



NARM: Godt bud på metode til komplekse traumer/C-PTSD

Komplekse traumer/C-PTSD kræver andre metoder end dem, man anvender til PTSD. Den Neuro Affektive Relationelle Model NARM er et godt bud på en sammenhængende metode.

Af: Tove Mejdahl, cand.pæd.psych.aut. og hovedlærer på NARM-uddannelsen, Jeanett Bonnichsen, cand.pæd.psych.aut. og ledende assistent på NARM-uddannelsen samt Majken Skjølstrup, cand.psych.aut. og assistent på NARM-uddannelsen.

En af de vigtigste nye diagnoser i klassifikationssystemet ICD-11 er C-PTSD (Complex Post-Traumatic Stress Disorder).

For os, der arbejder med mennesker med komplekse traumer på daglig basis, er det en glædelig nyhed, at C-PTSD endelig er blevet anerkendt som officiel diagnose. Vi ser nemlig, hvor lidelsesfuldt det kan være at leve med C-PTSD. Samtidig er det dog nedslående, at det har så lange udsigter, før diagnosen for alvor bliver taget i brug i Danmark.

For selvom WHO har meldt ud, at afløseren til det snart 30 år gamle ICD-10 træder i kraft 1. januar 2022, varer det længe, før den kliniske implementering er parat. Ifølge Dansk Psykiatrisk Selskab sker det tidligst i 2024, da hele diagnosesystemet skal oversættes, og der skal udarbejdes og afholdes undervisning i brug af ICD-11 og de nye diagnoser.

Blandt førende traumespecialister hersker der bred enighed om, at mennesker med C-PTSD har brug for behandlingsmetoder, der adskiller sig fra de metoder, der i dag bruges ved PTSD. Det er derfor vigtigt, at vi som behandlere er i stand til 1) at identificere C-PTSD, når vi møder klienter med komplekse traumer, og 2) at vi har kendskab til hvilke terapeutiske metoder, der kan hjælpe disse mennesker.

Vi ser behandlingsmetoden NARM som et rigtig godt bud på en virksom og sammenhængende metode til at arbejde med mennesker med komplekse traumer.

Hvad er komplekse traumer

Når vi taler om komplekse traumer, skal ordet *"traume"* forstås i bred forstand og det dækker både over udviklingstraumer, tilknytningstraumer, emotionelle traumer, kulturelle traumer m.m.

Et af de mest almindelige tilknytnings-/udviklingstraumer kommer af mere eller mindre kronisk fejlafstemning: at man ikke er blevet set og mødt på den måde, som et lille barn har brug for. Vores hjernestrukturer er baseret på erfaring, og der etableres betydningsfuld forskel på oplevelsen af *at komme ud for noget slemt og blive samlet op og trøstet* over for *at komme ud for noget slemt og måtte klare det selv*.

Traumer i barndommen er hidtil ofte blevet overset eller undervurderet. Det betyder, at rigtig mange personer lever med indre tilstande af mangel på tryghed, mangel på selvkærlighed, vanskeligheder i relationer samt lidelsesfulde fysiske og psykiske symptomer.

Diagnosen af disse komplekse traumer har været længe undervejs. Fremtrædende profiler som psykiater Judith Herman revolutionerede allerede i begyndelsen af 90'erne forståelsen af traumer ved at introducere C-PTSD-diagnosen, der skulle uddybe forståelsen for traumers kompleksitet og skabe en differentiering fra diagnosen PTSD (Herman, J. L., 1992).

En af verdens førende traumeforskere Bessel A. van der Kolk arbejdede i årevis på at få diagnosen *"Development Trauma Disorder"* (DTD) anerkendt og optaget på listen over diagnoser. Han og hans team lavede omfattende feltstudier, der underbyggede nødvendigheden af en sådan diagnose (Van der Kolk, B., 2019).

Et andet meget omtalt og omfattende studie er *"The CDC-Kaiser Permanente Adverse Childhood Experiences (ACE) Study"*, der beskriver ugunstige barndomsoplevelser, som er potentielt traumatiske. Den forskning viser med al tydelighed, at belastede opvækstvilkår er forbundet med blandt andet kroniske helbredsproblemer, psykisk sygdom og stofmisbrug i voksenalderen. Uddannelse og jobmuligheder bliver også påvirket negativt, ligesom der er stor sandsynlighed for tidlig død.

En ny diagnose, der omfatter indvirkningen af sociale relationer og individets opvækstvilkår, i stedet for alene at fokusere på psykisk sygdom som en forstyrrelse i hjernen, giver således god mening.

Den rigtige diagnose

Den nye diagnose giver håb for, at mange flere mennesker kan få langt bedre behandlingstilbud, der er målrettet komplekse traumer.

Indtil nu er der en stor gruppe både børn og voksne med C-PTSD-symptomer, der har fået diagnoser som ADHD, ADD, borderline samt diagnoser indenfor autismspektret uden at diagnoserne har været fuldt dækkende for deres faktiske tilstand. Mange har ligeledes gået i langvarige behandlingsforløb uden at opleve egentlig lindring af deres lidelser. Med et større fokus på komplekse traumer kommer dette forhåbentlig til at ændre sig fremover.

Som nedenstående eksempel fra praksis viser, kan den mere komplekse forståelse af traumer åbne op for en anden type behandling, som vi håber at se meget mere af fremover.

Neuropsykolog Anne-Mette H. Knudsen noterer om hendes NARM-praksis i 2020:

”I dag skulle jeg have startet autismeudredning med en mand i 30’erne. Jeg stoppede op efter den første halve time og delte mine tanker med ham. Sagde til ham, at jeg kunne tænke mig at høre lidt til hans opvækstfamilie og de følelsesmæssige/socialt aspekter af den. Derefter skiftede samtalen helt retning: Svære brud, en far, som han selv betegnede som *”narcissistisk”*. Samtalen blev en fortælling om svære og usunde opvækstbetingelser for et barn. Jeg delte med ham, hvordan jeg kunne have en hypotese om, at han var blevet nødt til at udvikle nogle beskyttelsesmekanismer for at overleve følelsesmæssigt i sin barndom - mekanismer, som han nu bar videre med sig ind i voksenlivet, og som skabte de barrierer, han oplevede. Mens jeg kort delte min hypotese med ham, ændrede hans ansigt sig fuldstændig; han blev mild, og hans øjne blev våde. Han sagde: *”Jeg har jo søgt hjælp flere gange, men jeg har aldrig følt mig så genkendt som i det, du siger”*.”

At behandle komplekse traumer

Ifølge Ditte Darko er barndomstraumer en *”statistisk sikker prædikator”* for, at en klient hører til i diagnosen C-PTSD i sammenligning med PTSD-diagnosen (Darko, D., 2020).

I en artikel i psykologernes fagmagasin beskriver hun, hvordan Forsvarets Veterancenter som de første i verden er ved at udvikle en ny behandlingsform til C-PTSD, der adresserer DSO-kriterierne, som har at gøre med forstyrrelser i klientens selvorganisering.

Vi oplever et stort behov for at udvikle nye behandlingsmetoder og interventioner i forhold til C-PTSD, der netop fokuserer på arbejdet med de elementer af komplekse traumer, der ligger ud over de klassiske PTSD-symptomer. Det er dejligt, at vi i Danmark er med i front.

Der har dog heldigvis allerede over en årrække været forsket i udviklingen af mere effektive metoder i arbejdet med C-PTSD. I en artikel fra 2011 (Treatment of Complex PTSD: Results of the ISTSS Expert Clinician Survey on Best Practices) lyder konklusionen, at *“multikomponente, fase-baserede tilgange vil give de største fordele”* (Cloitre et al., 2011).

Det lader til netop at være en sådan multikomponent, faseorienteret metode, Forsvarets Veterancenter er ved at udforske; dog med den betydningsfulde tilføjelse, at *“klienten bliver inddraget i sin egen behandling”*, hvilket man vurderer, har en klar positiv effekt. Man begynder måske hermed at forstå og inddrage betydningen af det relationelle aspekt mellem klient og terapeut i behandlingen, som vi NARM-behandlere oplever er så afgørende.

En metaanalyse og review af 51 studier (Karatzias et al., 2019) vurderer, at de klassiske behandlingsformer, TF-CBT og EMDR, som anbefales til PTSD, er utilstrækkelige til C-PTSD. I et review over frafald og de, der ikke har effekt af PTSD-behandling, (Schottenbauer et al., 2008), er det fundet, at det ikke er ualmindeligt med op til 50% frafald. Studiet anbefaler mere forskning på området, særligt i alliancens betydning i behandlingen af dem, der har relationelle traumer, samt i terapeutvariabler.

Den betydningsfulde alliance

At kigge nærmere på alliancen mellem klient og terapeut finder vi særdeles relevant.

Mennesker, der har oplevet komplekse traumer og lider af PTSD og C-PTSD, er konstant i forhøjet alarmberedskab. Netop derfor har opbygningen af en tryk terapeutisk relation, hvor terapeut og klient indgår i et ligeværdigt samarbejde, en signifikant betydning for en vellykket terapi.

PhD Helma Mair skriver med henvisning til solid forskning, at *sikkerhed* er en fundamental ingrediens i det terapeutiske møde, og at oplevelsen af sikkerhed i terapisituationen ikke opstår i et vakuum, men netop ud fra interaktionen mellem klient og terapeut (Mair, H., 2020).

Mange af de terapeutiske tilbud, der bliver udbudt i dag, er manualbaserede pakked løsninger baseret primært på økonomiske hensyn. Disse løsninger forekommer helt utilstrækkelige i arbejdet med komplekse traumer og kan betyde, at klienter med komplekse traumer faktisk kan få det dårligere end før.

Et nyt feltstudie af psykolog og miljøforsker Malene Friis Andersen viser, at en stor del af de ansatte i psykiatrien laver *“skyggearbejde”*. Det er arbejde, der udføres som et slags oprør mod pakked løsningernes udvanding af fagligheden. Behandlaren forlænger for eksempel sessionerne eller ser en klient hver uge, selvom pakken kun indeholder et møde hver anden uge.

Der er tale om en slags ”civil ulydighed i jagten på at kunne levere en tilstrækkelig kvalitet og også opnå faglig tilfredsstillelse” (Toft, N., 2021). Psykologer ved godt, at god faglighed indebærer, at der opbygges en bæredygtig terapeutisk alliance, og det er især den, der bliver udfordret i pakkelsesløsningerne.

Stor efterspørgsel efter NARM

Netop den terapeutiske alliance er afgørende i NARM-metoden.

NARM er en hurtigt voksende behandlingsmetode, som specielt er udviklet til arbejdet med DSO-kriterierne, der omfatter *negativ selvbeholdning, forstyrret affektregulering og vanskeligheder med relationer*. Siden bogen ”Healing Developmental Trauma”, der præsenterer metoden, udkom i 2012, er den oversat til mere end 10 sprog, og der udbydes NARM-uddannelser i 14 lande, hvor behandlere fra hele verden deltager. På under 10 år er opmærksomheden omkring NARM vokset helt enormt, og efterspørgslen bliver kun større.

I Danmark har vi også over de seneste år oplevet en stigende efterspørgsel fra både fagfolk og klienter, og vi er ikke i tvivl om, at NARM har fat i noget essentielt. Metoden rammer både velkendte hverdagsudfordringer, som mange lever med i deres dagligdags liv og relationer, men også de klienter, som i årevis hverken har følt sig mødt eller forstået i de tilgængelige diagnostiske rammer.

Ser vi på de specifikke symptomer for diagnosen C-PTSD, bliver det tydeligt, at NARM helt specifikt er udviklet til at arbejde med DSO-kriterierne, som er forbundet med C-PTSD:

NARM (<i>Healing Developmental Trauma</i> , 2012)	C-PTSD (ICD-11, 2018)
Selvregulering	Forstyrret emotionsregulering
Selvbillede	Negativ selvforståelse
Evnen til kontakt	Forstyrrelse i relationen til andre

For at få diagnosen C-PTSD skal klienten ud over DSO-kriterierne opfylde kernesymptomerne fra PTSD-diagnosen: *Genoplevelse, undgåelse og forøget alarmberedskab*.

NARM er ikke blot en eksisterende metode, der er blevet tilpasset arbejdet med C-PTSD, men er netop bygget op omkring forståelsen af komplekse traumer. Forespørgsler blandt terapeuter, der har taget NARM-uddannelsen, viser da også, at de oplever metoden som særdeles effektiv i arbejdet med symptomer forbundet med komplekse traumer (www.narmtraining.com/resources).

NARM-metoden er så ny, at den endnu ikke er evidensbaseret, men den er i høj grad evidens-informeret, ligesom den også er traume-informeret. Det amerikanske *NARM Training Institute* har stort fokus på at få iværksat forskning om effekten af NARM-metoden. Vi venter spændt på at se, hvad kommende studier vil vise over de næste år.

Da NARM allerede nu i praksis har vist sig at være en yderst effektiv behandlingsmetode, vil den derfor kunne være et rigtigt godt alternativ til de manualbaserede behandlingspakker, som ikke kun findes i psykiatrien, men er normen på rigtig mange områder i vores samfund.

En kompleks metode

I NARM er fokus i en samtidighed på kognition, emotion og krop, og tilgangen er psykodynamisk funderet. NARM-terapeuten er optaget af klientens relationelle liv og ikke mindst den terapeutiske relation, som den udfolder sig i en her-og-nu-proces.

NARM står for:

N = Neuro: henviser til den psyko-fysiske enhed og betydningen af et velfungerende nervesystem. Nyere forskning peger på, at chok- og udviklingstraumer skader evnen til emotionel og autonom selvregulering, hvilket på sigt kan føre til alvorlige kroniske sygdomme og tidlig død.

I NARM arbejdes med "Somatisk Mindfulness", der understøtter klientens evne til at kunne følge den organiske proces, som den udfolder sig i nuet.

A = Affektive: henviser til hvordan vi håndterer vores følelser.

Symptomer på følelsesmæssig dysregulering er, når vi ikke kan mærke vores følelser, når følelserne overvælder os, og når grundstemningen er tung og trist og vores problemer forbliver uløste.

I NARM understøttes klientens kapacitet til at kunne rumme og håndtere intensiteten i stærke følelsesmæssige udtryk. De stærke følelser har dermed en mulighed for at blive mødt, færdiggjort og komme til en afslutning i stedet for at blive undertrykt eller fraspaltet.

R = Relationer: De relationer, vi har indgået i som børn, har afgørende indflydelse på vores partnervalg, forældre-barn-dynamikken i den familie vi selv har skabt, kontakten til venner og kolleger og på hvad der sker i mødet mellem klient og terapeut.

Vi ved fra tilknytningsteorien, hvor stor betydning vores tidligste relationer har for identitetsdannelsen, og for om vi føler en naturlig tryghed og sikkerhed i mødet med vores omverden. Barnet lærer evnen til selvregulering gennem moderen eller en anden primær omsorgsperson.

Den tidligste tilknytning er livsvigtig for barnet, og netop fordi den er livsvigtig, vil barnet automatisk opgive eller fraspalte sine kernebehov i forbindelse med fejlafstemning, svigt eller overgreb for at bevare sin tilknytningsrelation.

For at kunne overleve tidlige traumer, vil vi som mennesker udvikle *adaptive overlevelsesstrategier*, som det kaldes i NARM. Overlevelsesstrategierne er ofte dem, der forhindrer os i at indgå i balancerede relationer senere i livet.

I NARM-terapien arbejder vi både med relationen mellem klient og terapeut, og endnu mere væsentligt, med klientens relation til sig selv og omverden.

M = Model: I NARM opererer vi med fem udviklingsmæssige livstemaer eller kernebehov. På dansk kalder vi dem: *kontakt, afstemning, tillid, autonomi og kærlighed/sexualitet*.

Man kunne kalde dem universelle eller arketyriske temaer, som alle mennesker bliver præget og udfordret af gennem deres udvikling. Til hvert udviklingstema hører centrale ressourcer, der er afgørende for evnen til selvregulering og vores evne til at være i kontakt.

Hvis de fem kernebehov ikke bliver mødt godt nok under opvæksten, udvikler barnet overlevelsesstrategier, som har til formål at beskytte den livsvigtige tilknytningsrelation til forældrene.

I NARM-terapien bruger vi de centrale kernebehov til at forstå og støtte klienten i at genskabe kontakt til de autentiske, sunde ressourcer i klienten.

Den kliniske og terapeutiske proces i NARM bygges op på fire søjler:

1. *Afklaring af den terapeutiske kontrakt*, som er en agens-baseret proces med fokus på udforskning af klientens inderligste ønsker, som ikke er specifikt mål- eller resultatorienteret.
2. *Der stilles undersøgende spørgsmål*, som både har til formål at indsamle information og invitere klienten til at reflektere over sin egen interne proces.
3. *Klientens selvagens styrkes*, hvilket går ud på at understøtte klientens bevidsthed om egen andel i de udfordringer, man står over for som voksen.
4. *Terapeuten reflekterer skift i klientens tilstand*, og kropsligt ankres skift mod øget sammenhæng, organisering og oplevelse af større forbundethed fysisk, følelsesmæssigt, kognitivt og relationelt – i terapien, mens det sker.
Dette understøtter opblødning af gamle identifikationer, integration og reorganisering.

NARM er med andre ord en kompleks metode at lære. Men komplekse traumer kræver en mangefacetteret tilgang, som NARM-terapien netop er kendetegnet ved. Som en klient beskriver NARM-terapien:

"Når jeg forlader terapirummet, føler jeg mig mere handlekraftig og modig. Ved at få udvidet det følelsesmæssige spektrum, har det givet mig ressourcerne til at navigere i mine følelser og dermed handle anderledes på tingene. Terapien øger fokus på mine egne evner netop via samtalen. Og det er det, der er givende i terapien; at der er fokus på mine ressourcer og kvaliteter - ikke diagnoser, udfordringer eller begrænsninger. De kan blot være et afsæt for samtalen. Det gør også, at effekten af terapien smitter af på alle områder i mit liv og ikke kun specifikke situationer. Hvor jeg tidligere kun havde farverne hvid, sort og grå på den følelsesmæssige palette, så er den nu fyldt med farver. Og vigtigst af alt: det er mig, der styrer penslen".

I NARM har vi stort fokus på den overføring og modoverføring, som opstår i den psykodynamiske proces. Derudover har vi også en bevidst opmærksomhed på at skabe et ligeværdigt forhold til klienten, hvor samarbejdet om den terapeutiske proces foregår "voksen til voksen".

Alt for mange behandlere kommer til at tage et overansvar for, hvad klienten får ud af sin terapi. De arbejder så hårdt på at fikse klienten, at det faktisk nogle gange kan virke stik imod hensigten. Der opstår nemlig et magtforhold, hvor klienten kan komme i barnetilstand i forholdet til terapeuten, og derfra er det svært selv at tage tilstrækkeligt ansvar for sin egen helingsproces.

Netop for at undgå at terapeuten får en position som den, der ved bedst, afholder man sig som NARM-terapeut fra at komme med vurderinger, tolkninger og gode råd. For NARM-terapeuter er den vigtigste terapeutiske tilgang at være nærværende og tilstede med en nysgerrig og åben indstilling. Som en klient udtrykker det:

"NARM-terapi adskiller sig fra andre terapiformer, jeg har prøvet (eks. kognitiv adfærdsterapi). I NARM-terapien udleveres der ikke værktøjer, som efterfølgende skal afprøves i "den virkelige verden" og følges op på. I NARM-terapien falder brikkerne på plads i selve terapirummet og i samtalen - og processen fortsætter, efter jeg har forladt terapirummet, uden jeg aktivt gør noget. Det fjerner følelsen af at skulle præstere og få lektier for og dermed frygten for at fejle. NARM-terapien er en mere dybdegående og helhedsorienteret terapiform, da den integrerer både følelser og krop. Det giver en oplevelse af, at der bliver gjort plads til følelserne i kroppen, og de først får lov til at fylde og hvirvle - for derefter at bundfælde. De følelser, som jeg tidligere har undgået eller undertrykt, finder lige pludselig hjem".

Der er ingen mirakler at hente, når man arbejder med komplekse traumer - heller ikke med NARM.

Men det er med denne unikke metode muligt at hjælpe klienter til at kunne opleve livet på en anden måde uden overdreven skam, selvhad og konstant selvkritik og ikke mindst at give dem håb om, at det faktisk er muligt, at de kan få det anderledes.

Dermed er NARM et relevant bud på en effektiv metode, der kan hjælpe mennesker, som har oplevet komplekse traumer, og som er kvalificerede til at få diagnosen C-PTSD, når den endelig bliver taget i brug om nogle år.

Kilder:

Cloitre, M., Courtois, C. A., Charuvastra, A., Carapezza, R., Stolbach, B. C., Green, B.L. Treatment of Complex PTSD: Results of the ISTSS Expert Clinician Survey on Best Practices. Journal of Traumatic Stress, Vol. 24, No. 6, December 2011, pp. 615–627.

Darko, D. (2020). Magasinet P, Nr. 08 / 2020. Dansk Psykolog Forening.

Heller, L., LaPierre, A. (2012) Healing Developmental Trauma. How Early Trauma Affects Self Regulation, Self Image, and the Capacity for Relationships. North Atlantic Books.

Herman, J.L. (1992). Trauma and recovery: The aftermath of violence - from domestic abuse to political terror. New York: Basic Books.

Karatzias, T., Murphy, P., Cloitre, M., Bisson, J., Roberts, N., Shevlin, M., Hyland, P., Maercker, A., Ben-Ezra, M., Coventry, P., Mason-Roberts, S., Bradley, P., Hutton, P. (2019). Psychological interventions for ICD-11 complex PTSD symptoms: systematic review and meta-analysis.

Maercker, A. (2021). Development of the new CPTSD diagnosis for ICD-11.

Mair, H. (2020). Attachment safety in psychotherapy. <https://doi.org/10.1002/capr.12370>



Schottenbauer, M. A., Glass, C. R., Arnkoff, D.B., Gray, S. H. (2008). Contributions of psychodynamic approaches to treatment of PTSD and trauma: a review of the empirical treatment and psychopathology literature.

Toft, N. (2021). Magasinet P, Nr. 01 / 2021. Dansk Psykolog Forening.

Van Der Kolk, B. (2019). Kroppen holder regnskab. Klim.

The CDC-Kaiser Permanente Adverse Childhood Experiences (ACE) Study.