# Behandling av posttraumatisk reaksjon etter en ulykke

Jeg fikk en klient med en kraftig posttraumatisk reaksjon etter en ulykke. Etter 45 minutter var den borte. Jeg ønsker her å dokumentere hvordan man kan behandle psykiske plager gjennom en behandlingsprosess som tar utgangspunkt i det psykiske materialet, det vil si de bio psykiske elementene som forårsaker den psykiske plagen. Det følgende gir også eksempler på hvordan man kan anvende metoder fra nevrolingvistisk programmering i behandling. I dag anvender jeg metoder som i større grad er forankret i den naturvitenskapelig forståelse for psykiske plage og for psykisk endring.

### Bakgrunn

Klienten hadde opplevd en ulykke som han ikke ble kvitt. Hendelsen skjedde 3 uker før han tok kontakt. Han hadde i denne perioden hatt angst, skjelvinger, kvalme og oppkast i kombinasjon med søvnproblemer. Han formidlet at han ikke klarte ikke å bli kvitt den indre filmen fra det han opplevde. Den indre filmen fulgte han døgnet rundt. Det var ikke nødvendig å lete etter det psykiske materialet eller det psykiske materialet som forårsaket den psykiske plagen. Problemet var at han ikke kvitt dette psykiske materialet ved egen hjelp og at det dominerte hans daglige liv på en slik måte at han ikke lenger fungerte i det daglige.

### Klientens opplevelse

Klienten, 22 år, var arbeidsformann i et parkanlegg og vitne til arbeidsulykke. En av arbeidskameratene, en kvinne, hadde hatt et uhell med en minitraktor og fått en gjerdestolpe gjennom låret og fått kuttet av seg flere fingre. Situasjonen var dramatisk og blodig. Min klient hadde ansvaret for å forsøke bedre situasjonen før ambulansen kom.

### Klientens situasjon mens han forteller

Mens klienten forteller gjennomlever han situasjonen på nytt. Han får angsten og skjelvingene tilbake. Hendene dirrer og han er stiv og preget. Dette var relativt tidlige i min terapeutiske karriere. I dag hadde jeg ikke latt en klient fortelle om sterke ubehagelige hendelser uten først å dempe vedkommendes følelser. I dag hadde jeg sikret vedkommende ved å koble klienten til en nøytral og deretter til en positiv tilstand før han begynte å fortelle.

### Målet

Når man arbeider med i de mentale elementene som forankrer den psykiske plagen, er det mulig å arbeide presist. Klientens ønske var å bli kvitt den psykiske smerte og bli som før ulykken. Traumatiske opplevelser kan redusere klientens tilgang ressurser han har hatt tilgang til før den traumatiske opplevelse. Målsettingen med det terapeutiske arbeidet ble derfor ikke kun å redusere den psykiske smerten, men å reetablere og eventuelt forsterke mentale ressurser og mestringsatferd som ville være viktig i fremtiden. Klienten brukte ikke medisiner, men hadde angst, kvalme og flashbacks.

Målene for den terapeutiske prosess ble følgende.

1. Fjerne angsten og skjelvingene som klienten opplevde på konsultasjonen og etablere en god følelse før jeg begynner på forandringsarbeidet
2. Dempe, redusere eller fjerne det psykiske ubehaget som var knyttet til ulykken
3. La klienten undersøke om han var fornøyd med sine reaksjoner i forbindelse med ulykken, og få frem hvordan han hadde ønsket å reagere.
4. La klienten oppdage hvilke egenskaper og mentale ressurser han hadde trengt for å fungere slik han ønsket, og hente opp og aktivere klientens mentale ressurser slik at han kunne takle ulykken på den måten han ønsket
5. Redusere traumet
6. Redusere angsten og utvikle klientens evne til å takle liknende situasjoner i fremtiden slik han ønsker. Punkt 6 innebærer å gjøre klienten mentalt sterkere enn han var før ulykken skjedde
7. Utvikle klientens evne til å sove godt ved å reetablere et tidligere godt søvnmønster

Målene var grunnlaget for det videre arbeid.

Konsultasjonen tok 45 minutter. Resultat var full bedring. Klientens angst, kvalme, søvnproblemer og skjelvinger forsvant. Siden vedkommende var student, hadde jeg ukentlig kontakt over en periode på 1 ½ år. Jeg foretok en kontroll etter en uke, etter noen måneder, etter et halv og etter 2 år. Det var ikke nødvendig å justere arbeidet etter første konsultasjon, noe som ofte er vanlig. Siste gang jeg spør virker klienten nærmest uinteressert som om episoden knapt hadde skjedd.

### Fase 1. Kartlegge hvordan hendelsen og opplevelsen ble lagret mentalt og som bio-psykiske enheter

En viktig forutsetning for å få et gode resultatet var at jeg visste hvordan ulykkesopplevelsen var lagret rent mentalt. De fleste lagrer behagelige opplevelser på alle sansekanaler, men lagrer det psykiske ubehaget først og fremst på den visuelle sansekanal. Klienten formidlet umiddelbart hvilke bio-psykisk enheter som rommet den mest intense psykiske smerten. Han åpnet samtalen uoppfordret med å fortelle at han ikke klarte få vekk det indre bildet av ulykken. Bildet av ulykken er en visuell bio-psykiske enhet eller en visuell indre opplevelse. Da jeg undersøkte den visuelle opplevelsen, viste det seg at det indre bildet var bildet i farger, og han så ulykkeshendelsen nært og detaljert. Han kunne ikke se seg selv i bildet hvilket innebar at han opplevde situasjonen innenfra som om han var i den, det vil si assosiert. Disse informasjonene fortalte noe om hvorfor klienten opplevde situasjonen som så sterk, 3 uker etter at den er over.

Siden han var musiker, gikk jeg ut fra at han også var sterkt auditiv, noe som frem ved at kvinnens skrik og jamring inngikk i den indre filmen fra ulykken. Ulykken var således representert på den visuelle kanal, sterkt støttet av et auditive inntrykk, det vil si av et auditivt bio-psykiske element kombinert med en kinestetisk reaksjoner, det vil si av kvalme, brekninger, skjelvinger og uro.

De mentale elementene klienten hadde hatt kontakt med etter ulykken fortalte også hvordan han bearbeidet sine opplevelser mentalt. Han forholdt seg til eller tenkte på ulykken i ettertid på en sånn måte at han forsterket sine følelsesmessige reaksjoner, noe som reduserte hans evne til å mestre sin hverdag. Min oppgave ble derfor også å gi klienten en bedre strategi og en større evne til å takle intense opplevelser. Da klientens opplevelse av psykiske plage i hovedsak var lagret på et visuelle, auditive og kinestetiske mentale elementer bio-psykiske element, anvendte jeg metoder som var egnet til å endre disse.

**Metoder**

En forutsetning for å lykkes i behandling er at man anvender begreper som er i samsvar med klientens begreper og som reflekterer hans måte å forstå, formidle og oppleve ulykken på. Innenfor NLP kalles dette for ”pacing”. Pacing er en av forutsetningene for at klienten skal føle tillit terapeut og få en følelse av å bli forstått. Disse følelsene gjøre det lettere for klienten å få kontakt med det psykiske materialet som forankret klientens psykiske smerte. Her er det lett å gjøre feil. De fleste klientene er fortrolige med et visuelt begrepsapparat. Jo nærmere jeg kommer klientenes egne begreper, desto større er muligheten for at klienten kan gjennomføre de mentale endringene som er nødvendige for å endre den psykiske smerten. I dette tilfellet var arbeidet enklere enn vanlig fordi klientens psykiske smerte i sterk grad var knyttet til lagrede visuelle bio-psykiske elementer fra ulykken som ble formidlet gjennom klientens utsagn.

#### Metoder for å fjerne angsten og skjelvingene i øyeblikket

Først anvendte jeg metoder som kunne fjerne den øyeblikkelig følelse av angsten som kunne gi klienten en bedre følelse i den terapeutiske situasjon. Den ene var ankring. Ankring er hentet fra nevrolingvistisk programmering, og den er beslektet med begrepet betinging og avbetinging. Ankring innebærer at man kobler klienten til nøytrale situasjoner og derved til et nøytralt psykisk materiale. Hensikten er å redusere klientens angst for å gjøre det lettere for klienten å endre det psykiske materialet som forårsaker den traumatiske opplevelsen. Utfordringen innebar å flytte klientens oppmerksomhet fra de indre mentale bilder og sanseopplevelser til opplevelser i den ytre verden.

Alle ytre fenomener kan anvendes i forbindelse med ankring som fargen på veggene, følelse av å sitte i stolen, varmen i hendene, trærne utenfor etc. I dette tilfelle ba jeg klienten beskrive fargen på ting i rommet, kjenne hvordan det var å sitte i stolen, sjekke om det er noen lyder i rommet, kjenne temperaturen i hendene etc. Som følge av at klienten flyttet sin oppmerksomhet fra de indre smertefulle sanseinntrykkene til nøytrale ting ble han gradvis roligere.

Først når klienten var kommet over i et roligere leie starter jeg endringsarbeidet. Dersom man begynner endringsarbeidet mens klienten har angst og uro, kan han dra med seg angsten innover i arbeidet og i verste fall assosiere angsten med de psykiske endringene som oppnås. I følge klassisk betinging har jeg da etablert en betinget angst knyttet til mine stemme og mine instruksjoner. Klienten får derigjennom utløst mer angst istedenfor å redusere den.

Min antagelse er at klienten en eller annen gang har opplevd trygghet og ro, og at disse opplevelsene og erfaringene kan hentes frem og aktiveres i den terapeutiske prosessen. Når klienten er i en nøytral følelsesmessig situasjon, det vil si når han har kontakt med nøytrale bio-psykiske enheter, gir jeg klienten kontakt med positive livserfaringer, det vil si med mentale elementer som innebærer trygghet og ro. I dette tilfelle spurte jeg klienten om han noen gang hadde opplevd ro eller trygghet, hvor han var og hvordan han opplevde denne situasjonen, dvs.. hva han så, hørte eller følte i situasjonen. Klienten fikk uten vanskeligheter kontakt med denne type situasjoner. Pusten gikk langsommere og det ble lettere å få øyekontakt. Deretter aktiverte jeg trygghets- og ressursankeret. Følelsen av trygghet og ro ble koblet /ankret til et sted på klientens kropp, som han kunne utløse ved å berøre det. Klientens trygghet blir også ankret til min stemme og til ting i rommet. Ankringen til min stemme innebærer at jeg kunne påvirke klientens følelser kun ved å endre mitt stemmeleie som følge av at det er blitt opprettet en ubevisst kobling eller betinget reaksjon mellom mitt stemmeleie og klientens opplevelse av ro.

Hensikten med dette er å sikre klienten følelsesmessige i tilfelle han igjen skulle få kontakt med det psykiske materialet som var årsaken til klientens angsten og kvalme.

Hensikten med å gi klienten kontakt med en nøytral og positiv følelse var også å sette klienten i et psykisk leie der han var mottagelig for endring. Foreløpig har det ikke skjedd noen varige endringer. Klienten vil likevel oppleve de følelsesmessige skiftene som psykiske endringer, som følge av den nye og øyeblikkelige følelse av ro, og fordi han kan plutselig opplever at det er mulig ikke å ha angst, kvalme og psykiske spenninger, noe som i seg selv vil redusere frykten for at traumet aldri skal gå over.

### .i.Endringsarbeidet

For å endre klientens traume anvendte jeg flere metoder, blant annet en submodal teknikk der man reduserer fargene, intensiteten og lysstyrken i de indre sanseopplevelsene som forårsaker klientens opplevelse av ulykken. Begrunnelsen for er at intensiteten i klientens følelser og opplevelser ofte følger ”intensitetslovene” i den ytre verden i den forstand at intense indre opplevelser er en følge av intense ytre sanseinntrykk som nærhet, intense farger, oppleve noe innenfra, høy lyd etc. En følge av dette er at dersom man reduserer intensiteten i den mentale opplevelsen og øker den mentale avstanden til en traumatisk hendelse, reduseres også intensiteten i de følelsene som er en følge av hendelsen. Et eksempel. Dersom du ser et menneske bli slått ned en meter fra deg, reagerer du naturlig nok sterkere enn om du ser vedkommende bli slått ned på 300 m unna eller på TV.

Det er ofte, men ikke alltid et sammenfall mellom en fysisk hendelse og den måte den lagres på eller representeres mentalt. På samme måte som mentale endringer skjer ved at man beveger seg vekk fra bestemte inntrykk, for eksempel ved å slå av TV - programmer - kan man mentalt slå av, fjerne seg fra indre sanseopplevelser som inneholder psykisk ubehag. Arbeidet innebærer at jeg kobler på eller av og derved forsterker eller svekker mentale elementer, det psykiske materialet som rommer klientens følelser, og at jeg erstatter ubehagelige mentale elementer og sanseinntrykk som stammer fra en tidligere hendelse, med sanseinntrykk og bio-psykiske elementer som rommer psykisk velvære.

Det er nødvendig å undersøke hva som svekker og hva som forsterker klientens følelser. I dette tilfelle fungerte det som det pleier. Jeg anvendte her en submodal teknikk som innebar at klienten mentalt flyttet det indre bildet av ulykken lengre vekk, noe som endret den indre sanseopplevelsen slik at han «så» den mentale ulykken på avstand.

Dette førte til at det psykiske materialet som forårsaket traumet endret seg fra en detaljert og nær opplevelse til en opplevelse på avstand. En følge av dette var at de intense følelsene som var knyttet til traumet, ble redusert. Klientens bedrede følelse komm til uttrykk gjennom endringer i den måten som klienten snakket om sin situasjon på og i endringer i klientens kroppsbevegelser og ansiktsuttrykk.

#### En submodal teknikk for å dempe og skru av lyden i situasjonen

Etter at jeg hadde flyttet den traumatiske situasjonen lengre vekk, rent mentalt, anvendte jeg en submodal teknikk som innebar å dempe og skru av den ubehagelige lyden som fulgte med den posttraumatiske opplevelsen. Siden klientens angst var opprettholdt av kvinnens jamring og skrik, fikk jeg kontakt med de auditive mentale elementene som forårsaket deler av klientens angst. Jeg ga deretter klienten kontakt med en ny mental forestilling som innebar at lyden fra den posttraumatiske opplevelsen var slått av. Dette skjedde gjennom følgende intervensjon: *”Sett at du forestiller deg, i fantasien at du kan skru av lyden fra ulykken, hva skjer når virker og når du får det til?* Utsagnet ”*Hvordan virker det når du får det til?”* inneholder en presupposisjon, en forutsigelse om at klienten får det til. Dersom en angstfylt klient får spørsmålet ”Hvordan virker det?» er det stor sannsynlighet for at du får som svar at det ikke virker. Siden opplevelsen av at noe virker er en fantasi samtidig som fantasier er følelsesmessige realiteter, reduserer man de mentale sperrene som kan hindre endring, og som ofte henger sammen med angst. Frasen …*når det virker*… bringer klienten vekk fra spørsmålet om hvorvidt det virker og derved over på en følelse av det kan fungere, – noe som øker sannsynligheten for at klienten er i stand til å gjennomføre terapeutens instruksjoner.

Jeg måtte bruke flere fantasier eller forestillinger før klienten opplevde de som naturlig at lyden var slått av. Det som virket var at jeg ba klienten forestille seg at lyden kom fra et stereoanlegg, og at han at han skrudde ned lyden. Årsaken til at dette fungerte var trolig at klienten var musikkstudent og meget fortrolig med hva som skjer når man skrur av et musikkanlegg.

*- Da hører jeg ikke kvinnens skrik lenger formidlet klienten. - Hva skjer når du ikke lenger hører kvinnens skrik der borte*? Sa Terapeut. (ordene ”*der borte*” opprettholder en avstandsrelatert bio-psykiske enhet av ulykken). *Da er det mye lettere,* sa klienten.

Dersom man reduserer en intenst ubehagelig indre opplevelse, øker sannsynligheten for at klienten får kontakt med nøytrale, positive og ressursrelaterte opplevelser. Ressursrelaterte mentale elementer som klienten ønsket å oppleve i forbindelse med ulykken var blant annet omsorg og ro. Klienten ønsket å handle med omsorg. Han ønsket å handle raskt. Han ønsket ikke å spy, men å beholde roen i situasjonen. Gjennom nye intervensjoner opplevde klienten at han kunne i større grad kunne reagere i og mestre ulykken på den måten som han ønsket.

Dette bidro til å redusere intensiteten i den posttraumatiske opplevelsen. Den psykiske smerten var imidlertid så intens ved konsultasjonens begynnelse at jeg fant det nødvendig å bruke flere submodale teknikker for å redusere det psykiske ubehaget. Samlet førte dette til at den psykiske smerten ble redusert, men noe gjenstod. Jeg valgte derfor å anvende en sterkere metode som er nevnt tidligere, dissosiering.

### .i.Dissosiering

Dissosiering innebærer som nevnt å sette klienten i en mental situasjon der han ser seg utenfra i den traumatiske situasjonen. Jeg bringer klientens oppmerksomhet vekk fra ulykken og over til en nøytral situasjon og deretter til følelsen av ro ved å gi klienten kontakt med tidligere positive opplevelser der han har anvendt sine mentale ressurser slik han hadde ønsker. Det fungerer. Klienten får igjen en følelse av trygghet og ro.

Deretter undersøker jeg om klienten er i stand til å se seg selv på avstand, og om han er i stand til å begynne en ny endringsprosess ved å se seg selv på avstand oppleve traumet på nytt. Ideen er at den dissosierte posisjonen og den nye opplevelsen av trygghet skal hindre klienten i å få kontakt med psykisk ubehag underveis i prosessen. Det fungerte.

Hvis klienten hadde manglet evne til å se seg selv på avstand i den traumatiske situasjonen, måtte jeg ha utviklet denne. Dette kan blant gjøres ved at jeg spør klientene om de kan tenke på et hyggelig bilde hvor de ser seg selv. Deretter ber jeg klientene forestille seg at de ser seg selv gå ut av bilde og bevege seg, mens de ser seg utenfra, til den situasjonen vi arbeider med.

Dette endrer klientens mentale opplevelse. En dissosiert opplevelse fører nesten uten unntak til en reduksjon av intensiteten i klientens følelsesmessige reaksjoner. Den dissosierte posisjonen opprettholdes ved at jeg leder klienten, gjennom hendelsesforløpet på nytt i dissosiert tilstand. Når den dissosierte mentale filmen fra ulykkessituasjonen er avsluttet, kobler jeg klienten til en situasjon der han har det godt, og der han mestrer det han ønsker å mestre. Hensikten med dette er å reetablere en følelse av velvære. Dette fungerte. Deretter brakte jeg klientens oppmerksomhet tilbake til meg, min stemme og til rommet vi var i.

### Kommunikasjon og opprettholdelse av ressursanker

Mens han ser på den indre filmen, legger jeg merke til klientens følelsesmessige reaksjoner og om han er ferd med å miste det dissosierte perspektiv og bli ett med den filmen han ser, dvs. om han igjen opplever ulykkesopplevelsen assosiert, det vil si som om han «er» i situasjonen på nytt. Dette må unngås da det vil gi kontakt med det tidligere ubehag. Mens han ser seg selv og situasjonen utenfra opprettholder jeg klientens kontakt med de positive følelsene som er blitt ankret eller betinget til høyre hånd. Etter at «filmen» er over gir jeg klinten kontakt med en trygg situasjon som han mestrer slik han ønsker.

Deretter gjennomfører klienten den dissosierte mentale filmen fra ulykkessituasjonen en gang til uten min medvirkning. Ulykken er nå blitt dissosiert 3 ganger. Dette innebærer at hendelsen er kommet lengre vekk mentalt, noe som øker sannsynligheten for at traumet er redusert.

### Kroppslige justeringer

Jeg bringer deretter klientens oppmerksomhet tilbake til min stemme, stolen han sitter i og til rommet vi er i. Jeg nøytraliserer igjen klientens følelser. Jeg lar klienten få litt tid til å la kroppen justere seg. Dersom det skjer en mental endring som følge av behandling, fører dette ofte til et behov for å justere kroppen slik at muskler og kroppslige stillinger kan tilpasse seg det nye spenningsnivået som er oppnådd. En intens angst fører ofte til kroppslige spenninger, bevegelser eller stillinger som ikke er funksjonelle når det psykiske ubehag er over.

Jeg tilpasser meg hele tiden klientens verden, og jeg velger ideer og løsninger som klienten foreslår. Intet skjer som ikke klienten har full kontroll på. Dette innebærer at alle klientens nei - signaler blir tatt hensyn til.

### Har det skjedd noen forandring?

Studenten ser nå annerledes ut og han snakker annerledes. Klientens oppmerksomhet forandrer seg. Alt tyder på at klienten har det ganske bra i øyeblikket, men har det skjedd en reell og tilstrekkelig endring av det psykiske materialet, de bio-psykiske elementene som forårsaket den posttraumatiske opplevelsen? Jeg er ganske sikker, men for å undersøke dette grundig gjennomfører jeg en test: Jeg ber klienten tenke på ulykken og på det han opplevde, men forestille seg at han er der, dvs. assosiert, noe som innebærer at kan få kontakt med det tidligere ubehaget om ikke alt er redusert. Dette gjøres uten at jeg sikrer klienten eller tar kontroll over klientens følelsesmessige reaksjon eller forløp.

Klienten formidler at ulykken er kommet mer på avstand og at det er vanskeligere å fremkalle filmen fra ulykken. Den virker svakere og fremkaller ikke lenger de sterke følelsene han hadde før. Dette bekreftes av klientens kropps - og håndbevegelser. Klienten puster rolig, hendene dirrer ikke lenger. Han virker fornøyd og avslappet. Klienten antyder likevel at han ikke er helt fornøyd med hvordan han handler i situasjonen.

For meg er dette et tegn på at vi har justert og erstattet de tidligere traumerelaterte psykiske materialet, det vil si de bio-psykiske elementene som forårsaket klientens posttraumatiske reaksjoner med et mer alminnelig mentalt materiale, og at klienten, i hovedsak er igjennom traumet og klienten, etter all sannsynlighet ikke vil få tilbakefall.

### Etterarbeid

Jeg kunne ha stoppet behandlingen her. Jeg velger likevel å fortsette for å gjøre opplevelsen ikke kun til en nøytral, men til utviklende og berikende erfaring. Hensikten er å la klienten gjennoppleve situasjonen med ønsket adferd og ønskede følelsesmessige ressurser. Hensikten er også å utvikle klientens kontakt med nye ressurser slik at han kan møte nye dramatiske hendelser slik han ideelt sett ønsker det. I tillegg er målet å fjerne den dårlige selvfølelsen som ble utviklet som følge av sin panikk.

### .i.Dissosiering/ressurskartlegging

Jeg ber klienten betrakte situasjonen mentalt på avstand en gang til. Klienten vurderer om han skulle ønske han hadde reagert annerledes. Klienten formidler tydelig at han ønsket han kuinne takle situasjonen på en annen måte.

Jeg lar klienten undersøke i detalj hvordan han hadde ønsket å ragere og å handle i situasjonen. Terapeut: - Når du reagerer og handler slik du ideelt skulle ønske å handle og reagere, hva skjer da, når du får du det til?» Det er flere grunner til at setningen formuleres på denne måten. ”Ordet ”når” gir en følelse av det kun er snakk om tid før han får det til. Det mer korrekte språklige begrep er ”dersom” du handler og reagerer… Ordet ”dersom inneholder imidlertid en mulighet for ikke å få det til. Siden vi ikke ønsker at klienten skal få tilgang til tvil i denne fasen anvender vi ordet ”når”. Ordet ”reagerer” anvendes i presens for å legge inn et mentalt handlingsspor som gjør lettere å handle slik han ønsker i fremtiden.

Dette innebærer at vi sammen skaper en ny mental indre historie av hendelsesforløpet. Jeg etablerer på denne måten en mental indre film av hvordan reagerer slik han ideelt skulle ønske å reagere i situasjonen. Deretter lar jeg klienten, fortsatt på avstand, forestille seg, i fantasien hvilke ressurser han hadde trengt for å kunne reagere akkurat slik han ønsker.

Antagelsen er at klientene har de mentale ressurser som de trenger for å mestre det de ønsker å mestre – selv om de ikke har tilgang til disse ressursene når de under sterkt press. (Denne arbeidshypotesen stammer fra Milton Erickson og MRI tradisjonen). Dette innebærer at klienten får kontakt med de egenskapene som klienten ønsker å ha kontakt med.

Deretter tester jeg ut om de forslagene klientene kommer med er de riktige ved å la klienten oppleve ulykken en gang til, men nå med mentale ressursene og egenskapene han hadde ønsket å ha kontakt med i den traumatiske situasjonen. Dette gir 2 sett med informasjoner. Det ene forteller om klienten har kontakt med og kan overføre ressurser fra en situasjon der han er trygg til en annen situasjon der han tidligere reagerte med utrygghet. Det andre er om de ressursene som klienten ønsker å han tilgang til er tilstrekkelige for å mestre situasjonen slik han ønsker. Man må ofte justere klientenes egenskaper og ressurser slik at de fungerer optimalt i den tidligere traumatiske situasjonen.

Deretter gir jeg klienten kontakt med tidligere positive opplevelser der han nettopp reagerte med egenskaper som han kunne ha trengt for å mestre ulykken bedre enn han gjorde. Det var nødvendig å hente opp flere positive egenskaper. Når klienten gjenopplever og kjenner hvordan det er å reagere med disse ressursene assosiert, i en ufarlig situasjon, lar jeg han på nytt forestille seg hvordan han reagerer og handler når han ser seg selv utenfra i ulykkessituasjon, men med de ressursfølelsene han har tilgang til nå. Terapeut:

***-*** *Sett at du, i fantasien låner deg ro, oversikt og handleevne i ulykken, og at du ser deg selv utenfra reagere som du ønsker når du reagerer med oversikt og ro i samtidig med at du handler effektivt, hvordan handler du da i situasjonen?...*

*- Se nøye etter. Ta deg god tid... Hva gjør det for deg å reagere slik der borte? - Ser det bra ut når du reagerer og handler slik?*

Her etablerer jeg en ny mental forestilling eller ny historie fra ulykkessituasjonen der klienten reagerer og handler med de nye ressursene. I den språklige syntaks ligger det flere presupposisjoner. Jeg snakker som om klienten får det til, slik at hans jobb mer bli å undersøke hva som skjer når han får det til enn å undersøke hvorvidt han får det til. Dette reduserer muligheten for nei - signaler og opplevelsen av at det ikke går. Dette en hypnotisk eller tranceinduserende språkform. Ut fra en psykodynamisk forståelse anvender vi her teknikker som omgår klientens potensielle motstand.

Klienten skaper nå en ny positiv mental film av ulykkessituasjon preget av mestring som kan erstatter tidligere opplevelsen. Denne nye mestringsrelaterte fortellingen er langt bedre for klienten å leve med enn den opprinnelige opplevelsen.

Deretter tester jeg ut den nye positive opplevelsen assosiert, dvs. innenfra, for å undersøke om det har skjedd en reelle endringer og om ulykken fortsatt er forbundet med ubehag. I dette tilfelle fungerer det godt. Har er meget fornøyd med hvordan han nå takler situasjonen. Dette betyr at vi har lykkes i å etablere en ny og positiv fortelling eller et nytt narrativ som er mulig å leve med.

Behandlingen nærmer seg avslutning. Jeg avslutter arbeidet med ulykken ved å undersøke hvordan han vil fungere og reagere i fremtiden. Årsaken til dette er at den intense posttraumatiske opplevelsen kan ha ført til ubehagelige psykiske bivirkninger kan prege klientens fremtidige liv selv om den posttraumatiske plagen er behandling. Jfr. MRI vurderinger av at det er løsningen på det egentlige problem som er blitt problemet. Klientens reaksjoner etter ulykken og hans løsninger på situasjonen kan således ha ført til nye problemer eller til nye problemskapende bio-psykiske enheter. Klienten får umiddelbart kontakt med et nytt problem, angsten for ikke å få sove. Klienten har sovet lite etter ulykken og han har utviklet en angst for å ikke å få sove, det vil si en angst som ytterligere hindrer innsovning.

### Søvnarbeid

Jeg står nå overfor et nytt problem og må begynne fra begynnelsen. Jeg gjennomfører en test og lar klienten se seg utenfra i fremtiden gjøre det han pleier å gjøre og hvordan dagene går når det nærmer seg leggetid. Klienten får kontakt med sin uro for ikke å få sove. For å sikre at klienten ikke drar med seg sin uro innover i søvnarbeidet, gir jeg klienten, via enkelte intervensjoner kontakt med trygghet og ro. Deretter undersøker jeg klientens søvnrituale ved å la klienten se seg selv på en mental film gjennom ettermiddag og kveld der han ser seg selv spise kveldsmat, stelle seg og legge seg, forsøke å sove, sovne og sove frem til oppvåkning.

Det å se seg selv utenfra, ikke få sove med en gang, fører oftest til at angsten for ikke å få sove dempes. Gjennom dette oppstår det en ny mental søvnhistorie som i mindre grad er forbundet med angst. Denne konkurrerer følelsesmessige med den opprinnelige. Klienten har nå tilgang til 2 søvnrelaterte opplevelser. En god og en dårlig. Er jeg riktig heldig, har klienten på egenhånd erstattet det ubehagelige søvnritualet med sitt tidligere positive forhold til å sove.

Det viste seg at klienten fortsatt hadde noen problemer med å få sove, samt at klientens tidligere søvnrituale heller ikke var så bra som jeg hadde forestilt meg. Jeg gir derfor klienten kontakt med en tidligere søvnopplevelse der han var veldig trett og sovnet som en stein. Klienten gjesper og blir tydelig trett på konsultasjonen (sikkert også som følge av opparbeidet underskudd på søvn). Situasjonen som klienten tenkte på, var fra en tur på hytta, etter en lang dagstur, en god middag og et glass vin ved peisen i hyggelig lag med venner der han var tung og sliten. Denne opplevelsen ble utgangspunktet for det videre arbeidet.

### Det gode søvnritual dissosiert i kveld og i fremtiden

Jeg lar klienten «se» seg selv hjemme med den samme følelsen av tretthet som på hytta samtidig som han gjennomfører et optimalt søvnrituale. Hans seg selv være trett, men ganske rolig, at han avslutter viktige samtaler tidlig og at han vasker seg og pusse tenner mens han puster godt og er trygg og rolig «der borte». Han ser at han legger seg i senga og hvordan han ser ut når han er trett, at han sovner og sover en hel natt og våkner uthvilt. Den positive søvnopplevelsen kommer i tillegg til den tidligere negative.

Forutsetningen for å. lykkes er at klienten ikke har andre ubehagelige opplevelser som har bidradd til å ødelegge klientens søvn. Det fungerte i dissosiert posisjon. Noe måtte likevel justeres. En årsak til at det fungerte var trolig at klienten før ulykken hadde levd et alminnelig og bekymringsløst liv.

Foreløpig har jeg kun gjennomført prosessen dissosiert, dvs. på avstand. Jeg antar at noe restubehag knyttet til søvnsituasjonen vil kunne dukke opp når klienten, opplever situasjonen innenfra. Jeg foretar derfor en assosiert test.

### Det gode søvnritual assosiert.

Dette innebærer at jeg lar klienten gjennomleve hvordan det gode søvnritual fungerer samme kveld. Klienten foretar nå en mental reise der han gjør det han gjør når søvnforberedelsene er gode. Han kjenner hvordan han har det når han legger seg og sovner. Klienten gjesper foran meg. Han fikk likevel noen ubehagelige tanker før han sovnet. Jeg undersøker og reduserer det følelsesmessige ubehaget som var knyttet til tankene og lar klienten gjennomleve det gode søvnritualet på nytt. Det fungerer. Han opplever nå på konsultasjonen at han sover hele natten og at han våkner uthvilt.

Deretter tilpasser jeg og overfører det gode søvnritualet til fremtiden. Han kjenner litt på hvordan det er å ha sovet godt hver natt i flere måneder. Det fungerer. Tryggheten på at han får sove godt i fremtiden forsterker også tryggheten på han får sove godt samme kveld.

### Avslutning, kobling til her og nå situasjon

Etter denne prosessen bringer jeg klientens fokus tilbake til her og nå situasjonen og til meg. Hensikten er å hindre at han fortsetter å være trett når han går ut av kontoret. Vi snakker litt om løst og fast. Jeg ber han kjenne etter hvordan han har det. Han strekker litt på ben og armer, justerer sittestilling og tilpasser seg de psykiske endringene som har skjedd. Han har en behagelig og trygg følelse, og han kan tenke på ulykken uten ubehag. Og han er meget takknemlig

Begge håper at det varer. Jeg er ganske sikker, men jeg er alltid åpen for at det er mer arbeid som skal utføres. Det var ikke mer å gjøre. Den traumatiske hendelsen var en isolert opplevelse. Klientens reaksjoner var heller ikke forårsaket av andre ubehagelige opplevelser. Forandringen var varig. Vi hadde brukt 45 minutter. Siste gang jeg spør hvordan det går, 2 år etter ulykken, virker han nesten overrasket. Situasjonen er glemt.

Jeg opplever dette som en dokumentasjon på de bio-psykiske enheters eksistens og deres av og til meget sterke karakter av å være av sanse - og derved av observerbar karakter, samt at de bærer den psykiske tilstand som antatt. I tillegg viser dette eksempelet at posttraumatiske reaksjoner kan være meget lett tilgjengelig både for klient og terapeut. I tillegg antyder eksemplene og prosessene at denne innsikt kan anvendes terapeutisk. Denne kunnskaps anvendbarhet på mennesker med mer alvorlige psykiske lidelser er fortsatt ikke dokumentert selv om behandlingen prinsipielt ville følge samme mønster. Jeg trenger i større grad et materiale som viser at mentale endringer som følge av endringer av de bio-psykiske enheter også vil gjelder mennesker med mer alvorlige psykiske lidelser. Dette kommer jeg tilbake til. Jeg anser dette som en foreløpig tilstrekkelig dokumentasjon av de bio-psykiske enheters eksistens, muligheten for å tilgang til dem samt en dokumentasjon på at de kan endres. Jeg har vurdert en suksesshistorie som bekrefter mine antagelser. Jeg har derimot ikke analysert hva som skjer når den denne form for arbeid ikke virker. Dette kommer jeg tilbake til i en egen artikkel (henvisninger). Jeg antar at denne prosessen kan gi større grunnlag for å forstå det som kommer fremover. I tillegg vil denne prosessen trolig plassere noe av det jeg har skrevet i andre artikler i et enklere og mer oversiktlig lys.

### De bio-psykiske enheter

De sentrale bio-psykiske enheter fra ulykken er visuelle bilder, med intense farger og klare detaljer fra kvinnens sår, fingeren som er kuttet av og gjerdestolpen som står gjennom kvinnens lår, blodet som renner samt bildet av kvinnens ansikt. Opplevelsen blir ytterligere forsterket ved en auditiv bio-psykiske enhet som er lyden av kvinnens skrik og jamring. Disse er i tillegg understøttet av klientens kinestetiske bio-psykiske enhet som var opplevelse av rådvillhet og manglende handlekraft, i kombinasjon med en annen kinestetisk bio-psykiske enhet som var kvalmen og opplevelse av å måtte spy. Disse bio-psykiske elementer utgjør i sum de totale ulykkesrelaterte bio-psykiske enheter. Alle disse bio-psykiske enhetene syntes å være til stede samtidig eller i meget rask rekkefølge. Disse bio-psykiske enheter kan beskrives som innhold eller med de strukturelle eller submodale elementer de inneholder. De strukturelle elementene er intensitet, nærhet, innenfra, høy lyd. Alle elementer i de bio-psykiske enheter fra ulykken kan beskrives i detalj. På samme måte kan alle elementene i de bio-psykiske enheter etter at den terapeutiske prosessen er over beskrives i detalj. I dette eksempelet kan disse beskrives strukturelt som svakere lyd, redusert fargeintensitet, overgang til et svart, hvitt og grått bilde, bilde er lengre vekk, i tillegg ser klienten seg utenfra i situasjonen. Innholdet i de bio-psykiske enheter er også endret: Han ser seg selv handle som han ønsker, kvalmen er borte, usikkerheten er borte, klientens fokus er endret fra detaljer i kvinnens og blod til fokus på hvilke handlinger som er hensiktsmessig. Til slutt kjenner han hvilke følelser han har etter at han har handlet mer ideelt i situasjonen, hvilket er en god følelse.

Man kan beskrive endringene i de bio-psykiske enheter, skritt for skritt under behandlingsprosessen. Dette innebærer at man beskriver stadier i endringer av de bio-psykiske enheter før alt ubehag er forsvunnet. For eks, vil man kunne beskrive presist at klienten kjenner en uro ved å sove selv om hendelsen er justert. Denne urolige søvnrelaterte pregede bio-psykiske enhet kan igjen beskrives mer detaljert som en eller flere bio-psykiske enheter. Tilgangen til beskrivbare bio-psykiske enheter er omfattende. Det avgjørende blir hva forskeren er ute etter og i hvilken sammenheng hans forskning skal inn i eller hva terapeuten ønsker å behandle med utgangspunkt i klientens ønsker og situasjon. Behandlingen er en illustrerende dokumentasjon på de bio-psykiske enheters eksistens og deres psykisk invalidiserende, men også psykisk styrkende potensial.