

Traumebehandling med Rosenmetoden

Trauma Therapy with Rosen Method Bodywork

Anais Salibian

Rosenterapeut og Seniorlærer i Rosenmetoden

Rochester, New York

salibiananais@gmail.com

Resumé

Denne artikel besvarer spørgsmål som: Hvad er et traume? Hvem oplever det? Hvorfor kommer nogle mennesker sig hurtigt, mens andre får posttraumatiske symptomer? Traumeoverlevende, som er parate til deres rejse mod heling, har brug for netop det, Rosenmetoden (RM) tilbyder: genoprettelse af kropslig selvbevidsthed og oplevelsen af forbundethed med et større selv, samt kontakt til en empatisk person, der er trænet i selvbevidsthed. Måden, Rosenterapeuter integrerer brugen af berøring, ord og fokus på diafragma, bevirker, at de nødvendige fysiologiske forandringer for at komme sig over et traume påbegyndes: "omstrukturering" af implicite traumatiske erindringer til eksplicite (autobiografiske) erindringer, integration af neurale netværk og beroligelse af et overaktivt nervesystem.

Det kan være en fordel for terapeuter at forstå, hvordan RM adskiller sig fra andre metoder, nemlig ved at lade en proces udfolde sig, i stedet for at "fikse" klienten. Denne proces består ikke så meget i at vende tilbage til traumatiske erindringer, men snarere i at kunne vælge at opgive gamle overlevelsestrategier, som i mange tilfælde er internaliseringer af overgreb eller forsømmelse. Dette vil føles livstruende for overlevende, og terapeuten skal være i stand til at rumme de stærke følelser, der kan dukke op, som rædsel, raseri, fortvivlelse, skam og selvhad. Helingen sker som regel trinvis over tid, og vil bidrage til posttraumatisk vækst. I hele artiklen bliver pointerne illustreret med personlige historier fra klientcases.

Introduktion

Jeg har været Rosenterapeut siden 1996. Da jeg begyndte på uddannelsen, anede jeg ikke, at jeg havde levet hele mit liv med symptomer på traumer. Jeg forstod ikke, hvorfor det var så svært for mig at lære RM, indtil jeg omsider landede i min krop. Det var som om, verdenen forandrede sig fra den ene dag til den anden.

Da jeg gik i gang med at praktisere Rosenmetoden, tænkte jeg ikke, at jeg ville “specialisere mig” i at arbejde med overleverer efter traumer; men det er kun en håndfuld af mine klienter, som ikke har været påvirket af traumer. Imidlertid er jeg nået til forståelsen af, at når klienterne befinder sig i den rette fase af deres helingsproces, er RM i særlig grad egnet til behandling af traumer.

Jeg vil gerne beskrive oplevelsen af min rejse fra traumeoverlever til en person, der nu trives. Både som elev i uddannelsen til Rosenterapeut og som terapeut, der fulgte klienterne gennem deres helingsproces. Det er min intention at “sætte kød på” de kliniske beskrivelser af symptomerne, så terapeuter kan være opmærksomme på, hvad de møder. I 1. del gennemgår jeg, hvad et traume er, og hvilke overleverer der er egnede som RM-klienter. 2. del beskriver, hvordan komponenterne i RM støtter de fysiologiske forandringer, der er nødvendige for heling. 3. del giver specifikke retningslinjer for Rosenterapeuter som hjælp til at forstå og arbejde effektivt med det, de kan tænkes at møde hos traumeoverleverer. 4. del handler om at se resultater og beskriver helingens spiralformede forløb. Til sidst beskriver 5. del, hvordan livet kan være efter helingen, herunder oplevelsen af posttraumatisk vækst.

1. del:

Definition på traume og identifikation af egnede klienter

Hvad forstås ved et traume?

Marion MacCurdys definition på et traume beskriver dets overvældende indvirkning. Et **traume**

er ethvert angreb på kroppen eller psyken, der er så overvældende, at det ikke kan integreres i bevidstheden ... en begivenhed, der splintrer personens overbevisninger om livet ... antagelsen af, at selvet besidder tilstrækkelig handlekompetence, at mennesker generelt er gode, at verden har mening og er forudsigelig. Traumer krænker den udtalte kontrakt, vi mener at have med livet, at hvis vi gør, hvad vi forventes at gøre, vil vi overleve (MacCurdy, 2007, s. 16).

Jeg har altid spurgt mig selv: *hvorfor mener vi, at vi har denne udtalte kontrakt med livet?* Jeg fik mit svar fra Peter Levine:

Mennesker er gennem årtusinder udviklet, gennem naturlig udvælgelse og social evolution, til at leve med og komme igennem ekstreme begivenheder og tab, og til at bearbejde følelser af hjælpeløshed og rædsel *uden* at hænge fast eller blive traumatiseret (Levine, 2010, s. 180).

Ekstreme begivenheder og tab er en almindelig del af livet, og vores krop er i stand til at helbrede sig selv. Hvis det forholder sig sådan, hvordan kan det så være, at nogle mennesker ender i den tilstand, MacCurdy beskriver?

Hvem er traumeoverlevende, og hvem udvikler symptomer?

Hvis et traume er defineret som en oplevelse af at blive overvældet af en skræmmende begivenhed, personen ikke umiddelbart kunne integrere, vil jeg mene, at alle er traumeoverlevende. Dog udvikler alle ikke symptomer associeret med traumer eller PTSD. "Undersøgelser tyder på, at ved enkeltstående begivenheder vil langt de fleste individer (over 80%) være i stand til at håndtere en stressende oplevelse uden på længere sigt at udvikle posttraumatisk lidelse" (Siegel, 2012, s. 39-2).

Udviklingen af symptomer afhænger af flere forskellige faktorer, og det er ikke muligt at forudsige den ud fra selve begivenhedens natur. Undertiden kan en tilsyneladende godartet omstændighed være traumatisk, især for et barn, der er sensitiv over for faktorer, andre ikke vil betragte som alvorlige. En oplevelse, der ville overvælde én person, har måske ikke samme indvirkning på en anden. Meget afhænger af prædisponering, tidligere historie, timing og kontekst. Eksempelvis vil overlevende efter voldtægt, som modtager umiddelbar støtte, ikke nødvendigvis ende med langvarige symptomer på traumer. Traumer kan også opstå, hvor der ikke er tale om én enkeltstående begivenhed, men om en længerevarende atmosfære præget af vanrøgt eller utilstrækkelig omsorg (for mere information: se Green, 2014).

Judith Herman skelnede mellem konsekvenserne af enkle traumer (en enkeltstående begivenhed) og af "langvarige, gentagne traumer" (Herman, 1992, s. 119). Overlevende efter et enkeltstående traume siger måske: "Jeg er ikke den samme person, som jeg var før"; efter længerevarende traumer siger de noget i retning af: "Jeg er ikke en person. Jeg eksisterer ikke. "Jeg er ingenting." Efter enkeltstående traumer: "Jeg føler det, som om jeg er ved at gå fra forstanden." Efter komplekse traumer: "Jeg har mistet mig selv."

I RM har vi brug for at kunne fornemme og kontakte dette tabte Selv og inddrage det i helingsprocessen. Som terapeut må jeg fortsætte med at være bevidst om hele personen, selv når klienterne kun er bevidst om deres smerte eller følelsesløshed. Jeg minder dem om, at vi er her for at komme i kontakt med dette Selv, som kan hjælpe i øjeblikket her og nu. Min tillid til, at dette Selv eksisterer og kan gøre en forskel, gør det muligt for mig at bevare troen på, at heling er mulig. Hvis jeg ikke kan finde denne del, fordi personens liv eller psyke er for kaotisk, arbejder jeg ikke med personen (nedenfor følger retningslinjer om personer, for hvem RM med størst sandsynlighed vil være effektiv).

Traumer er ikke nemme at konstatere og få anerkendt i vores kultur, og selv når det sker, er der alt for ofte en forventning om, at vi hurtigt kommer over det, blot fordi det hører fortiden til. Vi forventes at være færdige med at sørge over en af vore kæres død i løbet af nogle få uger, ikke at have følgevirkninger efter en vellykket operation, at fortsætte som om intet var hændt, når vi kommer hjem fra krig. Værre er det, at det ofte sker, at vi ikke anerkender omstændigheder, der har traumatisk virkning, ikke engang de "åbenlyse" som invaliditet eller at være udsat for vold. Denne benægtelse udefra undergraver personens fornemmelse af selvet og virkeligheden, og det bliver meget vanskeligt at leve videre, som om verden eller livet giver mening. Traumer er nødt til at blive anerkendt, set og ført ud af hemmeligholdelse og fornægtelse.

Børnemishandling og vanrøgt er eksempler på en sådan kilde til traumer, som let bliver overset. Gennem årene har jeg arbejdet med så mange klienter, der beskriver misbrug i barndommen, at jeg begyndte at tænke nærmere over, hvor almindeligt det egentlig er. For nylig blev jeg bekendt med en undersøgelse af **Adverse**

Childhood Experiences (ACE, skadelige barndomsoplevelser), som giver os et billede. Jane Ellen Stevens, redaktør på online-nyhedsbrevet *ACEs Too High* (2012), beskriver:

ACE-undersøgelsen, der begyndte som et fælles forskningsprojekt ved Kaiser Permanente i San Diego og U.S. Centers for Disease Control and Prevention, betragtede ti forskellige typer barndomstraumer ... fysisk, seksuel og emotionel mishandling; fysisk og emotionel vanrøgt ... og fem typer dysfunktion i familier: en forælder, der er alkoholiker eller diagnosticeret som psykisk syg; en mor, der er udsat for hustruvold; et familiemedlem i fængsel; og en forælder, som forsvinder ved skilsmisse eller som forlader familien.

Billedet er temmelig dystert:

- Kun 33% af os har ingen ACE'er.
- De optræder sjældent alene – hvis der er én type barndomstraume, er der 87 % sandsynlighed for, at der også vil være andre.
- De er meget almindelige, selv blandt primært hvide, collegeuddannede amerikanere i middel- og overklassen.

Med andre ord har ca. $\frac{2}{3}$ af de mennesker, du møder, oplevet en ACE som dem, der er anført ovenfor. Én ud af seks deltagere i undersøgelsen havde en ACE-score på 4 eller mere ud af 10; én ud af ni havde 5 eller flere typer traume.

De læger og epidemiologer, som udførte ACE-undersøgelsen, var chokerede, da de fandt en direkte sammenhæng mellem antallet af ACE'er og kronisk sygdom, psykiatriske lidelser, fængselsophold, arbejdsrelaterede problemer og cancer. "Sammenlignet med personer med nul ACE'er havde deltagere med fire ... 240% større risiko for hepatitis, var 390% mere udsat for kronisk obstruktiv lungesygdom [KOL] ..." og listen fortsætter med at nævne alkoholisme, stofmisbrug, selvmordsforsøg, autoimmun sygdom, knoglebrud og medicinforbrug.

Men selvom læger måske bliver overraskede over sammenhængen mellem fysiske lidelser og emotionelle problemer, ville det ikke have overrasket Marion Rosen. Det er lige netop dette, vi henvender os til i vores Rosen-praksis; men det fører os til vores næste spørgsmål.

Hvilke traumeoverleverer kan tænkes at have gavn af RM?

Judith Herman har beskrevet tre stadier, der er nødvendige for heling efter traumer: at komme i sikkerhed, at huske og sørge, og at opbygge et nyt liv. "En terapiform, der kan være gavnlig for en patient i ét stadium, er måske værdiløs eller ligefrem skadelig for den samme patient i et andet stadium" (Herman, 1992, s. 156). Hvert stadie kræver endvidere, at et bestemt sæt betingelser er opfyldt.

Det er bedst at påbegynde det dybe, afdækkende arbejde, Rosenmetoden tilbyder, når personens liv er trygt, stabilt og har god støtte. Hvis personen f.eks. lever med en voldelig ægtefælle, vil RM måske begynde at opløse copingmekanismer, som stadig er nødvendige. Første skridt i helingen efter et traume er at komme i

sikkerhed – reel sikkerhed, ikke bare lade som om eller tro, man er i sikkerhed, når det ikke er tilfældet. Det er i øvrigt et af symptomerne på traumer: folk er ikke i stand til at vurdere, hvad der virkelig er farligt, og hvad der ikke er. Dette kan vise sig på dramatisk vis (at spadserer alene om natten i et farligt kvarter) eller på en mere subtil måde (klienten tager tøjet af, før terapeuten har nået at forlade lokalet og lukke døren¹).

Klienterne er nødt til at have et stabilt liv. Hvis de ikke har et job eller et hjem, hvis de befinder sig i en eller anden aktuel krise, hvis de har et aktivt misbrug, hvis de går fra den ene dårlige relation til den næste – er det tegn på, at deres livsomstændigheder ikke er forenelige med RM. De har måske brug for først at få hjælp fra terapeuter eller socialarbejdere til at skabe et liv, der fungerer for dem; og de bør også have støtte fra omgivelserne i deres liv – familiemedlemmer, venner, professionelle eller grupper.

Retningslinjerne fra Roseninstituttet fastslår udtrykkeligt, at RM er kontraindiceret hos:

- individer med en alvorlig psykiatrisk lidelse, som ikke er effektivt kontrolleret med medicin, og som ikke er blevet godkendt til Rosenmetoden af deres psykiater
- individer, som aktuelt oplever mentale eller psykiatriske helbredsproblemer som psykose, skizofreni, alvorlig angst eller depression, mani, eller som er selvmordstruede med intention og konkrete planer
- individer med et aktivt stof- eller alkoholmisbrug.

Når folk ved hjælp af terapi kommer ud af disse tilstande, ønsker de måske på et tidspunkt at føje RM til, som noget der kan understøtte dem. Mange psykoterapeuter henviser klienter til mig med henblik på samarbejde. Hvis en klient, som allerede er i terapi, kommer til mig, sikrer jeg mig, at personens terapeut ved det og billiger kropsarbejde på dette stadium. Og sommetider kan jeg se, at en person kunne have gavn af RM, men jeg fortæller dem, at jeg kun vil arbejde med dem på betingelse af, at de også går til psykoterapeut som forudsætning eller nødvendig støtte for RM. For nogle af mine traumeklienter er jeg den eneste behandler.

En af mine klienter gav et eksempel på et perfekt billede på Rosenmetodens rolle. “Nogle mennesker har brug for at blive løsnet op,” sagde han, “og andre har brug for lim.” På forskellige tidspunkter i personens liv er der brug for det ene eller det andet. En af de aftaler, jeg beder klienten om at underskrive på mit indledende spørgeskema, lyder på, at hvis der under arbejdet viser sig traumer på et vist niveau, kan jeg henvise dem til en psykoterapeut. Måske opdager vi, at de har brug for mere “lim” i stedet for “opløsning”, eller i det mindste en kombination af de to. Jeg kan minde dem om forskellen mellem mine ydelser og en psykoterapeuts. Hvis de allerede har skrevet under på aftalen, bliver de i det mindste ikke overraskede.

2. del:

Generelle principper for arbejde med

¹ Der kan være geografiske og kulturelle forskelle i forhold til af- og påklædning i forbindelse med en Rosensession. OA

overlevende efter traumer

Hvad betragtes som et traume?

Selvom jeg giver nye klienter et spørgeskema, hvor de kan krydse af på en liste over problemer, herunder traumer, bliver ordet kun sjældent markeret. Jeg tror, at traumer er så almindelige, at vi ikke engang genkender dem som sådanne. For nogle år siden, under en session med en ny klient, begyndte jeg at undre mig over, hvorfor hun forekom mig så “uvirkelig”, så jeg spurgte, om hun nogensinde havde været udsat for et traume. Nej, sagde hun, hun kunne ikke komme i tanke om noget. Lidt efter kom hun i tanke om, der jo var dengang, hendes onkel jagtede hende og hendes mor rundt i huset og skød efter dem ... var det et traume?

Jeg var selvsagt rystet dengang, men jeg er blevet klar over, at benægtelse og minimering er nogle af de vigtigste måder, folk bruger til at håndtere traumer og fortsætte deres liv. Det hænder sågar, at de totalt glemmer specifikke begivenheder eller store dele af deres liv. Her er der tale om overlevelsesmekanismer, der er indbygget i nervesystemet; folk vælger dem ikke bevidst, og ofte er de ikke engang klar over, at de fungerer i baggrunden. RM hjælper dem med at blive opmærksom på disse overlevelsesmønstre og med at finde sammenhængen mellem tidligere begivenheder og nuværende udfordringer.

Traumesymptomer udvikles, når personens nervesystem bliver overvældet, og der ikke er tilstrækkelige ressourcer til at bringe det tilbage til en reguleret tilstand. Uden de nødvendige ressourcer opstår der overlevelsesmønstre, som klienten end ikke er bevidst om. Mine klienter er generelt velfungerende, og de identificere sig måske ikke som traumeoverlevende, når de kommer; men alligevel klager de over angst og tvivl på sig selv, fibromyalgi, rygsmerter eller andre fysiske skavanker, eller de siger, at de er kørt fast i et eller andet aspekt i deres liv og ikke kan komme videre. I løbet af behandlingen kommer vi jævnligt til en eller anden overvældende erindring, som henhører under MacCurdys definition på et traume. Det kunne være en enkelt episode, som ingen blev klar over, var traumatisk for individet; eller det kunne være en gennemtrængende atmosfære af utryghed i hjemmet, i skolen eller på arbejdspladsen.

Der kan udvikles traumereaktioner fra selv “normale” oplevelser, som i mange tilfælde havde været nemme at håndtere, hvis personen havde haft social støtte. Men mange af mine klienter har oplevet rædselsfulde begivenheder, der bare passerede som en normal del af livet, der hverken blev bemærket eller fortalt til andre. De har været udsat for mobning i skolen, som skadede deres krop, den fordrukne far, de nærmest måtte feje op fra indkørslen, tandlægen med ivrige hænder, de forkerte steder. Disse klienter levede i årevis uden at vide, at deres oplevelse kunne have udviklet sig til traumesymptomer, fordi det gik så ubemærket hen i deres livs kontekst, eller fordi det skete for så længe siden.

Så er der dem, der ikke var udsat for et enkeltstående traume, men som gennem lange perioder levede med at være forsømt og udsat for verbal tilsvining eller kritik. De bebrejder i endnu højere grad sig selv for deres vanskeligheder, for “der skete jo aldrig noget” med dem, så det tæller ikke med. De er yderst bevidste om, at andre har oplevet vold, fattigdom og katastrofer; til sammenligning må det høre til småtingsafdelingen, at deres forældre nedgjorde dem. Men selvom deres hjerne fortæller dem, at de ikke kan have posttraumatisk stress, vil deres krop bekræfte det, når du sætter ord på det. Én klient, som ikke kunne mærke sine følelser, spurgte fortvivlet: “Hvad er der galt med mig?” Jeg foreslog, at hun prøvede at komme sig efter et traume. Straks kom tårerne, og hendes diafragma slappede af.

Andre, som mig selv før i tiden, ved ikke, at de er traumeoverlevere, fordi de ikke kender til **sekundære traumer** – at have overværet eller gentagne gange være konfronteret med andres traumer, især deres nærmeste.

Kendskab til symptomerne på posttraumatisk stressyndrom (PTSD)

Mange overlevere ved ikke, at den måde de lever på, ikke er en universel oplevelse for alle. Eller det kunne være omvendt: nogle af deres symptomer er så overvældende, at de tror, de er alene i deres “vanvid”. Da jeg lige var blevet færdiguddannet, deltog jeg i en Rosenmetoden weekendworkshop om traumer. Vi fik gennemgået listen over symptomer på **PTSD (Post Traumatic Stress Disorder)** i DSM (*Diagnostic and Statistical Manual*), den gældende (1996) officielle diagnosefortegnelse (Se Tabel 1). Jeg havde næsten hvert eneste af dem; og det overraskede mig, fordi jeg aldrig havde oplevet så meget som en let afstraffelse fra mine forældre. Men DSM-listen over mulige PTSD-patienter omfatter også personer med sekundære traumer.

Det var et *Aha!*-øjeblik: mine forældre og bedsteforældre havde overlevet etnisk udrensning, og det samme havde mine tanter og onkler, fætre og kusiner – ja, alle de armeniere vi kendte. Folkemord. Borgerkrig. Revolution. Historier om krigsforbrydelser og andre overgreb var et almindeligt samtaleemne ved middagsbordet, når vi var sammen med andre armeniere. Traumer var min familiære arv. Før jeg lærte om udviklingen af nervesystemet (se Fogel, 2009), kaldte jeg det “at have fået frygt ind med modermælken”. Og ikke nok med det:

... de seneste opdagelser inden for epigenetikken har ... afsløret, at ændringer i de kontrolmolekyler, der regulerer måder gener udtrykker sig på, også kan have betydning for kommunikationsmønstre, der gives videre fra generation til generation. Eksempelvis kan oplevelsen af ekstrem stress hos én generation gives videre via gameterne², ægcellen og sædcellen, hvorved evnen til at regulere stress kan blive kompromitteret hos senere generationer (Siegel, 2012, s. 2-3).

Forestil dig mine tanker og følelser, da mit “normale liv” viste sig at være DSM-listen over symptomer på PTSD, beskrevet i Tabel 1 nedenfor. Helt fra jeg var barn, havde mit liv været sådan. Det var først engang under min Rosen-uddannelse, at det gik op for mig, at det kunne være anderledes, så jeg begyndte at spørge mine venner, om de reagerede på forskellige ting (nyheder, lyde, økonomiske vanskeligheder, etc.), sådan som jeg gjorde. Nej. Engang, mens jeg boede i en lejlighed i Rochester, New York, hørte jeg en voldsom eksplosion, og store askeskyer dalede ned på gaden. Jeg ringede panikslagen til en ven og hørte mig selv spørge: “Tror du, de skyder, hvis jeg løber udenfor?” *Hvad?* Er jeg blevet vanvittig? Hvor kom det fra?

Det kom fra familiens historier og fra epigenetikken. De indre følelser, jeg havde dengang, hjælper mig i dag med at forstå mine traumeklienter. Hvis de ikke kan huske deres traumatiske begivenheder, har bagatelliseret dem, eller ikke kender til sekundære traumer, bliver symptomerne trigget ved de mest uskyldige ting, og klienterne aner ikke, hvorfor de er “ved at gå fra forstanden”. Rosenterapeuten er nødt til at have viden om og være nærværende for at genkende symptomerne.

² Kønscellerne. OA

TABEL 1: DIAGNOSTISKE KRITERIER FOR POSTTRAUMATISK STRESSYNDROM (PTSD)

Symptom	Beskrivelse	Sådan oplevede jeg det	Mine observationer af klienter
intrusions ³	tilbagevendende, ufrivillige og intrusive erindringer; mareridt; flashbacks; fysiologisk reaktivitet på traumerelaterede stimuli	Det begyndte at gå op for mig, at jeg havde PTSD, da jeg talte, hvor mange gange om dagen jeg så ufrivillige billeder af tortur eller grusomhed for mit indre blik. (Jeg holdt op med at tælle, da jeg nåede op på 40.)	Genoplever følelser og fornemmelser fra begivenheden (f.eks. svimmelhed, halsen snører sig sammen), ofte udløst af bestemte steder, syn eller lyde
undvigelse	anstrenger sig for at undgå tanker, følelser eller samtaler, aktiviteter med relation til traumet	Jeg kan stadig ikke tåle at se på tilskadekomne, operationer i fjernsynet, billeder af kadavere i anatomibøger etc., eller læse om voldelige skader. Og glem alt om splatterfilm!	modvillig til at møde op til Rosensessioner; tilbageholdende med at fortælle, hvad de føler eller husker; undgår visse aktiviteter med deres familie
løsrevethed eller fremmedgørelse	føler sig fremmedgjort eller isoleret fra andre	Jeg følte mig så isoleret, at jeg ikke vidste, at selv mine "nærmeste" kunne kende mit dybeste selv. Til tider følte jeg mig så alene, at jeg var det eneste, der eksisterede.	føler at andre er normale, og det er jeg ikke; jeg hører ikke til noget sted; ingen ved, burde vide eller kan vide, hvad jeg oplever
begrænset følelsesspektrum	følelse af at være løsrevet fra egne følelser og fornemmelser; følelsesløs	I årevis anede jeg ikke, hvilke følelser jeg havde. Jeg reagerede ikke engang fysisk på noget, der burde være oplevet som stærke smerter.	fladt følelsesleje; kan tåle en masse smertelige følelser og fysisk smerte uden at klage; har svært ved at tilgå bestemte følelser (sorg, raseri etc.)
fornemmelse af at fremtiden er afkortet	forventer ikke at opleve en karriere, ægteskab, børn eller et liv af normal længde	Hvis der var en fremtid, ville den givetvis være rædsom; jeg var skrækslagen for at ende som posedame.	overbevist om, at alt hvad der er godt i livet, snart vil forsvinde (inkl. terapeuten)
søvnbesvær	ude af stand til at falde i søvn eller sove igennem; kronisk søvnløshed af mere end en måneds varighed	Helt fra jeg var barn, var jeg længe om at falde i søvn, og jeg vågnede midt om natten; som voksen kunne det ske, at jeg i ugevis kun sov højst to timer om natten	føler sig aldrig udhvilet og forfrisket

³ intrusion betyder: påtrængende, anmassende og nærgående. OA

hyperarousal og overdreven forskrækkelsesreaktion	altid på vagt, farer hurtigt sammen	Jeg kunne ikke sidde med ryggen til en dør på restauranter. Det giver et sæt i mig, når nogen nærmer sig bagfra. Jeg er skarpt opmærksom på alt, hvad der sker på gaden – til alle sider.	kan ikke rigtigt ligge på briksen; er sommetider ude af stand til at lukke øjnene; kan ikke tage imod berøring; er nødt til at have kontrol
---	-------------------------------------	---	---

Et eksempel på PTSD-symptomer: Flashbacks

Vi er ikke altid klar over, at vores oplevelser kunne tænkes at afspejle symptomer på PTSD. Det har jeg set i relation til **flashbacks**, en form for intrusive erindringer. Det hjælper at vide, hvordan flashbacks opleves, eftersom klienterne kan opleve dem, også selvom de ikke kan huske traumet. Ofte viser flashbacks sig ikke som billeder eller erindringer, men som rene kropslige fornemmelser, følelser og irrationelle tanker. Eksempelvis kan vi alle sammen forstå, at krigsveteraners symptomer kan blive trigget af en voldsom lyd, men de ved i det mindste, at de har været i krig. Forestil dig, hvor skræmmende det ville være, hvis du ikke kan huske mishandlingen som barn eller et andet traume, men pludselig, midt i en ganske dagligdags begivenhed bliver overvældet af tanker og følelser, der ikke giver nogen mening.

Første gang jeg mødtes med en klient, jeg vil kalde Mary, fortalte hun mig om en episode, der var sket 25 år tidligere, og som stadig plager hende. Hun så en faldefærdig hytte i en skov og blev overvældet af mørke og fortvivlelse. Hendes tanker forekom hende uforklarlige: Hvorfor skulle en hytte i skoven betyde, at du er ved at knække sammen og kaste op? Hvad var meningen med noget som helst, hvis du bare skal dø? Hun spurgte sig selv, hvem der dog tænker den slags tanker? Kun en sindssyg, ikke sandt? Og hvorfor havde hun tilbragt de næste 25 år med at hænge fast med neglene, som om hun var ved at falde ned i en afgrund?

Mary var ti år gammel, da hun blev voldeligt overfaldet af sin voksne bror. Hun kunne hverken kæmpe imod eller flygte, så hun gik i en "frys"-tilstand – stivnede af skræk. Overgrebet fortsatte, og hun kunne ikke andet end at bukke under og kollapse i hjælpeløshed. Til sidst, da voldtægtsmanden endelig gik, men der ingen hjælp kom, var der en del af hende, som var fast besluttet på at overleve, der rejste sig og steg op fra kroppen, som et spøgelse. Denne del (senere kaldet "Overleveren") fortsatte med at leve personens liv som en zombie, som bare gik gennem det hele, ofte særdeles overbevisende. Samtidig ligger det sårede barn stadig dybt inde i den voksnes krop, hvor hun er fortabt i rædsel og skriger uden at have nogen stemme. Hun befinder sig lige under diafragma, som forbliver vanemæssigt holdt fast som en skruestik.

Mary beskrev det, som om hun "levede inde i plexiglas". Det kunne være hendes liv, Peter Levine beskriver:

Traumatiserede mennesker bliver ikke ved med at være reelt, fysisk paralyserede, men de forsvinder nærmest i en ængstelig tåge, en kronisk delvis nedlukning, dissociation, langtrukken depression og følelseløshed. Mange er i stand til at tjene til livets ophold og/eller passe en familie i en slags "funktionel frys-tilstand", som i alvorlig grad begrænser deres glæde ved livet" (Levine, 2010, s. 52).

Tidligt i sin Rosen-proces var Mary ved at fortvivle over, om hun nogensinde ville blive fri af plexiglasset. For at blive i metaforen følte jeg, at mit job bestod i at smelte plexiglasset med kærlighed. “**Kærlighed** er et møde i det subjektive emotionelle øjeblik mellem personer, der er kropsligt tilstede og lægger deres sårbarheder til skue” (Fogel, 2009, s. 278). Kærlighed, kontakt og nærvær var det, der opløste det, og det lykkedes mig at tale direkte med det sårede barn, som endelig langt om længe havde nogen, der ville hjælpe hende. Hun fortæller mig ting, den voksne ikke kan.

Under det første besøg havde Mary nævnt et seksuelt overgreb, men havde ikke sagt meget om det. Men beskrivelsen af denne fysisk og emotionelt voldsomme “hytte-begivenhed” lød nøjagtigt som andre beretninger, jeg havde hørt fra personer, som var klar over, at de havde et flashback. Så jeg sagde, hvad jeg mente det kunne være – et flashback med relation til begivenheder, hun ikke kunne huske på det tidspunkt. Dette var begyndelsen på en lang rejse mod heling efter en voldelig og skræmmende barndom.

Fysiologien ved selvregulering som resultat af RM-sessioner

Rosenmetodens tre grundpiller – berøring, ord og opmærksomhed på vejrtrækningen – er essentielle for helingen af traumer på måder, jeg vil forklare i denne sektion. RM-terapeuter koordinerer brugen af disse elementer på en unik måde, som fremmer bevidsthed og integration.

Traumesymptomer er ikke kun “i hovedet”. Traumer forårsager fysiologiske skader og kan fremkalde ændringer i personens hjerne, neurohormoner, organer og celler. “Erindringer om traumer er i samme grad til stede i de sensoriske receptorer, i huden og i musklerne, som i hjernen” (Fogel, 2009, s. 259). Det betyder, at en behandlingstilgang, som ikke inddrager kroppen, er mangelfuld. Tilsvarende er kropsarbejde, som ikke fører klienten til større bevidsthed om sig selv, utilstrækkelig som traumebehandling. **Kropslig selvbevidsthed** er “evnen til at være opmærksom på os selv, mærke vores fornemmelser, følelser og bevægelser direkte, i nuet, uden vurderende eller dømmende tanker som mellemlid ...” (Fogel, 2009, s. 1-2)

Fogel opsummerer de restorative effekter af kropsliggjort selvbevidsthed:

Den sætter os i stand til at mærke os selv uden at undertrykke noget, og samtidig forblive i en emotionelt tryk zone; den skaber tillid til os selv og evnen til at respondere hensigtsmæssigt og effektivt i aktuelle situationer; den hjælper os med at træffe valg, der er tro mod vores egne behov og værdier, samt bruge andre som ressourcer; den er nødvendig for kreativitet og engagement. Denne evne til at være vores sande selv åbner derudover op for interpersonlige og spirituelle dimensioner af medfølelse, tilgivelse og taknemmelighed (Fogel, 2009, s. 294)

Alt dette er det stik modsatte af at leve med symptomer på traumer.

Ifølge Bessel van der Kolk, en af de førende forskere i PTSD (post-traumatic stress disorder) er “den eneste del af den bevidste hjerne, der er i stand til at påvirke emotionelle tilstande ... den del, der er involveret i introspektion (dvs. være opmærksom på organismens indre tilstande)” (Ogden, 2006, s. xxv).

Bemærk, hvordan hans beskrivelse af det nødvendige stemmer overens med alt, hvad RM står for:

For at håndtere fortiden har traumatiserede personer brug for at aktivere ... deres kapacitet for introspektion. Terapi skal hjælpe dem med at udvikle en indgående nysgerrighed med hensyn til deres indre oplevelse. Denne nysgerrighed er essentiel, hvis de skal lære at identificere deres fysiske fornemmelser og oversætte deres følelser og fornemmelser til et sprog, der kan kommunikeres – først og fremmest kommunikeret til dem selv (Ogden, 2006, s. xxvi)

RM berøring og -kontakt som nødvendige komponenter ved heling

RM-terapeutens effektivitet afhænger helt igennem af en dyb kontakt med klienten. “Heling kan kun finde sted i en kontekst af relationer; det kan ikke ske i isolation” (Herman, 1992, s. 143). Eftersom traumereaktioner er kendetegnet ved tab af kontakt med andre eller internt i kroppen, er det essentielt at genoprette empatisk resonans. Menneskeheden har udviklet sig til at have behov for trykke, nærende forbindelser med andre, så vi kan gøre alt fra at udvikle vores nervesystem som babyer til at restituere vores krop og sind som voksne (Green, 2014). RM-berøring legemliggør at møde, lytte og tage ind; snarere end at manipulere eller “gøre noget ved” klienten. I *Touching the Body, Reaching the Soul: How Touch Influences the Nature of Human Beings* lancerede Sandra Wooten vendingen “... **somatisk resonans** som betegnelse for den samhørighed, der finder sted ved nænsom, terapeutisk (RM-) berøring mellem klient og Rosenterapeut, hvilket muliggør bedre indadrettet opmærksomhed og perception for begge” (Wooten, 1995, s. 24).

“Menneskelig kontakt kan bidrage til at ændre en anden persons indre fysiologiske tilstand (via kontakt ansigt til ansigt og hensigtsmæssig berøring), og denne kraftfulde effekt må ikke undervurderes” (Levine, 2010, s. 107). Kærlighed, berøring og samhørighed er fysiologiske behov, der er så stærke, at hvis de ikke tilfredsstilles, kan det medføre traume og sågar død, som Ashley Montague præciserede i sine rapporter om spædbørn på børnehjem (Montagu, 1978, s.76-79).

Når RM-terapeuter rører deres klienter, skabes de rette forhold, der gør det muligt for klienterne at slappe af i en fornemmelse af at være oprigtigt mødt og forstået af en anden. Der udvikles en krop-til-krop, sind-til-sind forbindelse, som modsiger traumeoplevelsen. I sin artikel “Resonance, Regulation and Revision: Rosen Method Meets the Growing Edge of Neurological Research” beskriver Dorothea Hrossowyc den forskning, der viser, hvordan dette fungerer, og hun konkluderer: “Relationer kan, via det menneskelige forbindelsessystems helbredende kædereaktioner, regulere og revidere vores neurologiske sundhed og vores fysiologiske funktioner.” (Hrossowyc, 2009, s.9). Ved en RM-session bliver det medfødte behov for kærlighed og tryk dækket, og klientens krop-sind kan blive helet.

Jeg bruger ordet **krop-sind** (bodymind) i denne artikel, eftersom dette er en bedre beskrivelse af, hvem vi er, og hvordan vi fungerer. Med Candace Pert's ord: “Din hjerne er ekstremt velintegreret med resten af kroppen på et molekylært plan, i en sådan grad, at vendingen *mobil hjerne* er en rammende beskrivelse af det psykosomatiske netværk, i hvilket intelligent information bevæger sig fra ét system til et andet” (Pert, 1997, p. 189). Det betyder, at “intelligens er ikke kun lokaliseret i hjernen, men i celler, der er fordelt i hele kroppen, og ... den traditionelle adskillelse af mentale processer, herunder følelser, fra kroppen er ikke længere gyldig” (Pert, s. 187).

Fordi uønsket berøring ofte er en komponent i mishandling, kan klienter reagere enten ved slet ikke at

ville berøres; eller ved at acceptere berøring, men dissociere uden at være klar over det. Eksempelvis var der en klient, som havde fået massage gennem en årrække uden at hun var rigtigt til stede i sin krop; og da det blev tid til RM-session, måtte jeg hele tiden være opmærksom på, hvornår hun var til stede og i kontakt, og hvornår hun "forsvandt". Klienten bestemmer hvornår, hvor og hvor længe jeg rører hende; men jeg er ansvarlig for ikke at lade hende hverken lukke af for berøring uden at være opmærksom på det, eller ignorere den frygt, der kommer op. Faktisk er det at beskæftige sig med frygten præcis det, der er nødvendigt. Jeg trækker mig kun så meget tilbage, som det er nødvendigt, for at hjælpe dem med at forblive nærværende og fornemme, hvad de føler og har behov for.

Efter at have overlevet i tavshed og isolation er traumeklienter måske ikke klar over, at de har brug for dig eller for nogen generelt. Sommetider får jeg som terapeut en fornemmelse af, at klienten prøver på at "gennemføre" sessionen alene. De forsøger at være "en god klient" og fortælle deres historier, og måske sågar mærke deres følelser; men alle disse anstrengelser sker uden noget engagement med terapeuten. Det er dette, overleverne er vant til: at klare sig selv. De ved ikke engang, at de gør det, så terapeuten må gøre dem opmærksom på det og lære dem en anden måde: "Prøv om du kan mærke min hånd. Hvordan føles det for dig?" Måske tror de, du skifter emne eller stiller irrelevante spørgsmål. Når du insisterer på vigtigheden af at etablere en her og nu-forbindelse mellem jer, vil de have svært ved at tro dig. Dette kunne være et godt tidspunkt at lære dem om, hvordan berøring og forbundethed kan transformere erindringer, som beskrevet i næste sektion. Ellers kan de fortsætte med deres historier og udtrykke deres følelser uden nogen reel forandring i deres krop eller psyke.

Transformerung og regulering af hukommelsesnetværk

Lad os kaste et blik på, hvordan erindringer bliver dannet. Hvorfor er traumatiske erindringer anderledes end andre, og hvordan kan de blive integreret? Vi kender den historiefortællende hukommelse; det er gennem den, vi kommunikerer begivenheder i livet. Den kaldes for autobiografisk, deklarativ eller **eksplicit** hukommelse. Den er organiseret af den del af vores hjerne, der hedder hippocampus, og som er en del af vores konceptuelle selvbevidst, den bevidste idé om os selv. Der er også en del af hukommelsen, som ikke nødvendigvis er bevidst, men som er implicit eller lagret i kroppen, som f.eks. hvordan man kører på cykel eller spiller på et musikinstrument. Når der er brug for det, bliver den **implicitte** hukommelse følt i de relevante dele af kroppen, men er ikke forbundet med ord. Emotionelle erindringer er som implicitte erindringer. De lagres i insula og andre dele af hjernen. Ofte oplever vi de to typer erindringer samtidig, idet vi gestikulerer eller giver udtryk for følelser, når vi fortæller en historie.

Forenklet kan vi sige, at hippocampus hjælper dig med at lokalisere dine erindringer i tid og rum, og insula forbinder erindringerne med din hjernebark (tænkning). Desværre bliver disse hjerneområders normale funktion afbrudt under en traumatisk begivenhed. Alan Fogel beskriver, hvad der sker:

Dissociation under traumer hæmmer insula og hippocampus i at samle erindringerne i sammenhængende "pakker", hvorimod opmærksomhed på traumatet er med til at konsolidere erindringerne ... Erindringer kan ... optræde i ekstremt livagtige "udbrud" med forstyrrende sensoriske detaljer, flashbacks, følelser af panik, vrede og rædsel, som alle er pludselige, intrusive og skræmmende, fordi de tilsyneladende kommer af ingenting og ikke lader sig regulere i kontekstuel-autobiografisk selvbevidsthed Den traumatiske begivenhed er nærmest

“spærret inde”, idet de urealiserede impulser – at det ikke var muligt at handle, som man ville have forventet – som ikke er blevet integreret... i en vis forstand holder det neurale netværk som gidsel (Fogel, 2009, s. 258-259).

Dette forklarer flashbacks og overleveres følelser af at genopleve den traumatiserende begivenhed igen, som om den skete her og nu. Derudover giver somatiseringen af symptomerne mening. Overlevere var nødt til at afstå fra at kæmpe eller flygte, så der er en masse spændinger i arme eller ben; de kunne ikke skrike, råbe eller tale, så der er problemer med nakke, kæbe og hals; de kunne ikke få vejret, og brystkassen eller maveregionen er spændt. Overlevere kan have alverdens småskavanker og smerter, problemer med fordøjelse eller afføring, svimmelhed og andre fysiske symptomer, som ikke kan forklares ud fra aktuel patologi og konventionel medicin.

Fogel betegner den type erindringer, der føles som en “genoplevelse”, som **participatoriske erindringer**, eftersom der er tale om en oplevelse, ikke en historie. Målet er at “omprogrammere” denne erindring til en autobiografisk erindring. Heldigvis kan der dannes nye nervebaner til insula, og hippocampus er et af de områder i hjernen, hvor der selv i voksenalderen kan opstå nye nerveceller. Husk, det er denne del af hjernen, der kan organisere sanseindtryk til sammenhængende begivenheder, som fandt sted på et specifikt tidspunkt og sted, og som havde en begyndelse, midte og slutning. Resultatet er, at traumatiske begivenheder kan blive integreret i personen som helhed og blive en forståelig del af dennes livshistorie. Overlevere bliver enten mindre og mindre påvirket af deres traumatiske erindringsreaktioner, eller de bliver ikke længere trigget eller revet med af dem.

Forskere har ved studier af dyr og mennesker opdaget, at “hver gang en erindring genkaldes, bryder hjernen nogle af de kemiske bindinger, der udgør dens fysiske grundlag. Det resulterer i, at erindringer bliver ustabile i en kort periode, når de har været genkaldt” (Dingfelder, 2010, s. 1, citeret fra Joseph LeDoux). I denne ustabile periode, som varer mellem 10 minutter og 6 timer, kan hjernen opleve ny læring.

Denne proces afbryder grundlæggende et indlært emotionelt respons, ikke ved blot at undertrykke det ... men ved reelt at løsne de neurale forbindelser, der holder det på plads og derefter slette det i nervesystemet ... Det, hjernen har brug for, er den samme tretrinnsproces [hos de ti arter, der blev studeret, incl. mennesker]: den emotionelle respons bliver reaktiveret; de synapser, der fastholder det, bliver løsnet; og derefter dannes der ny læring, som aflærer, omskriver og erstatter det indhold, der er blevet løst op (Ecker, 2013, s. 21).

Vores krop har en neurotransmitter, som kaldes **GABA** (gamma-aminobutansyre), hvis funktion består i at lindre, at bringe fornemmelser af nydelse og velbehag. “Forskningen tyder på, at GABA-bærende fibre – som bogstavelig talt er velbehag-fibre – [løber] fra den orbitofrontale cortex til den rædsels-fyldte amygdala [den del af det limbiske system, som registrerer trusler og bearbejder frygt]. Denne form for vertikal integration⁴ ... bibringer det neurale netværk, der indeholder repræsentationerne af traumatet, en kærlig interpersonel omsorg” (Badenoch, 2008, 2. 317). Selv når folk husker en oprindelig oplevelse, er denne erindring lagret et andet sted end den “emotionelle læring”, de fik fra den – at de er værdiløse, hjælpeløse, usynlige, at verden aldrig er sikker. Disse emotionelle virkninger af erindringen ændrer sig, uden at selve erindringen ændres

⁴ “Oppefra og ned” integration. Altså at en højere del af hjernen (orbitofrontal cortex - den forreste del af cortex cerebri) på en måde "trøster" en lavere, mere primitiv del af hjernen (Amygdala - det limbiske system). AO

(Ecker, 2013, s. 21).

For RM-terapeuter betyder det med andre ord, at når en klient på briksen bliver berørt på en tryk og opmærksom måde, fornemmer hun eller han nærværet af terapeuten, som ikke skader hende, men som rummer, beskytter og regulerer hende. En verbal forsikring om tryk er ikke tilstrækkelig; det er berøringen, der gør oplevelsen konkret. Derefter tører "plexiglasset" nok op til, at hendes krop begynder at afsløre, hvad den har undertrykt: rystelser, uudholdelig frygt, tårer, lyst til at flygte, men være fanget etc. Hendes gamle forventning er, at når disse fornemmelser og følelser viser sig, er hun i reel fare, og hun vil blive ignoreret eller yderligere krænket – råbt af, straffet, forvist – af sine "omsorgsgivere". I stedet oplever hun at blive berørt og at nogen tager sig af hende, og dette medfører udskillelse af oxytocin, det neurohormon, som beroliger et aktiveret nervesystem. "Hvis den nye oplevelse af os selv i en relation er oversvømmet af oxytocin, hvis vi 'føler' os trygge og elskede og værdsat i tilstrækkelig grad i det splitsekund, hvor omstruktureringen finder sted, vil den mere positive oxytocinbaserede fornemmelse af os selv i en relation modsige og overtrumfe det gamle negative budskab eller mønster" (Graham, 2010, s. 5).

Ved adskillige lejligheder har klienter været opmærksomme på denne proces uden at være bevidst om, hvad der skete på et neurologisk plan. Én klient gentog adskillige gange under en session: "Noget er ved at ændres på et dybt plan." Engang oplevede Mary (tidligere introduceret) en særdeles livagtig "erindring", som fik hende til at sætte sig op på briksen. Men hun havde sin behandlers kærlighed og rummelighed (desuden skete det på et intensiv kursus) – præcis de betingelser, Ecker omtalte. Hun beskriver resultaterne:

I den session havde jeg en kropslig erindring om, at voldsmanden sad på min brystkasse; jeg kunne ikke trække vejret. Jeg var nødt til at sætte mig op. Jeg tror, det blev mødt dér med kærlighed – traumatet kom op, og kærligheden rørte det – det var derfor, jeg ikke sad fast i det. Bagefter havde jeg så meget energi, at jeg var nødt til at gå en tur. Udenfor var det, som om lyset ændrede sig, himlen åbnede sig for mig. Jeg følte en ekspansion, en åbenhed i min torso, jeg havde jordforbindelse, var landet i min krop.

Længe efter spurgte jeg hende, om der havde været nogen længerevarende effekter af den session. "Over en længere periode," svarede hun, "– meget længe for mig, fordi traumatet var så enormt – hvilket jeg havde brug for, hvis jeg skulle komme videre mod heling. Jeg bliver ved med at få nye øjeblikke med kontakt og fordybelse i kroppen. De varer ikke længe, men hver gang de kommer, sætter de deres præg på nutiden og fremtiden. De kommer oftere og varer længere, og det er meget bedre end aldrig."

Jeg er forbløffet over et andet fænomen, som mindst to klienter har beskrevet efter at have haft oplevelser, vi kalder for "omstrukturering". Den ene havde en drøm, og den anden oplevede i vågen tilstand et billede af noget, de ikke forstod: et slags spind eller netværk, snore der forsøgte at finde sammen, kaotiske lysstråler til alle sider. Begge deres beskrivelser mindede mig om billeder, jeg havde set af neurale netværk og synapser. Den ene spurgte: "Hvordan kan det være, at jeg havde det godt, da jeg så det, selvom det virkede så skræmmende og kaotisk?" Umiddelbart efter havde hun en session, hvor hun lovede at lande i sin dybeste smerte, blot for at konstatere, at den havde en begyndelse, en midte og en slutning – på fem minutter. Mine konklusioner er, at folk kan være tilstrækkelig bevidste om sig selv til at føle og "se" deres hjerne arbejde, og når der dannes nye neurale forbindelser, "timer, dage eller uger senere" (som ovennævnte klient udtrykte det), har de "adgang til nye tanker, kan se sammenhænge, jeg ikke tidligere havde opdaget."

Hvorfor diafragma har så stor betydning

Forestil dig, at der pludselig er noget, der skræmmer dig. Hvad gør dine skeletmuskler og diafragma så? De trækker sig sammen – det gør de for at kontrollere følelser, men også for at mobilisere. Lad os sige, at du bliver overfaldet; stresshormonerne gør din hjerterytme og vejrtrækning hurtigere; og de giver dine muskler besked på at bevæge sig. Du har brug for mere ilt; det er derfor, der er en stærk forbindelse mellem dit diafragma og dit limbiske system – den del af hjernen, der regulerer følelser og hukommelse. Nu forestiller vi os, at du skræmte angriberen væk, løb din vej eller blev reddet. Pyha! Nu kan du måske mærke dine følelser omkring begivenheden, ryste, græde eller blive vred. Din vejrtrækning kan blive langsommere, og du kan begynde at slappe af. Snart vil dit velbefindende være genoprettet. Begivenheden bliver en erindring, du kan fortælle en historie om, og dermed har den ingen længerevarende virkninger.

Hvad nu, hvis det ikke går så godt? Og, hvad nu hvis du er i fare igennem længere tid? Hvis du ikke har de rette betingelser til at komme dig over episoden, f.eks. ved at få hjælp med det samme, så bevæger krop-sindet sig ned ad en anden vej. Amygdala, som har ansvaret for at konstatere fare, ændrer sig og bliver mere sensitiv for trusler. Derudover vil den blive ved med at være “tændt”, fordi nerver fra dit spændte diafragma melder tilbage til amygdala, at der stadig er fare på færde, selv når det ikke er tilfældet. Dette får så igen din hjerne til at søge og finde farer i nuet, længe efter at den traumatiske begivenhed er overstået. I dette gentagne feedback-loop vil diafragma være ude af stand til at bevæge sig fuldt ud, så længe amygdala registrerer fare.

Det er ikke kun, for at få tilstrækkelig luft, at et frit bevægeligt diafragma er vigtigt. Under en traumatisk begivenhed sætter vores krop-sind ikke farten ned, så vi kan betragte vores følelser. Sommetider reagerer vi sågar på en trussel, før vi er klar over det. At mærke vores følelser er ikke vores prioritet i den situation; det afgørende er at komme i sikkerhed eller lukke ned.

Kort sagt: vores krop er involveret i den oplevelse og aktivitet, der handler om at forsvare sig, ikke i aktiviteten og oplevelsen af det emotionelle indhold, som motiverer forsvaret. Det emotionelle indhold og dets associerede erindringer, billeder og tanker er ikke let tilgængelige, så vi kan mærke eller kende dem. (Green, 2013, s.17).

Så længe diafragma er spændt, har vi sværere ved at kende og reagere på vores egne indre tilstande, vores følelser eller behov. Vi er afskåret fra vores autentiske selv.

For at bryde dette feedback-loop har diafragma brug for input udefra for at “nulstille sig” til en mere afslappet tilstand. Det betyder, at krop-sindet har brug for at opleve tryghed og empatisk kontakt, som berøringen i Rosenmetoden tilvejebringer. Det er ikke tilstrækkeligt at “vide” i vores hoved, at faren er overstået, og at vi er i sikkerhed. Kroppen har ikke oplevet dette fuldt ud, og den vil ikke tro på tankerne, eftersom det, der skete med den under traumet, ikke har ændret sig fysiologisk eller har transformeret sig.

Gudskelov for al den nyere forskning, der har vist, at hjernen og nervesystemet ikke er statiske, men kan forandre sig ved nye erfaringer. De betingelser, der er grundlaget i en Rosensession, gør det muligt for kroppen at drage fordel af denne **neuroplasticitet**. Opmærksom berøring udløser en kaskade af virkninger: det parasympatiske nervesystem bliver aktiveret, og dette bringer krop-sindet i en tilstand, der er mere

befordrende for en mere hvilende, afslappende og restituerende tilstand. Derved bliver det sympatiske cortisolniveau reduceret, mens det parasympatiske oxytocinniveau stiger. Oxytocin er et hormon og en neurotransmitter, som stimulerer følelser af kontakt, nærende omsorg og velvære. Samtidig sænker det blodtryk og hjerterytme og påbegynder kroppens evne til at restituere. Der sker også andre fysiologiske forandringer (her følger en oversigt; de er gennemgået mere udførligt hos Fogel, Hrossowyc og Graham):

- Oxytocinreceptorerne i hjernen tiltager i antal.
- Overanstrengte forbindelser mellem amygdala og cortex cingulata anterior – de dele af hjernen, der registrerer frygt og trusler – beroliges, så verden ikke altid virker skræmmende.
- Spejlneuroner i hjernens parietallap, som aktiveres, når vi ser andre gøre bevægelser, vi selv er i stand til, bliver aktiveret. Dette hjælper klienten med at fornemme sin krops størrelse, form, placering, grænser og relationer mellem kropsdele.
- Gener, der regulerer stresshormoner, "udtrykkes" eller aktiveres.

Komponenterne i RM understøtter denne proces. Nænsom berøring hjælper kroppen med at slappe af, så det bliver trygt for klienten at vende tilbage til kroppen og mærke sig selv. "Berøring ... kan udløse dannelse af forbundne cellulære nervebaner langs centralnervesystemets akse, som koder og forstærker kropslig selvbevidsthed" (Fogel, 2009, s. 217). Anvendelsen af ord i RM føjer verbale udtryk til non-verbale oplevelser, som ikke blev erkendt eller integreret. Dette åbner døre til endnu dybere bevidsthed og integration.

Hvordan ord fører til integration og heling

Uden integration er krop, sind og sjæl kun løse dele – et puslespil, hvor brikkerne ikke rigtig passer sammen. Overlevere ved måske én ting, men føler noget andet; opfører sig muntert udadtil, men føler sig fortvivlet og håbløs indeni. Dygtige fagfolk kan føle sig som skræmte børn. Disse forskellige følelser og adfærdsformer fortsætter på hver deres spor, uden at ænse hinanden. Derimod opleves **integration** som at være ét med sig selv. Man er bevidst om, hvad man tænker, føler og sanser. Selv når der optræder modsigende indre oplevelser, er der et observerende selv, som kan finde sammenhæng i den aktuelle situation og handle på vegne af ens eget velbefindende. Integration omfatter en rummelighed til at tolerere uvished, "tomhed" og mysterier; det er der, kreativiteten kommer fra. Integration gør det muligt at have tillid til sig selv.

For år tilbage, da jeg var elev på et intensivkursus, blev vi ført gennem en guidet meditation, som omfattede billedet af at møde en guide eller hjælper af en eller anden art. Min guide fremstod på film lærredet for mit indre blik: en høj, lysende skikkelse, som udstrålede visdom og kærlighed. Jeg begyndte at føle mig godt tilpas. Pludselig blev jeg klar over, at lærredet havde to halvdele. Min smukke guide befandt sig på højre side; til venstre var en anden scene i gang, og *det havde den været hele tiden, uden at jeg havde bemærket det*. På denne side kom folk løbende ud af brændende huse, blev skudt og faldt døde om. Jeg var chokeret over at opdage, at det havde foregået i mit hoved hele tiden. Hvordan havde jeg kunnet undgå at se det? Hvad var der sket, som pludselig fik mig til at vågne op og se det?

Neurovidenskabelig forskning hjælper os med at forstå den slags oplevelser: hvordan neurale netværk,

som ikke er forbundet (f.eks. højre og venstre side af min skærm), kan danne en forbindelse. “Når en person er traumatiseret, ved vi ... at de neurale kredsløb, som rummer oplevelsen, ofte er forhindret i at blive integreret med resten af hjernen; i stedet ligger de på lur som en tidsindstillet bombe, parat til at blive trigget af påmindelser i den ydre verden på et senere tidspunkt” (Badenoch, 2008, s. 316). Dette minder om, hvordan flashback-erindringer bliver løsrevet fra den autobiografiske hukommelse; hvordan de sensoriske og motoriske dele af erindringen bliver løsrevet fra en sammenhængende verbal historie om én selv.

Skaderne ved traumer er ikke nogen abstrakt psykologisk tilstand. Der er tale om en frontal cortex, som ikke er i stand til at regulere frygten fra amygdala; et corpus callosum, der er underudviklet, så venstre og højre hemisfære ikke kan kommunikere. Hos børn, der har lidt under omsorgssvigt, “kan stress medføre overdreven beskæring⁵ af neurale forbindelser mellem hemisfæerne og forstyrre den genetisk udløste myelinisering af disse nervebaner, så det bliver vanskeligt ... at danne ord for følelser eller skabe en meningsfuld og afgrænset historie om indre oplevelser ...” Det ene netværk er ikke i forbindelse med det andet. Det er som at gå i en skov, og du er ved at træde på noget, der skræmmer dig. Den del af hjernen, der ved, at det er en pind, kan ikke kommunikere med den del, der går i panik, fordi det “føles” som en slange.

Integration, viser det sig, er fysiologisk. Vi har set, hvordan berøring og fokus på diafragma kan hjælpe processen. Det er lige så vigtigt at finde vores ord.

I PET-scanningsundersøgelser af personer med PTSD, som blev trigget med vilje, “ses der en øget blodgennemstrømning i de dele af højre hemisfære, der er forbundet med emotionelle tilstande og autonom arousal. Desuden er der samtidig et fald i iltforbruget i Brocas område – den region i ... cortex, der er ansvarlig for at danne ord, der knyttes til indre oplevelser. Disse følelser er måske forklaringen på den observation, at traumer kan føre til “ordløs rædsel”, som hos nogle individer forstyrrer evnen til at sætte ord på følelser, hvorved følelserne må udtrykkes stumt gennem dysfunktion af kroppen” (van der Kolk, citeret fra MacCurdy, 2007, s. 32).

Det er en af grundene til, at Rosen-klienter opsøger os med fysiske symptomer, men ikke formår at forbinde disse symptomer med deres emotionelle oplevelser; eller de er ude af stand til at vurdere én begivenheds relevans til efterfølgende begivenheder eller adfærd. Det er ikke muligt for dem at finde ord for deres indre oplevelse, og det er en af de ting, vi som Rosenterapeuter hjælper dem med at gøre.

En effektiv helingsproces sker, når der stiles mod at kombinere billederne, og de følelser de danner, med tankeprocesserne, og dette kan kun ske ved at aktivere det verbale system. Som Van der Kolk sagde: “Et pludseligt og passivt tålt traume bliver genoplevet adskillige gange, indtil personen lærer samtidig at huske den følelsestilstand og kognition, der er forbundet med traumet, ved hjælp af sprog” (MacCurdy, 2007, s. 33).

Rosenterapeuter bruger ord på samme måde, som de bruger deres hænder: de skaber kontakt, rummer, spørger ind, møder, reflekterer og går dybere. Vi taler på en måde, der minder om berøringen. “Ord ... bliver manifestationen af den indbyrdes afstemning, ikke det primære aspekt af relationen” (Badenoch, 2008, s. 6). Det handler ikke om at føre en samtale med klientens sind, men med deres krop-sind. Derfor afstår vi fra analyse, vurdering, fortolkning og rådgivning. I stedet retter vi statements⁶ eller spørgsmål til kroppen for at

⁵ Pruning

⁶ Som Rosenterapeuter kommer vi med forslag, udsagn, erklæringer, bemærkninger osv, vedrørende hvad vi mærker og fornemmer, der sker i klientens kropslighed.

se, hvordan den reagerer ved at spænde op eller give slip, ånde frit eller holde vejtrækningen tilbage, og andre signaler. Klienterne lærer også at lytte til sig selv på denne måde: bemærke fornemmelser og signaler fra det indre og lade disse oplyse deres bevidste sind.

Rosenterapeuter opmuntrer også klienterne til at beskrive deres oplevelse, og derved være med til at finde et ordforråd, som ofte er metaforisk. Når det er nyt for klienterne at registrere deres fysiske oplevelser, tøver de ofte med at tale. Fra min praksis som Rosenterapeut ved jeg, at når en klient siger “Dette lyder dumt”, er der ved at opstå en ny bevidsthed: de finder ord, som nøjagtigt udtrykker, hvad de føler. Men de oplever, at de bruger et sprog, de ikke er fortrolige med. Som én overrasket klient sagde om sine ben: “Der er et ‘dér’ der!”

Jeg underviser på skrivekurser, mest i erindringer, essays og skrivning for at hele. I *Opening Up: The Healing Power of Expressing Emotions* beskriver James Pennebaker (1997) sin forskning om, hvordan narrativ skrivning kan frembringe biologiske forandringer. Immunsystemet bliver styrket, blodtrykket falder, søvnproblemer lindres, sygdommens sværhed hos gigt- og astmapatienter reduceres, og så fremdeles. Skrivning gør også tanker mere klare, forbedrer personens sociale liv og gør folk mere glade. Undersøgelser af patienter med PTSD har påvist, at når deltagerne var i stand til at skabe en sammenhængende fortælling om de traumatiske begivenheder, de havde oplevet, og deres følelser omkring dem, førte det til helende resultater. Én forfatter udtalte: “Der sker noget med erindringen, når der bliver sagt noget om den” (MacCurdy, 2007, s. 34).

“Videnskaben fortæller os, at en af de mest kraftfulde måder, vores hjerne integrerer isolerede neurale netværk på, ses når vi arbejder på at skabe sammenhængende historier om vores liv. Dette giver mening, taget i betragtning at det beroliger amygdala, når der bliver sat ord på følelser” (Badenoch, 2008, s. 318). Ved at finde ord for deres oplevelser og mærke dem, mens de fortæller deres historier, og ved at være rummet af Rosenterapeutens berøring og nærvær, bliver overleverne i stand til at omskrive deres livs drejebøger.

Jeg har gang på gang set, hvordan folk falder til ro, når de sætter ord på en oplevelse. Rosenmetoden tilbyder noget unikt i denne henseende: evnen til at finde de *rigtige* ord. Det kan vi, fordi Rosenterapeuter er opmærksomme på den påvirkning, ordene har på diafragma. Når sandheden (at der sættes ord på den kropslige oplevelse) italesættes, så slapper diafragma af. Det er sådan, en samlet anvendelse af berøring, ord og opmærksomhed på diafragma frembringer transformation og heling.

3. del:

Specifikke retningslinjer for RM-terapeuter, som arbejder med traumer

Jeg har dyb respekt for min uddannelse som Rosenterapeut, for den transformerende mig i en sådan grad, at jeg kan fungere på måder, som i denne kultur forekommer ulogiske. Før i tiden ville jeg hele tiden “gøre” og “fikse”; i dag er jeg overbevist om, at det er tilstrækkeligt at “være med”, uden vurderinger. De følgende

retningslinjer er alle aspekter af at lade en organisk helingsproces udfolde sig, i stedet for at prøve på at "fikse" nogen. Undertiden er det en udfordring for terapeuter at håndtere denne tilgang, og de følgende retningslinjer omhandler specifikke problemstillinger, der opstår i forbindelse med arbejdet.

Forvent ikke, at dine klienter har tillid til dig; og undlad at tænke, at du ikke er værd at stole på, hvis de ikke har.

Jeg har gang på gang set lettelsen hos folk, når de får lov til ikke at have tillid, og til at finde ud af, hvad de behøver for igen at være i stand til at vise tillid. Her er et enkelt eksempel: En ny klient ligger på min briks. Jeg mærker ingen afslapning og intet respons på min berøring eller mine ord. Efter en stund spørger jeg hende, hvordan mine hænder føles for hende. "Jeg stoler ikke på dig," siger hun, og der kommer en lille udånding.

"Du stoler ikke på mig," svarer jeg.

"Jeg stoler faktisk ikke på nogen."

Jeg bemærker, at vejrtrækningen bliver mere fri. Hendes ryg slapper af, og hendes vejrtrækning udvider sig. "Det stemmer," siger jeg. "Du stoler ikke på mig. Eller på nogen."

"Det er en utrolig lettelse at sige det," siger hun.

Nu er hendes diafragma mere afslappet, hun kan være sig selv uden at dømme, og sessionen kan fortsætte, imens hun har tillid til, at hun kan være sådan, som hun er. Hun behøver ikke at stresse sig selv, ved at hendes sind diskuterer med kroppen, om hendes oplevelse.

Når folk bliver opmærksomme på, at de ligger på briksen og føler frygt, beder jeg dem om at bemærke, hvilken skræmmende ting, de forventer. Jeg blev overrasket, første gang en klient spurgte: "Du har ikke tænkt dig at slå mig, vel?" Det overrasker også dem, at de ikke ved, at jeg ikke vil gøre dem fortræd. Jeg er sågar nødt til at sige det udtrykkeligt, selvom det forekommer så åbenlyst, at det næsten er komisk: at jeg ikke vil slå dem, forlade dem eller råbe ad dem. Det er en åbenbaring for dem, at de bærer rundt på denne frygt og projicerer den ud i nuet. Fordi de ikke bliver fordømt for at være i denne tilstand, begynder de at føle sig så trygge, at de kan åbne sig for en anderledes oplevelse.

De fleste mennesker er tilbageholdende med at mærke deres følelser, fordi de er bange for en af de følgende ting eller for dem alle tre:

- 1) De vil aldrig være i stand til at holde op med at mærke følelsen.
- 2) De vil ikke kunne fungere.
- 3) De vil dø.

For dem føles det overordentlig farefuldt at lægge overlevelselsesmønstrene bag sig, og du er nødt til at vise dem, hvornår og hvordan det er ufarligt. Trygheden kan begynde at blive etableret, når de hører, at:

- 1) Du vil ikke lade dem dø.

2) Du vil ikke lade dem være fortabt i deres følelser til evig tid.

3) Du vil ikke lade dem gå herfra i en dysfunktionel tilstand.

Overleveren har brug for en terapeut, som er sikker på at kunne være der gennem de sværeste perioder og hjælpe dem igennem.

Ofte skal der mere til end blot at sige disse ting. Klientens krop er nødt til at føle sig rummet i tilstrækkelig grad til at kunne fornemme, at de ikke vil falde fra hinanden, hvis de giver sig selv lov til at føle, så jeg pakker lagenet godt omkring dem, så de føler sig som i en puppe. Sommetider lægger jeg en pude over deres maveregion, så de føler en beskyttelse. Dermed bliver de i stand til at give slip og kontakte skræmmende følelser og give dem plads.

“Modvillige” klienter findes ikke.

Undertiden er en klient tilsyneladende uvillig til at tillade oplevelsen – enten tune ind på deres egne følelser eller at tage min tilstedeværelse ind. Når det sker, bliver jeg for alvor nysgerrig på, hvad der skal til for at de føler sig trygge nok, eller hvad der har brug for at blive hørt. “Modstand” er visdommens stemme; noget skal bringes på plads, inden næste trin kan udfolde sig. Det hjælper at bekræfte og anerkende modstanden og se den, som om den er en døråbning. Den “modvillige del” responderer normalt på respekt og nysgerrighed, og giver klienten og terapeuten gavnlig information om det næste, der skal ske.

Rosenterapeuter møder klienten - også modstanden - som en partner i sessionens forløb, med dyb respekt for det, der er i individets indre, og som skaber heling. Dette gennemgår jeg yderligere i næste sektion om "choice moments". “Det første helingsprincip er at give overleveren hendes kraft og styrke tilbage. Hun skal selv være sin egen helings ophav og autoritet” (Herman, 1992, p.134). Alene dette kan have helende virkning på overleveren.

Overleveren er, i lighed med de fleste, ikke klar over, at det er muligt eller okay at mærke modstridende følelser.

De elsker den far, de hader. De er rasende, og samtidig sørger de. De savner de gode, gamle dage, som aldrig var. De ved, at de har et godt liv, men de føler det ikke. Terapeuten er nødt til at sætte ord på disse tilsyneladende modsigelser og dermed normalisere det faktum, at folk kan være fyldt med modsætninger uden at være sindssyge. Vi er nødt til at give plads til og aktivt åbne os for mange ting, der sker på samme tid. Det er ikke svært at gøre, når vi forankrer folk, inklusive os selv, i vores kroppe.

Rosenterapeuter er nødt til at sætte farten ned og undgå at lade sig fange i klientens “kamp” eller “flugt”; begge dele kan vise sig ved at gøre for meget.

Under min uddannelse til RM-lærer spurgte min lærer, om jeg havde lyst til at prøve at lede en del af et grundkursus på egen hånd. Jeg tøvede, inden jeg sagde “ja”, og det bemærkede hun. I det øjeblik opdagede jeg, at jeg faktisk var ret bange for at gøre det, men selvfølgelig ville det alligevel. Hun tilbød mig den radikale idé, at jeg kunne vente, indtil jeg havde det bedre med det. Dette var i total modstrid med hele min

overlever-tilgang til livet: Du fortsætter fremad, mens du ryster i bukserne, og du lader ikke nogen vide, at du er skrækslagen. For mig var det en mindeværdig lektion i ikke at gøre for meget for hurtigt.

Nogle overleverer er stoikere, i hvert fald dem, der har brug for opløsning i stedet for lim. Enten føler de ikke, selv ikke engang deres krop; eller de har ekstreme smerter uden at sige en lyd om det. De forventer ikke, at deres smerte skal aftage, og det betyder, at når man indbyder dem til at give slip og slappe af, lade sig blive rummet og modtage følelsesmæssig næring, har de svært ved at følge opfordringen. Noget sådant har de aldrig oplevet, og derfor har de brug for at blive vejledt og inviteret til at åbne sig for terapeutens berøring. Ofte prøver de at være "gode klienter" og lade dig røre dem, men uden nogen fornemmelse af, hvordan de kan få hjælp af berøringen. Måske tror de, at det drejer sig om, at de skal ignorere deres negative eller positive respons på kontakt – det er selvfølgelig et ubevidst overlevelseshmønster – og komme videre med sessionen.

Rosenterapeutens opgave består i at henlede opmærksomhed på hvert eneste lille skridt undervejs. Hvis en hånd på ryggen får vejrtrækningen til at blive mindre eller stoppe, bemærker du det. Hvis det bliver lettere for klienten at trække vejret, når hånden bliver fjernet, er det dét, der er vigtigt, at han eller hun bemærker. Hvis de kan give sig selv lov til at udforske din hånd og deres egen frygt på samme tid, kan de ligefrem arbejde sig gennem frygten og opdage en ny mulighed. Men terapeuten må ikke lade sig narre til at hoppe med på deres "lad os få fat i det traume"-tog. Sæt farten ned. Vær opmærksom på berøring, kontakt og tryghed, inden du fortsætter.

Rosenterapeuter må kunne tolerere og bekræfte selv stærke "negative" følelser som raseri, fortvivlelse, skam og selvhad.

Følelserne kommer ikke nødvendigvis frem, når personen husker eller fortæller sin traumehistorie. De kommer frem, når klienter afbryder deres overlevelseshmønstre. Når du eksempelvis holder op med at bebrejde dig selv, begynder du måske at blive vred. Når du holder op med at fantasere om en rosenrød fremtid i stedet for at nyde det dejlige liv, du allerede har skabt, giver din fortvivlelse sig til kende. Når du bryder din tavshed, kommer tårerne. På dette punkt hænder det, at klienten føler sig som en fiasko og spørger: "Hvis det hele er ved at blive bedre, hvordan kan det så være, at jeg har det værre?" Forklar, at mønsteret blev dannet for at holde følelser på afstand, og nu, hvor de er ved at blive fri af det, kan følelserne komme op til overfladen og have deres begyndelse, midte og slutning.

Rosenterapeuten må være fortrolig med stærke, ubehagelige følelser. Det kan tage lang tid for en overlever at give sig selv lov til at have det raseri, som ville være den normale reaktion på den uretfærdighed, personen har gennemgået. Når klienten endelig kan føle det, udtrykke det, få dig til at engagere dig i det – et simpelt klem fra hånd til hånd på briksen er tilstrækkeligt – så begynder han eller hun at finde sin kraft. Denne følelse matcher virkeligheden; den er passende og præcis. Den hører med til at få fast grund under fødderne.

Når en klient føler fortvivlelse, må du lade ham eller hende føle det, i den rette kontekst. Fortvivlelse er en del af den oprindelige oplevelse, og den er nødt til at blive følt og navngivet, ligesom alt det andet, så den bydes velkommen. Jeg glemmer aldrig den enorme lettelse i Marys ansigt og i hendes vejrtrækning, da det røg ud af mig: "Selvfølgelig føler du fortvivlelse. Og nogen er nødt til at lade dig føle den." Du er nødt til at byde alt velkommen, hvad ingen hidtil har ladet dem føle før – alt det, som ingen nogensinde har taget sig af. Selvfølgelig, når de spørger dig, om deres lidelser aldrig vil få en ende, fortæller du dem, hvorfor du tror, den

vil (se boks 1).

Boks 1: Modvægt til fortvivlelse

Du kan nævne følgende grunde til, at du er sikker på, at overlevende vil komme sig:

- du forstår det neurovidenskabelige grundlag, og du fortæller dem om det
- du har set andre klienter (og dig selv) komme over det
- du kan minde dem om de øjeblikke, hvor de har oplevet frihed
- du har tillid til processen og du vil være sammen med dem hvert skridt på vejen

Du kan sige til dem, at de har mulighed for at fortsætte og stadig føle fortvivlelsen, mens du fastholder din overbevisning om, at der er noget mere kraftfuldt i deres indre, som ikke stopper, før de er hele.

En anden følelse, der er vanskelig at tolerere, er skam. Tidligere forvirrede den mig, fordi den er så ulogisk. En hvilken som helst overvældende begivenhed – en tornado, en gasekspllosion – kan få os til at føle os utilstrækkelige over for den, eftersom vi rent faktisk er det. Vores kultur lever efter sådan en uovervindelig myte, at vi ender med at skamme os over normal menneskelig skrøbelighed. “Skam er et respons på hjælpeløshed, krænkelse af den kropslige integritet og nedværdigelsen i en anden persons øjne” (Herman, 1992, s. 53). Når folk forstår nervesystemets programmerede reaktion på angreb, som kan omfatte ufrivillig immobilisering, kan de se, at de ikke var svage eller kujonagtige; deres iboende selvforsvarssystem satte dem i frys-tilstand. Alt for mange voldtægts ofre bebrejder sig selv, at de “ikke kæmpede imod”, da de var i en biologisk fremkaldt tilstand, der havde til hensigt at hjælpe dem med at overleve.

Nogle overlevende tror rent faktisk på, at de er svage, mangelfulde eller har gjort noget forkert, hvis de føler sig såret eller viser det. Det er underordnet, hvad det var, der sårede dem: verbal tilsvining, et knoglebrud eller sygdom. Der er noget galt med dem, hvis det generer dem. Det forstår jeg, når der er tale om seksuel vold eller misbrug, hvor de absorberede kraftige doser af gerningsmandens skam og invaderende ophidselse. Men det har overrasket mig, hvor panikslagne eller rasende på sig selv overlevende bliver, hvis de føler ubehag af nogen art, selv i forbindelse med aktuel tilskadecomst eller operation. Essentielt for at adressere det, er Rosenmetodens proces, som støtter folk i at være med det, der ER, uden at dømme det. Overlevende giver ikke sig selv lov til at være menneskelige, men når de kan vende tilbage til blot at være i deres krop, er det sværere at argumentere for, at en krop ikke bør gøre ondt, når den bliver skadet.

Der udvikles også skam, når en forælders respons på et barns behov tjener forælderen mere end barnet. Jeg har en mistanke om, at dette i særlig grad kan være tilfældet, hvis barnets behov var at få en støttende respons på sit traume⁷. Hvis dine daglige behov er et irritationsmoment, eller hvis du græder, fordi du er kommet til skade, og din omsorgsgiver vender sig bort, må konklusionen være, at du ikke betyder noget. Måske bliver du ligefrem straffet for at plage dem. Samtidig er dit nervesystem i en stresset tilstand, og du har ingen steder at gå hen. “Hvis denne dynamik bliver gentaget tilstrækkelig ofte, vil den synaptiske styrke i de

⁷ Et traume kan forstås som den fysiske og psykiske reaktion på det, der er sket.

neurale netværk, som udgør den skamfulde tilstand, tiltage til et punkt, hvor tilstanden bliver et karaktertræk, en accepteret og forventet del af denne persons selvopfattelse og identitet” (Badenoch, 2008, s. 107).

Skam er ikke bare en følelse, vi kan vælge at lade være med at have. Hver gang jeg har en klient med skam, udtrykker jeg klart og tydeligt min store respekt for dem og opmuntrer dem til at lade skammen være der. Jeg byder skammen velkommen uden at hoppe på den. Jeg tænker i al hemmelighed: *Lad os se, hvor længe det kan vare i denne atmosfære.* Jeg ved, at kærlighed heler, fordi jeg kender til hvordan oxytocin virker.

Skam kan få folk til at tro, at de virkelig er *slemme: ækle, væmmelige, onde* er nogle af de ord, jeg har hørt. Det er svært for en terapeut at lytte til den slags selvnedgørende tale uden at få lyst til at argumentere for at overbevise klienten om det modsatte. Engang holdt jeg om en klients arm og spurgte hende, hvordan det føltes. “Som en bunke lort,” hvædede hun. Min hjerne vidste ikke, hvad jeg skulle stille op med det. Gudskelov for min Rosen-træning: Jeg fortsatte med at røre hende på en kærlig måde og sagde lige så stilfærdigt: “Nå, det er en bunke lort, jeg rører ved.” Så slappede hun faktisk af; efter den session begyndte hun at have tillid til mig.

Selvkritiske tanker er en mekanisme, der er glimrende til at lægge afstand til selvet og lukke ned. Klienter, der har overlevet traumer, siger disse frygtelige ting om sig selv i fuld oprigtighed. Når du får bragt dem ud af deres hoved og ind i deres oplevelse, kan de opdage, at disse tanker dukker op, når en skræmmende følelse ligger lige under overfladen. Klienter har brug for at lære, at de ikke skal tro på disse tanker, men påskønne deres funktion. Så kan de vælge mellem at blive nysgerrige på deres følelser, eller slå sig selv oven i hovedet for at opretholde status quo. *Du kan ikke tale folk ud af disse overbevisninger og adfærdsformer, ikke engang når klienten vågner op og bliver klar over, hvor de kommer fra. Løsrivelsen er blevet programmeret af fysiologiske forandringer, der indtraf eller indtræffer under traumer. Krop-sindet og hele nervesystemet må forandres, for at traumesymptomerne kan blive helbredt.*

Nøglen til at bearbejde sådanne følelser, vi allerhelst ville undgå – total fortvivlelse, skam, at ønske sig død eller at tro, man er ond – er én simpel ting: alt du skal gøre er at invitere dem til at have følelsen og røre dem der, hvor det sker. Selvhad + kontakt = lettelse. Du behøver ikke at løse noget som helst.

Praktiser empati og resonans uden at smelte sammen.

En Rosenterapeuts uddannelse omfatter og fokuserer på kvaliteter, som overleverer efter traumer har brug for. Hver gang jeg holder et foredrag med demonstration, er der uvægerligt én blandt publikum, der spørger, hvordan jeg skærmer mig mod klientens “negative energi”; hvordan undgår jeg at blive påvirket af alt det, de “bærer rundt på”? Spørgsmålet gav ikke rigtig mening for mig, før engang, da en person, jeg demonstrerede sammen med, gav svaret: “Vi var forbundet, men hun var hende, og jeg var mig, og jeg vidste det.”

Ja, empati betyder ikke, at man bliver opslugt eller trigget. Under uddannelse til terapeuter lærer vi et specifikt sæt færdigheder – hvordan man skal røre, hvordan man observerer og følger med, hvornår og hvordan man skal tale – men det vigtigste, vi lærer, er at være til stede for klienten og for os selv på samme tid. Ingen kan yde et ægte bidrag til helingen af klienter med traumesymptomer, hvis de bare gennemgår et fast system, de kan på fingrene. Det er nødvendigt at være reelt til stede i hvert øjeblik, som det udfolder sig.

Vi kan ikke engang bruge færdighederne, hvis vi ikke er blevet helet for begrænsninger i vores egen kropslighed. Vores nervesystem hjælper med at berolige deres, så vi er nødt til at være i en tilstand af afslappet opmærksomhed, aktivt engagement og åben nysgerrighed.

En terapeut, som ikke er bevidst om, hvordan hans eller hendes egen krop reagerer på (dvs. resonerer med) frygt, raseri, hjælpeløshed og skam hos en anden person, vil ikke være i stand til at lede sine klienter ved at følge med i deres fornemmelser og styre dem sikkert gennem de traumatiske fornemmelsers til tider lumske (omend terapeutiske) vande. Samtidig kan terapeuter, ved at lære at være med deres egne fornemmelser, undgå at absorbere deres klienters frygt, raseri og hjælpeløshed (Levine, 2010, s. 42).

Det er grunden til, at RM-uddannelsen hovedsagelig fokuserer på at genoprette vores egen evne til at være til stede. Som Marion Rosen har sagt: "Alt i alt handler det ikke så meget om, *hvad vi gør* med klienterne, men *hvem vi er med dem*" (Rosen, 2003, s. 21).

Lær dine klienter om, hvad du ved om den neurofysiologiske baggrund for traumer og helbredelse.

Det gør en enorm forskel for klienterne at vide, at deres lidelse ikke er noget iboende, de blot må udholde, men et resultat af oplevelser, de kan bearbejde. Giv dine klienter information om, hvordan krop-sindet heles. Dette giver retning og lindring på mange forskellige måder:

- For det første bliver de opmærksomme på den mulighed, at de ikke behøver at bebrejde sig selv, at de ikke kan tænke sig ud af lidelsen, eller ikke "bare kommer over det" noget hurtigere.
- For det andet vil kendskabet til hvordan kroppen heler sig selv forsikre dem om, at der er håb i processen.
- For det tredje får de et sprog til at beskrive eller forklare deres oplevelser.

Viden om neurale netværk besvarer spørgsmålet: *Hvorfor kan jeg ikke føle mig tryk, når jeg ved, at jeg er helt igennem i sikkerhed?* Den viden besvarer spørgsmålet: *Hvad er der i vejen med mig?* Dette kan afbryde tankemønstre, som viderefører klientens lidelse.

Tilgivelse?

I tilfælde af krænkelser, tror mange, at de ikke er blevet helet, hvis de ikke har tilgivet, eller at de er dårlige mennesker, hvis de ikke kan tilgive. De prøver på at gå fra lidelse til tilgivelse uden nogen af de nødvendige mellemliggende skridt. Første skridt består i at blive fri af at lade sig styre af traumet; med andre ord, restitution af nervesystemet. Det ville være en hjælp, hvis gerningsmanden kunne sige: "Jeg er ked af det, kan du tilgive mig?" og mene det, og derefter tilbyde en eller anden form for restitution. Det kan mange forældre gøre for de fejl, de har gjort; det er svært at være forælder! Men der er krænkere, som jeg anser for at være så ubevidste og uforløste fra deres egne traumer, at de fortsætter med at være grusomme og uretfærdige. For dem ville det kræve mange års terapi, hvis de skulle blive anderledes, og derfor bliver mishandlingen ved. Når gerningsmænd bliver konfronteret, opfører de sig ofte, som om det var dem, der er ofre, og fortsætter med

endnu flere krænkelser. “Oprigtig anger hos en gerningsmand er et sjældent mirakel. Heldigvis behøver den overlevende ikke at vente på det. Hendes heling afhænger af, at hun opdager restituerende kærlighed i sit eget liv; det er ikke nødvendigt, at denne kærlighed bliver udvidet til gerningsmanden” (Herman, 1992, s. 190).

Jeg tvivler på, at det er muligt eller ønskeligt at tilgive personer, som fortsætter med at benægte din menneskelighed og ikke har gjort noget for at fortjene din tilgivelse. Men overlevere *har* brug for at give slip på dem. De er nødt til at stå fast, sætte navn på overgrebet, sige “nej” til det, og derefter gå deres vej uden at have mere at gøre med folk, der behandler dem dårligt. Det er svært, for det indebærer sommetider, at de må opgive drømmen om at have en familie og at familien bliver frelst. De er nødt til at se deres sorg og tab i øjnene. Efter flere års personligt arbejde så jeg min klient Mary begynde at gøre det – finde jordforbindelsen i sig selv og bare give slip på dem. Give slip på tilgivelsen, give slip på raseriet, giv slip på ønsket om et bedre slutresultat. Hun fik så meget af sig selv tilbage, at jeg ligefrem kunne se hende vokse.

4. del:

At se resultater

Erfaringen har lært mig nogle ting, jeg ikke havde forventet, da jeg begyndte min praksis. Jeg forventede ikke at se klienter, der behandlede sig selv på samme måde, som de blev behandlet, dengang traumesymptomerne blev grundlagt. Jeg havde ikke gjort mig klart, hvor ofte de på deres vej videre frem måtte tage nogle skridt tilbage og genfinde ruter, de tidligere havde opdaget. Jeg havde heller ikke forventet den dybfølte godhed, kraft og “forbindelse til noget større” (som Marion Rosen udtrykte det), som nødvendigvis matcher den dybde af smerte, som folk har oplevet. Følgende afsnit beskriver karakteren af de øjeblikke, der skaber forandring.

Frihed fra overlevelsesmønstre, ikke fra traumeerindringer

Et par år inde i min praksis gik det op for mig, at min primære opgave ikke er at dykke ned i mine klienters traumatiske fortid; det er at hjælpe dem med at frigøre sig fra de nuværende overlevelsesmønstre, der er resultatet af deres traumer. Det, der fortsat får dem til at lide, er at de gør de samme ting, de gjorde for at overleve. De var nødt til at finde måder at redde deres eget liv eller psyke, så de fortsætter med at holde fast ved disse adfærdsmønstre, som gjaldt det livet; de identificerer sig endda med dem, som “Det er sådan, jeg er.” Og disse mønstre fortsætter med at gøre dem bange, magtesløse og uden håb. Når klienterne bliver tilstrækkelig trygge til at begynde at slippe deres rigide adfærd, får de genoprettet, hvad de havde mistet: følelsen af handlekraft, tillid til verden og evnen til at nyde livet.

Jeg bruger mere tid på at engagere mig i overlevelsesmønstrene, som er selve de barrierer, Marion Rosen henviste til, når hun talte om muskelpændinger, end med selve erindringerne. Når vi er nået tilstrækkelig langt i processen, bliver det tydeligt, at *de er nødt til at holde op med at prøve at redde deres liv*. I min verden betyder det, at de er nødt til at holde op med at mishandle sig selv.

De fleste af mine klienter har oplevet barndomstraumer. Hvordan fandt de ud af at overleve? De overtog adfærden fra dem omkring dem, og her kunne der også være tale om dem, der mishandlede eller forsømte dem! Børn absorberer, hvad de ser hos andre, og det sker ved en kropslig proces. Jeg mener, at nogle hyppige symptomer på PTSD er denne tankeløse adfærd, klienten kopierede. Denne indsigt fik jeg for flere år siden, da en klient kom til mig med en spiseforstyrrelse. Hun beskrev, hvordan hendes mor behandlede hende, og så kunne jeg se hende behandle sin egen krop på nøjagtig samme måde: ignorere hvordan den havde det, forsøge at kontrollere alt ved den, og være yderst kritisk. Da jeg præsenterede denne overvejelse for hende, forstod hun det med det samme. Da hun kom igen ugen efter, fortalte hun, hvad hun havde oplevet for første gang: hun havde bemærket, hvornår hun var sulten, og hvornår hun ikke var, hun havde tilbudt sig selv mad, når hun var sulten, og hun havde kærlige følelser for sin egen krop.

Jeg har udarbejdet følgende liste over adfærd fra mine klienters beskrivelser af, hvordan de blev behandlet af deres familier. I forbindelse med mishandling og/eller vanrøgt vil "omsorgsgivere" almindeligvis:

- benægte at traumet har fundet sted;
- bagatellisere traumet, som om det ikke var noget særligt;
- drille eller gøre grin med offeret, hvis denne viser tegn på at være oprevet over den dårlige behandling;
- fortælle dem, de har såret, at de var årsag til deres adfærd;
- straffe eller true barnet for at tale om det;
- være så gode til at opføre sig, som om intet mærkeligt var hændt, at offeret blev opslugt i deres trance af tavshed og benægtelse. Tanken om at sætte ord på elefanten i stuen opstår slet ikke.

For at kunne fortsætte vil overleverne:

- lade som om, de ikke er "ved at flippe ud", når de er;
- ikke sige det til nogen, ikke engang til deres nærmeste, når de lider, har flashback eller invaderende tanker. De ønsker bare ikke at opfattes som svage, sindssyge eller nogen der har brug for noget;
- ignorere deres fysiske smerter;
- skamme sig over, at de bløder, når de bliver såret, både bogstaveligt og i overført betydning;
- bebrejde sig selv for at have overvældende følelser;
- ikke at tro på/ stole på deres egen hukommelse;
- være bange for, at de måske selv har voldelige tilbøjeligheder, selvom absolut intet tyder på den mulighed.

Denne adfærd blev antaget for at overleve, og den fortsætter stadig. Som Rosenterapeuter kan vi hjælpe

klienter med at blive opmærksomme på disse adfærdsmønstre, og blive klar over, at selvom de oprindeligt blev skabt for at overleve, behøver de ikke fortsætte i nutiden. Dette giver klienterne mulighed for at ændre mønstrene, så helingen kan finde sted. Når klienterne ikke længere er afhængige af et af disse mønstre, kan de mærke deres følelser og træffe nye valg.

Vendepunkter

Der vil sandsynligvis gå en rum tid med at arbejde sig igennem tilstrækkelig mange af de ovenstående problemer, før klienten kommer til en "skillevej". Dette er det øjeblik, der føles som liv eller død, eller måske død og død. På den ene side lider klienterne dybt under deres overlevelsesmønstre, som nogle gange er ved bogstavelig talt at tage livet af dem. På den anden side, hvad vil der ske, hvis de opgiver at overleve og rent faktisk forsøger at leve? Der kan være en umiddelbar fornemmelse af tilintetgørelse, at falde i et mørkt hul, eller blot ren og skær umulighed. De ved, hvad der skal gøres – tage imod kontakten fra dig, holde op med at tro på den indre kritik, række ud – men de ved ikke, hvordan de skal gøre det. Det, der virker for mig, er at fortælle dem, at de er okay, at de bare skal bemærke min hånd og mit nærvær, og så vente! De ved ikke, hvordan de skal føle, hvad de føler, hvad det så måtte være, men jeg fortæller dem, at der er noget i deres indre, som ved det. Alt, hvad vi behøver at gøre, er at være opmærksomme og nysgerrige på det.

Vi bruger ofte gloserne "opmærksomhed" og "nysgerrig" i RM. De er centrale for helingen af traumer; det er derfor, vi bruger dem så meget. Som en del af det trygge rum, terapeuten tilbyder, og som hjælper med at danne nye neurale baner, "er fokus på opmærksomheden vejen til specifikt at aktivere regioner i hjernen og derefter forbinde dem med hinanden" (Siegel, 2012, s. 10-2) og dermed fremme integration. "... Nysgerrighed [er] en af de umiddelbare 'modgifte' mod traumer. Nysgerrig udforskning, nydelse og traume kan ikke eksistere samtidig i nervesystemet; neurologisk betragtet modsiger de hinanden" (Levine, 2010, s. 175). Når vi er **opmærksomme og nysgerrige**, lader vi cortex (den tænkende og besluttende del af hjernen) bemærke fornemmelser, billeder, bevægelser og følelser i den limbiske hjerne, hjernestammen og naturligvis kroppen. "Cortex kan hjælpe os med at reflektere over disse subcortikale processer, og den giver os mulighed for, med opmærksomhed, at skabe valgmuligheder og forandring ... det er sindets kraft, at kunne ændre hvordan hjernen kan styre vores liv" (Siegel, 2012, s. 12-13).

For mig kræver det en vis skarpsindighed at finde ud af, om en klient, som vedvarende undgår følelser, blot hænger fast i et mønster, eller om der er tale om selvregulering på en gavnlig måde. Klienter er i den grad bange for at miste kontrollen og reelt mærke deres dybeste følelser, at de næsten overbeviser mig om, at de virkelig vil blive dysfunktionelle. En enkelt tåre, der triller ned ad kinden, kan for dem virke som en total nedsmeltning. Her har vi igen et snævert tolerancevindue, som blev neurologisk anlagt i barndommen, så det er ikke just et valg, de træffer nu. Jeg går forsigtigt frem, men jeg bagatelliserer ikke det øjeblik, de vælger at lukke ned. Jeg hjælper dem med at bemærke det og sætte ord på det, og jeg fortæller dem, at det er et øjeblik hvor de har et valg, et "choice moment". Det er i dette øjeblik, de føler det, som om de vil dø, hvis de giver sig selv lov til at føle. Jeg opfordrer dem seriøst til at mærke efter indeni og træffe valget; men det er ikke mig, der siger, hvad der skal ske i dette øjeblik. Dermed får de selvfølgelig endnu større magt over deres egen proces! (Se boks 2).

Hvis det virker som om, de er i uudholdelig smerte, griber jeg ind og sørger for, at de har opmærksomhed på mig, og at de er klar over, at de er elsket og i sikkerhed. Hvis de er forsvundet ind i en form for dissociation,

får jeg dem til at stoppe, og henter deres opmærksomhed tilbage til rummet og nuet. Jeg tror kun, det er sket en håndfuld gange i de forløbne 24 år. For det meste medfører den smertefulde session, hvor de dypper tæerne i deres smertes dybder, et efterfølgende øjeblik af indsigt eller større frihed.

Boks 2: "Choice moment"

Undgår følelser: fastlåst mønster eller gavnlige selvregulering?

Bring opmærksomhed til øjeblikket:

1. Klienten kan fortsætte med at holde vejtrækningen tilbage, spænde op, ignorere din kontakt, skifte til tænkning

ELLER

2. give slip på disse adfærdsmønstre og rette sin opmærksomhed mod de steder, hvor følelserne er i bevægelse, OG på at være holdt i et trygt rum.

Det er ikke terapeuten, der afgør, hvad der skal gøres.
Klienten træffer et bevidst valg. Terapeuten bekræfter det.

Marion Rosen var klar over, at barriererne mod autenticitet var indlejret i kroppen i spændte muskler, hæmmet vejtrækning, og så fremdeles:

“Når terapeuter arbejder med klienter, bruger vi først vores berøring til at bringe opmærksomhed til de spændte muskler. Vi sigter mod at gøre det muligt for disse kroniske spændinger at slappe af. ... Emotionelt sker der det, at klienterne bliver opmærksomme på deres eget bidrag til de begrænsninger, de har pålagt sig i deres liv. Dermed når de frem til en valgmulighed, som giver dem en chance for, at deres handlinger kan blive anderledes ... de kan åbne sig og vælge at vise sig selv: deres evne til at elske, deres kreative talenter og deres evne til at tænke. ... Denne proces er ikke intellektuel, og kommer kun indefra, når den får lov til at træde frem” (Rosen & Brenner, 2003, s. 20).

Jeg er dybt betaget af det mod, det kræver for at møde “det sted, hvor vejen deler sig” og vælge en ny vej. Når klienterne derefter vælger at tale, føle eller udtrykke sig, vælger de at blive i stedet for at flygte fysisk eller psykisk. De gør det modsatte af, hvad alle deres “instinkter” siger, de skal gøre, og de føler sig udsatte og sårbare. Alligevel vælger de livet, nuet. Måske kommer de til at skælve fra top til tå eller græde eller rase for at gøre det, men de gør det, fordi de har tillid til dig, og du har lært dem at have tillid til noget i deres eget indre. Rosenterapeuten opretholder en vedvarende tillid til processen.

Fremhævelse af gavnlige resultater

Overlevere kan være så tvivlende overfor at blive helet, at det er en hjælp, når terapeuten fremhæver de

resultater, der kommer, når deres overlevelsesmønstre bliver udfordret. Jeg melder altid tilbage til klienterne, hvad jeg ser og fornemmer, at der sker i deres krop, og jeg spørger, om de også selv kan mærke det. Vi hviler i afslapning, følelsen af lettelse, et nyt rum, der bliver åbnet; de er i stand til at opleve forandring i deres krop. Det er alt sammen overraskende for dem. Hvem skulle have troet, at man kunne blive reddet af at opgive kampen?

Min klient "Brenda" var blevet henvist af sin terapeut. Hun kæmper aktivt imod at føle noget som helst; hendes ansigt og stemmeføring er rolig og udtryksløs, selv når der er et jordskælv i maven. Når hun bliver spurgt om, hvad der sker indeni, siger hun: "Det har jeg ikke lyst til at fortælle, for det gør ingen forskel." Dette siger hun uden nogen anelse om det faktum, at hun fortæller – og viser – sin traumehistorie. Hun er vant til, at det hele bliver værre, når der tales om det.

Første gang jeg lagde min hånd i nærheden af Brendas diafragma, kunne jeg næsten ikke tro den voldsomme uro, jeg mærkede. Jeg ved ikke, hvor mange dage hun havde tilbragt på den måde. Jeg var oprigtigt bange for, at jeg måske slet ikke kunne hjælpe hende. Men jeg ville vide, hvad det var, der gjorde hende så urolig, og hun lod da også et par sætninger falde om seksuelt misbrug i barndommen. Hun vendte hele tiden tilbage til "Jamen, jeg har ikke lyst til at fortælle det." Men da hun fortalte, slappede hendes diafragma alligevel så meget af, at hendes mave holdt op med at slå kolbøtter. Det gav mig tilliden til at fortsætte. Jeg bad hende om at mærke sin mave nu, og hun kunne faktisk mærke, at hun var blevet mere rolig. Vi gentog dette et par gange, men det var essentielt, at hun blev bevidst om oplevelsen af at få det bedre, når hun brød sin "ikke fortælle noget" regel. Det overraskede hende, og hun smilede endda, inden hun gik.

Når folk har ressourcer til at bryde deres egne overlevelsesregler, vender de tilbage og beskriver nye usædvanlige oplevelser. En kvinde, som var overbevist om, at der ikke var nogen overhovedet, der ønskede at se noget lykkes for hende, fortæller i dag, at selv fremmede støtter hendes nye erhvervstiltag. En anden kan ligefrem sove om natten, og hun drømmer, at hun på en eller anden måde viser sig selv omsorg, og verden føles hel. En anden klient bemærker det smukke lys på frostmønstrene på hendes køkkenvindue og indser, at hun aldrig har ladet sig selv føle sig så levende før. En mand beder sin kone om at tage med ham på hospitalet, noget han aldrig før ville have gjort. Disse forandringer indtræffer tilsyneladende spontant og føles uforklarlige for overleveren, så terapeuten, som ved, at klienten er på vej tilbage til det "normale", fejrer og fremhæver dem. Det motiverer dem til større grad af frihed.

Hvor lang tid tager helingen?

Svaret er selvfølgelig, at det afhænger af så meget. For velfungerende personer med et enkelt - ikke for voldsomt traume - har jeg set dem forandre sig på en til tre sessioner. For personer, der lever et stabilt, produktivt liv, men som voksede op med adskillige traumer, kan der gå år. Mange faktorer spiller ind: Har klienterne støttende relationer i deres liv? Har de et meningsfuldt arbejde? Er de inspireret af andre ressourcer, som f.eks. naturen eller kunst? Det er i relationen mellem terapeut og klient, at de kan opleve tryghed, selvbevidsthed og personlig handlekraft. Jo bedre de er i stand til at integrere disse kvaliteter i deres liv, jo hurtigere vil helingen ske.

For mig kom friheden fra traumesymptomer "fra den ene dag til den anden" efter mange års personligt

arbejde. Jeg skal aldrig glemme det øjeblik, da jeg rejste mig fra briksen efter en session og opdagede, at den sort-hvide verden var blevet forvandlet til Technicolor. Min krop var fuld af glæde i stedet for frygt, og sådan har det for det meste været lige siden. Jeg ved ikke, om mine venner kunne se nogen forskel, men mine Rosen-studiekammerater var forbløffede over min ændrede kropsholdning og måde at gå på. Indvendigt forsvandt de ubehagelige fornemmelser i min mave og bryst, som hænger sammen med rædsel; nu er min subjektive daglige oplevelse betaget forundring og taknemmelighed. Mit ydre liv blev radikalt anderledes – jeg fik alt, hvad jeg nogensinde havde ønsket: et hus, en ægte mand og et arbejde, jeg elsker.

Imidlertid er det ikke ret mange gange, jeg har set et sådant transformerende øjeblik hos mine klienter. I stedet sker gennembrud gentagne gange over tid, hvilket skaber bevidsthed og evnen til at træffe andre valg. Klienterne kan begynde at glemme, hvad der skete, eller hvorfor det betød noget, eller hvilke konsekvenser det har i dag. Gang på gang overrasker det mig, når en klient møder op og taler og opfører sig, som om det gennembrud, vi havde i sidste session, slet ikke var sket. Hun *glemte*, at hun ikke behøver at være alene. Eller hun *glemte*, at grunden til at hun i dag hader kirken, er at hun blev misbrugt af en præst for 40 år siden.

Folk kan fortælle dig noget ganske tydeligt, hvorefter de opfører sig, som om de aldrig har sagt det. Eller at de aldrig forbandt en episode med det aktuelle problem. Jeg har lært, at jeg ikke kan gå ud fra, at fremskridt altid fortsætter fremad fra samme punkt. Jeg kan ikke regne med, at klienten kommer næste gang og stadig er bevidst om det, vi begge to vidste en uge tidligere. Men jeg har lært, at denne proces altid fører til endnu et lag af noget mere, der skal arbejdes med og heles. En sætning, klienten gentog igen og igen (og som vi begge troede, vi forstod), får en ny betydning. Et aspekt af traumet kommer i fokus og forklarer symptomer, som hidtil har været mystiske.

Uge efter uge melder de om små sejre. Kvinden med ar over hele kroppen går i den offentlige swimmingpool i badedragt. Én person, den eneste i familien, som ikke har et værelse for sig selv, går hjem efter en session og insisterer på at få et. Depressioner letter; rygsmærter forsvinder; folk finder sig ikke længere i deres ubehagelige chefers optræden. Der gik mange år, før Mary brød sine egne overlevelsesregler. Hun begyndte at fortælle det til sin mand, når hun “havde det hårdt” i et flashback eller en “genoplevelse”. Hun begyndte at tro på, at jeg var oprigtig, at jeg forstod hende, at jeg var dybt engageret i hendes velbefindende. Hun er ved at vende tilbage til sig selv som sin egen autoritet.

Helingsprocessen, som måske nærmere er en spiral, ser omtrent sådan ud:

TABEL 2: STADIERNE I HELINGSSPIRALEN

Faser	Bevidsthedsniveau	Følelse eller adfærd
ubevidst	Overlevende er ikke klar over, at det der skete med dem, var et traume.	fastlåst i overlevelsesmønstre
accept	Efterhånden begynder de at acceptere ovenstående.	fortsætter med at tvivle på sig selv, dog ikke hele tiden

forbindelse	De begynder at få øje på sammenhængen mellem aktuelle adfærdsformer og dilemmaer og tidligere oplevelser.	begynder at se, at deres problemer ikke er medfødte eller uundgåelige
navngivning	Overlevere kan genkende erindringer om traumer eller overlevelsesmønstre, og er i stand til at sætte ord på dem.	giver dem ro, også selvom de endnu ikke er i stand til at afbryde overlevelsesmønstrene
egenomsorg	optrådte tidligere "tappert," i forsøg på at lukke ned for at kunne deltage i aktiviteter, som bragte dem lidelse.	afviser situationer, som ikke er gode for dem, eller som er triggere for dem (f.eks. bestemte film eller familiesammenkomster)
mere til stede i kroppen	oplever oftere kropslig selvbevidsthed i nuet.	føler sig levende, påskønner jorden, stoler på andre, kender sit eget værd, taler frit
respons på erindringer	Erindringer, som tidligere aktiverede en massiv reaktion i hele kroppen, bliver autobiografiske erindringer som alle andre.	har stadig emotionelle reaktioner, men disse ødelægger ikke personens evne til at være til stede i nuet.

Disse faser optræder ikke i et lineært forløb. Der er tale om en spiral, ikke en stige; sommetider virker det som om bevægelsen mod heling går baglæns og derefter genvinder retningen. Efterhånden bliver overlevere til mennesker, der trives, samtidig med at de fortsætter deres rejse mod heling.

5. del: Livet efter heling af et traume

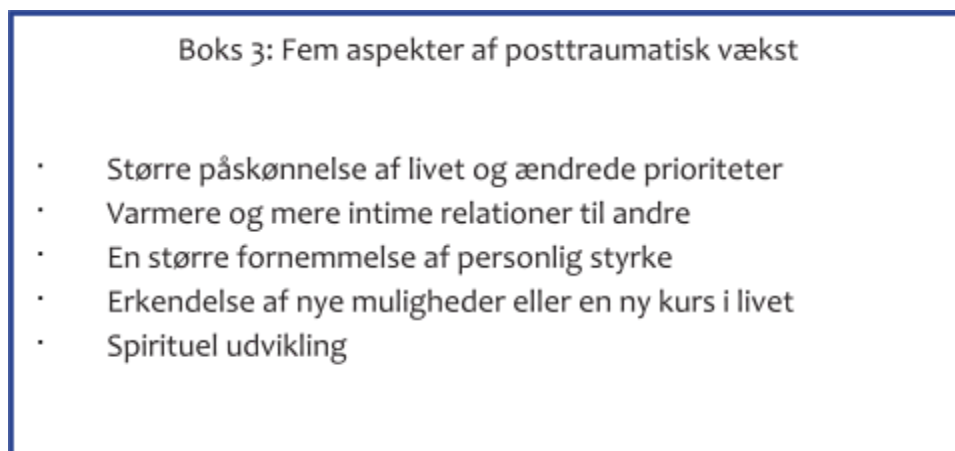
Jeg levede med PTSD, til jeg var 45, og det betød, at jeg tilbragte årtier med at søge. Jeg troede, det var en søgen efter noget, der kunne give mere mening i verden og være med til at gøre den bedre. Jeg husker følelsen af, at min uddannelse til Rosenterapeut og sessionerne "reddede mit liv". Måske ikke helt mit liv, men min sjæl, min evne til reelt at være mig selv i denne verden. Dengang havde jeg ikke ordene "kropslig selvbevidsthed", og jeg vidste heller ikke, at den trængte til at blive genvundet. Takket være RM fandt jeg ud af, hvad det vil sige at være nærværende, betydningen af at have oplevelser uden at dømme dem eller være bundet til dem, og at hvis vi går dybt ind i et hvilket som helst øjeblik – især smertelige øjeblikke – bliver døren åbnet til en dyb oplevelse af fred og velbefindende.

Jeg er nået frem til at se mig selv som en proces, der er forbundet med en umådelig række af processer. Jeg har lært, hvordan jeg kan komme tilbage til mig selv, når jeg har været væk. Når jeg er hjemme i min krop, er jeg tryk, fordi jeg er mig. Herfra ser jeg på min verden, og den lider; den er smuk, den er venlig mod mig. Jeg er ikke adskilt fra den. En dag sidste efterår gik jeg tur i skoven og blev betaget af, hvor smukt det gyldne sollys var på det gyldne løv. Så eksperimenterede jeg med at tage det, jeg observerede, til mig på samme måde, som jeg gør som terapeut: gennem maven, ikke gennem mine øjne og min hjerne. Straks vandrede jeg

gennem Mig Selv. Den Mig, der befandt sig i min hud, var blot en del af den Mig, der omgav mig til alle sider. "Selvet er meget mere end vores hudbeklædte krop, endsiges kun det, der sker mellem vores ører" (Siegel, 2012, s. 15-4). Denne kontinuitet gør mig til en del af en meget stor helhed: meget stor, med energier og intentioner, jeg kun har en svag anelse om, men som jeg kan fornemme, når jeg er opmærksom.

Jeg er ikke den eneste, der har på fornemmelsen, at når man bliver helet efter et traume, bliver der *tilføjet* noget til ens liv, det bliver ikke reduceret. Dette er sandsynligvis ikke tilfældet i samme grad ved komplekse eller udviklingsrelaterede traumer, men "Forskningen tyder på, at når personer, der har oplevet voldsomme traumer, sammenlignes med dem, der ikke beskriver traumer, optræder der positive personlige forandringer i væsentlig højere grad blandt overlevende efter traumer" (Tedeschi, 2004, s. 5.). Overlevende siger, at de ville ønske, at traumet aldrig havde fundet sted, og samtidig påskønner de den udvikling, de fik fra deres respons på traumet.

Posttraumatisk vækst er ikke et resultat af traumet i sig selv, men af at håndtere overlevelse og skabe mening. Forskere har identificeret fem vækstområder (Tedeschi, 2004, s. 6; se boks 3).



Ofte giver traumer overlevende en mission, og de går i gang med at ændre et eller andet aspekt af verden. Ikke nok med, at de er blevet mere modstandsdygtige: "Posttraumatisk vækst er ikke kun en tilbagevenden til udgangspunktet – det er en oplevelse af forbedring, som for nogle er dyb og gennemgribende" (Tedeschi, 2004, s. 4)

Heling efter et traume involverer nødvendigvis spirituel vækst. Vi har brug for, at vores sunde, større Selv er til stede for vores sårede selv. Vi har brug for, at diafragma, vores "spirituelle muskel" – som Marion Rosen kaldte den – slapper af. For når diafragma er fri, åbner folk sig til en tilstand med dyb forbundethed med selvet, med den ydre verden og med noget meget større. Dette kan blive til en oplevelse, som Albert Einstein kaldte

"oplevelsen af sikkerhed, af noget "rigtigt", hvorfra man kan fornemme den indbyrdes sammenhæng mellem alt. Denne oplevelse har den effekt, at man efterfølgende føler sig i bemærkelsesværdig grad hjemme og uden frygt i universet" (citeret i Green, 2013, s. 27).

At praktisere og undervise i RM er en stor del af det, der holder mig fast i følelsen af, at jeg virkelig er nået

frem til mit meningsfulde liv. Hver dag har jeg grund til at være totalt engageret i det, jeg foretager mig, det kan være at give en session, en gåtur i naturen, at skrive eller at være sammen med én, jeg holder af. Denne evne til at acceptere og være fordybet i vores egen oplevelse kalder Fogel for en “kærlighedshandling” af to grunde: “ikke nok med at det øger personens egen kropslige selvbevidsthed; det kan også forstærke kropslig selvbevidsthed – kapaciteten for den bedst mulige menneskelige oplevelse – hos andre, der kommer i kontakt med personen eller dennes arbejde” (Fogel, 2009, s. 278). Fra jeg var barn, har jeg søgt efter en mulighed for at gøre verden til et bedre sted. Selvom Marion Rosen udviklede dette arbejde som middel til personlig heling og transformation, nåede hun frem til at se, at “dette arbejde kan transformere interaktioner i familier, arbejde, det kreative liv og i verden” (Rosen, 2003, s. xiii).

Konklusion

Rosenmetoden benytter en unik, integreret anvendelse af berøring, ord og opmærksomhed på diafragma til at hjælpe klienter med at opnå kropslig selvbevidsthed, som er essentiel for heling efter traumer. RM tager fat i alle dele af personen, krop, sind og sjæl, så klienterne kan genvinde alt, hvad der gik tabt ud fra MacCurdys definition på traume, herunder personlig handlekraft, mening med livet og tillid til verden. Udover restitution kan heling efter traumer bidrage til vækst og udvikling ud over tidligere niveauer af kropslighed og personlig styrke.

Referencer

- American Psychiatric Publishing. (2005). *Diagnostic & Statistical Manual of Mental Disorders*, 4. ed.
- Badenoch, B. (2008). *Being a Brain-Wise Therapist: A Practical Guide to Interpersonal Neurobiology*. New York: W.W. Norton & Company.
- Dingfelder, S. F. (2010, October). Freeing bad memories. *Monitor on Psychology*, 41 (9), hentet fra www.apa.org.
- Ecker, B., Ticic, R. & Hulley, L. (2013, July/August). Unlocking the emotional brain. *Psychotherapy Networker* 18-25, 46-47.
- Fogel, A. (2009). *The Psychophysiology of Self-Awareness: Rediscovering the Lost Art of Body Sense*. New York: W.W. Norton.
- Graham, L. (2010, April). Reflections on oxytocin, the neurochemical of everything good. *Resources for Recovering Resilience Newsletter*. Hentet fra www.lindagraham-mft.net
- Green, I. (2014). The safe container of interpersonal relationships. *The Rosen Method International Journal*,

Green, I. (2013). The role of the diaphragm in self-awareness and transformation. *The Rosen Method International Journal*, 5, Issue 2, 5-29.

Herman, J. L. (1992). *Trauma and Recovery: The Aftermath of Violence from Domestic Abuse to Political Terror*. New York: Basic Books, Inc.

Hrossowyc, D. (2009). Resonance, regulation and revision: Rosen Method meets the growing edge of neurobiological research. *The Rosen Method International Journal*, 2, Issue 2, 3-9.

Levine, P. A. (2010). *In an Unspoken Voice: How the Body Releases Trauma and Restores Goodness*. Berkeley, Ca.: North Atlantic Books.

MacCurdy, M. M. (2007). *The Mind's Eye: Image and Memory in Writing about Trauma*. Amherst: University of Massachusetts Press.

Montagu, A. (1978). *Touching: The Human Significance of the Skin*. New York: Harper & Row.

Ogden, P., Minton, K., & Pain, C.. (2006). *Trauma and the Body: A Sensorimotor Approach to Psychotherapy*. New York: W.W. Norton & Company.

Pennebaker, J. (1997). *Opening Up: The Healing Power of Expressing Emotions*. New York: The Guildford Press.

Pert, C.. (1997). *The Molecules of Emotion: The Science Behind Mind-Body Medicine*. New York: Touchstone.

Rosen, M. with Brenner, S. (2003). *Rosen Method Bodywork: Accessing the Unconscious through Touch*. Berkeley: North Atlantic Books.

Siegel, D. J. (2012). *The Pocket Guide to Interpersonal Neurobiology: An Integrative Handbook of the Mind*. New York: W.W. Norton & Company.

Stevens, E. (2012). The Adverse Childhood Experiences study. *ACEs Too High News*. Hentet fra acestoohigh.com.

Tedeschi, R. G. & Calhoun, L. G. (2004). Posttraumatic Growth: Conceptual and Empirical Evidence. *Psychological Inquiry*, 15, 93-102.

van der Kolk, B. (1994). The Body Keeps the Score: Memory and the Evolving Psychobiology of Post-Traumatic Stress. Hentet fra www.trauma-pages.com/vanderk.htm.

Wooten, S. (1995). *Touching the Body, Reaching the Soul: How Touch Influences the Nature of Human Beings*. Santa Fe: Rosen Method Center Southwest.

⁸ Artiklen er oversat til dansk med titlen: "Det trygge rum i interpersonelle relationer".