

# Psykoanalytisk psykoterapi med allvarligt traumatiserede flyktingar

Sverre Varvin, Dr. Philos

Psykoanalytiker, Psykiater

Professor , Oslo and Akershus University for Applied Sciences

**Psykotericentrum, vårkonferens**

**”Trauma i vår tid”**

**31 mars, 2017**

# Hva handler det om?

Human rights violations  
Mestring Resiliens  
Indre hjem

Flukt  
Kamp i "no-mans land"

Uten hjem  
Tap Sorg

Eksil  
Identitetsutfordring  
Hjem?

Forebygging, behandling og  
rehabilitering

# Psykoanalytisk psykoterapi

- For hvem, hvordan , når?
- Har vi teori for å forstå eksilets psykologi?
- Har vi teori for å forstå sosialt/kulturelt betingete overgangsprosesser?
- Bør psykoanalytisk terapi være "traume fokusert"?
- Har flyktninger "traumer"?
- Hva betinger motstanden i møtet med det "traumatiserte" mennesket?
- Hva kan vi gjøre i psykoanalytisk psykoterapi med flyktninger

# Forfølgelse og flukt

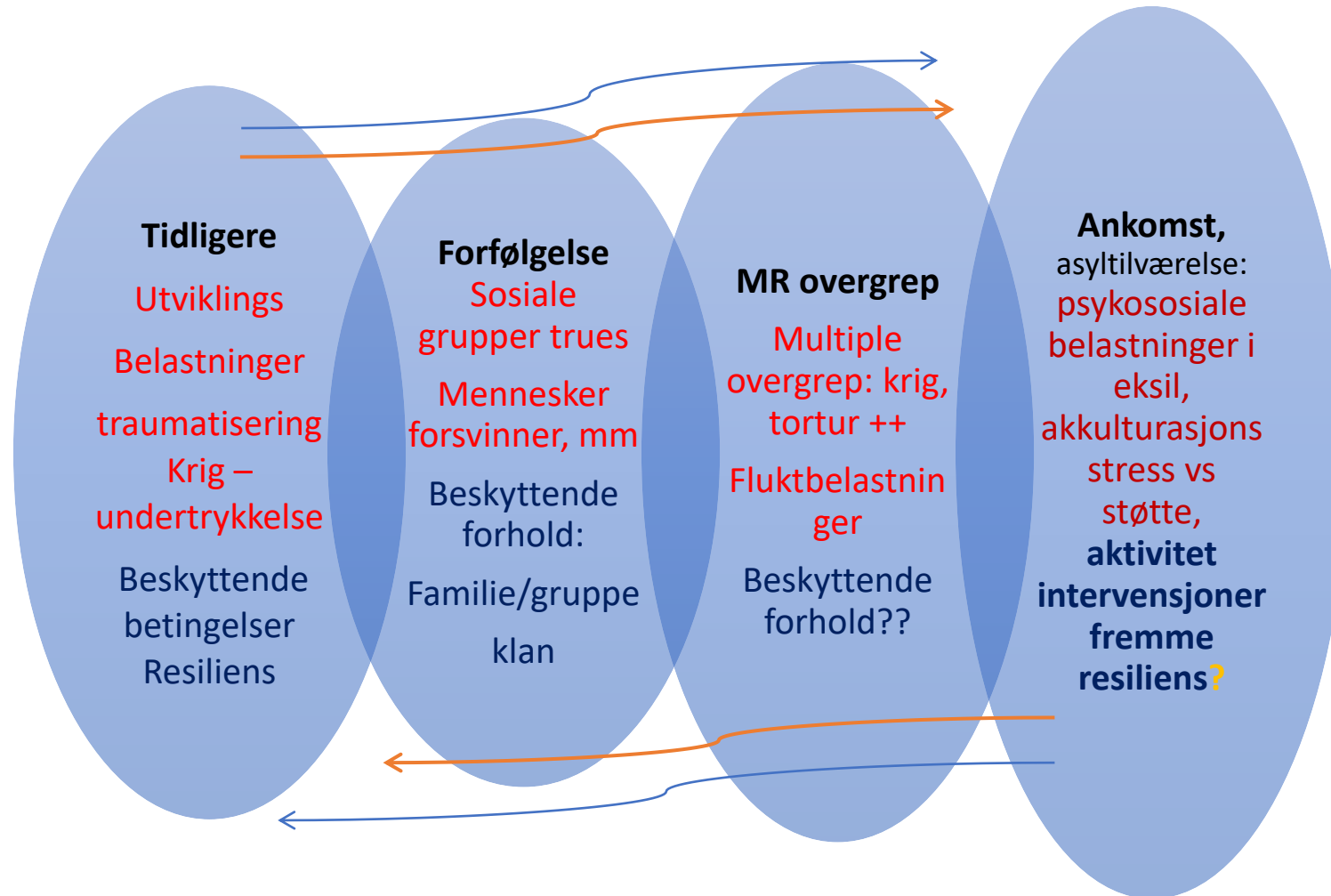
## Destabilisering

- ***Tilknytning (attachment)***
  - tilknytnings/faresystem aktiveres
- ***Familien/gruppen blir destabilisert***
  - vanskelig å skape trygghet. F.eks. barns tilknytnings/trygghetssøking aktiverer mors angst
- ***Forankring i tradisjon og kultur svekkes***
  - kulturens meningsgivende funksjoner kan svikte



Komplekse, sekvensielle belastninger

Komplekse, sekvensielle resiliensfremmende forhold



# Traumatiseringens faser

Nederlandske jødiske barn hjemvendt fra leire og skjul etter krigen:

1. Forfølgelsen
2. Konsentrasjonsleir/skjul
3. Tilbakekomst

Fase 3 var mest bestemmende for psykisk helse ca 25 år senere

Separasjonstraumer sentralt: aldersavhengige reaksjoner

(Keilson og Sarpathie, 1979)

# Dehumanisering

Å bli behandlet som mindre verdige, noen som kan "disponeres" for andre formål: bli drept, skadet, deportert men også plassert i umenneskelige situasjoner: rammer individer og grupper

- Tortur, overgrep, forfølgelse
- Konsentrasjonsleire
- Overlatt til menneskesmuglere
- Detention camps (Australia, Hellas, Italia)
- Traficking
- Slaveri
- Asylsenteret: uten kontroll, venting: mange opplever det som det verste: "Jeg er ikke involvert i min egen prosess"

# Moral injury

--- moral injury contributes significantly to mental health outcomes in traumatized refugees, over and above the impact of trauma exposure and postmigration stressors. These results highlight the importance of considering the impact of trauma on the belief systems of torture survivors.

NICKERSON, A., SCHNYDER, U., BRYANT, R. A., SCHICK, M., MUELLER, J. & MORINA, N. 2015. Moral injury in traumatized refugees. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 84, 122-123.



Most researches find higher levels of known posttraumatic conditions in refugee populations like PTSD, anxiety disorders, depressions, somatising disorders, substance abuse and psychotic disorders, (see for example: Vaage et al., 2010, Teodorescu et al., 2012, Drozdek et al., 2013, Vervliet et al., 2013, Alemi et al., 2013, Opaas and Varvin, 2015, Apitzsch et al., 4291, Kroll et al., 2011)).

Traumatisation may disturb personality functions, relational functions, affect regulation and somatic regulation

(Rosenbaum and Varvin, 2007b, Varvin and Rosenbaum, 2011a, Allen et al., 2006, Allen and Fonagy, 2015, Schore, 2003)

## Etter 3 år

Birgit Lie (2002): Longitudinell studie av 240 bosatte flyktninger fra ulike opprinnelsesland, viste tre år etter bosetting:

- Vedvarende *høyt symptomnivå* hos mange (kronisitet av psykiatriske symptomer og lidelse).
- **Symptomer på PTSD økte i treårsperioden.**
- Type og grad av *traumatiske opplevelser* før flukt utgjorde sårbarhets-faktorer i forhold til vedvarende psykiske og fysiske helseproblemer.
- **Stress i eksil, som mangel på arbeid og sosial støtte – særlig hos individer med livstruende traumeopplevelser og tortur i sin bakgrunn – hang sammen med alvorlighetsgrad av både PTSD og depresjon.**

## Etter 23 år

**Aina Basilier Vaage et al. (2010):** Longitudinell studie av 80 vietnamesiske flyktninger, viste ved undersøkelse 23 år etter ankomst til Norge:

- Generelt bedret psykisk helse siden ankomst.
- Men 1/5 av utvalget hadde symptomer over grenseverdien til psykisk lidelse – dette var over *dobbelt så høy* prosentandel som i den norske befolkningen.
- Studien viste *bedring over tid for de fleste*, men at en betydelig minoritet forble sterkt plaget av symptomer på psykisk lidelse. Derved representerte de tidligere flyktningene *en sårbar gruppe*, selv etter mer enn 20 år i Norge.
- Bedring (symptomreduksjon) *de tre første årene* i Norge predikerte mer positiv langtids-prognose.

# Fysiske plager/lidelser

- Flyktninger kan ha vanlige fysiske sykdommer. I tillegg mange plager relatert til mishandling, krigsopplevelser og andre forhold, for eksempel:
  - *Kroniske smertetilstander.*
  - *Innskrenket bevegelighet* etter brudd, sårskader eller skuddskader.
  - *Symptomer* fra nervesystemet (for eksempel lammelser, anestesi, svimmelhet, kronisk hopepine) etter forskjellige voldstraumer, isolasjon og underernæring/utmattelse.
  - *Arrdannelse*, fortykning av negler, underhudsforandringer etter voldstraumer.
  - *Nedsatt hørsel, øresus* etter slag mot hodet
  - *Tannskader*

# Ko-morbiditet?

- Alvorlig traumatiserte ofte flere diagnoser: PTSD; depresjon, somatisering, dissosiative tilstander, misbruk mm

(Prevalens i forskjellige populasjoner: Depresjon: 16-81%, Angstlidelse: 17-90%, PTSD: 10-90%, (Stompe et al, 2010))

- **Complex trauma, DESNOS**
- **Varige personlighetsforandringer (P62)**
- **Diagnosesystemer klarer hverken å beskrive eller predikere**

# Fra studien: Behandling og rehabilitering av traumatiserte flyktninger (Opaas & Varvin, 2015)

Traumatiserende hendelser i barndom	Gjennomsnitt 5,5 (av 12)
Totalt i voksen alder av 38 mulige (HTQ)	16,3
Militære angrep	89%
Vitne til andres død	76%
Nær ved å bli drept	74%
Tortur	52%
Voldtekt er andre seksuelle overgrep	30%

# Tidlige og sene intervensjoner

- Teori og bevissthet om ankomsten og asylsøkerfasens belastninger er mangelfull
- Gode tiltak; forebyggende og terapeutiske mangler i stor grad
- Kunnskapsgrunnlaget er ekstremt svakt
- Organisering av behandling og rehabilitering av alvorlig traumatiserte flyktninger er av varierende kvalitet – ofte mangelfull og ukoordinert
- Alvorlig traumatiserte flyktninger kommer sent i behandling: i vår studie > 11år etter ankomst

# Hvem trenger psykoterapi?

## Når?

## For hva?

Asylfasen

Bosetting

Senere

Tidlig intervensjon

Psykoterapi

Psykoterapi/rehabilitering

preventiv

Individuell/familie

individuell/familie

kriseintervensjon

Korttids psykoterapi



sårbare grupper  
kvinner m/barn  
EMA  
Torturerte  
++

Oppfølging,  
kontinuitet  
Nye sårbare  
grupper

Late onset  
Fasisk  
forløp

Late onset  
Fasisk  
forløp



# Hva påvirkes ved traumatisering?

## I. Psykobiologisk dimensjon

- Skade på ”det mentale vev” som resultat av overveldelse (overload av stimuli) og hjelpeløshet (affektregulering, integrerende evne)

## II. Relasjons dimensjon

- Skade på indre relasjon til en empatisk annen
- Skade på selvfølelsen
- Skade på grunnleggende tillitt.

Aktiverer **tidligere traumatisering** og tilknytningsbelastninger

# Finnes “traumet”?

- Traumatisering setter i gang forsvar, reorganisering og tilpasningsstrategier
- Man kan ikke identifisere et traume
- Forskning på traumatiske drømmer svekker teorien om “traumet”
- Personligheten blir påvirket
- Barndomsbelastninger er sentrale for mange

**Teori om “Traumet” har svakt klinisk og vitenskapelig grunnlag**

- "Traumet" brukes både om ytre og indre forhold
- Mekanisk modell om psyken: Janet → Nijenhuis
- Tingliggjøring (reifisering): ser bort fra dynamiske prosesser: miste emosjonell kontakt med pasienten
- Mystifiserer og begrunner uklare og forvirrende intervensjoner



- "Traume" begrepet som forsvar:
- -

# Uncanny Unheimlich

“Trauma” becomes constructed as an artificial construction, a “place in the mind of the traumatised person where alien and intolerable elements may be placed, or may be projected.

The “trauma” in the mind of the patient become similar to a thing-like object.

The uncanny experience evoked in the countertransference in therapy/analysis may be given a name and also externalised into the supposed “trauma”.

In this way “theory” may be used in the service of defence.

# Uncanny Unheimlich

On the clinical level, a restricted and reductionist concept of “trauma” may thus reflect that “trauma” **has become an object** (not a concept) of projection of uncanny fantasies.

“Trauma” has come to denote an area for extreme anxiety, destructiveness and perverted Eros, something utterly alien but nevertheless known. There is, as Freud showed, a close connection with what is “Unheimlich” and what is “Heimlich”

# Why?

- The impending catastrophe experienced by the traumatized person reflects the early **fear of breakdown** experienced in infant life (Winnicott, 1991)
- Posttraumatic anxieties are deep, comprehensive and may best be understood as annihilation anxiety (Hurvich, 2015) or nameless dread (Bion, 1962)

# Tortur

- “... I am certain that with the very first blow that descends on him **he loses something we will ... call ‘trust in the world’**. Trust in the world includes ... the certainty that by reason of ... social contracts the other person will ... respect my physical ... being. The boundaries of my body are also the boundaries of my self. My skin surface shields me against the external world. If I am to have trust, I must feel on it only what I want to feel. At the first blow, however, this trust in the world breaks down .. He is on me and thereby destroys me ... **with the first blow... a part of our life ends** and it can never again be revived. ... *Whoever was tortured, stays tortured. Torture is ineradicably burned into him*
- (italics added; Jean Amery).”

# Evidence based treatments

- An ideology based on the "gold standard" of randomised controlled studies (RCT) has developed that tend to dominate what are recommended and funded
- The evidence based treatments for PTSD have high drop-out and high frequency of non-responders
- **As with other evident based treatments, they do not help most of the traumatised patients we see in the clinic most of the time**
- They are mostly based on studies with simple traumatisation with selected patient groups
- Studies on complex PTSD are few



# Evidence

- *Empirical evidence supports the efficacy of psychodynamic psychotherapy*
- *Effect sizes for psychodynamic psychotherapy are as large as those reported for other therapies that have been actively promoted as “empirically supported” and “evidence based.”*
- *Patients who receive psychodynamic therapy maintain therapeutic gains and appear to **continue to improve after treatment ends.***
- *Non-psychodynamic therapies may be effective in part because the more skilled practitioners utilize techniques that have long been central to psychodynamic theory and practice*

(Shedler, 2009)

# Behandling av traumatiserte pasienter

**Currently empirically supported treatments for (PTSD) show efficacy for many patients, but have high nonresponse and dropout rates**

**Psychodynamic approaches address crucial areas of PTSD and the sequelae of trauma that are not targeted by currently empirically supported treatments:**

- **improved self-esteem**
- **increased ability to resolve reactions to trauma through improved reflective functioning**
- **the internalization of more secure working models of relationships**
- **improved social functioning**
- **psychodynamic psychotherapy tends to result in continued improvement after treatment ends**

Schottenbauer, Glass, Arnkoff, Gray

Psychiatry. 2008 Spring;71(1):13-34

# Evidence based medicine

Clinical judgement

Patient values and preferences

Relevant scientific evidence



# Why psychoanalytic psychotherapy (PP) for traumatised patients?

- ◆ PP addresses the person with problems, not "the illness"
- ◆ PP deals with the person's response to overwhelming experiences: defences, cognitive functions, symbolisation, affect regulation, relational functions
- ◆ PP deals with self-problems: feeling devalued, humiliated shame, aggression towards self etc.

# Why psychoanalytic psychotherapy (PP) for traumatised patients?

- ◆ Take unconscious mental content into consideration: latent message
- ◆ Work with how the traumatisation related unconscious material appear in relation to the therapist: actualisation and transference
- ◆ Therapist work with projected material: countertransference
- ◆ Not symbolised material become symbolised in relation to therapist



# Why psychoanalytic psychotherapy (PP) for traumatised patients?

- ◆ Frame and setting secures the patient
- ◆ Holding and containment important in treatment: promotes safe and trusting relationship
- ◆ There is time enough: patients with complex traumatisation need time. Short-term "evidence-based treatments are as a rule not enough
- ◆ Generally: <25 session not helpful for patients with complex conditions (Wampold)

(Se: Schottenbauer, Glass, Arnkoff, Gray Psychiatry. 2008 Spring;71(1):13-34)

# Overordnet målsetting

- Gjenvinner verdighet og selvrespekt
- Blir tryggere i forhold til andre mennesker, omgivelser, samfunn og seg selv
- Gjenvinner innflytelse og kontroll over eget liv, mestrer dagliglivet
- Gjenvinner mening og sammenheng i tilværelsen
- Mestrer sin egen historie



# Psykodynamisk traumeterapi

- Traumatisering vises i overføring
- Motoverføring viktig som informasjon og redskap
- Arbeider med hele personligheten og med relasjoner
- Gjennomarbeiding viktig

# Mål for behandling/rehabilitering

- Det viktigste mål med behandling/rehabilitering er å skape en prosess der indre gode relasjoner kan bli aktivert eller rekonstruert
- Etablering av noe trygt i den indre og ytre verden

# Enactment

1. Ubevisst, ikke symbolisert scenario blir **aktualisert**
2. Role-responsiveness: terapeut spiller med (ikke-bevisst): reagerer som overgriperen, det passive vitnet etc.
3. Gjennom dette blir det aktualiserte traume scenario bevisstgjort, med affekt.
4. Aktualisering + enactment muliggjør symbolisering
5. Kan fremme prosessen – eller bli en repetisjon
6. Det terapeutiske utbytte er avhengig av den påfølgende gjennomarbeiding

## B. (Her en forkortet versjon av konfidensialitets hensyn)

- Fengsel og konsentrasjonsleir i 3 år
- Torturert
- Kroniske smerter, depresjon, PTSD
- Angst for og forventning om å bli gjort hjelpeløs
- Ikke bli respektert, overlatt til andres hensynsløshet, bli forlatt hjelpeløs, fordi: "Det er noe galt med meg"
- Kompensatorisk strategi: Gjøre andre spesielt behandlere hjelpeløse (mange avbrutte behandlinger)
  
- Assimilasjonsanalyse (Varvin, Stiles, 1999)

# Relasjonsmønstre

1. Engstelig, presterende vs krevende autoritet
2. Defensiv, klagende, aggressiv vs en farlig annen
3. *Hjelpsøkende, sårbar vs en mulig empatisk annen*

Dialogic Sequence Analysis (Leiman, 1997)

I en prosess der hun føler økende tillitt til terapeuten blir hun dårligere og får suicidal tanker.

Terapeuten gir henne antidepressiv medikasjon men hun reagerer paradoksalt og slutter raskt.

Sterkt sinne på terapeuten.

Det kommer fram at hun hadde blitt overbevist om at hun virkelig var ødelagt slik torturistene hadde sagt. Det hadde vært en lege med under torturen som hadde vurdert om hun kunne tåle mer. Han hadde også gitt henne medisiner for at hun skulle snakke.

Hun klarte etterhvert å se at hun hadde overført følelsene fra den gang på terapeuten og i en vanskelig gjennomarbeidings prosess, klarte hun å skille fortid fra nåtid

T: Mm så det er noe med den erfaringen  
som som avspeiler seg i disse følelsene  
som du får omkring dette her.

P: (gråter)

Jeg har rett og slett

koblet disse tingene sammen

- Bedring somatisering, depresjon, posttraumatiske plager
- Bedret relasjonell fungering



# Konklusjoner

- Traumatiske erfaringer blir aktualisert i relasjonen/overføringen
- Terapeut blir involvert i relasjonelle scenarier som bare kan forstås etterpå
- Nonverbale sider ved interaksjonen sentral

# Teknikk

- NB: vi forholder oss til traumatiseringens virkninger fra første møte med pasienten.
- Containment – Holding: motoverføring
- Bekreftelse
- Strukturere
- Arbeide i overføring
- Tåle motoverføring
- Pedagogiske intervensjoner

# Bekreftende strategi

Affirmative intervensjoner relaterer til grunnleggende eksistensielle dimensjoner i pasientens væren i verden. De bekrefter at du har rett til å være, at du er relatert til noen, at du er noe og at du har legitimitet, at du har rett å føle og tenke som du gjør

Affirmasjon er en affektiv, mellom-kroppslig kommunikasjon som i hovedsak formidles på nonverbalt nivå

(Killimgmo)

# Conclusion

Massive traumatisation creates destabilisation of the basic structures of human relationships:

- on the level of intimate relationships where intrapsychic and interpersonal functions concern regulations of emotions, primary care, basic identity and so forth
- on the level of the individual relations to the group where identity and developmental task are negotiated
- on the cultural or discourse level, where different discourses are established that give meaning to and stabilises relations and developments on the individual and group levels.

# Forpliktelser

Oppreising og hjelp til overlevende:

- Nasjoner: ”skal sikre torturofre adekvat kompensasjon og passende sosialmedisinsk rehabilitering”

(resolusjon 2001/62 (paragraf 14) ved den 57. sesjon i FNs menneskerettighetskommisjon).