for behandling, enighet omkring behandling og rammer for dette, felles forståelse for klientens rettigheter og ansvar og utdanning om hva psykoterapi er og hvordan dette kan gjøres for å sikre et godt resultat. Den første fasen må dermed innebære en utvikling av en samarbeidsallianse som skal vare over tid. Selvfølgelig vil dette arbeidet måtte bære preg av respekt, informasjon, forbindelse / tilknytning og håp. Den underliggende antakelsen vil være å gi muligheter for å endre tilknytningsproblemer fra fortiden og bidra til utvikling av bedre ferdigheter på disse områdene.

Terapi kan for enkelte klienter forbli på stadium 1. Men godt arbeid her vil kunne forbedre klientens liv betraktelig. En videre fortsettelse til stadiene 2 og 3 er derfor ikke nødvendig. Den primære vektleggingen er personlig trygghet i tillegg til læring, personlig og livsmessig stabilisering, ferdighetsbygging og utvikling av sosiale ferdigheter og støtte.

Trygghet innebærer virkelig og subjektivt opplevd skade og trussel. Mange lever i relasjoner preget av usikkerhet og fare for situasjoner hvor man blir et offer. Sannsynligheten for at man også selv skaper risiko og fare er også tilstede. Manglende trygghet kan også være knyttet til situasjoner med traumatiske gjenopplevelser og/eller handlinger som om traumatiske hendelser skjer på nytt. Å arbeide for trygghet og sikkerhet, når personen kanskje har utviklet holdninger som inneholder tanker om at man aldri kan være sikker og trygg, er derfor svært sentralt. Dette gjøres bl.a. gjennom modifikasjon av feilaktige, men traumerelaterte tanker. Men det innebærer også å utvikle kontroll over impulsiv atferd, selvdestruktive tanker og atferd, farlige interpersonlige situasjoner, avhengighet, pågående dissosiering og sterke følelsesmessige utbrudd som kan skape risikosituasjoner. Å lære alternative strategier for å bedre regulere atferd og følelser vil hjelpe for dette. Dette er en prosess som tar tid og som må skje i samarbeid, i stedet for noen velmenende råd.

Dissosiering innebærer endringer av bevissthet, hukommelse, personlig informasjon og identitet, forhold som normalt er integrert og assosiert (APA, 1994 – ref. i artikkelen). Dissosiering kan være i mild form til svært omfattende, som kan synes ved tilfeller av pågående misbruk av barn. Dette kan være den beste måten for et barn å mestre situasjonen på. Imidlertid vil denne type forsvar, når situasjonen er trygg, innebære risiko i forhold til sikkerhet og trygghet, men også i forhold til generell fungering. Courtois beskriver hvordan aktiv dissosiering eller en dissosiativ lidelse er forbundet med forhøyet nivå av risiko. Selv om dette ofte er svært vanskelig, må dette fokuseres på slik at personen kan lære alternative måter å være i relasjon til seg og andre på. Å se disse reaksjonene som opprinnelige tilpasningsdyktig mestring hindrer stigmatisering. Men det er viktig å se at dette har blitt til dysfunksjonelle mønstre som skaper problemer og at andre strategier læres for å sikre

trygghet og god håndtering av situasjoner, tanker og følelser. Artikkelen refererer til andre for videre forståelse omkring dissosiative lidelser, da dette er svært komplisert arbeid. Videre diskuteres medikamentmisbruk og programmer for dette.

Psykoedukative metoder er også en del av dette terapistadiet. Dette nyttes for å avmystifisere terapi, gi kunnskaper om traumer og reaksjoner slik at personen bedre kan forstå sine reaksjoner og for å lære spesifikke ferdigheter (identifisering av emosjoner, emosjonsregulering, egenomsorg, dagligdagse ferdigheter, mestringsferdigheter, sosiale ferdigheter og evne til beslutningstaking). Disse ferdighetene er ofte sterkt reduserte eller manglende i familier preget av kronisk misbruk og neglekt. Denne ferdighetsbaserte tilnærmingen er også sterkt tilstede i dialectic behavior therapy modell for borderline klienter utviklet av Linehan (1993).

For å sikre varig læring må klienten naturligvis aktivt delta og praktisere det som blir lært. Courtois hevder at affektregulering og modulering kanskje er den viktigste ferdigheten som skal læres.

Egenomsorg og forhold relatert til ”Sjel-Kropp” er relatert til alle de tema som Courtois presenterer over, men må også fokuseres på isolert. Hun skriver at mange CPTSD klienter er fremmedgjort overfor seg selv, sin tilstand, sin kropp og sine tanker. Den store avstanden mellom sinn og kropp kan være svært problematisk for disse personene. Resultatet kan for flere være ignorering / omsorgssvikt av egen kropp, manglende opptatthet av eget velvære og unødvendig risiko på en rekke måter. Oppmerksomhet på dette, både preventivt generelt og behandling for aktuelle problemer er en del av terapi for ”hele mennesket”. Psykofarmakologi kan og nyttes for noen av disse problemene.

Å ha relasjoner til andre og utvikle støttende nettverk blir et viktig tema i dette stadiet. Mistillit er et vanlig problem og har blitt vektlagt ytterligere av forskere på tilknytningsproblemer. Utrygg stil er sterkest assosiert med barndomstraumer og fører til barn og voksne som utviser en stil som reflekterer hva de har lært om relasjoner; noen blir svært selvstendige og / eller ivaretaende av andre, mens andre blir kronisk engstelige og usikre. De som har blitt eksponert oppvekst preget av sterke misbruksopplevelser og et disorganisert miljø, vil ofte utvikle disorganisert og dissosiativ tilknytningsstil. Dette er ofte forbundet med diagnosen ustabil personlighets-forstyrrelse (borderline). Arbeid med relasjonsferdigheter blir derfor grunnleggende for senere terapeutisk utvikling og vekst.

Selv om dette behandlingsstadiet ikke inneholder direkte traumebehandling, vil likevel svært mange av konsekvensene av traumene bli satt i fokus for behandling. Det viser seg også at endring av misbruks- og traumerelaterte kognisjoner kan endre negativ selvoppfattelse i den grad at klienten blir mindre symptomatisk. Klientens symptomer avgjør hvorvidt mer direkte traumebehandling er nødvendig. Hvis symptomene vedvarer og klienten er villig til å arbeide mer direkte med traumene, så vil behandlingen gå over i fase 2. Dette skiftet må gjøres tydelig.

2. stadium: Avbetinging, sorg, oppløsning og integrering av traumene.

Eksponering og narrative teknikker (den objektive historien, når, hvem, hvordan, subjektive tanker og reaksjoner) brukes avhengig av klientens kapasitet for emosjonsregulering. Dette må ikke overstige i intensitet i forhold til det klienten har kapasitet til. Courtois refererer her til Briere (2002) og bruken av begrepet ”terapeutisk vindu”. Overeksponering vil medføre

sterke følelsesmessige reaksjoner, at gamle destruktive atferdsmønstre kommer tilsyne igjen og økt bruk av dissosiering. I dette arbeidet kan teknikker som EMDR, ”guided imagery”, ”imaginal rescripting”, narrativ historiefortelling / skriving, eller sansemotoriske tilnærminger benyttes. Også sorgbearbeiding over det som ble tapt er vanlig. Problematiske relasjoner til overgriperen vil ofte også bli arbeidet med og løst i denne fasen.

3. stadium: Utvikling av seg selv og relasjoner til andre.

Selv om dette er begynnelsen på slutten av en terapiprosess, kan dette være en vanskelig prosess for en del mennesker. Det å skulle leve et normalt liv for noen som har opplevd svært lite normalt liv tidligere er en stor utfordring, selv om det også fokuseres på utvikling av viktige ferdigheter i fase 1. I dette stadiet vil det være viktig å bevege seg forbi aktuelle problemer og utvikle seg videre til å få et så godt liv som mulig. Dette kan være innen områdene tillitsfulle relasjoner til andre, intimitet, utvikling av en god seksuell fungering, foreldreegenskaper, karrierespørsmål og andre viktige livsvalg og aktuelle beslutninger. Det er fortsatt viktig å ha som grunnlag for denne utviklingen en god og trygg base.

* * *

Intensitet og varighet av hele behandlingen vil variere i stor grad for ulike individer, fra 6-12 måneder opp til flere og mange år. Fokus på trygghet, affektregulering og ferdighetsutvikling er tenkt å gi ulike verktøy for å bedre kunne fungere i verden. Det vil være mest ideelt hvis avslutning av terapi er en samarbeidsprosess og tydelig blir diskutert. Videre er det viktig at det er muligheter for å komme tilbake hvis det skulle være behov for dette. Klienten forberedes også på muligheten av at utløsere eller nye kriser kan gjøre det nødvendig med ny terapeutisk kontakt.