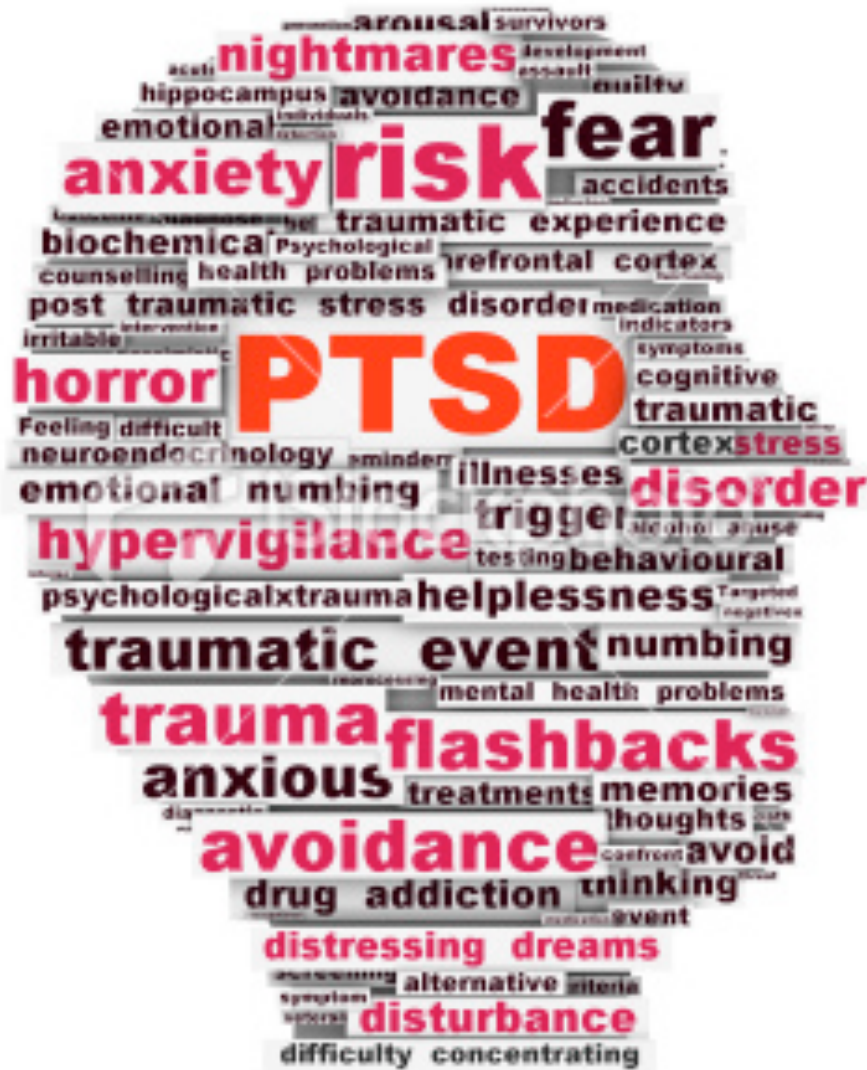


Personligheden bag traumet



Rapportens samlede antal tegn
(med mellemrum & fodnoter): 190.641
Svarende til antal normalsider: 79,4
Rasmus Wistoft, studienr. 20072065

Vejleder: Carsten Rønn

Kandidatspeciale i psykologi,
10. Semester
Institut for kommunikation
Aalborg Universitet
31. Juli 2012

Abstract

The purpose of this master's thesis is to contribute with new insights into the personality behind the trauma and improve the treatment of traumatised individuals. My interest in this particular field is derived partly from my volunteer work with sorrow and grief, and partly from my internship at Aalborg University Clinic. It has been my interest to get a better and deeper acquaintance with this particular field. The massacre at the small Norwegian island, Utøya, 22nd of July 2011 lit yet a spark of interest, which resulted in the present thesis.

Traumatic events are something that we all can be so unfortunate to experience at some point in our lives, but how we react to a certain trauma is very different from individual to individual. My intension with this thesis is to try to explain this variety within trauma reactions and with this knowledge contribute to the development of the treatment of such individuals. In an attempt to explain the fluctuations in trauma reactions I've used Otto F. Kernsberg's psychoanalytical model of nosology, which is centred around three levels of personality organisations, respectively *the Psychotic Personality Organisation (PPO)*, *the Borderline Personality Organisation (BPO)* and *the Neurotic Personality Organisation (NPO)*.

I found that individuals with PPO were more likely to experience the traumatic event as more threatening and would therefore be more likely to resort to dissociation as a way of protecting themselves. This is caused by their identity diffusion, primitive defence mechanisms and poor sense of reality testing. The dissociation will in the long-term result in grave consequences for the individual's psychological well-being. The BPO level contains all the severe personality disorders in clinical practice, and herein lays a concern with Kernberg's model. The very broad category BPO seems to be so broad that the model loses some of its explanatory force. Kernberg only works with a continuum from introversion to extraversion and a mild to extreme severity. It is argued that a cognitive understanding of trauma reaction could give back some of the lost explanatory force. I argue that Ronnie Janoff-Bulmans theory of shattered assumptions could contribute to a more differentiated understanding of the BPO level. Regarding the trauma reactions of individuals with BPO they seem to have a particular high risk of developing *Post Traumatic Stress Disorder (PTSD)*, and they furthermore seem to suffer from particular severe PTSD symptoms. The reason for this seems to be that individuals with BPO have an intact reality testing but suffer

identity diffusion and primitive defence mechanisms. The central problem herein is that the self and the object representations are split into an idealized or a persecutory role, individuals with BPO experience grave difficulties containing these conflicting conceptions of self and others. The personality disorder borderline shares many similarities with BPO and is among some scientist considered a special kind of permanent PTSD.

Individuals with NPO often struggle with super-ego problematics following a traumatic event; especially shame and guilt will most probably hunt these individuals in the form of *survivor's guilt*. This is a result of an early repression of intra-psychic conflicts in the individual's childhood. The individual with NPO is otherwise characterised by a normal ego identity, intact reality testing and mature defence mechanisms and is therefore assumed to have more resiliency in traumatic events.

Getting to know the personality, or rather the personality organisation, behind the trauma reaction therefore helps us to understand why some people react with a maladaptive behaviour while others do not.

These new findings help us to understand which treatment would be most suitable for each of the three personality organisations. Jon G. Allen's four-part treatment program is discussed as a possible treatment that in a continuum corresponds to the three personality organisations.

The conclusion from this theoretical study is that Kernberg can contribute with important new understandings of traumatised individuals and that this new understanding can help us to provide better help to those individuals.

Indholdsfortegnelse

1 INTRODUKTION.....	1
1.1 INDLEDNING	1
1.1.1 Problemformulering.....	4
1.1.2 Motivation	4
1.1.3 Præcisering og afgrænsning.....	5
1.1.3 Disposition	7
1.2 BEGREBSAFKLARING	8
1.2.1 Personlighed	8
1.2.2 Traumer og traumereaktioner	12
1.2.3 ICD-10 og DSM-IV.....	14
1.2.3.1 DSM-IV	15
1.2.3.2 ICD-10	15
1.2.4 Diskussion af de diagnostiske kriterier.....	16
2 REDEGØRELSE.....	18
2.1 KERNBERG.....	18
2.1.1 Personlighed	18
2.1.1.1 Temperament og karakter	18
2.1.1.2 Affekter og drifter	20
2.1.2 Klassifikationssystem	22
2.1.2.1 Jeg-integration	24
2.1.2.2 Realitetstestning	24
2.1.2.3 Forsvarsmekanismer	25
2.1.3 Personlighedsorganiseringsmodel.....	27
2.1.3.1 Den psykotiske personlighedsorganisering	27
2.1.3.2 Borderline personlighedsorganisering	29
2.1.3.3 Den neurotiske personlighedsorganisering	32
2.1.3.4 Opsummering.....	34
2.2 TRAUME OG TRAUMEREAKTION	35
2.2.1 En fysiologisk forståelse af traumer	35
2.2.2 En diagnostisk forståelse af traumer	36
2.2.2.1 Genoplevelsesfænomener	37
2.2.2.2 Undgåelsesadfærd	39
2.2.2.3 Øget vagtsomhed og hyperarousal.....	40
2.2.3 En kognitiv forståelse af traumer.....	40
2.2.4 En psykodynamisk forståelse af traumer	42
2.2.5 Forskningens resultater	44
2.2.5.1 Pre-traumatiske faktorer.....	45
2.2.5.2 Peri-traumatiske faktorer	46
2.2.5.3 Post-traumatiske faktorer	48

2.2.5.4 Sårbarhed-stress modellen	49
3 DISKUSSION	50
3.1 CASE PRÆSENTATION	50
3.1.1 ETISKE OVERVEJELSER	51
3.2 ORGANISERINGSTYPEN PPO UDSAT FOR ET TRAUME	52
3.2.1 Realitetstestning.....	52
3.2.2 Differentialdiagnostiske problematikker	54
3.2.3 Affektregulering	55
3.2.4 Den fysiologiske reaktion.....	56
3.3 ORGANISERINGSTYPEN BPO UDSAT FOR ET TRAUME.....	57
3.3.1 En adaptiv reaktion på en maladaptiv hændelse	58
3.3.2 Modsatrettet følelser	59
3.3.3 Usikkert vurderingsgrundlag.....	61
3.3.4 Usikre grundantagelser	61
3.4 ORGANISERINGSTYPEN NPO UDSAT FOR ET TRAUME	64
3.4.1 Neuroticisme og PTSD.....	64
3.4.2 Skyld og skam som psykisk reaktion på et traumet.....	66
3.4.3 Ydre bliver til indre.....	67
3.4.4 Udledte forståelser.....	68
3.5 OPSUMMERING	69
4 GENEREL DISKUSSION.....	71
4.1 NYE ERFARING OG FORBEDRET BEHANDLINGSINDSAT	71
4.2.1 (Gen) etablering af sikkerhed, tryghed og tillid	71
4.2.2 Offer-krænker problematik	73
4.2.3 Selvregulering og social støtte.....	73
4.2.4 Gennemarbejdning.....	74
5 AFRUNDING.....	76
5.1 KONKLUSION.....	76
5.2 PERSPEKTIVERING OG AFSLUTTENDE BEMÆRKNINGER	80
5.2.1 Udledte perspektiver	80
5.2.2 Videre undersøgelse.....	81
5.2.3 En praktisk anvendelse	83
6 REFERENCELISTE.....	84
6.1 ANDET ANVENDT LITTERATUR OG INTERNETKILDER:	92
6.2 BILAG	93
Bilag 1	93
Bilag 2.....	95
Bilag 3.....	98

Bilag 4.....	102
Bilag 5.....	105
Bilag 6.....	110
Bilag 7.....	112

1 Introduktion

Målet med denne introducerende del er at præsentere de centrale elementer af afhandlingen. Første del af introduktionen har til formål at beskrive genstandsfeltet, problemformuleringen og dispositionen over afhandling. I anden del af introduktionen præsenteres en begrebsafklaring af de centrale begreber.

1.1 Indledning

Terrorhandlingen d.22. juli 2011 på den norske ø, Utøya¹, jordskælv i Japan d.11. marts 2011², tornadoen der ramte New Orleans, Mississippi d. 29. august 2005³, terrorangrebet på World Trade Center i New York d.11. september 2001⁴, disse hændelser er alle nogen, der i en eller anden grad har brændt sig fast i vores hukommelse. Hændelserne har for nogen haft en livs ændrende betydning, mens de for andre har øget frygten for, at noget lignende kunne overgå dem selv. Hændelser, som ryster hele verden eller blot et enkelt menneskes liv, kan blive traumatisk for et menneske. Igennem historien har der været mange begivenheder, som har påvirket mennesker i en særlig svær grad. Måden hvorpå man betragtede menneskenes reaktioner har dog ændret sig gennem tiden.

De første systematiske beskrivelser af menneskers reaktioner på voldsomme oplevelser ser man i forbindelse med Første Verdenskrig. Efter Første Verdenskrig vendte mange soldater hjem med store ar på sjælen pga. deres krigsoplevelser. Deres symptombillede blev kaldt for granatchok (Van der Kolk, Weisaeth & Van der Hart, 1996, p. 47f). Granatchok blev beskrevet som en biologisk lidelse i form af overrevne blodkar og hjernerystelse, som var forårsaget af eksploderende granater. Senere i år 1952 udgav den amerikanske psykiaterforening (APA) den første diagnosemanual, DSM-I, som beskrev en diagnose kaldet *Gross Stress Reaktion*. Denne diagnose beskrev den emotionelle reaktion et individ kan opleve, hvis det bliver udsat for ekstrem emotionel og/eller fysisk stress. Reaktionen forventedes dog hurtigt at aftage,

¹ Se bilag 1.

² Se bilag 2.

³ Se bilag 3.

⁴ Se bilag 4.

medmindre den blev opretholdt af individets præmorbide patologiske personlighedstræk (Yule, Williams & Joseph, 1999, p. 2f).

Gennem tiden har traumereaktioner haft mange navne, men fokus har været på hændelsen, der forårsagede reaktionen og ikke i særlig grad på individets indre verden. I år 1980 blev diagnosen *Post Traumatisk Stress Disorder* (PTSD) præsenteret i den tredje udgave af DSM. Fokus var dog stadig på den objektive vurdering af den traumatiske hændelses karakter og dermed ikke på det indre psykiske hos individet. I den seneste udgave af DSM fra år 1994 er diagnosen PTSD beskrevet som et samspil mellem reaktionen på en ydre stimulus og den subjektive vurdering af hændelsen (Thrane & Elklit, 2002, p. 9). Individets egen oplevelse bliver således også en faktor i diagnosticeringen, og dermed bliver personligheden for første gang introduceret som medvirkende faktor i udviklingen af PTSD. Det er således individets oplevelse af hvor truende en situation har været, og ikke en objektiv vurdering af hvor meget skade en hændelse har forvoldt, der er relevant. Ethvert individ er derfor i risiko for at udvikle PTSD i de tilfælde hvor individets stressniveau bliver tilstrækkeligt højt.

Min interesse er, om man kan sige noget om hvem, der oplever bestemte hændelser som særligt traumatiske. Det vanskelige ved sådanne forudsigelser er, at vi ikke kan forstå traumereaktionen som en kausal følge af det aktuelle traume. Vi kan heller ikke antage at en bestemt type traume udløser en bestemt reaktion hos personen. For bedre at forstå traumereaktioner er det derfor nødvendigt, at vi forstår nogle af de psykiske mekanismer som kendetegner individet. Flere teoretikere, heriblandt Caroline Garland (2002) og Ronnie Janoff-Bulman (1992), har tidligere fundet det relevant at undersøge hvad det er ved en hændelse, som gør den særlig traumatisk for et individ, vha. nogle af de personlighedsteorier, som der eksisterer indenfor psykologien.

Sigmund Freud formulerede omkring år 1900 sin teori om psykoanalysen som lagde grundfundamentet til de første personlighedsteorier. Senere i 1933 præsenterede han sin personlighedsmodel med opdelingen af psyken i id'et, jeg'et og over-jeg'et (Freud, 2006, p.163). Senere er et væld af personlighedsteorier dukket frem med vægtning af forskellige dele af personligheden.

En rapport udarbejdet af Center for Traume- og Torturoverlevende (CETT) i Vejle, som dokumenterer og beskriver det psykoterapeutiske arbejde de udfører, pointerer vigtigheden af at medtænke den traumatiserede persons psykiske struktur:

”Det er ikke ligegyldigt, hvilken psykisk konstitution der udsættes for traumatiserende hændelser. Måden at håndtere traumatiserende hændelser på er rent psykisk nært forbundet med tidligt indlærte måder at håndtere psykisk stress på. Mennesker reagerer forskelligt på de samme stimuli. Der er derfor stor variation i, hvordan et påført krigs- eller torturtraume kommer til udtryk og dermed også variation i den adækvate psykologiske intervention.” (CETT, 2007, p. 4).

En teori der tager udgangspunkt i disse strukturer er Otto F. Kernberg, som med sin personlighedsorganiseringsteori beskriver individets grundstruktur ud fra hans egen egopsykologiske objektrelationsteori (Kernberg, 1996, p.114). Kernberg er en anerkendt teoretiker, hvis teori bliver brugt inden for klinisk psykologi og psykiatrien (Mortensen, 2001, p. 397f) Jeg mener at Kernbergs personlighedsorganiseringsmodel kan tilbyde en ny og anderledes viden om traumereaktioner ud fra hans tredelte forståelse af personlighedens grundstrukturer.

Der er generelt meget lidt viden tilgængelig om det komplekse sammenspil mellem personlighed og PTSD. Det ses bl.a. i den meget markante opdeling i diagnosemanualerne ift. personlighedsforstyrrelser, krisetilstande og de deskriptive udrådninger. Det er også at se i den manglende empiri på området, som i det seneste årti har gennemgået et stort opsving ift. en øget forskningsmæssig interesse. Der er dog stadig tale om et meget ungt område hvad angår forskning og teoridannelse (Thrane & Elklit, 2002, p. 3f). Igen synes personlighedens betydning for det meste at være udeladt af mange undersøgelser. Man kunne antage, at denne adskillelse skyldes at PTSD og personlighedsteorier tilhører hver sit teoretiske domæne, hhv. klinisk psykologi og almen psykologi. Dette er et af de tilfælde, hvor domænerne krydser hinanden, og derfor finder jeg det interessant med denne afhandling at undersøge dette krydsfelt.

Massakren på Utøya sidste år gav nyt liv til min interesse for dette felt. Hændelsen bragte en masse unge mennesker i en krisetilstand, men ikke alle reagerede ens. Mange af de som var tilstede på Utøya beskrev i tiden efter deres oplevelser af massakren. Særligt et ungt menneske, Prableen Kaur, kom i mediernes søgelys da

hun lagde sin personlige beretning ud på sin blog dagen efter massakren⁵. Denne beskrivelse af Prableen Kaurs oplevelse af massakren berører mange af de elementer af traumereaktioner, som jeg finder interessant for en bedre forståelse af traumereaktioner. Prableen Kaurs beretning vil således blive anvendt som et didaktisk eksempel på forskellige traumereaktioner, hvorudfra Kernbergs personlighedsorganiseringsmodel kan diskuteres. På grundlag af disse tanker og overvejelser er den nedenstående problemformulering valgt:

1.1.1 Problemformulering

Hvordan kan Kernbergs personlighedsorganiseringsmodel bidrage til forståelsen af individets traumereaktion?

- Hvordan kan denne forståelse bidrage til udviklingen af behandlingsindsatsen i forhold til den traumatiserede person?

1.1.2 Motivation

Motivationen for denne afhandling har jeg fundet både i de ovenstående refleksioner samt mine erfaringer som frivillig i Kræftens Bekæmpelse. Jeg har gennem min rolle som sorggruppeleder mødt mange forskellige former for reaktioner på den traumatiske oplevelse, det er for et ungt menneske at miste en eller begge forældre. Disse erfaringer har vakt en interesse for om man i et mere alment psykologisk perspektiv kan udsige noget om traumereaktioners forskelligartede udtryk.

I mit frivillige arbejde, såvel som i min praktik på studiet, har jeg fundet interesse for det psykodynamiske og det relationelle felt, denne interesse har ført mig vidt omkring i den psykodynamiske litteratur. I afhandlingen er min interesse særligt faldet på Kernbergs personlighedsorganiseringsmodel ift. det psykodynamiske behandlingsarbejde. Psykotraumatologi er noget, som kun i et meget begrænset omfang er blevet berørt på studiet via et par tekster og en enkelt forelæsning. Derfor fandt jeg

⁵ http://prableen.origo.no/-/bulletin/show/672218_helvete-paa-utoeya se bilag 5

denne mulighed for at udforske dette område særligt interessant, da det ville kunne udvide min horisont indenfor psykologien.

Den form for psykoterapi som udføres med traumatiserede personer er en særlig form for psykoterapi som, i modsætning til almen psykoterapi, ikke sigter mod en vedvarende personlighedsmæssig forandring hos klienten (Thrane & Elklit, 2002, p. 2f). Derimod er sigtet at hjælpe klienten til at bearbejde og mestre den traumatiske oplevelse. Klientens personlighed er dermed ikke terapiens primære genstand. Dette anderledes fokus for terapien er en ny vinkel på den terapi, som jeg har oplevet at udføre i min praktik. Personer i krisetilstande synes at blive behandlet uafhængigt af deres personlighed og tidligere oplevelser (ibid.). Fokus på den enkeltstående oplevelse oplever jeg som værende problematisk ift. både mine erfaringer, men også min teoretiske viden om psykodynamisk psykoterapi. Heraf kommer min motivation for at skrive en afhandling, som kan belyse personlighedens betydning for traumereaktioner samt behandlingen af samme.

1.1.3 Præcisering og afgrænsning

I det følgende vil jeg forsøge at placere afhandlingen i det videnskabsteoretiske felt samt afgrænse problemfeltet til det helt centrale.

Jürgen Habermas inddeler videnskaben i tre hovedområder: natur-, human- og samfundsvidenskab. Hver videnskab har egne erkendelsesinteresser og tilhørende krav for videnskabelighed. Psykologien er en videnskab som kan placeres inden for alle tre områder (Christensen, 2005, p. 78f). Det er derfor nødvendigt at præcisere hvor denne afhandling kan placeres ift. de tre videnskabelige områder. Problemformuleringen for afhandlingen ligger op til et emne som kan placeres inden for humanvidenskaben, som beskæftiger sig med mennesket og dets kultur. En af humanvidenskabernes erkendelsesinteresser er det praktiske eller det hermeneutiske (Christensen, 2005, p. 78f), hvilket relaterer sig til problemformuleringens fortolkende karakter.

Det videnskabelige område kan underinddeles i endnu tre forståelser. Personligheden eller psyken kan, som Preben Bertelsen beskriver det, undersøges ud fra tre historiske perspektiver, hhv. et naturhistorisk perspektiv, hvor den menneskelige psykes naturhistoriske konstitution undersøges. Et kulturhistorisk perspektiv, hvor individet undersøges ift. den kultur og det samfund det lever i. Samt et livshistorisk

perspektiv, hvor det nære miljø, og det som præger miljøet, betydning for individet undersøges (Bertelsen, 2001a , p. 11f). Afhandlingens fokus ligger indenfor denne sidste forståelse, hvor personligheden anskues i et livshistorisk perspektiv; den individuelle oplevelse af en traumehændelse. Der er dog også elementer fra naturvidenskaben og det naturhistoriske perspektiv at finde i afhandlingen, da traumer også har en ren biologisk effekt på menneskekroppen. Denne del vil dog kun blive anvendt i et meget begrænset omfang, da det ikke er afhandlingens fokus at forstå problemfeltet ud fra en naturvidenskabelig vinkel.

En samfundsvidenskabelig og kulturhistorisk vinkel på problemfeltet kunne også tjene et relevant formål i afhandlingen, da individet er påvirket af de postmoderne vilkår som præger det 21. århundrede. De postmoderne vilkår vanskeliggøre den i forvejen problematiske identitetsdannelse med spørgsmål såsom: Hvem er jeg? og Hvilke valg skal jeg træffe ud af de uoverskueligt mange muligheder? (Jørgensen, 2002, p. 128f). Man kan også se Anders Behring Breiviks terrorhandling på Utøya som et udtryk for disse postmoderne vilkår. Et forsøg på at definere hvem er jeg og hvad tror jeg på. Jeg har dog fravalgt at inddrage denne dimension i afhandlingen, da det ikke pladmæssigt var muligt. Det vil utvivlsomt være relevant at inddrage i en afhandling af et større omfang, da samfundet har en stor betydning for individets handlinger og forståelse af verden.

Afhandlingens mål er således i et humanvidenskabeligt, livshistorisk perspektiv at blotlægge sammenhængen mellem en persons personlighedsorganiseringstype og dennes traumereaktion. Til dette formål vil jeg i afhandlingen trække på hovedsagligt to psykologiske discipliner; hhv. den almen psykologiske og den anvendte psykologiske disciplin. Til den almen psykologiske disciplin hører kognitionspsykologi, neuropsykologi, socialpsykologi, udviklingspsykologi og ikke mindst personlighedspsykologien, som er den del af psykologien som vil udgøre den ene af de to grundsten i afhandlingen. Fra den almen psykologiske disciplin uddrager jeg teorier om personligheden, de almen menneskelige psykologiske processer og funktioner, for således at kunne sætte det i forbindelse med traumereaktioner. Den anden grundsten i afhandlingen er den kliniske psykologi, som hører under den anvendte psykologiske disciplin. Andre felter der hører til denne disciplin er arbejds- og organisationspsykologi, pædagogisk psykologi, konsulerende psykologi (Katzenelson, 2005, p.31, 290). Fra den klinisk psykologiske disciplin uddrager jeg en forståelse af trau-

mer og traumereaktioner samt en beskrivelse af PTSD. For at underbygge disse to teoretiske tilgange, trækker jeg også på relevant forskning.

Afhandlingens fokus er således at illustrere de forskellige personlighedsorganiseringsniveaues mulige reaktion på et traume. Det er således ikke mit ærinde at stadfæste hvilken personlighedsorganiseringstype, der i den anvendte case er tale om, men derimod ved hjælp af casen at illustrere de forskellige personlighedsniveaues sårbarhed overfor stressbelastninger. Afhandlingens placering indenfor de to psykologiske felter sætter således den teoretiske forståelsesramme for udførelsen af undersøgelsen af sammenhænge mellem personlighed og traumereaktioner, samt undersøgelsen af hvilke behandlingsmæssige implikationer sådanne sammenhænge kan have.

1.1.3 Disposition

Denne afhandling er opdelt i fire dele. Den første del er du som læser godt i gang med at læse. Denne del har til formål at introducere læseren til genstandsfeltet, problemformuleringen og selve dispositionen over afhandlingen. Derudover har introduktionen til formål at præsentere en begrebsafklaring af de centrale begreber, hhv. personlighedsbegrebet og begreberne traume og traumereaktion. Efter gennemlæsningen af introduktionsdelen er målet at læseren har et bedre kendskab til min intension med afhandlingen.

Anden del af afhandlingen er en præsentation af de valgte teorier, hhv. Otto F. Kernbergs personlighedsorganiseringsteori samt en dybdegående redegørelse af traumets komplekse natur via relevante teoretikere. Redegørelsen for Kernbergs teori skal føre læseren ind i de dele af hans teori, som er nødvendige at kende til for at kunne besvare problemformuleringen. Den forudgående begrebsafklaring ligger således fundamentet til redegørelsen af Kernbergs teori. Det samme gør sig gældende for begrebsafklaringen og redegørelsen for traumer og traumereaktioner. I redegørelsen for traumer og traumereaktioner vil der blive redegjort for fire forskellige perspektiver på disse begreber, hhv. et fysiologisk, et diagnostisk, et kognitiv samt et psykodynamisk perspektiv. Slutteligt, vil jeg i denne del af afhandlingen, præsentere relevante forskningsresultater for derigennem at underbygge og udfordre de ovenstående teorier.

Afhandlingens tredje del er en analytisk diskussion, hvor Prableen Kaur's øjenvidneberetning fra Utøya vil tjene som didaktisk eksempel på traumereaktioner. Øjenvidneberetningen bruges således til at fremhæve de tre personlighedsorganiseringens niveaus formodentlige problemområder ift. traumereaktioner. Kernbergs bidrag til forståelsen af individets traumereaktion, vil således blive diskuteret ift. hver af de tre organiseringstyper.

Den fjerde del af afhandlingen er en rent diskuterende del, hvor den nyfundne forståelse af personlighedens betydning for traumereaktioner vil blive diskuteret ift. den behandlingsmæssige betydning. Her vil Jon G. Allen behandlingsstrategi overfor traumatiserede individer, blive diskuteret ift. den nye viden om organiseringstypens betydning for traumereaktionen.

Den femte og sidste del af afhandlingen er en afrunding af afhandlingen og indeholder en konklusion samt en perspektivering. Konklusionen samler op på de erfaringer, der er blevet gjort gennem afhandlingen, og pointerer de vigtigste. Perspektiveringen skitserer andre teoretiske tilgange, som med fordel kunne undersøges i en videre søgen efter personligheden bag traumat.

1.2 Begrebsafklaring

Målet med denne begrebsafklaring er at introducere de vigtigste begreber for læseren således, at læseren er rustet til at gå videre til redegørelsen. Nøglebegreberne for denne afhandling er hhv. personlighed og traume og traumereaktioner. Derudover vil de kliniske rammer for diagnosticeringen af PTSD blive introduceret ift. både DSM-IV⁶ og ICD-10⁷.

1.2.1 Personlighed

I dette afsnit vil personligheden som psykologisk begreb blive præsenteret, indledningsvist vha. en præsentation af hvad der grundlæggende og almen psykologisk kan forstås som personlighed, for dernæst at præcisere den forståelse som vil blive anvendt i afhandlingen.

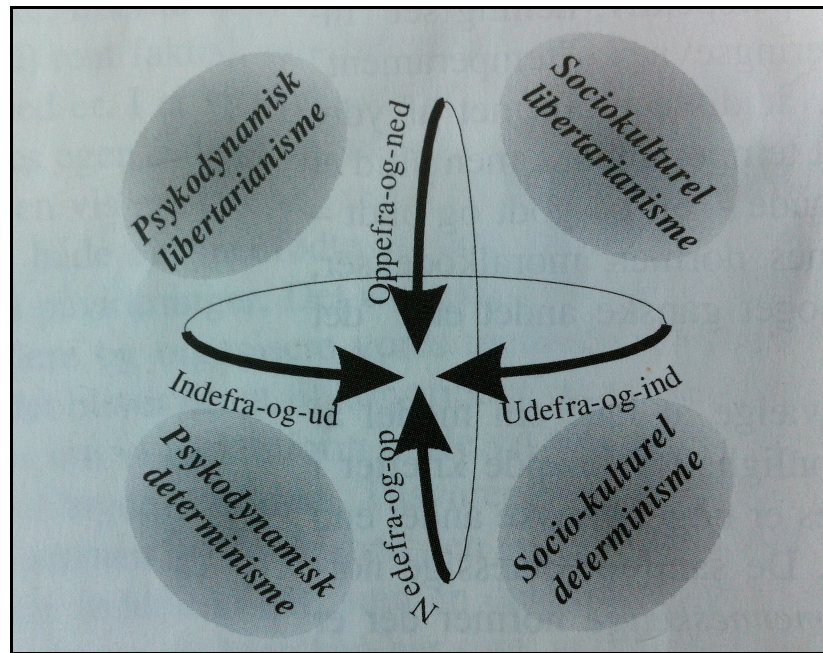
⁶ Amerikanske Psykiatriske Selskabs *Diagnostic Statistical Manual*, fjerde udgave, Text Revision (DSM-IV-TR)

⁷ WHO's *International Statistical Classification of Diseases*, version ti, (ICD-10)

Begrebet *personlighed* stammer fra oprindeligt fra det latinske ord *persona*, som henviser til de masker man brugte i skuespil i det antikke Grækenland. Personlighed henviser således oprindeligt til noget som individet kunne tage af og på, eller gemme sig bag ved. Persona var noget overfladisk, en form for rolle som individet kunne træde ind og ud af, alt efter deres forgodtbefindende (Jørgensen, 2009, p. 37).

I dag forbindes personlighed med noget som kan fortælle noget omkring individets karakteristika og er således ikke et overfladisk begreb længere (Kristensen, 2005, p. 11f). Vi kan i dag finde en række forskellige forståelsesmåder og definitioner af personligheden som psykologisk begreb, da det er et begreb som bliver brugt inden for mange psykologiske discipliner, bl.a. kognitionspsykologi, socialpsykologi, pædagogisk psykologi m.f..

Preben Bertelsen har fremsat en form for metateori over personligheden som psykologisk begreb, hvori han på tværs af personlighedsteorier, placerer personligheden som et hele. Bertelsen betoner at personligheden er et socialt fænomen, en psykologisk konstruktion og en biologisk struktur, hvis sammenhængende karakter udgør personligheden (Bertelsen, 2001b, p. 17f). Det interessante ved hans model er det komplicerede dobbeltsidet forhold som modellen rummer. Bertelsen betoner det reciprokke forhold, der er imellem de indre dynamikker og strukturer, som f.eks. biologien og de psykologiske forhold og de ydre forhold som miljøet og de interpersonelle relationer. Alle disse forhold er med til at udgøre en del af den samlede personlighed. Bertelsen beskriver disse forhold ud fra to dimensioner, hhv. den vertikale hvor bevægelsen går udefra-og-ind og indefra-og-ud samt den horisontale hvor bevægelsen går oppefra-og-ned og nedfra-og-op (se figur på næste side).



(Bertelsen, 2001b, p. 18)

Ifølge Bertelsen er de enkelte strukturer eller dynamikker ikke at forstå som determinerende for individet. Individet kan derimod selv, til et hvis punkt, bestemme over hvor meget f.eks. biologien eller miljøet skal være styrende for individets personlighed (ibid., p. 17f). Ifølge Bertelsen er individets handlemuligheder underlagt visse overordnede rammer og strukturer, således forstået at biologen altid vil være organiseret på en bestemt måde, det samme gør sig gældende for miljøet. Hvor disse overordnede rammer synes at starte og stoppe, afhænger af hvilken psykologisk disciplin som betragter dem.

Denne afhandling tager udgangspunkt i en psykodynamisk forståelse af personlighed, da denne retning i særlig grad ligger vægt på de dynamiske forhold omkring individets udvikling og konstitutionen af personligheden. Der er således tale om en mere afdækkende og undersøgende forståelse af de bagvedliggende dynamikkers betydning for personligheden end, hvad vi f.eks. kan finde i den kognitive forståelse af personligheden, som kan siges at være mere orienteret mod afgrænsede dele af personligheden (ibid., p. 9f; Rosenberg, 2007, p. 236).

Den i afhandlingen anvendte teoretiske tilgang, kan placeres et sted mellem psykodynamisk libertarianisme og psykodynamisk determinisme, afhængigt af hvilken teori der er valgt. Denne afhandling tager udgangspunkt i Kernbergs personlighedsorganiseringsmodel, og det er derfor vigtigt at pointere hvilken psykodynamisk forståelsesramme han tilhører. Kernberg bruger selv betegnelsen egopsykologisk

objektrelationsteori om sin teoretiske forståelse (Kernberg, 1996, p.114). Kernbergs teori om personlighedsorganisering trækker på hhv. Melanie Kleins og William Fairbairns objektrelationsteori. Objektrelationsteoriene udspringer fra de psykoanalytiske teorier, repræsenteret bl.a. ved Sigmund Freud. Fairbairn og Klein adskiller sig fra Freud ift. deres forståelse af drifterne. Den kleinianske forståelse af drifter er en objekttilknytning, hvorimod Fairbairn mente at barnets primære drift er at knytte sig til andre mennesker. Kernberg holdte dog fast ved driftsteorien og forsøgte at kombinere den med objektrelationsteori (Mortensen, 2001, p.35). Kernberg tilskrives at han har formået at forene de to britiske objektrelationsteoretiske skoler, repræsenteret ved hhv. Fairbairn på den ene side og Klein på den anden, samt den amerikanske skole repræsenteret ved Margaret Mahler.

Kernbergs forståelse af den psykiske struktur kan beskrives som enheder som består af selvet, drifter, eller affekter relateret til drifter, og betydningsfulde andre. Forståelsen af selvets struktur henter Kernberg fra Edith Jacobsen, mens Mahlers separation-individuationsteori bliver brugt i hans udviklingsteori (ibid., p. 184). Jacobsen har desuden inspireret Kernberg til hans forståelse af affekternes betydning samt relationen mellem affekter og objektrelationer. Kernberg adskiller sig fra de tidligere affektforståelser, idet han opfatter affekterne som strukturer, der forbinder de biologiske instinkter med de psykiske drifter. Han definerer dermed affekter, som instinktueller strukturer der aktiveres i udviklingen. Disse strukturer har et kognitivt aspekt, som rummer en vurdering af den oplevede situation som god eller ond (behagelig/ubehagelig) (Kernberg, 1996, p. 114f).

Det faktum at Kernberg trækker på et bredt spektrum af psykodynamiske teoretikere gør ham svær at placere. Jeg mener dog at man kan placere ham et sted mellem psykodynamisk libertarianisme og psykodynamisk determinisme. Man kan på den ene side argumentere, for at han ligger indenfor psykodynamisk libertarianisme, da han mener at vi selv har indflydelse på organiseringen af vores personlighed. På den anden side kunne han placeres indenfor psykodynamisk determinisme, da han trækker på Freuds teori om drifterne og jeg'et som en gruppe af funktioner, der er determineret (Bertelsen, 2001b, p. 40). En mere uddybende forståelse af Kernbergs personlighedsforståelse vil blive beskrevet i afsnit 2.1.1.

1.2.2 Traumer og traumereaktioner

I dette afsnit vil traumer og traumereaktioner som teoretiske begreber blive præsenteret. Indledningsvist vha. en præsentation af hvad der grundlæggende og alment psykologisk kan forstås som traumer og traumereaktioner, for dernæst at præcisere den forståelse som vil blive anvendt i afhandlingen.

Ordet traumatet stammer oprindeligt fra græsk og betyder et fysisk sår eller læsion. Når vi i dag benytter traumbegrebet i psykologiske sammenhænge, er det at forstå som den reaktion som opstår hos et menneske, efter dette har været udsat for en begivenhed, der kan karakteriseres som værende særligt rædselsfremkaldende i form af en nær døds- eller tilintetgørelsesoplevelse af en selv eller andre. Situationer hvor en person har været udsat for vold, overfald, voldtægt, incestuøs overgreb, livstruende sygdom, naturkatastrofe, eller lignende, er situationer som de fleste mennesker vil karakterisere som traumatiske (Thrane & Elklit, 2002, p. 10). Jette Thrane og Ask Elklit betoner traumets både fysiske og psykiske karakter:

”Traumatiske begivenheder omfatter således situationer, hvor individet oplever (subjektivt kriterium) en potentiel eller faktisk trussel mod sit liv i fysisk forstand – dvs. en konkret trussel på livet eller den fysiske integritet – og/eller i psykologisk forstand: en trussel mod selvet eller den psykiske integritet (disorganisation)” (2002, p.9).

Sven-Åke Christianson (1994) beskriver hvorledes traumatet opleves af individet samt hvordan dets handlemuligheder påvirkes:

”Med begrebet traumatisk menes en psykisk stressoplevelse, der er følelsesmæssig overvældende (chokerende). Det er en begivenhed, der udgør en trussel mod eller et tab af vigtige livsværdier, og individets tidligere livserfaringer slår ikke til i forhold til at håndtere den aktuelle situation.” (p.11)

Afhængigt af ens teoretiske ståsted findes der et utal af måder at forstå hvad der konstituerer et traume eller en traumatisk hændelse. Denne afhandling tager som tidligere nævnt udgangspunkt i en psykodynamisk forståelse af personlighed, og derfor

anlægges der også et psykodynamisk syn på traumer og traumereaktioner. Indenfor denne forståelse opleves traumet som en trussel mod psykens integritet, traumet overvælder og gennembryder forsvarsmekanismerne (Thrane & Elklit, 2002, p. 11; Garland, 2002, p. 11). Traumet vil ryste individet i en sådan grad, at det ofte vil tvivle på dets grundlæggende sikkerhed (Thrane & Elklit, 2002, p.11). Når et individ traumatiseres, påvirker det personlighedens kerne, *selvet*, alle individets forestillinger om selvet og verden, samt relationen mellem disse betvivles. Den traumatiske hændelse og reaktionen herpå truer således den grundlæggende psykiske konfiguration med disintegration (ibid., p. 12f).

De akutte posttraumatiske reaktioner, såsom frygt, angst, søvnforstyrrelser, irriterabilitet m.f. er symptomer på den indre krisetilstand, der kan beskrives som en midlertidig fragmentering af psyken. Det fænomenologiske aspekt af traumet vedrører truslen om psykologisk tilintetgørelse. Denne trussel er så frygtindgydende at afføder intens rædsel, hjælpeløshed og intens raseri (Herman, 1995, p. 46f). Disse følelser iværksætter de automatiske psykologiske forsvarsmekanismer i et forsøg på at genopbygge den psykiske balance (Thrane & Elklit, 2002, p.13).

Den særligt alvorlige grad af traumatisering diagnosticeres som *Post Traumatisk Stress Disorder* (PTSD), det er langt fra alle, der bliver udsat for en traumatisk hændelse som udvikler PTSD. Undersøgelser varierer i deres resultater men et sted omkring 20% af de personer, som kommer ud for en traumatisk hændelse udvikler PTSD (Rothschild, 2004, p.22).

Psykiske traumer kan overordnet inddeles i tre typer, hhv. de interpersonelle traumer, de menneskeskabte traumer og traumer forårsaget af naturkatastrofer. Jeg vil i denne afhandling primært fokusere på de traumer som udspiller sig ift. den interpersonelle relation. Et traume af interpersonel karakter er et traume, som et eller flere individer har påført et andet individ.

Det interpersonelle traume adskiller sig fra andre traumetyper på nogle bestemt områder. Det er især områder, som berører den traumatiserede persons oplevelse af andres grusomhed eller ondskab og følelsen af at være blevet krænket eller ydmyget. Denise J. Gelinas beskriver forskellen mellem det interpersonelle traume og andre typer af traumer således:

”It is none thing to have a leg broken, or an eye put out in an auto accident; it is a very different thing to have someone intentionally break

one's leg or put out one's eye. That injury didn't just happen, it was done" (Gelinas ifl. Allen, 2001, p.13).

Vold, overfald eller voldtægt er eksempler på interpersonelle traumer, kendetegnet ved disse er at de forudsætter et angreb på persons psykiske integritet. Som citatet ovenfor beskriver, er det en meget grænseoverskridende oplevelse, fysisk såvel som psykisk, at blive forulempet af et andet individ. Det som kan opleves, som særligt smerteligt for ofret er oplevelsen af at blive tingsliggjort eller depersonificeret. Denne oplevelse sker i kraft af gerningsmandens overdrevne følelse af had og foragt overfor offeret (Mehlum, 1994, p. 201).

Ift. Kernberg kan vi forstå traumatisering som en medvirkende faktor i dannelsen af individets personlighedsorganisering, forstået således at udviklingen af de enkelte organiseringsniveauer kan ses som en maladaptiv udvikling. Man kan dermed argumentere for, at der indirekte i Kernbergs personlighedsorganiseringmodel er en forståelse af at omsorgsvigt, traumer m.m. er med til at forme og danne personens psykiske grundstruktur. Endvidere må det antages at denne grundstruktur igen påvirker hvorledes traumatiseringen opleves.

1.2.3 ICD-10 og DSM-IV

I det følgende afsnit vil de diagnostiske systemer blive præsenteret for at give indblik i hvad diagnosen PTSD består i, samt hvilken betydning det har for den diagnosticerede patient.

Der findes i dag to dominerende kategorielle diagnosesystemer, henholdsvis WHO's⁸ *International Statistical Classification of Diseases*, version ti, (ICD-10), som anvendes i Europa, og dermed også i Danmark, til diagnosticering. Det andet system er det Amerikanske Psykiatriske Selskabs *Diagnostical Statistical Manual*, fjerde udgave, Text Revision (DSM-IV-TR) (Kristensen, 2004, p. 15). Grunden til at jeg i nærværende afhandling ikke kan se bort fra DSM-IV-TR og kun fokusere på ICD-10, er at DSM-IV-TR anses som standart indenfor diagnostisk forskning (ibid., p. 15f).

⁸ World Health Organization

1.2.3.1 DSM-IV

I 1980 blive *Post Traumatic Stress Disorder* (PTSD) for første gang registreret i DMS-III, formulering af PTSD diagnosen kan ses som et forsøg på at fremsætte en samlet beskrivelse af hvordan traumatisering kan forstås (Brewin, 2003, p. 6f; Wil- lert, 2003, p. 8). Udarbejdelsen af den samlede forståelse skete dels ud fra den klini- ske beskrivelse af traumeneuroser, samt de forholdsvis få undersøgelser der eksiste- rede på dette tidspunkt. Det betød også at grundlaget for diagnosen PTSD ikke på daværende tidspunkt var særligt empirisk velfunderet. Dette kan måske forklare ty- pen af kriterier som blev opstillet for PTSD. DSM-III beskriver et traume og en traumatisk hændelse således ”...”*existence of a recognizable stressor that would evoke significant symptoms of distress in almost everyone*” and was ” *outside the range of normal human experience*”... ” (Peterson, Prout & Schwarz, 1991, p. 12). Den sidste del kunne tænkes at være tiltænkt tidligere militærfolk som havde været i kamphandlinger, eller personer som havde været udsat for ekstreme voldsepisoder (Brewin, 2003, p. 8f). Disse kriterier var objektive, personens egen oplevelse og sub- jektive vurdering af traumet var ikke medtaget i DSM-III kriterierne. I 1994 kom DMS-IV, som er den seneste revurdering af DSM. Heri er der medtaget et fænome- nologisk aspekt nemlig personens subjektive oplevelse som grundlag for vurderingen af diagnosen. I DSM-IV ligges der vægt på det fænomenologiske aspekt af traumet og dermed fremhæves indirekte betydningen af individets personlighedsorganisering, hvilket er afhandlingens fokus. (Se bilag 6 for hele DMS-IV’s kriterier for PTSD).

1.2.3.2 ICD-10

ICD systemet var til at starte med en liste over de somatiske sygdomme, som WHO startede med at registrere efter Anden Verdenskrig (Mortensen, 2001, p. 360). Først med udgivelsen af ICD-8 i år 1965 kom psykiske lidelser for første gang rigtigt med i ICD-manualen. Tidligere havde de været inkluderet i et mindre omfang og var mindre systematisk organiseret (ibid.). Det danske system brugte indtil år 1994 ICD- 8 hvorefter man gik over til den tiende udgave af ICD, og sprang dermed den niende udgave over. I ICD-8 var PTSD ikke registreret som psykisk lidelse og derfor blev PTSD diagnosen først introduceret i år 1994 med ICD-10 (Gradus et al., 2010, p. 722). IDC-10 placerer PTSD under *Nervøse og stress-relaterede tilstande eller lidel-*

ser. Denne kategori adskiller sig fra de øvrige kategorier, da identificering af lidelsen ikke udelukkende kan ske på baggrund af symptomatologien og forløbet. Man må også se på grundlaget for en af to sygdomsfremkaldende påvirkninger, hhv. en usædvanlig stressende hændelse og/eller væsentlige forandringer, i negative retning, i personens liv (WHO, 1998, p.106). IDC-10 noterer endvidere, at lettere psykosocial stress kan fremskynde starten eller bidrage til udviklingen af PTSD (ibid.). I ICD-10 er det beskrevet, at hvis de givne kriterier ikke har manifesteret sig inden for tidsperioden der angives, bruges diagnosen normalt ikke, medmindre alternative diagnoser ikke er identificerbare (ibid., p. 110). Diagnosen bruges dog også hvis en person har tydelige tegn på traumer f.eks. repetitive påtrængende erindringer eller undgåelse af stimuli og en følelsesmæssig distance.

Under F43 i ICD-10 skildres tre former for reaktioner på traumer. Den første er *Akut Belastningsreaktion*, som er en forbigående tilstand som aftager i løbet af timer eller dage (ibid., 106f). Den anden er *Posttraumatiske belastningsreaktioner*, som er sammenlignelig med DMS-IV's PTSD diagnose. Symptomerne viser sig efter en tid fra nogle uge til måneder efter den traumatiske hændelse, men skal dog optræde indenfor 6 måneder. Ved disse to diagnoser anlægges ICD-10 et mere objektivi traumekriterium: "*Tidligere udsættelse for exceptionel svær belastning (af katastrofekarakter)*" (ibid., p. 108). Den sidste form for traumereaktion er *Tilpasningsreaktion*, hvor symptomerne nedtrykthed, subjektiv ubehag m.m. har været tilstede i over 6 måneder. Modsat de to foregående diagnoser behøves der ikke at være tale om et traume af usædvanlig eller katastrofemæssig karakter (ibid., p. 110). I det tilfælde hvor symptomerne først kommer mere end to år efter den traumatiske hændelse, henviser IDC-10 til diagnosen F.62.0 *Personlighedsændring efter katastrofeoplevelser*. (Se ICD-10's samlet kriterier for Posttraumatiske Belastningsreaktion i bilag 7).

1.2.4 Diskussion af de diagnostiske kriterier

DSM-IV og ICD-10 adskiller sig fra hinanden på forskellige punkter ift. kriterierne for PTSD. For det første holder ICD-10 stadig ved et mere objektivi traumekriterium, som kan ses i det første kriterium: "*Tidligere udsættelse for exceptionel svær belastning (af svær fysisk eller psykisk belastning af katastrofekarakter)*" (WHO, 1998, p 108). Det er sammenligneligt med DMS-III's formulering af traumet: "*exis-*

tence of a recognizable stressor that would evoke significant symptoms of distress in almost everyone” and was ” outside the range of normal human experience” (Peterson, Prout & Schwarz, 1991, p. 12). Modsat WHO’s ICD-10 gik det Amerikanske Psykiatriske Selskab i deres reviderede udgave DMS-IV-TR over til et mere subjektivt traumekriterium f.eks.: ”Personen oplevede, var vidne til eller blev konfronteret med en begivenhed eller begivenheder, som indebar død eller trusler om død eller alvorlig kvæstelse eller trusler mod egen eller andres integritet” (APA, 2010, p.468 (egen understregning)).

Et andet punkt hvor der synes at være en væsentlig diversitet i kriterierne er vedrørende tidsperspektivet, dels hvor lang tid symptomerne skal have været tilstede og dels hvornår PTSD diagnosen senest kan stilles. DMS-IV anfører at de nævnte kriterier skal have været tilstede i mindst en måned. Dette krav findes ikke ICD-10, derimod sætter ICD-10 en tidsbegrænsning på, at symptomer skal optræde indenfor 6 måneder efter den traumatiske hændelse er indtruffet. Spørgsmålet er om tidsperspektivet er forskelligt fra person til person således at dårligere strukturerede individer, reagerer hurtigere ved at falde fra hinanden end velstrukturerede individer, der langt hen af vejen kan opretholde en facade pga. deres gode netværk.

2 Redegørelse

Denne del af afhandlingen har til formål at beskrive det teoretiske fundament som afhandlingen bygger på. Første del vil indeholde en redegørelse for de relevante dele af Kernbergs teori, anden del vil udfolde den teoretiske forståelse af traumer og traumereaktioner.

2.1 Kernberg

I det følgende vil der blive redegjort for hhv. Kernbergs personlighedsforståelse og hans personlighedsorganiseringsmodel. Redegørelsen har til formål at præcisere de dele af Kernbergs teori, som er relevant og nødvendig for besvarelsen af problemformuleringen.

2.1.1 Personlighed

For at forstå Kernbergs personlighedsorganiseringsmodel er det nødvendigt at få en forståelse af hans personlighedsbegreb. Derfor vil der i det følgende blive sat fokus på, hvordan Kernberg forstår den *normale personlighedsstruktur*. *Personlighedsforståelsen hos Kernberg bygger, som tidligere nævnt, på bl.a. Freuds topografiske model samt Kleins objektrelationsteori*. Kernberg har skrevet vidt og bredt om hans personlighedsorganiseringsmodel, men der er særligt et sted, hvor han meget præcist beskriver hans forståelse af personlighedsbegrebet nemlig i John F. Clarkin og Mark F. Lenzenwegers *Major Theories of Personality Disorders* (1996). I den følgende redegørelse for Kernbergs personlighedsbegreb vil jeg derfor lave en tæt analyse af denne fremstilling. Kernbergs forståelse af personligheden centrerer sig om temperament og karakter samt drifter og affekter, dette afspejles i de kommende afsnit.

2.1.1.1 Temperament og karakter

Kernberg (1996) understreger at temperament og karakter er de essentielle elementer i forståelsen af personlighed. Temperament refererer i denne sammenhæng til de medfødte og overvejende genetisk determinerede dispositioner, som er udslagsgivende ift. reaktionen på den miljømæssige stimuli. Herunder mener Kernberg

at dispositionerne er særligt determinerende for intensiteten, rytmen og tærsklen for affektiv respons (Kernberg, 1996, p.109). Den affektive respons er en essentiel determinant for organiseringen af personligheden, særligt under det som Kernberg betegner for *peak affect states*⁹. Den medfødte tærskel ift. aktiveringen af både positive og negative affekter, beskriver Kernberg som den vigtigste forbindelse mellem de biologiske og de psykologiske determinanter for personligheden (ibid., p.109f). Temperament indeholder, ifølge Kernberg, også medfødte dispositioner for individets kognitive organisation samt dets adfærd. Ætiologien af personlighedsforstyrrelser sætter særlig fokus på det affektive aspekt af temperament, det affektive aspekt bliver således af fundamental betydning (ibid., p.110).

Det andet essentielle element i forståelsen af personligheden, karakterbegrebet, henviser til den bestemte dynamiske organisation af adfærdsmønstre, som afspejler den overordnede grad og niveau af organisation af disse mønstre (ibid.). Indenfor den akademiske psykologi adskiller man normalt karakter fra personlighed, men Kernberg argumenterer for at dette ikke giver mening ift. det anvendte felt. Kernberg foreslår i stedet, at karakter henviser til den adfærdsmæssige manifestation af jeg-identiteten. Det subjektive aspekt af jeg-identiteten, som beskriver integreringen af selv-koncepter og koncepter af betydningsfulde andre, er således de intrapsyriske strukturer, som determinerer den dynamiske organisation af karakteren. Karakterbegrebet inkluderer, ifølge Kernberg, desuden også jeg-funktioner og jeg-strukturer (ibid.).

Personligheden er således både determineret af temperament og karakter, men derudover er personligheden også determineret af den intrapsyriske struktur over-jeg'et. Over-jeg'et repræsenterer integrationen af et værdisystem, den moralske og etiske del af personligheden. Denne integration af forskellige lag i over-jeg'et er en vigtig komponent i den overordnede forståelse af personligheden. Begrebet personlighed betragtes af Kernberg som en dynamisk integration af alle de adfærdsmønstre som stammer fra temperament, karakter og internaliserede værdisystemer (ibid., p. 110f).

De ubevidste dynamikker som rummes af id'et kan potentielt skabe konflikter mellem id'et og over-jeg'ets værdisystem. Individets evne til at sublimere og integrere id'ets impulser ind i jeg'et og over-jeg'ets funktioner, afspejler således personens

⁹ Peak affect states: En strukturel vedholdende symbiotisk udviklingsfase (Kernberg, 1996, p.120).

adaptive potentiale og fortæller noget om personlighedens rummelighed og rigiditet (ibid., p.111).

Kernbergs definition af den normale personlighed, forstået ift. den patologiske personlighed, indeholder: 1) Et integreret selvkoncept, samt koncept af betydningsfulde andre. Disse strukturer, som samlet kaldes jeg-identitet, udtrykkes i en indre fornemmelse og ydre udtryk af kohærens, hvilket Kernberg anser som essentielt for normal selvværd. Et velintegreret selvkoncept sikrer evnen til at realisere individets ønsker, samt indgå i længerevarende forhold. Et velintegreret koncept af betydningsfulde andre garanterer evnen til at vurdere andre korrekt, yde empati og investere emotionelt i andre på en velfbalanceret måde (ibid.). 2) Jeg-styrke, repræsenteret ved et bredt spektrum af affektive dispositioner, evnen til at kontrollere affekter og impulser, samt evnen til at sublimere maladaptive følelser og impulser til acceptabel adfærd. Individets normale jeg-identitet sikrer evnen til vedholdenhed og kreativitet i de interpersonelle relationer, såvel som i individets arbejde (ibid.). 3) Et integreret og modent over-jeg, hvilket ses i et stabilt, abstrakt og individualiseret værdisystem. Over-jeg's struktur udtrykkes i en sans for personlig ansvarlighed, realistisk selv-kritik, integritet samt fleksibilitet i håndteringen af de etiske aspekter af beslutningstagning (ibid.). 4) En passende og tilfredsstillende forvaltning af de libidinale og aggressive impulser. Dette involverer evnen til at udtrykke ens sensuelle og seksuelle behov samtidig med at individet evner ømhed og følelsesmæssig engagement til en kær person. Denne balance forudsætter en normal grad af idealisering af det andet individ og forholdet. Den passende ligevægt mellem udlevelsen og kontrollen af disse impulser opretholdes af jeg'et og over-jeg's funktioner (ibid., p.112).

2.1.1.2 Affekter og drifter

Kernberg beskriver affekter og drifter som det motivationsmæssige aspekt af personlighedens organisation. Kernberg mener, at affekter er medfødte, konstitutionelle og genetisk determinerede reaktionsmåder som i begyndelsen af udviklingen udløses af fysiologiske og kropslige oplevelser, senere i udviklingen udløses de af objektrelationerne. De beskrives ydermere af Kernberg som værende instinktive strukturer, som viser sig i de tidlige udviklingsstadier. Gradvist organiseres de i drifter, som de aktiveres som en del af de tidlige objektrelationer (Kernberg, 1996, p.114). De gratificerende og behagelige affekter integreres som den overordnede

drift libido, mens de negative og smertelige affekter integreres som den overordnede drift aggression. Affekterne involverer en grad af kognitiv vurdering, da den oplevede situation vurderes som hhv. god eller ond, vurderingen resulterer i en kamp/flugt reaktion (Sørensen, 2006, p.14). Affekterne skal således forstås som et samspil mellem noget kognitivt og selv- eller objektrelationerne.

Kernberg skelner mellem primitive og afledte affekter, denne todeling skal forstås ift. individets udvikling. De primitive affekter hører den tidlige udvikling til, og indeholder et diffust kognitivt element. De afledte affekter er mere komplekse og indeholder elaborerede sammensætninger af de primitive affekter. De mere komplekse affekter kaldes af Kernberg for emotioner eller følelser (Kernberg, 1996, p. 114f). Det væsentlige ved objektrelationsteorierne er, ifølge Kernberg, internaliseringen og strukturaliseringen af de tidligste objektrelationer som den centrale faktor for menneskets motivation. Kernberg skelner imellem tre former eller typer for internaliseringsprocesser. Introjektion er den mest primitive form for internaliseringsproces og hører til det tidlige udviklingsniveau. Introjektion består af simple indre reproduktioner af samspillet med omverdenens objekter. Denne tidlige form for objektrelation indeholder, ifølge Kernberg, tre komponenter hhv.: objektbillede, et billede af selvet i samspil med objektet og en affektiv farvning af både sig selv- og objektbilledet (Jørgensen, 2002, p. 185).

Identifikation hører til det næste udviklingstrin, her bliver der dannet mere komplekse perceptuelle og kognitive færdigheder. På dette udviklingstrin opbygges en begyndende forståelse af, at personer kan indeholde både gode og dårlige sider, idet mennesker kan indtage forskellige positioner og roller i samspil med hinanden. Den sidste form for internaliseringsproces er identitetsdannelsen. Denne proces er den mest modne form for internalisering. Individet oplever nu at identiteten er stabil på tværs af tid og kontekst (ibid., p. 185f; Kernberg, 1996, p. 112f).

Den affektive internalisering af objektrelationerne er den afgørende organiserende faktor i både jeg- og over-jeg's udvikling. Komponenterne i denne udvikling er selvrepræsentationer, objektrepræsentationer og specifikke affekttilstande eller dispositioner, affekttilstandene binder hver selvrepræsentation sammen med en tilsvarende objektrelation. Disse forbindelser danner på sigt en dynamisk struktur i personligheden, hvor de enkelte repræsentationer forbindes til overordnede helheder (Mortensen, 2001, p.186).

At placere affekter som grundlaget for et motivationssystem mener Kernberg vil være fejlagtigt, da drifter ikke er det samme som affekter, da affekter indeholder et ønske rettet mod objektet. Ydermere gennemgår affekterne en række sekundære kombinationer samt transformationer. Derfor vil et eventuelt motivationssystem baseret udelukkende på forståelsen af affekter være, ikke blot unødvendigt kompliceret, men også utilstrækkelig ift. en klinisk anvendelighed. Kernberg mener, at ved at betragte affekter som byggesten i drifterne, vil man dermed kunne undgå en unødvendig kompleksitet samt løse nogle af problemerne i den psykoanalytiske driftsteori (ibid., p. 187f).

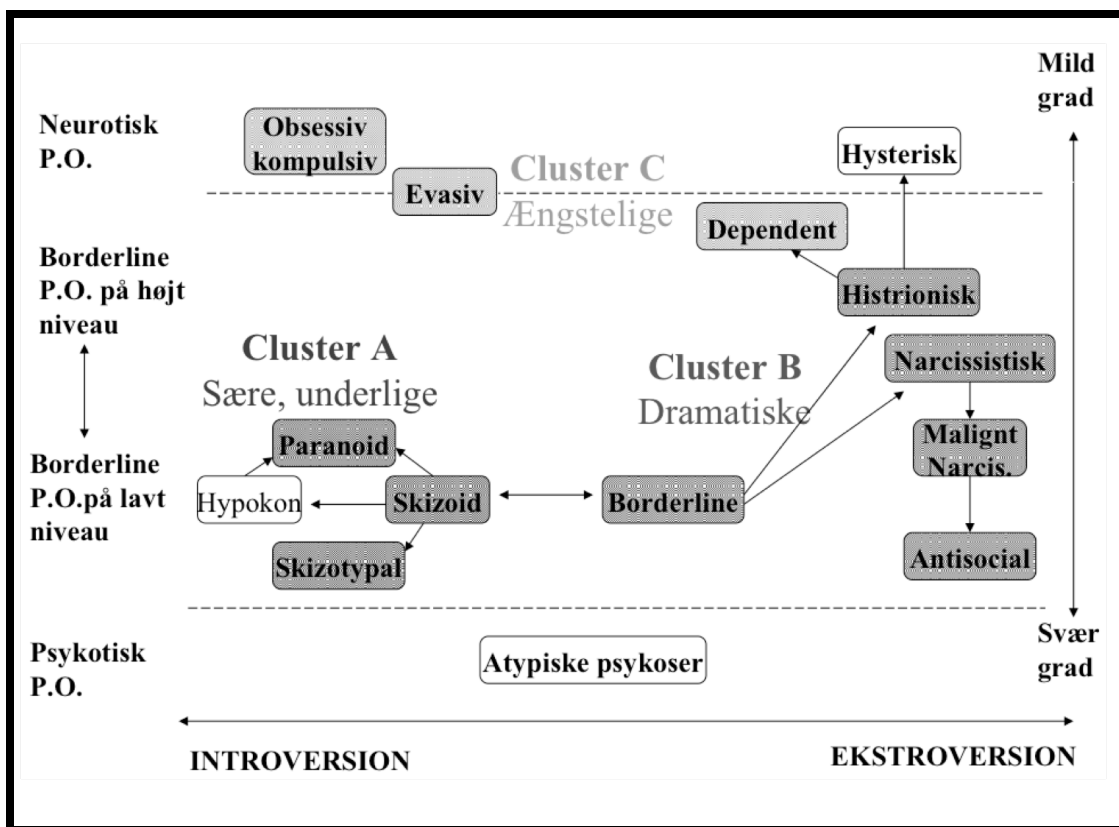
2.1.2 Klassifikationssystem

Jeg vil i det følgende præsentere Kernbergs klassificeringssystem, som skal danne grundlag for de senere analytiske diskussioner af personlighed og traumereaktioner.

Kernberg har formuleret et klassifikationssystem, der søger at afdække og indkredse de bagvedliggende strukturer og organiseringer hos individet. Kernberg har formuleret klassifikationssystemet, da han mener at de eksisterende klassifikationssystemer, hhv. det kategoriske og det dimensionale system, er mangelfulde og upræcise i diagnosticeringen af de forskellige personlighedsforstyrrelser (Kernberg, 1984, p. 77f; Kernberg, 1996, p.118). Kernbergs personlighedsorganiseringsmodel er en sammensætning af de førnævnte klassifikationssystemer. Han prøver således at inkorporere de forskellige kvaliteter fra begge systemer i et nyt system. Kernberg bruger f.eks. det kategoriske systems inddeling af de forskellige personlighedsforstyrrelser og det dimensionale systems måde at vurdere graden af en given personlighedsforstyrrelse (Kernberg, 1984, p. 90f). Kernberg mener dog ikke at hans model er helt færdigstøbt, da den også har visse problemer. Et sådan problem er bl.a. at hans model er baseret på DMS-IV og derfor arver modellen indirekte nogle af de samme problemer som er at finde i DMS-IV (Mortensen, 2001, p. 400).

Det er vigtigt for forståelsen af Kernbergs teori, at hans udgangspunkt for teoridannelsen er et forsøg på at forstå psykopatologien i diverse personlighedsforstyrrelser. Kernbergs fokus er hvordan forskellige adfærdsmæssige karakteristika ved en given personlighedsforstyrrelse relaterer sig til de andre personlighedsforstyrrelser og deres særlige prædisponerende, underliggende faktorer (Kernberg, 1996, p.106).

Udgangspunktet for Kernbergs model er således antagelsen om at der bagved enhver personlighedsforstyrrelse er en bestemt organisering, som kan findes på tværs af de forskellige personlighedsforstyrrelser. Kernberg opdeler sit system i tre overordnede kategorier: Neurotisk organisering, Borderline organisering og Psykotisk organisering. Borderline kategorien bliver yderligere inddelt i højt og lavt niveau. Alle tre kategorier er placeret på et kontinuum fra mild til svær grad af forstyrrelse, hvor den neurotiske organisering placeres som den mildeste og den psykotiske organisering som den sværeste grad. Derimellem placerer Kernberg de forskellige personlighedsforstyrrelser, disse ligger ligeledes på et kontinuum fra introversion til ekstroversion (Kristensen, 2005, p. 40f).



(Lavet ud fra Kernberg og Caligor, 2005, pp. 137,143)

Kernberg antager, at man ved at se på de forskellige jeg-funktioner, herunder typen af forsvarsmekanismer, realitetstestning samt graden af jeg-integration, kan beskrive hvordan personligheden er organiseret (Kristensen, 2005, p. 39f). Disse jeg-funktioner vil blive gennemgået i de næstfølgende afsnit. Organiseringen af individets personlighed ligger, så at sige, bagved individets umiddelbare adfærsudtryk og

beskriver individets psykiske udformning. Der er således ikke nødvendigvis tale om en forstyrrelse af personligheden i lighed med ICD-10 og DSM-IV's definition af en personlighedsforstyrrelse. Personlighedsforstyrrelser betegnes som værende gennemgribende, utilpassede væremåder, der udtrykkes i personens sansning, tænkning, følelser og handlinger (Dahl, 2009, p.535). Personlighedsorganiseringen er dermed ikke lig en personlighedsforstyrrelse eller diagnose, men derimod et udtryk for personens indre verden.

For at forstå hvilket grundlag Kernbergs klassifikationssystem er bygget på, vil der nu komme en redegørelse for de tre jeg-funktioner, som Kernberg mener er centrale for identificeringen af individets personlighedsorganisering.

2.1.2.1 Jeg-integration

Jeg-integration handler om hvordan personer oplever sammenhænge, både i opfattelsen af sig selv og andre, men også i indre og ydre stimuli. Alvorligt personlighedsforstyrrede personer har ofte en splittet og ustruktureret oplevelse af dem selv og andre (Kernberg & Caligor, 2005, p.134). De personer som er personlighedsforstyrrede kan, grundet en manglende stabil indre kerne, opleve en følelse af indre tomhed. Manglen på den stabile indre kerne gør at deres sindsstemning hurtigt kan skifte, ligesom opfattelsen af selv og andre også hurtigt kan skifte. Dette er ifølge Kernberg et tegn på manglende objektkonstans, hvilket skyldes en forstyrret jeg-integration (ibid., p.140). Den manglende eller ringe forestilling om selv og betydningsfulde andre, kan bevirke at individet tit oplever ting som værende modsætningsfulde, idet de ikke formår at rumme de gode og dårlige sider på samme tid. Det er dog langt fra altid at personen selv oplever situationen som modsætningsfuld, da personen ofte benytter mere primitive, ubevidste forsvarsmekanismer, såsom f.eks. splitting, for at kunne adskille det modsætningsfyldte (Kernberg, 2000, p. 15f).

2.1.2.2 Realitetstestning

Kernberg forbinder realitetstestning med personens evne til at kunne skelne mellem selv og signifikante andre, samt til at kunne skelne mellem indre og ydre stimuli (Kernberg, 1996, p. 199f). Der synes dog være forbundet nogle problemer med begrebet realitetstestning, idet at ordet testning antyder at personen løbende kan teste eller kontrollere *virkeligheden* af det omkringværende. Problemet er at virkelig-

heden eller realiteten derved indirekte bliver reduceret til et entydigt fysisk objektivt fænomen. Denne type virkelighed synes ikke at passe ind i forståelsen af interpersonelle relationer, som sammenhængende systemer af forskellige sociale dimensioner, konventioner, meninger, symboler og sprog, for bare at nævne nogen af fænomenerne.

Realitetstestningsbegrebet er således afhængigt af de intersubjektive forhold. Den ikke-forstyrrede personlighed forstår disse oplevelser implicit, direkte og automatisk uden at personen skal bruge opmærksomhed på dette. For den forstyrrede personlighed kan disse fænomener være forvrænget (Kernberg, 1996, p. 120; Mors, Kragh-Sørensen & Parnas, 2009, p. 32f). Realitetstestningen forgår normalt kontinuerligt gennem ens kommunikation med andre mennesker, man har derved mulighed for at få korrigeret sine forkerte forestillinger, inden de eventuelt udvikler sig til vrangforestillinger (Kernberg & Caligor, 2005, p. 144f). Ifølge Kernberg kan en persons evne til at vurdere virkeligheden fortælle noget om hvilken organiseringsstype personen tilhører.

2.1.2.3 Forsvarsmekanismer

Forsvarsmekanismer er en central del i forståelsen af den menneskelige psykologi, især når vi taler om at forstå psyken ud fra et dynamisk perspektiv. George E. Vaillant (1988) sammenligner det psykiske forsvar med det organiske immunforsvar. Individet vil ikke kunne leve uden dette forsvar (Vaillant i Perry, 2001, p. 8f). Uden det psykiske forsvar vil individet være ubeskyttet imod udefrakommende såvel som indre impulser og angstprovokerende indtryk. Freud introducerede begrebet forsvarsmekanismer tilbage i 1894. Hans forståelse af forsvarsmekanismerne var at de var et resultat af indre uforløste konflikter, der så at sige manifesterede sig som psykiske symptomer (Freud, 1894, p. 49f). Freud kobled senere forståelsen af forsvarsmekanismer til hans strukturelle personlighedsteori fra 1933 (Perry, 2001, p. 8f). Freud mente således, at oprindelsen til de psykiske symptomer var at der skete en ubevidst foranstaltning mod det, som var uacceptable ønsker eller impulser. Årsagen til denne foranstaltning er at id'et har disse ønsker og impulser, men over-jeg'et ikke tillader dem. Jeg'et kommer derfor i klemme mellem id'et og over-jeg'et, og vil derfor prøve at komprimere og mindske det indre tryk via forsvarsmekanismer (ibid., p. 8f).

Grundlæggende kan forsvaret beskrives som mentale funktioner som per definition er automatiske og oftest ubevidste. Derimod er den medfølgende adfærd og affekt gerne bevidst, idet personen oftest er bevidst om hans/hendes adfærd og tanker. Derimod kan årsagen til denne adfærd eller disse tanker være skjult for personen selv (ibid., p. 10). Ydermere kan forsvarsmekanismer inddeles i tre grader af modenhed: det umodne, det neurotiske og det modne forsvar. Morten Kjølbye anfører, at forsvarets mere eller mindre bevidste karakter er udtryk for hvor modent forsvaret er, dvs. at det meget modne forsvar også bliver anvendt mere bevidst (Kjølbye i Perry, 2001, p. 10).

Kernberg har lavet en opdeling af de forskellige forsvarsmekanismer efter samme princip, forsvarets modenhed – igen er antagelsen at svært personlighedsforstyrrede personer overvejende benytter et umodent forsvar (Kristensen, 2005, p. 37f). Det psykiske forsvar er ikke noget hverken individet selv eller en observatør kan se direkte. Freud beskrev hvordan man for at kunne identificere et forsvar må gå bagved det umiddelbare og prøve at forstå de underliggende mekanismer. Ved at se på og forstå de tanker, følelser og den adfærd individet har i situationen, kan man identificere et forsvar. Det er således forsvarsmekanismernes afledte adfærd, som man kan se og en diagnosticering af forsvar sker således indirekte (Perry, 2001, p. 9f). Nedenstående skema viser en opdeling af forsvarsmekanismerne:

Umodne	Neurotiske	Modne
Splitting	Fortrængning	Sublimering
Projektion	Forskydning	Altruisme
Projektiv identifikation	Reaktionsdannelse	Humor
Acting out	Intellectualisering	Anticipering
Idealisering	Rationalisering	
Devaluering	Isolation	
Somatisering		
Benægtelse		

(Kristensen, 2005, p. 37f)

De forskellige organiseringstyper kan ifølge Kernberg ses som udtryk for et eller flere uhensigtsmæssige udviklingsforløb i personens barndom (Mortensen, 2001, p.192). En mulig forståelse af den psykotiske personlighedsorganisering (PPO) kan f.eks. skyldes at adskillelsen mellem selv- og objektrepræsentationerne er slået fejl. På samme måde kan en borderline personlighedsorganisering (BPO) ses som en fiksering i splitting-processerne, hvor personen ikke evner integrationen af de positive og negative introjektioner og identifikationer. Den neurotiske personlighedsorganisering (NPO) kan eventuelt skyldes en problematisk integration af id'ets impulser og et streget over-jeg (ibid., p. 192f). Kernberg har i sit forfatterskab lagt mest vægt på at beskrive borderline problematikker.

2.1.3 Personlighedsorganiseringens model

Ovenstående afsnit har haft det formål at præsentere det grundlag som Kernberg bygger sin personlighedsorganiseringens model på. I det følgende afsnit vil der blive redegjort for de tre hovedkategorier, som Kernbergs personlighedsorganiseringens model opererer med hhv. den psykotiske, borderline og den neurotiske personlighedsorganisering.

Inden jeg begiver mig ud i beskrivelsen af de tre forskellige hovedkategorier er det vigtigt igen at pointere, at der differentieres mellem personlighedsorganiseringen og de egentlige diagnoser. Det er derfor også vigtigt at understrege, at anvendelsen af de enkelte personlighedsorganiseringens niveauer i denne afhandling skal tjene til en almen forståelse af sammenhængen mellem personlighed og traumereaktioner.

2.1.3.1 Den psykotiske personlighedsorganisering

På det laveste niveau i Kernbergs model findes den *Psykotiske Personlighedsorganisering* (PPO). Det kendetegnende for denne organiseringstype er: en manglende integration af selv og signifikante andre, også kaldet identitetsdiffusion, en generelt ringe eller helt fraværende realitetstestning, samt overvægt af primitive forsvarsmekanismer centreret omkring splitting (Kernberg, 1970, p. 807f).

Identitetsdiffusion beskriver en psykologisk struktur som er præget af fragmenterede, mangelfuldt integreret jeg-identitet. Individuer med PPO har en tendens til at svinge mellem forskellige jeg-tilstande. De har meget forskellige oplevelser af selvet og andre, og svinger tilsvarende i deres følelsesmæssige tilstand fra oplevelse til op-

levelse. Identitetsdiffusion kommer ofte til udtryk i en oplevelse af kronisk tomhed, at være fremmed for sig selv, og en manglende evne til at beskrive sig selv og signifikante andre tydeligt (Jørgensen, 2009, p. 58f). Oplevelsen af at være fremmed for sig selv skyldes ofte en internalisering af signifikante andres inkongruente spejling af selvet. Den manglende evne til at integrere denne fremmed del af selvet i selvbilledet resulterer i at individer med PPO har vanskeligheder ved at integrere en sammenhængende og tilfredsstillende forståelse af sig selv og signifikante andre (Kernberg, 1996, p 118; Jørgensen, 2009, p. 58f).

Realitetstestning referer, som tidligere beskrevet, til at kunne skelne mellem selv og signifikante andre, samt evnen til at kunne skelne mellem indre og ydre stimuli (Kernberg, 1996, p. 199f). En person med PPO har en forstyrret realitetstestningen og kan i perioder være helt tabt. Tabet af realitetstestning afspejler den manglende skelnen mellem selv- og objektrepræsentationer under peak affect states. Den manglende realitetstestning får det, som fremstår normalt og socialt acceptabelt for andre, til at fremstå forvrænget og ude af sammenhæng for personer med PPO. Personer med PPO kan tænkes at opleve en indre verden, som ikke synes tilgængelig eller forståelig for andre, selvom at dette måske ikke altid kan ses i personens adfærd (Kernberg, 1984, p. 14f). Det faktum at personen har vanskeligt ved, at skelne mellem hvad der er egne fantasier, og hvad der er virkeligt samt en generel dårlig jegidentitet, gør at personen i ekstremt stressfyldte situationer vil kunne bryde sammen i en psykose eller også få forværret sine psykotiske symptomer. Ydermere kunne det tænkes at personer på dette organiseringsniveau, generelt vil have en lavere stress-tærskel end andre, da personens ubevidste konstant er på arbejde for at adskille modstridende oplevelser. Dette kan formodes at være særligt vanskeligt i en stressbelastet situation såsom den på Utøya, hvilket vil blive diskuteret nærmere i den senere diskussion.

Grundlæggende anvender personer med PPO de primitive forsvarsmekanismer, især splitting bruges i udpræget grad som forsvarsmekanisme. Splitting har den primære funktion at sikre en adskillelse af det gode og det onde objekt fra hinanden. Splitting har således også en adaptiv funktion, idet splitting minimerer den angst som personer med PPO kunne tænkes at opleve hvis adskillelsen af gode internaliserede objekter fra onde internaliserede objekter ikke var sket. Man kan således tale om at personer med PPO via sine primitive forsvarsmekanismer formår at holde sammen

på dem selv og dermed ikke bliver psykotiske (Kernberg, 1996, p. 118f; Perry, 2001, p. 34f).

Kernberg mener, at denne organiseringsstype har en overvægt af aggressionspræget internaliseringer, her er splitting en virksom forsvarsmekanisme. Splitting forhindrer aggressionerne i at blive alt for overvældende og mindsker dermed risikoen for at en følelse af kaos kommer til at overvælde personen i hans/hendes relationer, som følge af den manglende jeg-grænse i de nære relationer (Mortensen, 2001, p.397). Personer med PPO har en tendens til at blive desorienteret, og har ofte stor vanskeligheder med den følelsesmæssige tilpasning ift. egne emotioner og omgivelsernes følelsesmæssige udtryk (Kernberg, 1984, p.43). Personer som let bliver desorienteret vil hurtigere opleve at selv en mindre stressbelastning føles som ekstrem, og vil som resultat heraf hurtigt miste fodfæste. Det kan tænkes at personer med PPO, grundet deres manglende evne til at regulere egne emotioner, i højere grad vil søge andre personer som kan hjælpe til at regulere deres emotioner. Det er derfor også særligt interessant at undersøge hvorledes et traume påvirker en person med denne organisering.

2.1.3.2 Borderline personlighedsorganisering

Mellem det psykotiske og neurotiske organiseringsniveau finder vi *Borderline Personlighedsorganisering* (BPO). Som tidligere nævnt er dette niveau inddelt i et højt og lavt niveau. Opdelingen skyldes, at Kernberg mener, at langt de fleste personer med en personlighedsforstyrrelse har en BPO, men det patologiske udtryk kan være meget forskelligt (Kernberg, 1981, p. 3f). Derfor indeholder dette niveau en meget større bredde ift. lidelser end det psykotiske og neurotiske organiseringsniveau (Kristensen, 2005 p.41; Jørgensen, 2006, p.46). Nogle af de personlighedsforstyrrelser, som har samme dynamiske personlighedsorganisering er: den paranoide, dependente, narcissistiske, skizoide og borderline personlighedsforstyrrelse. For et fuldkomment billede se Kernbergs personlighedsorganiseringensmodel overfor. Det kendetegnende for denne organiseringsstype er identitetsdiffusion, overvægt af primitive, umodne forsvarsmekanismer og en intakt realitetstestning.

Identitetsdiffusion, som blev beskrevet i det foregående afsnit, er også kendetegnende for personer med BPO, dog er graden af identitetsdiffusion mindre end ved personer med PPO. Personer med BPO evner således bedre at differentiere mellem

selv og andre på et grundlæggende plan (Kernberg, 1984, p. 12f). Identitetsdiffusionen ses dog stadig ved at personer med BPO ofte har en indre følelse af tomhed, som skyldes gentagende oplevelser af modstridende opfattelser af sig selv og andre, samt en selvmodstridende adfærd (ibid., p. 40f). Dette kan ses som en usikkerhed ift. at opleve deres selv som en vedvarende størrelse henover tid og kontekst. Ifølge Kernberg skyldes det en fiksering i den naturlige udviklingsfase, hvor barnet gør brug af splitting. Personer med BPO er sandsynligvis ikke blevet hjulpet til at integrere de positive og negative side af sig selv og andre i et sammenhængende billede (Mortensen, 2001, p. 192f). Personen vil derfor have svært ved at se at deres adfærd kan være årsag til andres handlinger, andres oplevelse af personen selv m.m..

Personlighedsforstyrrelsen Borderline deler mange ætiologiske træk med BPO. Normalt kan Borderline Personlighedsforstyrrelse (BPD) inddeles i fem hovedtyper: 1) den aggressive, som er karakteriseret ved en intens og upassende vrede. 2) den impulsive, som er karakteriseret ved en mere eller mindre ukontrolleret impulsivitet og selvdestruktivitet. 3) den affektive, som er præget af ustabilitet og tendens til selvdestruktivitet. 4) den identitetsforstyrrede, som er karakteriseret ved en forstyrret og usikker identitet og en kronisk tomhedsfølelse. 5) den dependente, som karakteriseret ved en udpræget tendens til at undgå at blive alene, samt affektiv ustabilitet (Kjølbye, 2004, p. 1333f). Disse træk synes også at være at finde i organiseringstypen BPO. Nogle af disse træk kan ses som havende en sammenhæng med en øget risiko for traumatisering, da f.eks. impulsivitet og selvdestruktivitet hænger sammen med en mere risikovillig adfærd. BPO organiseringstypen kan komme til udtryk i form af sekundære symptomer eller træk, såsom uspecifikke grader af jeg-svagthed, manglende angsttolerance og impuls kontrol, en generelt dårlig evne til sublimering og forskellige over-jegs problematikker, såsom infantile, umodne værdisystemer, modstridende indre moralske krav eller antisociale træk (Kernberg et al, 2000, p. 17).

Forskningen har vist, at der synes at være en øget sammenhæng mellem BPD og traumer, således at individer der har BPD også er i øget risiko for at opleve et traume, og at traumer er en medvirkende faktor i udviklingen af BPD (Jørgensen, 2009, p. 197f). Det er derfor interessant at undersøge om det samme gør sig gældende for personer med BPO. Dette undersøges nærmere i den senere diskussion.

I modsætning til personer med PPO, der generelt har en meget ringe eller helt fraværende realitetstestning, har personer med BPO en intakt realitetstestning. Personer på dette organiseringsniveau har som udgangspunkt ikke vanskeligheder ved at skelne

mellem selv og andre. Evnen til at skelne mellem indre og ydre stimuli, vurdere egne affekter, adfærd og tankemæssig indhold, ift. hvad der er realistisk og ligger indenfor de almindelige sociale normer og konventioner, er som udgangspunkt intakt (Kernberg, 1996, p. 120f; Kernberg, 1981, p. 4, 25). Især i forbindelse med stressfyldte oplevelser og andre belastningsformer vil personer med BPO reagere med en forvrænget oplevelse af dem selv, andre og den generelle virkelighed. Således forstået at mere objektive hændelser og fornemmelser af hvad der sker i virkeligheden stadig er intakt. Forvrængningen sker i personens fortolkning, og er præget af et selvcentreret syn på selv, andre og selve hændelsen (Jørgensen, 2009, p.54). Personens modstridende oplevelse af sig selv og andre vil således farve den fortolkning som person laver. Personer med BPO har desuden tendens til hurtigt at aktivere oplevelser og reaktionsmønstre fra tidligere relationer til betydningsfulde andre, hvor personen vil drage ukritiske paralleller mellem dem og det som er sket (Kernberg, 1984, p. 18; Kernberg et al, 2000, p. 15f). Ydermere synes personer med BPO ofte at befinde sig i offer/krænker situationer, grundet oplevelser i den tidlige udvikling (Allen, 2001, p. 297).

Hos personer med BPO er forsvaret primært koncentreret omkring de umodne eller primitive forsvarsmekanismer. I lighed med personer med PPO bruger personer med BPO også splitting som den primære forsvarsmekanisme. Brugen af splitting har, som nævnt i ovenstående afsnit, den funktion at holde de modstridende oplevelser af personen selv og andre adskilt i gode og onde objekter (Kernberg, 1984, p. 15f). Det er således ikke muligt for personen at have et helt og sammenhængende billede af dem selv, som en der indeholder både gode og onde sider, da det vil skabe angst og konflikter for jeg'et. Ligeledes er det vigtigt for personer med BPO at forestillingen om signifikante andre holdes *rene*, således at det gode og det onde forbliver adskilt. Dette ses især ved brugen af primitiv idealisering, hvor de gode aspekter af en person overdrives og de dårlige helt ignoreres (Kernberg et al, 2000, p. 15).

Denne forsvarsmekanisme vil ofte komme til udtryk i personens omskiftelige adfærd og følelsesudtryk om sig selv og andre som hhv. udelukkende gode eller onde (ibid., p. 15). Personer med BPO bruger i tillæg til forsvarsmekanismen splitting og også primitiv idealisering, projektiv identifikation, fornægtelse, omnipotent kontrol og devaluering (ibid.). Selvom disse forsvarsmekanismer beskytter personen mod at opleve intrapsyriske konflikter, gør de samme mekanismer også personens jeg-

funktioner dårligere ift. personens tilpasningsevne. Ydermere svækkes personens fleksibilitet ift. hans/hendes interpersonelle forhold.

2.1.3.3 Den neurotiske personlighedsorganisering

På det højeste niveau i Kernbergs hovedkategorier findes den neurotiske personlighedsorganisering (NPO). Årsagen til at Kernberg bruger betegnelsen neurotisk personlighedsorganisering skal dels findes i hans psykoanalytiske forståelsesramme og dels i hans antagelser om den bagvedliggende organisering som har lighed med Freuds neurose begreb. Det kendetegnende for den neurotiske personlighedsorganisering er en normal jeg-identitet, mere modne forsvarsmekanismer centreret omkring fortrængning samt en intakt realitetstestning (Kernberg, 1996, p.121).

Den velintegrerede jeg-identitet adskiller personer med NPO fra både personer med PPO og BPO. Personer med NPO formår at have et samlet og integreret billede af sig selv som indeholder både gode og dårlige sider. Ligeledes kan personer med NPO også skelne sig selv fra andre, samt bibeholde et nuanceret billede af sig selv og andre. Dette gør at personer med NPO, som udgangspunkt ikke har vanskeligheder ved at indgå i dybe og nære interpersonelle relationer (Kernberg, 1970, p. 802f). Grundet den velintegrerede jeg-identitet og fornemmelse af jeg-styrke, har personer med NPO en god kontrol over deres impulser, en relativ høj angsttolerance samt en god sublimeringsevne (Kernberg, 1996, p. 121f).

Personer med NPO er dog kendetegnet ved at have over-jeg's problematikker i form af et strengt og straffende over-jeg. Årsagen til neurotikerens over-jeg's problemer er, ifølge den psykoanalytiske forståelse, at der er sket en fortrængning af de intrapsykeiske konflikter i personens barndom. Personen har oplevet et behov for at undertrykke og fortrænge tidlige sadistiske og seksuelle impulser, hvilket resulterer i ubeviste skyldfølelser. En person med NPO prøver at kompensere for denne skyldfølelse ved at have et barskt og perfektionist over-jeg. Dette gør at personer med NPO kan have en tendens til at udvikle en patologi hvor mange ubevidste skyldfølelser er involveret (Mortensen, 2001, p. 398). Dette er interessant ift. personens traumereaktion, da denne må forventes at være præget af over-jeg's problematikken.

I lighed med personer med BPO har personer med NPO også en god realitetstestning, og har desuden en klar fornemmelse af sig selv og betydningsfulde andre. Til trods for at både personer med BPO og NPO synes at have en god realitetstest-

ning, kan der ved nærmere eftersyn ses en forskel på deres evne til at realitetsteste. Som tidligere beskrevet har personer med BPO tendens til at have et selvcentreret syn på sig selv og andre i situationer med høj stressbelastning. Personer med NPO synes at have en større nuanceringsgrad i deres realitetstestning, dog synes personer med NPO, at besidde en vis rigiditet som især skyldes deres strenge over-jeg. Denne rigiditet har konsekvenser for personens fleksibilitet og tilpasningsevne, hvilket kan tænkes at have en indflydelse på hvordan personen opfatter sig selv og andre i stressfulde situationer. Over-jeg'ets rigiditet kan forestilles at farve deres oplevelse af en hændelse, men ligesom personer med BPO er de klar over hvad der er virkelighed (Kernberg et al, 2000, p. 16f).

Hos personer med NPO er forsvaret, som tidligere nævnt, primært organiseret omkring de mere modne og neurotiske forsvarsmekanismer såsom fortrængning og sublimering m.m.. (ibid., p.15). Som tidligere nævnt kan man sige, at jo mere modent et forsvar personen bruger, desto mere bevist bliver forsvaret anvendt. For personer med NPO er årsagen til deres adfærd, de ubeviste indre konflikter som er forsøgt undertrykt via personens forsvar, derfor er det ikke givet at forsvarsmekanismerne anvendes bevidst. Det ses at personer med NPO bruger deres forsvar i en sådan grad at det kan være hæmmende for personen. Et eksempel på dette ses hos OCD patienter eller hos fobiske patienter. Personer med NPO kan således opleve begrænsede og indsnævrede jeg-funktioner, grundet den overdrevne brug af neurotiske forsvarsmekanismer. Personens samlede sociale tilpasning tager dog oftest ikke skade (Kernberg, 1996, p121f).

2.1.3.4 Opsummering

Nedenstående skema er en oversigt over de forskellige karakteristika hos hver af de tre organiserings typer:

Oversigt over differentiering af Personlighedsorganisering niveauerne			
Organiserings typen	Psykotisk (PPO)	Borderline (BPO)	Neurotisk (NPO)
Jeg-integration	Mangelfuld adskillelse af forestillinger om selv og objekt – og af indre og ydre stimuli. Modsatrettet aspekter af selv og andre er dårligt eller ikke integreret.	Identitetsdiffusion; mangelfuld integration af selv og objekt-forestillinger især hvis disse er modsatrettet.	Klar adskillelse af selv og objekt-forestillinger; god integration af disse.
Forsvarsmekanismer	Primitive, anvendes primært som beskyttelse mod disintegration, dekompenisering og psykotiske sammenbrud.	Primitive; splitting, projektiv identifikation, primitiv idealisering. Anvendes til at håndtere konfliktfyldt ydre og indre objekt-relationer og konflikter imellem personlighedens instanser (id, jeg, over-jeg).	Modne; fortrængning, rationalisering, humor, intellektualisering og isolering. Anvendes til håndtering af indre konflikter.
Realitetstestning	Alvorligt svækket og periodisk helt fraværende.	Ændringer og forvrængninger i oplevelsen af realiteten; selvcentrerede fortolkninger af virkeligheden. Der kan forekomme psykoselignende symptomer i forbindelse med svær belastning.	Intakt; klar adskillelse af selv og anden samt af indre og ydre stimuli. Dybdegående, nuanceret og realistisk forståelse af selv og andre.

(Skemaet er sammensat ud fra hhv. Kernberg 1984, p. 20 og Jørgensen, 2006, p. 46)

Kernbergs personlighedsorganiseringsmodel arbejder ikke med en specifik kategori eller opdeling ift. en *normal* personlighedsorganisering. Dog kan man i litteraturen finde at det neurotiske organiseringsniveau ofte anvendes som det normale niveau. Andre vælger at koble en ekstra kategori på som kan beskrive den normale

eller velfungerende personlighedsorganisering. Det er dog en inddeling som Kernberg aldrig selv har angivet (Kristensen, 2005, p.40; CETT, 2007, p.5). Forskellen på adskillelse af disse to niveauer, hhv. den neurotiske og den normale, ses i at den neurotiske personlighedsorganisering har en rigiditet ift. valg af forsvarsmekanismer samt i synet på sig selv.

2.2 Traume og traumereaktion

Tidligere i afhandlingen blev traumer og traumereaktioner begrebsafklaret ift. en psykodynamisk forståelse heraf, da det er fokus for denne opgave. Traumer og traumereaktioner er meget komplekse størrelser som består af mange faktorer, og det er derfor nødvendigt at udvælge de faktorer, som er mest relevante for den pågældende problemstilling. Denne del af afhandlingen vil uddybe den teoretiske forståelse af traumer ud fra forskellige vinkler, hhv. en fysiologisk, en diagnostisk, en kognitiv samt en psykodynamisk forståelse for bedst muligt at kunne diskutere hvordan traumer opleves af individet med en given personlighedsorganisation. Afslutningsvist vil nogle empiriske fund blive præsenteret for at gøre diskussion mere evident.

2.2.1 En fysiologisk forståelse af traumer

Traumer er psykofysiologiske oplevelser selv når den traumatiske hændelse ikke medfører skader på kroppen. Den belastning som traumat udsætter kroppen, såvel som psyken, for er veldokumenteret og har dermed også, som tidligere beskrevet, fået en plads i det diagnostiske system. Under punkt D i DSM-IV ses en af de tydelige kropslige reaktioner på PTSD ”*Personen har symptomer på øget stress (“arousal”)*” (APA, 2010, p. 468). De fysiologiske mekanismer som er forbundet med traumat er en vigtig del af forståelsen af traumereaktionen.

Arousal, herunder traumatisk hyperarousal, medieres af det limbiske system. Det limbiske system regulerer overlevelseshadfærd, emotionelle udtryk og behandler vores erindringer (Kalat, 2007, p.376f; Rothschild, 2004, p.24f). Det limbiske system har med det autonome nervesystem at gøre, på den måde at det i en given situation vurderer, og giver signal til det autonome nervesystem om enten at slappe af eller forberede en handling. Det autonome nervesystem opererer selv med to systemer, det sympatiske og det parasympatiske system, som virker gensidigt hæmmende på hin-

anden. I en normal tilstand vil disse to være i ligevægt (homeostase). Når kroppen er i en stressbelastet situation, er det det sympatiske system som aktiveres, modsat er det det parasympatiske system der aktiveres hvis kroppen skal slappe af (Rothschild, 2004, p.25).

I det tilfælde at et individ kommer ud for en stressfuld situation, reagerer det limbiske system ved at frigive hormoner. Herved har det limbiske system sat kroppen i alarmberedskab. Som en del af alarmberedskabet sender amygdala alarmsignaler til hypothalamus som sætter gang i to forskellige processer; for det første bliver det sympatiske system aktiveret og det parasympatiske system hæmmes. Det næste der sker, er en frigørelse af et corticotropin-releasing hormon (CRH). Aktivisering af det sympatiske system sætter en reaktion i gang i binyrerne, som frigør to hormoner: adrenalin og noradrenalin. Disse hormoner sætter kroppen i en kamp/flugt modus, på det mere synlige plan vil individet mærke en øget vejrtrækning og puls (Kalat, 2007, p.366f). CRH hormonet sætter samtidigt gang i hypofysen som frigør adrenokortikotrop hormont (ACTH). ACTH aktiverer binyrerne som i denne del af stressfasen frigør hormonet hydrocortison som hjælper til at alarmreaktionen, og produktionen af adrenalin og noradrenalin indstilles. Dette er med til at få kroppen til at slappe af og komme i balance igen (Rothschild, 2004, p.25). Denne sidste del af reaktionen er særligt interessant ift. traumebehandling og arbejde med PTSD patienter.

Forskning har vist at PTSD patienter har et lavere cortisol niveau ift. kontrolpersoner. Dette har ført til en antagelse om, at PTSD rent kemisk svarer til en mangelfuld produktion af cortisol. Dog er der ikke entydigt bevis for at PTSD er en biologisk fejlproces. Det ser snarere ud til at det skal ses som et sammenspil mellem den perception som sker i det limbiske system og stressbelastningen. Perception må her forstås ud fra et større billede, nemlig personens personlighed, det vil sige personens individuelle forhold (ibdi., p.25f).

Individets reaktion er dermed ikke kun noget psykisk, men også en fysisk reaktion som ikke kan stoppes med enkle midler.

2.2.2 En diagnostisk forståelse af traumer

Den diagnostiske forståelse af traumer og traumereaktioner er vigtig da det er diagnosemanualerne som behandlerne arbejder ud fra i diagnosticeringen af PTSD. Tre overordnede symptomgrupper er særligt kendetegnende for den psykiske traume-

reaktion PTSD. Det er hhv.: *genoplevelsesfænomener*, *undgåelsesadfærd* og *vagtsomhed/hyperarousal*. Især genoplevelsesfænomener synes at være særligt invaderende for den traumatiserede person og fremstår derfor nogle gang som det primære symptombillede, hvor de to andre symptomgrupper, undgåelsesadfærd og vagtsomhed/hyperarousal, kommer til at virke som følgevirkninger af genoplevelsesfænomenerne. I det følgende vil de tre symptomgruppe blive præsenteret enkeltvis.

2.2.2.1 Genoplevelsesfænomener

Genoplevelsesfænomener kan komme som flashbacks, hvor bestemte scener af den traumatiske hændelse genopleves. Dette sker spontant hos den traumatiserede person. Disse flashbacks kan være meget livagtige, hvorfor de også bliver svært invaliderende for personen (Willert, 2003, p. 13f). Ask Elklit beskriver hvordan individet pga. perceptuel kondensering kan opleve at bestemte dele af selve den traumatiske hændelse bliver genoplevet. Sekvenserne kan virke som løsrevne dele af en film som opleves igen og igen. Ofte vil disse sekvenser være udsnit af hændelsen, og det som ligger mellem sekvenserne vil være utydeligt eller helt fraværende (Elklit, 2004, p.43).

Disse pludselige genoplevelser af den traumatiske hændelse er meget ubehagelige og kan være meget angstprovokerende og stressfulde. Personer udsat for en traumatisk hændelse, kan berette om at de i situationen oplevede at tiden ændrede sig, en følelse af at tiden stod stille og at oplevelsen af den traumatiske hændelse ikke var virkelig, en form for ud-af-kroppen oplevelse (Brewin, 2003, p. 52f). Som følge heraf kan personen have *sorte huller* i deres oplevelse, og kan måske ikke huske hvad de gjorde i situationen men følte at kroppen kørte på autopilot (Willert, 2003, p. 31f). En del af disse genoplevelsesfænomener vil kunne beskrives med begrebet dissociation.

Dissociation er et ikke særligt veldefineret begrebet indenfor psykologien. En lang række forskere og teoretikere har igennem tiden brugt dette begreb på mange forskellige måder, uden at de nødvendigvis har redegjort for hvordan de anvender begrebet (ibid., p. 28). David Spiegel og Etzel Cardeña (1991) definerer dissociation som en struktureret bevidsthedsseparation af forskellige modaliteter (tænkning, sansning, emotion) (p.367). Dissociation er således en tilstand hvor individet beskytter sig mod det, som er for voldsomt til at være tilstede i. Dissociation kan derfor i situa-

tionen være en positiv ting, men på længerevarende sigt kan det blive skadende for individet (Rothschild, 2004, p. 86f).

Dissociationen gør at nogle modaliteter kommer i en form for hypertilstand, mens andre modaliteter bliver helt lammede. Denne spaltning af de forskellige modaliteter afhænger af den traumatiske situation og hvilke modaliteter som i situationen vurderes til at have en overlevelseshæder. Oftest vil spaltningen medføre en lammelse af følelserne mens perception, kognition eller handlinger kommer i en hypertilstand (Elklit, 2004, p. 42). Der er i faglitteraturen en grundlæggende enighed om, at dissociation kan forstås på et kontinuum, i grader fra mild til svær. Overordnet menes dissociation at kunne inddeles i tre grupper 1) absorption, 2) depersonalisation/ derealisation og 3) amnestisk dissociation (Bernstein & Putnam if. Willert, 2003, p. 28f; Elklit, 2004, p. 43). Absorption er den milde grad af dissociation, her kan personen forsvinde eller bliver opslugt af egne tanker eller af en god film uden at ligge mærke til omverdenen. Næsteft er kommer depersonalisation/ derealisation, som er forbundet med en ændring af en selv og ens omgivelser. Personen kan have en følelse af at han/hun selv eller ting omkring dem ikke er virkelig. Denne form for dissociation er ofte at finde hos traumatiserede personer (Elklit, 2004, p. 43). Den sidste og sværeste grad af dissociation er amnestisk, her er dissociations oplevelsen meget langvarigt og forbindes med svære patologier (Willert, 2003, p. 28f; Elklit, 2004, p. 43).

Andre mere overordnet beskrivelser af dissociation opdeler dissociation i følgende tre typer: *primær*, *sekundær* og *tertiær dissociation* (Willert, 2003, p. 29). *Primære* dissociation henviser til, at personens autobiografiske hukommelse af den traumatiske hændelse er disintegreret. Dvs. at visse sensoriske eller følelsesmæssige aspekter af personens hukommelse af den traumatiske hændelse dels, er utilgængelige, mens andre aspekter omkring den traumatiske hændelse virker meget levende for personen (ibid., p. 30). *Sekundær* dissociation beskriver hvordan en person under en traumatisk hændelse kan komme i en bevidsthedsstilstand, der bevirker at personen ikke umiddelbart er i forbindelse med sine kropslige og følelsesmæssige reaktioner (ibid.). *Tertiær dissociation* refererer til en disintegration af personligheden i en sådan grad at personen har en parallelt eksisterende jeg-tilstand. Denne dissociation er også beskrevet i DSM-IV som *Dissociativ Identity Disorder* (ibid., p. 30).

De udløsende faktorer for at en traumatiske hændelse ender i dissociation er der endnu ikke sikkerhed om (ibid., p. 28f). Flere nyere studier har dog fundet evi-

dens for at der synes at være en sammenhæng mellem en række forskellige psykologiske forhold, som f.eks. fobisk angst og forvrængede forestillinger, som kan udmønte sig i dissociation. Disse psykologiske forhold udgør ikke alene en risiko for dissociation, det er sammenspillet mellem forskellige kognitive og affektive faktorer der danner grundlaget for dissociation.

Ifølge Elklit kan man ud fra disse multifaktuelle forhold forklare en stor del af variationen indenfor dissociationsreaktioner (Elklit, 2004, p. 43f). Derudover ser det ud til at forholdene omkring selvet traumet også har betydning for risikoen for at dissociere. Jo længere den traumatiske hændelse varer, desto større sandsynlighed er der for at individet vil ty til dissociation. Ydermere kan det tilføjes at der også synes at være en sammenhæng mellem en svær grad af dissociation og en øget sandsynlighed for at udvikle PTSD (Allen, 2001, p. 167f). Undersøgelser tyder på at personer, som i den traumatiske situation har haft et højt angstniveau og en følelse af hjælpeløshed har en øget risiko for at opleve peritraumatisk dissociation samt at udvikle PTSD, end personer som ikke dissocierer i situationen (ibdi., p. 165f). Årsagen til at nogle personer dissocierer er ikke entydig, men noget tyder på at en høj grad af følelsesmæssig stressbelastning, samt et højt angstniveau i den traumatiske situation kan være medårsag til dissociation (Willert, 2003, p. 31f).

2.2.2.2 Undgåelsesadfærd

Undgåelsesadfærd kan ses som en konsekvens af de genoplevelsesfænomener som ses hos den traumatiserede person. Dog kan undgåelsesadfærden også forstås som et særskilt symptom på PTSD, som er beskrevet i DMS-IV og ICD-10. Undgåelsesadfærd kan være et ønske hos personen om, at undgå at tænke på eller gøre bestemte ting som kan associeres til den traumatiske hændelse. Personen håber at han/hun gennem undgåelsesadfærden kan beskytte sig mod de invaderende erindringer eller nye traumatiske oplevelser (Brewin, 2003, p. 58f). Undgåelsesadfærd kan siges at have en primær og en sekundær effekt. Den primære effekt er at personen undgår aktiviteter, situationer eller tanker som minder om den traumatiske hændelse. Den sekundære effekt er at undgåelsesadfærden kan føre til tilbagetrækkethed og isolation fra andre. Dette betyder at personen kan opleve en følelsesmæssig afsondrethed eller fremmedgørelse overfor andre (APA, 2010, p. 467f). Adfærden kan påvirke personen ift. selve helingsprocessen, da traumatiserede personer som bruger undgå-

elsesadfærd ofte har et negativt syn på sig selv og deres fremtidsmuligheder (Herman, 1995, p. 50f). Personer med PTSD har generelt et forhøjet stressniveau, og lider af en blanding af noget der minder om generaliseret angst og specifik angst. Det betyder at pludselig stimuli eller stimuli som kan associeres til traumet gør at de kan fare sammen (ibid.).

2.2.2.3 Øget vagtsomhed og hyperarousal

Øget vagtsomhed og hyperarousal kan i lighed med undgåelsesadfærd forstås som følgevirkning af genoplevelsesfænomener, da flashbacks fra traumehændelsen kan komme spontant og uden varsel. Personen vil derfor føle behov for konstant at være på vagt. Dette konstante pres kan føre til en tilstand, hvor personen kan blive emotionelt ustabil og uforudsigelig (Willert, 2003, p. 13f; Herman, 1995, p. 50f). Undersøgelser har vist, at personer som har været ude for en traumatisk hændelse, i tiden efter kan opleve at have søvnproblemer, at være særligt aggressive samt have problemer med at koncentrere sig. Undersøgelser tyder på, at det skyldes at deres selvopretholdelsessystem er kommet i en form for permanent alarmberedskab (Rothschild, 2004, p. 23f).

2.2.3 En kognitiv forståelse af traumer

Den kognitive tilgang til forståelsen af traumer tager udgangspunkt i de tanker og adfærdsmønstre som knytter sig til traumereaktionen. Horowitz har fremsat en teori om PTSD som bundet i en kognitiv informationsprocesseringsmodel, som kan udsige noget om forholdet mellem den traumatiske hændelse og de tilbagevendende invaderende erindringer fra den traumatiske hændelse.

Når en person kommer ud for en traumatisk hændelse vil personen opleve en form for informationsmæssig overbelastning. Overbelastning skyldes at traumet oftest har en ekstrem karakter over sig (Janoff-Bulman, 1992, p. 51f). Personen vil givevis forsøge at løse problemet ved at integrere den nye information, som den traumatiske hændelse har genereret, i personens eksisterende skemaer (Williams, 1999, p. 9f). Personens eventuelt manglende evne eller fejlslagne forsøg på at integrere denne nye information i de eksisterende skemaer kan resultere i en oplevelse af kognitiv dissonans (Willert, 2003, p. 16). Horowitz mener, at personer som har været ude for traumatiske hændelser må gennemgå en kognitive adaptationsproces før ople-

velsen af dissonans kan ophøre. Ifølge teorien vil personen søge en tilnærmelse mellem de nye kognitive skemaer og de eksisterende kognitive skemaer, dette kalder Horowitz for *fuldførelsestendens (completion tendency)*.

I lighed med Horowitz bygger Ronnie Janoff-Bulman (1992) sin teori på en forståelse af den menneskelige psyke som struktureret omkring en række skemaer. Psykiske traumer kan forstås som en brist på personens grundantagelser om personen selv, andre og omverden (p. 50f). Disse antagelser eller skemata kan indeholde både specifikke overbevisninger, som f.eks.: *"jeg er god til at spille musik"*, og mere abstrakte overbevisninger vedrørende en selv, andre og verdenen som f.eks.: *"verden er god og forudselig"*. Skemata grundlægges i barndomsårene, men er hele tiden i udvikling, det skyldes interaktionen mellem assimilation og akkommodation (Peterson, Prout & Schwarz, 1991, pp. 78-89). Parkes har formuleret det på følgende måde:

"... "assumptive world" a strongly held set of assumptions about the world and the self which is confidently maintained and used as a means of recognizing, planning and acting Assumptions such as these are learned and confirmed by the experience of many years". (Parkes i Janoff-Bulman, 1992, p. 5).

Desuden trækker Janoff-Bulman på de mere klassiske kognitive antagelser omkring de menneskelige kognitive processer såsom motivation, hukommelse m.m. Hun mener f.eks., at mennesket dels er meget fleksibel, hvilket giver mennesket evnen til at lære og tilegne sig ny viden, men samtidig er mennesket også meget rigid overfor forandringer. Den grundlæggende motivationsfaktor i mennesket er behovet for stabilitet og sammenhæng i en hverdag. Mennesket er meningssøgende (Janoff-Bulman, 1992, p. 26f). Janoff-Bulman betoner især tre forhold som synes at være fundamentale antagelser eller skemata:

1) *En tro på personlig usårlighed*

Ifølge flere studier har folk, som ikke har været ude for en voldsom traumatisk hændelse, en grundlæggende overbevisning om personlig usårlighed (Janoff-Bulman, 1992, p. 18f). Modsat viser det sig at personer, som har været ud for noget meget traumatisk, f.eks. et overfald eller en voldtægt, ikke længere har denne tro på personlig usårlighed. Dette skifte i antagelsen omkring ens egen usårlighed har vist sig at

korrespondere med overbevisning om at verden er ondskabsfuld (Peterson, Prout & Schwarz, 1991, p. 79f).

2) *At verden grundlæggende er meningsfuld og kontrollerbar.*

Janoff-Bulman påpeger, at folk har en grundlæggende overbevisning om at verden, og det som foregår i verdenen, er meningsfuldt. Som eksempel spørger personer som har været ude for noget traumatisk ”*Hvorfor skete det for mig?*,” i et forsøg på at finde en mening eller årsag til det som skete. Det meningsløse er en medvirkende årsag til at en given hændelse bliver oplevet som traumatisk. Det skyldes at individer med normale skemata ikke kan finde mening med det som er sket. Derfor opleves verdenen som meningsløs, og det som før gav mening og som kunne kontrolleres ikke længere kan, denne opdagelse vækker angst og frygt (ibid., p.79f).

3) *En opfattelse af en selv i et positive lys (f.eks. elskelig, god og kompetent)*

Grundlæggende synes folk at have en overbevisning om dem selv som værende gode og værdifulde, hvilket har med folks selvværdsfølelse at gøre. Personer som har været igennem en traumatisk hændelse, synes at se sig selv i et mere negativt lys. Disse personer synes ydermere at have et lavere selvværd. Det er dog ikke noget som kun findes hos traumatiserede personer, det kan også findes hos personer med andre psykiske lidelser som bl.a. angst og depression (ibid., p.79f).

Traumet ryster således personen i de grundlæggende antagelser omkring sig selv og verdenen. Det er dette brud eller denne forstyrrelse af personens generelle antagelser som er med til at traumatisere personen (Janoff-Bulman, 1992, p. 51f).

2.2.4 En psykodynamisk forståelse af traumer

Den psykodynamiske forståelse af traumer er blevet beskrevet i begrebsafklaringen men jeg vil i dette afsnit tilføje lidt om den psykodynamiske forståelse af årsagen til traumereaktioner.

Den psykodynamiske forståelse af traumereaktioner vægter individets forhistorie (oplevelser, erfaringer, tidligere traumer) højt. Et psykisk traume er, som tidligere beskrevet, noget som kan opstå pludseligt eller som resultat af længerevarende belastninger. Det er ikke alle traumer som giver voldsomme reaktioner, men oplevelser

som ikke umiddelbart virker traumatiserende kan på sigt føre til skader på psyken som i sidste ende kan føre til et psykisk traume (Jørstad, 1994, p. 40; Garland, 2002, p. 10). Caroline Garland formulere det psykiske traume og dets virkning således:

”Thus a trauma is an event which [...] overwhelms existing defences against anxiety in a form which also provides confirmation of those deepest universal anxieties” (Garland, 2002, p.11).

Oftest når man taler om traumer, forbindes traumet til en specifik og enkeltstående episode. Den psykodynamiske forståelse af psykiske traumer breder sig dog udover den aktuelle hændelse. Dette skyldes, at når en person reagerer voldsomt på en traumatisk hændelse, så er det den psykodynamiske tilgangs forståelse, at det ikke kun skyldes den aktuelle traumatiske hændelse. ”*Det er når aktuelle hændelser ripper op i gamle sår, at vi kan få voldsommere reaktioner og eventuelt psykiatriske symptomer*” (Jørstad, 1994, p.41). Det er sammenspillet mellem det enkelte menneske og det aktuelle traume som er væsentligt for at forstå traumer og traumereaktioner (ibid., p. 40f).

Til grund for denne antagelse ligger der en forståelse af at mennesket er udrustet med det, som Freud i 1884 beskriver som et skjold eller et forsvar imod ekstern stimuli: ”... *shutting out excessive amounts and kinds of stimulation is even more important, in terms of maintaining a workable equilibrium, than is the capacity to receive or let in stimuli*” (Garland, 2002, p. 9). Dette skjold eller forsvar hjælper individet med at opretholde psykisk velvære (Brewin, 2003, p. 4). Det psykiske forsvar er at forstå som en udviklingsmæssig komponent af den menneskelige psyke, således at det som bliver grundlagt i barndommen af gode og dårlige oplevelser og erfaringer danner fundamentet til individets videre psykiske udvikling (Mortensen, 2001, p. 52).

Det psykiske forsvar har til hensigt at beskytte individet mod ydre såvel som indre angstfremkaldende stimuli, oplevelser og impulser. I denne antagelse ligger også at alle mennesker har et *breaking point*, hvor individets forsvar imod uønskede oplevelser og impulser vil blive nedbrudt. Det er på det tidspunkt at individet vil få en voldsom reaktion (traumereaktion) (Garland, 2002, p. 10f). Personens sårbarhed hænger således sammen med persons psykiske forsvar, der er et resultat af personens

intrapsyriske struktur, som igen er et resultat af gode og dårlige erfaringer i barndommen (ibdi., p. 10f).

I den psykodynamiske forståelse er individets sårbarhed overfor traumer således en kombination af individets forhistorie/barndom, personlighed, tanker og intrapsyriske liv (McWilliams, 2004, p. 251f; Jørstad, 1994, p. 41). Individets sårbarhed overfor traumer ses således i lyset af de tidligere erfaringer som har formet individet. Dette perspektiv betoner således den individuelle forskellighed og sårbarhed som den grundlæggende årsag til udviklingen af PTSD. Igennem tiden er den psykodynamiske forståelse af traumer blevet kritiseret for at have for stort et fokus på de individuelle, personlige forhold, i sammenligning med det begrænset fokus på typen af traumat og graden af stressbelastning. Omvendt synes det psykodynamiske perspektiv at kunne komme med den modsatte kritik af forståelsen af traumereaktioner, som noget der er uafhængig af individets særlige personlighed. Dette depersonaliserer personen og reducerer personen til blot at være sine traumatiske reaktionsmønstre (Thrane & Elklit, 2002, p. 2-4).

2.2.5 Forskningens resultater

I de foregående afsnit er der blevet redegjort for fire forskellige forståelser af traumer og traumereaktioner. I dette afsnit vil jeg præsentere de centrale forskningsmæssige resultater der er fundet ift. traumer og traumereaktioner for at underbygge de foregående teoretiske forståelser.

Den meget store diversitet i måden hvorpå individer reagere på traumer er blevet undersøgt af forskellige forskere gennem tiden. Som nævnt tidligere er det langt fra alle, som oplever en traumatisk hændelse der udvikler PTSD. Det har gennem tiden givet anledning til undersøgelser af hvad der gør at nogen udvikler PTSD, mens andre undgår det. Undersøgelser har vist at det er et komplekst sammenspil mellem biologiske, psyko-sociale samt personlighedsmæssige forhold (Gil, 2005, p. 820f; Breslau, 2002, p. 925f; Brewin, Andrews & Valentine, 2000, p. 751f). Disse forhold kan overordnet inddeles i tre hovedkategorier: Pre-traumatiske faktorer, peri-traumatiske faktorer og post-traumatiske faktorer. I det følgende vil jeg beskrive de tre hovedkategorier, for på den måde at give læseren et indblik i en del af den forskning som findes på området.

2.2.5.1 Pre-traumatiske faktorer

De pre-traumatiske faktorer kan overordnet beskrives som de sårbarhedsfaktorer, som eksisterer i individet før den traumatiske hændelse. Disse omfatter bl.a. tidligere traumatiske begivenheder, familiens sygehistorie og præmorbide personlighedsfaktorer m.m.. Tidligere traumatiseringer efterlader permanent psykisk skade hos individet og gør individet mere sårbar overfor visse former for stressorer (Williams, 1999, p. 93). Dette bliver understøttet af flere studier som har fundet, at især de traumer som ligger tidligt i personens liv kan sætte dybe og permanente spor. Dermed øges risikoen for at udvikle PTSD samt en række andre psykiske lidelser og personlighedsforstyrrelser (Ballenger et al, 2004, p. 55f; Breslau, 2002, p. 925f; Brewin, Andrews & Valentine, 2000, p 749f).

Eksempelvis har et studier fortaget blandt krigsveteraner, vist at traumer forårsaget af vold eller seksuelt misbrug øger sårbarheden for udvikle PTSD. Resultatet af studiet viser en statistisk signifikant korrelation mellem grov fysisk vold i form af afstraffelse i personens barndom og graden af PTSD symptomer (Bremner, et al. 1993, p 237f; Zaidi & Foy, 1994, p. 34f). I ICD-10 antydes samme sammenhæng, da det beskrives at en lettere grad af psykosocial stress kan fremskynde starten eller bidrage til udviklingen af PTSD (WHO, 1998, p. 106). Desuden er der fundet, at tilstedeværelsen af psykisk sygdom i den nære familie kan give en øget risiko for udvikle PTSD, hvis personen udsættes for en voldsomt stressende situation. Årsagen til dette kan være, at disse personer har svært ved at affektregulere og derfor også har svært ved at håndtere traumatisk stress, og derfor også er mere sårbare overfor at udvikle svære efterreaktioner (Ozer, et al, 2003, p. 54f; Wilson & Agaibi, 2005, p. 197f).

Flere studier har undersøgt sammenhængene mellem de præmorbide personlighedsfaktorer og udviklingen af PTSD (Dijke et al, 2012, p. 162f; Holeva & Tarrier, 2001, p. 689f). Blandt disse faktorer er det især tidligere psykiske lidelser som har indvirkning på personens sårbarhed og resiliens. Ifølge John P. Wilson og Christine E. Agaibi (2005) kan resiliens karakteriseres som et ”...*complex repertoire of behavioral tendencies*” (p.197), som indbefatter adfærdstyper og identificerbare tanke-mønstre, der gør sig gældende på tværs af forskellige typer af situationer. Resiliens er således at forstå som et procesorienteret begreb. Bruges det om individet som et karakteristika betegnes det *resiliency*, på dansk robusthed (Willert, 2003, p. 38f; Gil,

rakteristika betegnes det *resiliency*, på dansk robusthed (Willert, 2003, p. 38f; Gil, 2005, p. 819;).

En metaanalyse har undersøgt 23 forskellige studier, som har forsket i sammenhængene mellem tidligere psykiske lidelser og følelsesmæssige tilpasningsproblemer og en øget risiko for at udvikle PTSD. Resultaterne af disse studier har vist statistisk signifikante resultater ift. personer som havde et eller flere af disse problemer forud for den traumatiske hændelse. Disse personer havde en sværere grad af PTSD symptomer end dem som ikke havde en forhistorie af psykiske lidelser (Ballenger et al, 2004, p. 57f).

Det neurotiske personlighedstræk er i flere undersøgelser blevet associeret med PTSD. Alexander C. McFarlane har lavet flere studier i forbindelse med naturkatastrofer som viser en sammenhæng mellem neuroticisme og PTSD (1987, 1988). Disse, og lignende studier, er dog forbundet med en vis usikkerhed, da voldsomt traumatiske hændelser kan føre til personlighedsændringer. Man kan derfor ikke afgøre om personlighedstrækket neuroticisme kan være et resultat af traumatet eller om det er en pre-traumatisk faktor (WHO, 1998, p. 108)

Et studie af 1370 gravide kvinder, hvoraf 125 kvinder mistede barnet under graviditeten, viste det sig at man ikke entydigt kunne sige at de pre-traumatiske neurotiske træk resulterede i udviklingen af PTSD. Det er således ikke sikkert hvordan neuroticisme påvirker individet. Dog er der flere studier som alle peger i samme retning, nemlig at personlighedstrækket neuroticisme gør personen mere sårbar overfor traumatisk stress (Engelhrad, Hout & Kindt, 2001, p. 385f). De pre-traumatiske faktorer understøtter således den psykodynamiske retnings antagelser om at personens forhistorie er en vigtig faktor i den potentielle udvikling af PTSD.

2.2.5.2 Peri-traumatiske faktorer

Peri-traumatiske faktorer er de faktorer der er knyttet sig til selve den traumatiske hændelse og den umiddelbare reaktion herefter. De mest iøjnefaldende peri-traumatiske faktorer, som er forbundet med risikoen for at udvikle PTSD, er dissociation i situationen, typen og omfanget af den traumatiske hændelse, omfanget af en fysisk skade samt den subjektive vurdering af begivenheden og af graden af involvering (Bryant; et al, 2011, p. 346f; Özer, et al., 2003, p. 54f).

Typen af traumer og graden af fysisk vold er i flere studier associeret til graden af PTSD symptomer (Allen, 2001, p. 13f). Voldtægt er for kvinders vedkommende den traumetype, som oftest associeres med PTSD. Det kan skyldes at kvinder i højere grad er i risiko for at blive udsat for voldtægt. Hvad angår mænd har tidligere undersøgelser på området vist at mænds kamphandlinger oftest associeres med PTSD (Brewin, Andrews & Valentine, 2000, p.749f)

Flere studier peger på en sammenhæng mellem af graden af fysisk vold samt varigheden af traumat og risikoen for dissociation. Således at jo voldsommere traumat fremtræder, samt jo længere tid hændelsen varer, desto mere øges risikoen for dissociation (Allen, 2001, p. 163f). Det er igennem tiden blevet diskuteret hvordan vi kan forstå dissociation. På den ene side kan vi forstå det som en sårbarhedsfaktor eller en prædiktør ift. en risiko for at udvikle dissociationssymptomer og PTSD. På den anden side kan man, som tidligere beskrevet, forstå dissociation som en form for copingstrategi som i selve traumesituationen hjælper personen til at kunne overleve hændelsen rent psykisk (ibid., p. 174f).

En af ulemperne ved dissociation er at personer som laver dissociation i hændelsesøjeblikket også synes at have flere og mere alvorlige symptomer efterfølgende. Dette åbner samtidig op for spørgsmål om hvordan vi kan forstå individets robusthed i selve traumesituationen. Meget tyder på, at den copingstrategi som personen bruger i traumesituationen, påvirker hvordan personen klarer sig efterfølgende (Spindler & Elkliit, 2008, p.90f). Mange traumer kommer pludseligt og uden at personen har mulighed for at forberede sig. Andre traumer kan være ved over lang tid eller være hyppige som f.eks. incest, vold i hjemmet eller flygtninge og krigsfangers konstante usikkerhed m.m.. I de tilfælde hvor man kan forbedre sig på en given stressfuld situation, kan det være med til at nedbringe følelsen af hjælpeløshed, hvilket er en vigtig faktor ift. dissociation og udviklingen af PTSD. Dette understøtter således den diagnostiske forståelse af traumereaktioner.

Valget af copingstrategi kan på flere punkter sammenlignes med forsvarsmekanismer, da begge indirekte siger noget om personligheden. Forståelsen af forsvarsmekanismer i denne sammenhæng kan ses som de kognitive adfærdsmønstre, som anvendes til at håndtere en stressfuld situation. Jo mere modne forsvarsmekanismer, jo bedre vil personen også kunne håndtere en stressfuld situation. Ligeledes er det blevet fundet, at de forsvarsmekanismer som er mere fleksible såsom: humor,

selvsikkerhed og evnen til at adskille ting, øger personens robusthed, både i selve traumesituationen og tiden herefter (Wilson & Agaibi, 2005, p.197f).

2.2.5.3 Post-traumatiske faktorer

De post-traumatiske faktorer er dem der karakteriserer den langsigtede reaktion efter den traumatiske hændelse. Mange af de post-traumatiske faktorer er påvirket af de forudgående faktorer som er beskrevet overfor. Således afhænger en persons evne til at håndtere den efterfølgende traumereaktion af hvordan personen ellers håndterer stressfyldte situationer. En af de post-traumatiske faktorer som især har stor indflydelse på reaktionsforløbet er graden af sociale støtte. Undersøgelser har fundet en sammenhæng mellem graden af sociale støtte og udviklingen af PTSD (Ballenger et al, 2000 p. 56f;. Brewin, Andrews, og Valentine , 2000, p.749f).

Jon. G. Allen har opsummeret en overordnet forståelse af en samlet behandlingsstrategi ift. traumatiserede personer (PTSD patienter). Den overordnede behandlingsstrategi kan opdeles i fire hovedkomponenter, og er i udgangspunktet ikke tilrettet en bestemt terapietning eller teoretisk forståelse. Allen trækker på forskellige teoretiske perspektiver herunder bl.a. evolutionspsykologi, neuropsykologi, kognitionspsykologi, interpersonel og psykodynamisk psykologi. Allen fremstiller en overordnet behandlingsstrategi som er en eklektisk sammenstilling af de ovenfor nævnte teoretiske perspektiver (Allen, 2001, p.xxi)

De fire hovedkomponenter er som følger 1) Sikkerhed. Dels ift. personens fysiske, sociale og økonomiske livssituation og dels ift. at skabe tillid hos klienten til terapeuten og til andre generelt (ibid., p. 294f). 2) Selvregulering. En af de psykologiske følger efter en traumatiske hændelse er, at ens selvregulering ikke fungerer som før traumet. Det er derfor vigtigt at lære eller genlære nogle sunde strategier til at regulere arousal og affekter. Selvregulering er med til at fremme stabilitet, oplevelsen af forbundenhed og genetablere den tabte indre kontrol hos klienten (ibid., p. 312f). 3) Social støtte kan hjælpe personen til interaktivt at regulere sine følelser og berolige sig selv. Heri ligger at person lærer at andre kan give tryghed og støtte hvilket er essentielt at (gen)opleve for den traumatiserede person. 4) Bearbejdning, hvilket skal ses i konteksten af de forudgående komponenter. Hvis disse ikke er opnået vil det vanskeliggøre eller helt umuliggøre bearbejdning af traumet. Bearbejdning handler om at personen taler følelser og tanker om traumet igennem og derigennem får

italesat alle de psykiske følger traumet har afledt. I denne sidste del vil det være muligt at bruge flere forskellige teoretiske tilgange (ibid., p. 324f).

2.2.5.4 Sårbarhed-stress modellen

Der findes en model, som tager de ovenstående faktorer i betragtning, der hedder sårbarhed-stress modellen. Modellen tager sit udgangspunkt i forståelsen af at årsagen til psykisk sygdom ikke er enkel og entydigt, men at der som regel er tale om et mere komplekst sammenspil mellem mange faktorer i udviklingen af en bestemt patologi. Modellen tager udgangspunkt i, at nogle mennesker kan have en sårbarhed som gør at de er mere disponeret for at udvikle en psykisk lidelse. En model som ofte bliver brugt indenfor psykologien blev formuleret af den amerikanske psykiater Joseph Zubin i 1970'erne og var i udgangspunktet en model til at kunne forstå psykoser. Modellen er senere hen blevet brugt til mange andre psykiske lidelser og sygdomme, ligesom den også bliver brugt til sygdomme af mere somatisk art (Cullberg, 2001, p. 78f).

Sårbarheds-stressmodellen opererer med hhv. *risiko-* og *beskyttende faktorer*. I afhandling her bruges følgende definition af disse faktor: *Risikofaktorer* er de karakteristika som hører til individet, og som er at finde i det sociale og/eller fysiske miljø. Disse karakteristika kan være med til at øge risikoen for at individet udvikler en psykisk lidelse, og kan desuden indikere graden og varighed af denne lidelse (Væver & Harder, 2009, p. 80f). De *beskyttende faktorer* er de karakteristika som er med til at fremme individets robusthed overfor udviklingen af en psykisk lidelse. Det er således sammenspiillet mellem risiko- og beskyttende faktorer som er udslagsgivende i udviklingen af en patologi (ibid., p. 80f).

Disse ovenstående forståelser af traumer har givet i et indblik i traumer og traumereaktioners komplekse natur. Denne viden er vigtig at holde in mente, når traumer og traumereaktioner i det følgende vil blive diskuteret.

3 Diskussion

Dette afsnit vil indeholde en analytisk diskussion af de tre personlighedsorganiseringstyper og deres forventelige prototypiske reaktion på et interpersonelt traume. Personlighedsorganiseringstyperne vil blive diskuteret hver for sig for på den bedst mulige måde, at belyse hvilke prototypiske kendetegn som er særligt udtalte for hver af de tre organiseringstyper. Disse tre analytiske diskussioner har omdrejningspunkt omkring en øjenvidneberetning fra massakren på Utøya d.22. juli 2011. Denne øjenvidneberetning vil indledningsvist blive præsenteret sammen med de etiske overvejelser, der er blevet gjort i forbindelse med udvælgelsen af casen.

Øjenvidneberetningen skal tjene det formål, at illustrere et traume med de forskellige psykiske følger som sådan et kan give og således hjælpe til at besvare problemformuleringens første del. Gennem øjenvidneberetningen illustreres hvorledes en person kan reagere på og håndtere en traumatisk begivenhed, i det tilfælde at personen har hhv. PPO, BPO eller NPO. Analysen har ikke til formål at fastslå hvilken personlighedsorganiseringstype casens hovedperson har, men har derimod til formål at udsige noget om de forskellige reaktioner som kendetegner de tre personlighedsorganiseringsniveauer. Løbende i den analytiske diskussion vil der blive inddraget udvalgte citater og uddrag fra øjenvidneberetningen.

3.1 Case præsentation

Øjenvidneberetningen er skrevet af 19-årige Prableen Kaur, en norsk politiker som deltog i Arbejderpartiets ungdomsorganisations årlige sommerlejr på Utøya. Prableen Kaur blev med et verdenskendt, da hun lagde sin personlige fortælling om hvad hun havde oplevet på Utøya ud på sin blog¹⁰ dagen efter skuddramaet. Øjenvidneberetningen tager udgangspunkt i Prableen Kaurs tanker om at have overlevet, og fortsætter med en beskrivelse af dagen som hun oplevede den. Prableen Kaur overlevede massakren ved at spille død blandt de, der var blevet dræbt af Anders Behring Breivik. Hun flygtede til slut ud i vandet, hvor hun blev samlet op af en af de mange civile både, som sejlede ud for at hjælpe de overlevende. Som beskrevet i det ovenstående vil der blive brugt relevante uddrag og citater fra Prableen Kaurs

¹⁰ http://prableen.origo.no/-/bulletin/show/672218_helvete-paa-utoeya

øjensvidneberetning i det følgende. Hele hendes beskrivelse af hændelsen er at finde blandt bilagene (Se bilag 5). Jeg har valgt ikke at oversætte Prableen Kaurs beskrivelse, da jeg mener, at der ofte går noget tabt i oversættelsen. Derudover er norsk et sprog som skriftligt ligger meget tæt op ad det danske, derfor mener jeg at kunne forsvare at lade det stå i sin oprindelige form.

3.1.1 Etiske overvejelser

Da jeg i afhandlingen bruger et blogindlæg fra en offentlig persons blog, er det nødvendigt at knytte et par kommentarer til det at anvende en persons fortælling i en sammenhæng, som ikke er blevet godkendt af personen selv.

En blog er per definition et offentligt tilgængeligt medie, hvor bloggeren deler sine tanker med læserne, og hvor det skrevne frit kan kommenteres af læseren. Indholdet kan variere alt fra det dagbogsagtig over det tematiske til det politisk debatterende. Prableen Kaurs blog er en politisk debatterende blog, som beskriver de sager som hun engagerer sig i. Den 23. juli 2011 fik hendes blog dog en anden karakter, da den blev brugt til at berette om Prableens personlige oplevelse af skudmassakren på Utøya.

Da en blog per definition er et offentligt tilgængeligt medie, mener jeg etisk at kunne forsvare brugen af Prableen Kaurs blogindlæg fra d. 23. juli. Jeg mener dog, at det er vigtigt at behandle indlægget med respekt og sandfærdighed. Svend Brinkmann skriver om de etiske aspekter af forskning: *"Et grundlæggende etisk problemfelt angår det forhold, at kvalitativ forskning ofte handler om menneskers personlige liv og erfaringer og placerer private ytringer i en offentlig arena* (2010, p. 429).

Dette problemfelt er dog ikke på samme måde tilstedeværende i afhandlingen, da Prableen Kaur selv har placeret sine private tanker i det offentlige rum. Brinkmann beskriver endvidere, at man som forsker har pligt til at leve op til nogle formelle etiske regler, bl.a. at overveje om forskningsprojektet lever op til god videnskabelig standart, samt at tage hensyn til de personer og grupper som berøres af forskningsarbejdet. Jeg mener at overholde disse etiske regler, idet Prableen Kaurs fortælling blot bliver brugt som udgangspunkt for de analytiske diskussioner, og jeg på ingen måde vil begynde at konstatere hvilken personlighedsorganisation Prableen Kaur eventuelt har. I diskussionerne vil der derfor blive brugt citater fra hendes blogindlæg, men disse vil skal kun tjene det didaktisk formål at illustrere en situation og

dermed ikke en personlighedsorganisering. De tænkte traumereaktioner tager således udgangspunkt i teorien om personlighedsorganiseringer og ikke i Prableens reaktion.

3.2 *Organiseringstypen PPO udsat for et traume*

I det følgende vil jeg analysere og diskutere hvordan en person med en grundlæggende psykiske struktur tilsvarende PPO vil reagere og håndtere den ovenfor beskrevne hændelse. Først og fremmest er det vigtigt at pointere at PPO er den dårligst fungerende personlighedsorganisering, og vi må derfor forvente at det vil gennemsyre personens oplevelse og handlemåder på en måde som vil adskille sig fra BPO og NPO. At være øjenvidne til en så traumatisk hændelse som massakren på Utøya, vil for de fleste være en meget voldsom og gennemgribende oplevelse som vil sætte spor hos person i tiden efter. Personer med PPO vil især være plaget en tilstand af kaos, chok og dissociation. Sådanne tilstande vil formentlig også være at finde hos både BPO og NPO, men da realitetstestningen er udpræget dårlig hos personer med PPO kan man forstille sig, at det har en særlig betydning for oplevelsen af traumet. Det er derfor nærliggende at starte med, at undersøge hvilke konsekvenser en ringe realitetstestning kan have i en traumatiseringssituation.

3.2.1 Realitetstestning

For at kunne udlede konsekvenserne af en svækket realitetstestning, må vi først se på hvordan det kommer til udtryk hos personen. Manglende realitetstestning er finde hos personer med svære psykiske forstyrrelser, f.eks. skizofrene, paranoide og herunder psykotiske manifestationer. Det som kendetegner dem er, at de synes at have en generel dårlig indre strukturering og man kan tale om et sammenbrud af personens jeg-funktioner. Dette resulterer i begrænsede psykiske resurser og en ringe robusthed i situationer med høj stressbelastning eller stærkt emotionelle oplevelser (Mors, Kragh-sørensen & Parnas, 2003, p. 32f ; Jørgensen, 2009, p. 53f). Hvis ens evne til at kunne skelne klart mellem virkelighed og fantasi ikke er tilstrækkelig god, kunne det tænkes at en situation som den på Utøya, vil frembringe en voldsom reaktion hos personer med PPO. Vi må derfor formode at personer med PPO grundet deres ringe eller helt fraværende evne til realitetstestning vil medføre en yderligere forringet strukturering af personens intrapsyriske forhold, såvel som interpsyriske

forhold. Dette vil begrænse personens robusthed, også selvom der ikke er tale om en manifesteret psykose.

Stærke oplevelser kan under tiden være så overvældende for nogle personer, at personen, for ikke at bryde helt sammen, bliver nødt til at distancere sig mentalt og følelsesmæssigt fra selve hændelsen (Elklit, 2004, p. 42).

”Jeg ble liggende. Jeg tenkte: «Nå er det over. Han er her. Han tar meg. Nå dør jeg.» Folk skrek. Jeg hørte at andre ble skutt. Andre hoppet ut i vannet. Jeg lå der. Mobilen i hånden. Jeg lå oppå beina til en jente. To andre lå oppå mine bein. Jeg ble liggende. Det tikket inn tekstmeldinger. Mobilen ringte flere ganger. Jeg ble liggende. Jeg spilte død. Jeg lå der i minst en time” (Bilag 5, l. 52-56).

Citatet beskriver hvordan Prableen Kaur måtte spille død for at redde sit eget liv. Man kan forstille sig, hvordan en person med en utydelig grænse mellem fantasi og virkelighed vil opleve dette som værende meget diffust. Det er tænkeligt at oplevelsen for en person med PPO vil kunne danne grobund for en meget svær dissociativ tilstand, samt svære genoplivelsesfænomener. Dissociation er hyppigt forekommende hos personer som lider af PTSD, og hører også til blandt de diagnostiske kriterier for PTSD. Symptomet beskrives som: ”En pludselig oplevelse af eller ageren som om den traumatiske begivenhed gentog sig i nuet (f.eks. oplevelse af at gennemleve begivenheden igen, oplevelse af illusioner, hallucinationer eller dissociative episoder (”flashbacks”))” (bilag. 6, punkt B). Lignende beskrivelser kan findes i de diagnostiske kriterier for den psykotiske tilstand. Her bliver de beskrevet som hallucinationer i form af høre-, syns-, lugtforstyrrelser og vrangforestillinger (Cullberg, 2001, p. 62f). Distinktionen mellem disse to symptombeskrivelser synes umiddelbart at være forankret i kriteriet om personens realitetssans og om virkelighed af det som person oplever, samt personens egen bevidst om hvad der er virkeligt eller ej.

Med udgangspunkt i de umiddelbare sammenfald mellem symptomerne på hhv. psykose og PTSD, kunne der argumenteres for, at personer med PPO vil have en øget tendens til at opleve dissociation under og efter den traumatiske hændelse. Dette understøttes endvidere af studier, som har fundet sammenhænge mellem dissociation og vrangforestillinger (Elklit, 2004, p. 44f).

Med tanke på at en person med PPO grundlæggende har vanskeligheder med realitetssansen og ofte oplever sammenbrud af forskellige jeg-funktioner, især når personen er i en stressfuld situation, kan der argumenteres for at personer med PPO synes at have en øget tendens til dissociation. Ydermere kan der argumenteres for, at deres dårlige realitetstestning og mangelfulde jeg-integration vil indvirke på graden af dissociation. Det kan antages at graden af dissociation hos personer med PPO er betydelig sværere end hvad der forventes hos personer med BPO og NPO. Graden af dissociation hos personer med PPO kan tænkes at tage form af den tidligere beskrevne depersonalisation eller sekundær dissociation, hvor følelsen af at både ting omkring en har ændret sig, men også følelsen af at ens selv har ændret sig vil være fremherskende. Ved særligt svære grader af dissociation kunne det tænkes, at personen oplever en tertiær dissociation, hvor personens jeg-tilstand forandres (Willert, 2003, p. 30f). Kernbergs model fremhæver således dissociationens centrale rolle i personer med PPOs oplevelse af et traume

3.2.2 Differentialdiagnostiske problematikker

Der synes umiddelbar at kunne opstå differentialdiagnostiske problematikker ift. personer med PPOs traumereaktion. Dette skyldes, at sammenbrud af jeg-funktioner, en ringe realitetstestning og en ændret oplevelse af en selv og andre, alle sammen er diagnostiske kriterier som hører til både PTSD og psykotiske tilstande (Elklit, 2004 p. 45f). Ud fra et mere diagnostisk syn synes det at være vanskeligt at vide, hvad der hos personer med PPO er udtryk for personens bagvedliggende strukturer og hvad der er forårsaget af traumereaktionen. Normalt kan man skelne mellem PTSD og psykose ved at se på graden af vrangforestillinger og den manglende realitetstestning (Cullberg, 2001, p. 38f). Prableen Kaurs oplevelse af at se en politiuniformklædt mand gå amok kan hjælpe til at illustrere forskellen mellem PTSD og en psykose tilstand: ” *Jeg hørte skudd. Jeg så ham skyte. Alle begynte å løpe. Det første tanken var: «Hvorfor skyter politiet på oss? Hva faen?!» Jeg løp inn i lillesalen. Folk løp. Skrek. Jeg var redd.* ” (bilag 5, l. 11-13). Sat på spidsen kan det tænkes, at en person som er dårligt struktureret og som har uklare grænser mellem virkelighed og fantasi kunne opleve denne situation, hvor ordensmagten bliver den onde, som en udløser til at tro at ordensmagten nu og for altid er blevet den onde. Den psykotiske

person kunne også opleve paranoide forestillinger om, at en eller flere personer var ude for at dræbe ham eller hende.

Spørgsmålet er hvordan vi ud fra de diagnostiske kriterier for PTSD, kan vurdere om en person med PPO's forestilling kan forstås som værende en naturlig og forståelig reaktion for en person med denne psykiske grundstruktur. Problemet er, at personer som er så dårligt struktureret ofte har et udtryk som kan ligne en personlighedsforstyrrelse. Dermed bliver personen måske ikke diagnosticeret eller behandlet ift. den traumatiske oplevelse som kunne have forårsaget PTSD. I eksemplet fra casen kan man argumentere for, at personens oplevelse af politiet som de onde og frygten for at blive slået ihjel af ordensmagten, er en naturlig reaktion på den givne hændelse.

Men hvis personen ikke efterfølgende er i stand til at genoprette troen på ordensmagtens gode natur, bliver skellet mellem PTSD og psykose ualmindelig svær at definere. Umiddelbart kan denne mistro til ordensmagten beskrives ud fra PTSD's kriterium B og C i DMS-IV, da genoplevelsesfænomener og undgåelsesadfærd kan tage form af en mere generaliseret angst (APA, 2010, p. 467f). På den anden siden kan der argumenteres for at der er tale om paranoide vrangforestillinger, da sandsynligheden for at det vil ske er ganske lille. Faktum er at årsagen til disse forestillinger er virkelig nok, derfor er diagnosticeringen af traumatiserede personer med PPO særlig vanskelig.

3.2.3 Affektregulering

Udvikling af PTSD er, som det blev skitseret i afsnittet om forskningens resultater, multifaktuel. Personens evne til at affektregulere er en af disse. Personer med PPO har en ringe evne til at affektregulere sig selv og har som følge heraf svært ved at kontrollere selv de mest basale emotioner (Kernberg, 1970, p. 807f) . Studier af personer med tilpasningsproblemer af emotionel og adfærdsmæssig karakter har vist, at disse personer generelt har større risiko for at udvikle PTSD hvis de udsættes for en høj stressbelastning (Özer, et al., 2003, p. 54f; Wilson & Agaibi, 2005, p.197f). Studierne er ikke funderet i Kernbergs personlighedsorganiseringsmodel, og man kan derfor ikke konkludere hvorvidt undersøgelsesdeltagerne har en PPO. Ydermere er en dårlig affektregulering også et af kendetegnene hos personer med BPO, hvilket gør at sammenligningen ikke er entydig. Man kan dog argumentere for, at personer

som gentagende gange oplever problemer af en emotionel og adfærdsmæssig karakter kunne tænkes at være organiseret på hhv. PPO eller BPO. At personer med PPO skulle være særligt udsatte understøttes af det faktum, at personer med PPO, som tidligere beskrevet, har en ringe realitetstestningsevne og en dårlig jeg-integration. Derfor oplever de en øget risiko for at få svære traumereaktioner som følge af en voldsom stressbelastning i sammenligning med personer med BPO eller NPO. Studier af pre-traumatiske faktorer ift. individets sårbarhed og robusthed viser, at tidligere traumatiske begivenheder, familiens sygehistorie og præmorbide personlighedsfaktorer har vist sig at have en betydning for individets risiko for udvikling af PTSD (Se afsnit 2.2.5.1). Denne undersøgelses resultater sammenlignet med Kernbergs forståelse af årsagen til udviklingen af en psykotisk organisering synes at underbygge den ovenstående pointe. Ifølge Kernberg skyldes udvikling af den psykotiske organisering en tidlig udviklingsmæssig fejl eller svigt, hvor afstemning af affekter og internalisering af symbiotiske og fusionerede selv- og objektrpræsentationer er slået fejl (Mortensen, 2001, p. 192).

Den tidlige manglende affektafstemning kan man således argumentere for gør personer med PPO ekstra sårbare overfor stressfulde eller stærkt emotionelle situationer, idet de mangler evnen til at regulere egne følelser. Ifølge Kernberg er nogle af følgerne af den maladaptiv udvikling som kendetegner personer med PPO en dårlig angsttolerance samt overdreven aggression. Man kan argumentere for, at grundet den psykotiske organiserings særlige konstruktion vil personer med denne organiserings-type have en lavere stresstolerance og dermed en øget sårbarhed og mindre modstandskraft overfor stress. Dette vil igen betyde at de hurtigere vil opleve en given belastningssituation som traumatisk. Kernbergs model hjælper således til en forståelse af personer med PPO skrøbelige karakter og særlige sårbarhed overfor traumer.

3.2.4 Den fysiologiske reaktion

Et aspekt af PTSD som gør det særligt vanskeligt at komme sig over en traumatisk hændelse er PTSD's fysiologiske aspekt. Kroppens reaktionsmønster kan komme i en form for fastlåshed, hvor kroppen befinder sig i en form for konstant alarmberedskab (Rothschild, 2004, p. 29). Der synes at være to årsager til dette øget alarmberedskab. På den ene side er der en reell trussel, som sætter kroppen i beredskab, og på den anden side er der en tænkt fare, som kan aktiveres af ydre stimuli,

som også kan sætte kroppen i alarmberedskab. Den øget vagtsomhed som opleves når man lider af PTSD, kan tænkes at opleves særlig slemt hos personer med PPO, da deres associationer kunne tænkes at række udover de situationer som umiddelbart kan forbindes til traumet. Dette skyldes at personer med PPO, som tidligere nævnt, har svært ved at skelne mellem fantasi og virkelighed, hvilket således påvirker deres oplevelse af hvad der er farligt.

Samtidigt kan det antages at de symptomer som en person med PPO vil få, i form af øget frygt eller angst samt øget aggressivitet eller vagtsomhed, vil påvirke kroppens reaktionsmønster. Både aggressivitet og vagtsomhed aktiverer amygdala, og derved øges stressniveauet og kroppen sættes i alarmberedskab (Se afsnit 2.2.1). Dette er en normal reaktion hos personer som føler sig truet eller i fare på den ene eller anden måde. Antagelsen omkring personer med PPO er således, at de vil have en adfærd og en oplevelse af virkeligheden som vil have en særlig negativ indvirkning på deres stressniveau og stresstolerance. Dermed bliver det svært for dem at komme ud af den *onde cirkel* af urealistisk oplevelser af fare og lav stresstolerance.

3.3 Organiseringstypen *BPO* udsat for et traume

I det følgende vil jeg analysere og diskutere hvordan en person med en psykisk grundstruktur svarende til BPO, kunne tænkes at opleve, handle og reagere ift. den ovenfor beskrevne traumatiske hændelse (Se også bilag 5). I redegørelsen af BPO fremgik det, at nogle af de forhold som i særdeleshed kendetegner personer med BPO, er en generel ustabilitet i personens interpersonelle relationer, samt en generelt ringe evne til at rumme modstridende følelser og forestillinger (Kernberg, 1967, p. 643f). Det kunne derfor tænkes at personer med BPOs, i lighed med personer med PPOs, traumereaktion vil være påvirket af denne ustabilitet, grundet deres ringe realitetstestning. Ydermere kan det tænkes, at personer med BPO vil være særligt sårbare overfor oplevelser af svigt og krænkelse i de interpersonelle relationer, som personen befinder sig i. Analysen og diskussion vil tage sit udgangspunkt i denne antagelse og undersøgelse af, hvilke konsekvenser et interpersonelt traume kunne tænkes at have for en person med BPO.

3.3.1 En adaptiv reaktion på en maladaptiv hændelse

At være vidne til at ens venner bliver såret og skudt, mens man selv bliver truet på livet vil for de fleste, uanset organiseringsniveau, være en rædselsfremkaldende oplevelse. Oplevelsen kunne sandsynligvis resultere i PTSD symptomer i større eller mindre grad og i kortere eller længere tid. Prableen Kaurs beskriver hvordan hendes vagtsomhed er øget efter hændelsen på Utøya: *“Jeg er redd. Jeg reagerer på hver minste lyd”* (bilag 5, l. 4). Dette er en meget forventelig reaktion, da Prableen Kaurs og hendes venner blev truet på livet. Varer hendes frygt og øget alarmberedskab ved kunne det potentielt resultere i PTSD. Nyere psykotraumatologi bygger i høj grad på en forståelse af, at traumereaktioner er en adaptiv reaktion på en maladaptiv hændelse. Denne forståelse antyder også at ingen personlighed eller organiseringsstype kan siges at være immun over for traumatiske hændelser (Thrane & Elklit, 2002, p. 4; Brewin, 2003, p. 29f). Ud fra denne forståelse af traumer, synes undersøgelsen af BPO niveauet ikke umiddelbart at være et spørgsmål om hvorvidt en person med BPO udvikler PTSD symptomer eller ej, men nærmere et spørgsmål om personer med BPO udvikler en mere kronisk form for PTSD end personer med PPO eller NPO.

Som anført ovenfor, kan det formodes at personer med BPO er særlige sårbare over for interpersonelle traumer. Det er i denne forbindelse interessant, at man i faglitteraturen kan finde flere teoretikere som gennem tiden har overvejet, om Borderline personlighedsforstyrrelse (BPD) i højre grad end det bliver i dag kan forstås som en sværere kronisk form for PTSD (Jørgensen, 2009, p. 197f). Der findes argumenter for og imod denne sammenligning, det er dog ikke fokus for diskussion her. Carsten René Jørgensen påpeger dog, at der umiddelbart lader til at være tale om forskellige ætiologiske årsager til BPD og PTSD, skønt udtrykket synes at være ens (ibid., p. 212f). Det er interessant for denne afhandling, at BPO deler en række ætiologiske ligheder med BPD (se også afsnittet om BPO). I undersøgelsen af hvordan en prototypisk person med BPO vil reagere og håndtere en traumatisk hændelse, synes det således nødvendigt, at undersøge nogle af de ætiologiske forhold som er med til at konstituere personer med BPO.

Ifølge Kernberg er nogle af de fælles ætiologiske forhold for BPD og BPO en fiksering i splitting-processerne, hvor personen ikke evner en integration af de positive og negative introjektioner og identifikationer. Der er således tale om en udviklingsmangel i personens barndom (Mortensen, 2006, p. 192f). En konsekvens af fikseringen i splitting-processerne er en ringe evne til at rumme modstand og modsatte følelser. Lignende symptomer, dog anderledes beskrevet, er at finde i DMS-IVs beskrivelse af PTSD ift. en oplevelse af følelsesmæssig afsondrethed, fremmedgørelse overfor andre og begrænsninger i det følelsesmæssige spektrum (Jørgensen, 2009, p.212; APA, 2010, p. 467f). Spørgsmålet er således om BPO's præmorbiditet, i form af ringe affektregulering, øger risikoen for at udvikle sværere PTSD symptomer? Det er der noget der tyder på, men det er svært at sige noget entydigt om, da der er meget stor forskel på personer med BPD.

3.3.2 Modsattrettet følelser

Den umiddelbare reaktion på massakren på Utøya vil for en person med en BPO formentlig være en form for choktilstand, handlingslammelse og utryghed. Disse reaktioner er fuldt forståelige taget hændelsens karakter i betragtning, og er som sådan ikke en forventelig reaktion kun for personer med BPO. Adfærden i selve situationen kan, ifølge Babette Rothschild, til dels tilskrives en mere instinktiv og ubevidst reaktionsform. Det er basale alment menneskelige reaktioner, som ikke nødvendigvis er påvirket af personens psykiske grundstruktur (2004, p. 28f). Udover disse mere instinktive og fysiologiske reaktioner, er det forventelig at personer med BPO, i lighed med personer med PPO, vil være præget af deres manglende forankring af dem selv som en sammenhængende person, med både gode og dårlige sider og egenskaber. Personer med BPOs ustabile selv billede og mangelfulde evne til at rumme modstridende følelser vil formentlig være særligt udtalt og synligt i tiden efter selv hændelsen. Til at illustrere den vanskelighed personer med BPO vil opleve ift. de psykologiske følger af et traume, tages der udgangspunkt i Prableen Kaurs beskrivelse af hvordan hun psykisk havde det dagen efter oplevelsen på Utøya:

“Jeg har våknet. Jeg klarer ikke å sove mer. Jeg sitter i stuen. Føler sorg, sinne, lykke, Gud jeg vet ikke hva. Det er for mange følelser. Det er for mange tanker”. (Bilag 5, 1.2-3).

Prableen Kaurs beskrivelse af at være fuld af sorg og på samme tid at være lykkelig over at have overlevet, vil for personer med BPO være en meget svær situation at være i, da disse personer har meget svært ved at rumme disse to modsatrettede følelser på samme tid.

En af de største trusler mod personer med BPO sikkerhed og tryghed er oplevelsen af modsatrettede følelser, adfærd og selv billede (Kernberg et al., 2000, p. 22f). Det kan diskuteres om oplevelsen af at være følelsesmæssigt delt i sorg og glæde vil være for svært for personen, da angsten for at de gode og positive selvobjektbilleder vil blive domineret af negative selvobjektbilleder i form af nedtrykthed og negative tanker. Personer med BPO har tendens til regressiv adfærd når de kommer under pres. Det kan derfor formodes at personen vil intensivere brugen af forsvarsmekanismerne splitting, projektion og projektiv identifikation. Det kan ses som et udtryk for personens manglende robusthed over for traumatiske oplevelser, der kan true deres skrøbelige selvobjektbillede. Personen vil i mangel på bedre og mere modne forsvarsmekanismer gøre brug af mere primitive måder at beskytte sig på. Der kan således argumenteres for at personer med BPO vil have et sort og hvidt følelsesudtryk, hvor enten sorg eller glæde vil dominere personens sindstilstand. Alt efter hvor på BPO kontinuummet personen befinder sig, ift. introversion og ekstroversion, kunne det tænkes at personens sindsstemning vil være præget af hhv. sorg eller glæde. Hvis personen har træk over mod ekstroversion og de narcissistiske, histrioniske, og antisociale tilstande, kunne det tænkes at sindsstemningen vil være overvejende glæde, måske endda selvhævdelse. Personen vil sandsynligvis projekte sorgen over på andre, væk fra personens egne følelser. Modsat vil man kunne antage, at personer som befinder sig ovre mod introversion, de skizotypale, skizoide tilstande, vil sorgen formentlig være det dominerende. Det vil formentlig også være disse personer, som vil have en højere grad af selvskadende adfærd. Kernbergs model bidrager således med en forståelse af personer med BPOs svingende adfærd samt deres sårbarhed over for oplevelser, hvor deres primære forsvarsmekanisme, splitting, bliver sat på prøve.

3.3.3 Usikkert vurderingsgrundlag

BPO niveauet rummer i Kernbergs model en langt større bredde end både PPO og NPO, hvilket gør forudsigeligheden af den adfærd og de formodede reaktionsmønstre, som en person med BPO kunne tænkes at have, mere usikker. Vanskeligheden består i at personens evne til at håndtere stressbelastninger i princippet kan variere alt fra PPOs mangelfulde og maldapative handlemåder til at modstå stress og traumatiske oplevelser, over til NPOs større grad af robusthed da personer med NPO generelt har en god jeg-integration og mere modne forsvarsmekanismer (Kernberg, 1967, p. 641f). Det kan diskuteres om denne brede er en svaghed ved Kernbergs model. Noget tyder på at modellen ikke har en tilstrækkelige forklaringskraft, når det kommer til definere og nuancere BPO niveauet. Det synes derfor nødvendigt at inddrage andre forklaringsmodeller af traumereaktioner ift. BPO. Herved kan vi måske øge nuanceringen af forståelsen af traumereaktioner hos personer med BPO.

En mulig løsning på nuanceringsproblematikken kunne være at indføre en differentiering ift. personens forestilling om sig selv og verden i stil med den differentiering, som Kernberg har lavet med introversion og ekstroversion. Grunden til at netop disse to aspekter ville være interessante at få underinddelt er, at personer som har oplevet noget traumatisk som følge af traumat kan opleve ændringer i opfattelsen af sig selv, sin omverden og sine fremtidsmuligheder m.m.

3.3.4 Usikre grundantagelser

Ronnie Janoff-Bulman mener, at man bør forstå traumereaktioner ift. det et traume kan gøre ved individets grundantagelser om sig selv, omverden m.m. (1992, p. 50f). Jeg har tidligere beskrevet, hvordan man med Kernbergs personlighedsmodel kan forstå sammenhængen mellem brugen af splitting og personens placering på kontinuummet mellem introversion og ekstroversion, og hvordan dette sammenspil kommer til udtryk i personens sindsstemning. Man kan argumentere for, at der kan ses lignende sammenspil ift. personens grundantagelser om sig selv og omverdenen og graden af introversion/ekstroversion. Det skal dog bemærkes at personer med BPO grundlæggende er ustabile i deres relationer og i deres emotionelle udtryk (Kernberg et al., 2000, p 14f). Hertil kommer at personer med BPO har tendens til at have et selvcentreret syn på dem selv og deres omverden, især i pressede situationer,

hvorfor størstedelen af personens grundantagelser må antages at være udtryk for denne psykiske grundstemning. Dette til trods synes der, at kunne argumenteres for en vis variation da BPO kategorien spænder så bredt, specielt ift. grundantagelsernes mere eller mindre stabile og positive karakter. Janoff-Bulman opdeler, som tidligere beskrevet, grundantagelserne i tre forhold 1. *En tro på personlig usårlighed* 2. *At verden grundlæggende er meningsfuld og kontrollerbar*, 3. *En opfattelse af en selv i et positive lys* (Peterson, Prout & Schwarz, 1991, p. 79). En tro på egen usårlighed er interessant, da vi kan finde træk som impulsivitet, selvdestruktivitet og lavere angst-tolerance hos personer med BPO (Kjølbye, 2004, p. 1333f). Det er sandsynligt at disse træk vil påvirke personens risikovillighed, hvilket kan resultere i at han/hun oftere vil komme ud for situationer som potentielt kan blive traumatiserende for personen. Dette kan yderligere forværres, idet personer med disse træk ikke altid selv ser sammenhængen mellem egen adfærd, og de ting som sker for personen, pga. personens selvcentreret perspektiv. Trækket impulsivitet er formentlig at finde på hele BPO kontinuummet, men tydeligst er det hos personer med mere ekstroverte tilstande f.eks. de narcissistiske eller antisociale tilstande. Traumatisering af disse personer kan yderligere blive forværret, da der er øget risiko for, at en narcissistisk person hurtigt kan opleve krænkelse i interpersonelle traumer.

Man kan diskutere hvorvidt personer med BPO har en fast og stabil tro på egen usårlighed, da personen formentligt vil opleve en del modgang grundet i personens adfærd. Dermed vil det være svært at opretholde illusionen om at være usårlig, hvis denne illusion konstant bliver udfordret. Grundantagelsen at verden er forudsigelig og kontrollerbar, samt at personen ser sig selv i et positivt lys, synes ift. personer med BPOs grundproblemer at være problematisk. Det skyldes at disse personer har problemer med at opretholde et stabilt selv- og objektbillede, især hvis disse er modsatrettet (Kernberg 1984, p. 20). Det kunne derfor antages, at personer med BPO kan opleve verden som værende mere uforudsigelig pga. egen adfærd, men i høj grad også pga. at menneskerne omkring personen vil reagere på personens svingende og utilpassede adfærd.

En stabil og genuin oplevelse af verden som forudsigelig og kontrollerbar, samt personens positive syn på sig selv, er afhængig af individets evne til at indgå i nære interpersonelle relationer på en stabil og forudsigelig måde. Massakren på Utøya vil af de fleste blive oplevet som værende så skræmmende, at tidligere antagelser omkring dem selv og verden må revurderes. Dette vil ifølge Janoff-Bulmans skabe angst

hos personen (Peterson, Prout & Schwarz, 1991, p. 79f). Genetableringen af personens grundantagelser kan tænkes at ske i de nære relationer, som person befinder sig i da individets syn på sig selv samt forståelse af verdenen i vid ustrækning er bundet op omkring de interpersonelle relationer. I Prableen Kaurs beskrivelse af mødet med venner og familie kan vi se, hvilken betydning netop relationerne har for hende:

“Pappa ringte, de hadde kommet. Jeg tok heisen ned. Løp ut til dem. Klemte storebroren min og pappaen min lenge. Jeg gråt høyt. Broren min gråt også. Det var et godt øyeblikk. Jeg så en gutt som liknet på bestevennen min. Jeg ropte navnet hans. Han snudde seg. Det var ham. Vi klemte hverandre lenge. Begge gråt, vi spurte hverandre om hvordan vi hadde klart oss. Etter en stund registrerte jeg meg ut og vi kjørte hjem. Noen andre satt på med oss. Bestevennen min ble med meg hjem. Broren hans hadde kommet til meg sammen med sin bestevenn. Det var flere som hadde samlet seg hjemme hos meg.” (Bilag 5 , l. 103-111)

Det kan formodes at personer med BPO vil få svært ved at komme sig efter den traumatiske hændelse, hvis de ikke formår at indgå i nære interpersonelle relationer. Citatet fra casen understreger vigtigheden af at kunne indgå i nære interpersonelle relationer, da man herigennem kan genetablere den tabte sikkerhed og kontrol. Personer med BPOs dårlige jeg-integration vil formentligt vanskeliggøre behandlingen af den traumatiserede person, da han/hun har svært ved at være i en nær relation i længere tid. De er således ikke i stand til at tage mod den sociale støtte hvilket vanskeliggøre healingen, da den sociale støtte er vigtig i behandlingen af PTSD (Se afsnit 2.2.5.3).

En af de centrale antagelser indenfor det psykodynamiske perspektiv er, at individets sårbarhed og robusthed overfor aktuelle traumer næsten altid skal ses i sammenhæng med tidligere traumer (McWilliams, 2004, p.251f; Jørstad, 1994, p.40f). Det vil således betyde, at den forventelige reaktion en person med BPO kunne have efter massakren på Utøya, er afhængig af tidligere traumer. Denne antagelse synes at have et vis forskningsmæssig fundering, idet flere studier har vist at der er en sammenhæng mellem tidligere traumer, specielt interpersonelle traumer i form af vold og overgreb, og øget sårbarhed. Disse tidligere traumer og den øget sårbarhed nedsætter personens robusthed over for det aktuelle traume (Se afsnit 2.2.5.1). Janoff-Bulman

hjælper således til en bedre forståelse af det særligt vanskelige ved personer med BPOs traumereaktion. Grundantagelserne tages almindeligvist for givet men personer med BPO synes altså at være særligt udsatte ift. at opleve bristede grundantagelser.

3.4 Organiseringstypen NPO udsat for et traume

Jeg vil i det følgende analysere og diskutere hvordan en person med NPO kunne formodes at reagere og håndtere hændelsen på Utøya den 22. juli 2011. De to forudgående analytiske diskussioner af PPO og BPO har vist, at der ud fra et teoretisk perspektiv kan identificeres områder og forhold som synes at være særligt udtalt for hhv. PPO og BPO ift. forståelsen af traumereaktioner. Jeg har tidligere påpeget, at Kernberg ikke opererer med et decideret *normalt* organiseringsniveau (se afsnit 2.1.3). Dog definerer Kernberg en forståelse af en normal personlighed. Den normale personlighed består af: 1) Et velintegreret selvkoncept 2) En jeg-styrke, 3) Et integreret og modent over-jeg og 4) En passende og tilfredsstillende forvaltning af de libidinøse og aggressive impulser (Kernberg, 1996, p.111).

NPO er det organiseringsniveau som kommer tættest på en normal personlighed. Det skal dog noteres at afhandlingens anvendelse af de enkle organiseringsniveauer skal forstås som individets psykiske grundstruktur og ikke nødvendigvis en beskrivelse af en manifesteret adfærd. Derfor skal forståelsen af en normal personlighed ses som en psykisk grundstruktur, som ikke har fikseringsproblematikker ift. de tre vurderingsparameter: forsvarsmekanismer, jeg-integration (identitetsdiffusion) og realitetstestning. Den normale personlighed er således en person som er mere afbalanceret og fleksibel i håndtering af stressbelastninger, hvilket må være med til at øge personens robusthed, men dermed ikke sagt at denne type personlighed er immun over for at udvikle PTSD.

3.4.1 Neuroticisme og PTSD

Skønt der kan antages at være en glidende overgang fra normal niveauet til NPO så adskiller NPO sig ved at have en vis rigiditet ift. forsvarsmekanismerne og opfattelse af selv sig. Dette ses hos personer med NPOs nærmest notoriske over-jeg's problematikker. Jeg har tidligere været inde på, at personer med NPO, grundet deres

gode jeg-integration, realitetstestning og primær modne eller neurotiske forsvarsmekanismer, kan formodes at have en øget robusthed ift. at modstå traumatiske oplevelser end personer med PPO og BPO. På trods af dette er der visse forhold som synes at være særlige problematiske for personer med NPO. En person som har et rigtigt og strengt over-jeg, vil formentligt hurtigt kunne opleve skyld og skam som følge af oplevelser som ikke nødvendigvis er skyld- eller skambetonet. Hvilke oplevelser som vil kunne opleves som værende skyld- eller skambetonet afhænger dels af personens eget værdisystem og dels af de generelle sociale samfundskonventioner (Kernberg, 1996, p. 111f).

Kernbergs model fremhæver således personer med NPOs særlige skyld og skam problematikker ift. traumeoplevelsen. Det er i denne forbindelse interessant at flere studier peger på en sammenhæng mellem personlighedstrækket neuroticisme og PTSD, men som jeg tidligere har nævnt må der antages en usikkerhed ift. resultaterne (Se afsnit 2.2.5.1). Ligeledes må der påtænkes en vis usikkerhed ift. en direkte sammenstilling af disse studier og personlighedsniveauet NPO. Dette skyldes bl.a., at der i studierne anlægges en forståelse af neuroticisme ud fra et trækteoretisk perspektiv, hvori der ligger en forståelse af neuroticisme som stabile træk over tid og konteksten. Det konflikter med Kernbergs psykoanalytiske forståelse af neurotiske træk som et udtryk for ubevidste og fortrængte intrapsykiske konflikter mellem id'et og over-jeget (Kernberg, 1970, p. 804f). Trods disse forbehold peger studierne på en sammenhæng mellem neuroticisme og PTSD, som tilskrives neuroticismens ængstelige træk og sensibilitet overfor ydre påvirkninger (Se afsnit 2.2.5.1). Disse betragtninger synes umiddelbart ikke at passe med Kernbergs beskrivelse af NPO-niveauet, men der kan argumenteres for at over-jegs problematikker kan gøre personen mere tilbøjelig til at opleve angst og udvikle angstlidelser som f.eks. OCD¹¹. Data fra en amerikansk undersøgelse af komorbiditet peger på at både depression og angst har en høj komorbiditet med PTSD (Brewin, 2003, p. 38f).

¹¹ Obsessive Compulsive Disorder

3.4.2 Skyld og skam som psykisk reaktion på et traumet

Et strengt over-jeg kunne tænkes at forværre den efterreaktion, som en person med NPO formentlig vil have efter massakren på Utøya. I casen bliver det beskrevet hvordan skyldfølelsen også fylder hos Prableen Kaur. Hun beskriver hvordan hun måtte passe på sig selv, og dermed ikke kunne hjælpe andre. Dette sætter tanker i gang hos Prableen Kaur om hvorvidt hun skulle have handlet anderledes:

“Alle snakket om det samme. Hvordan vi havde overlevd. Hva som hadde skjedd. Jeg spurte flere om de hadde sett bestevennen min. Ingen hadde sett ham. Jeg ble redd. Tenkte på at det var min feil fordi vi ikke hadde klart å holde sammen” (Bilag 5, l. 99-102).

For en person med NPO vil denne oplevelse af muligvis at være skyld i at en anden, endda ens bedste ven, måske ikke overlevede massakren, formentlig skabe en enorm skyld- og skamfølelse hos personen. Fænomenet kaldes også *survivor's guilt*. Det er interessant at dette fænomen var at finde i DSM-III men ikke i DMS-IV. Det fortæller os, at der sandsynligvis er en lang række psykologiske symptomer og problemstillinger efter et traume som ikke figurerer under de diagnostiske kriterier (Yule, Williams & Joseph, 1999, p. 8f). Ikke desto mindre er det vigtigt at forstå hvad f.eks. survivor's guilt gør ved en person, og hvorfor nogle oplever det og andre ikke gør.

Skyldfølelser opstår når personens moralske overbevisninger bliver overskredet og skamfølelsen opstår når personen svigter sine egne jeg-idealer (Weisaeth, 1994, p. 18f). En person med NPO vil sandsynligvis have høje krav til sig selv om, at skulle efterleve gældende samfundsgivne, moralske værdier og ikke mindst at leve op til egne idealer og værdisystemer. Janoff-Bulman understreger, at den grundlæggende motivationsfaktor i menneskelige aktiviteter er en søgning efter mening, samt behovet for stabilitet og sammenhæng (1992, p. 26f).

Jeg har i den foregående diskussion af BPO diskuteret hvordan personer med BPO kan have mere eller mindre faste grundantagelser, som kan betyde at de hurtigere vil opleve forvirring og kaos som følge af deres usikre grundantagelser. Personer med NPO vil formentlig have mere faste grundantagelser og generelt være tyde-

ligere defineret, forstået således at personen vil have klare og utvetydige forestillinger om hvordan personen udtrykker sig emotionelt såvel som adfærdsmæssigt. Et forhold som synes at berøre personer med NPO særligt, er de tilfælde hvor de føler sig truet på deres idealer og moralske forståelser. Sådanne situationer vil betyde brud på personens forståelse af de meningssammenhænge, som de normalt oplever mellem egne idealer og aktuel adfærd. Disse situationer vil således kunne føre til uoverensstemmelser, der vil kunne danne grundbund for indre konflikt mellem jeg'et og over-jeg'et. Interessant nok mener Janoff-Bulman at skyld kan forstås som en adaptiv reaktion hos personen, idet personen ved at påtage sig noget af skylden genvinder noget af den tabte kontrol (Joseph, 1999, p.54f). Dette synes at understrege vigtigheden af, at vi forstår nogle af de bagvedliggende psykologiske strukturer som udløser den enkelte persons reaktion på en traumatisk hændelse, hvilket vi med Kernbergs model synes at kunne forstå bedre.

3.4.3 Ydre bliver til indre

Trods det faktum at personer med NPO har et forholdsvis højt ressourceniveau, forstået som evnen til anvende fleksible handlemuligheder ved en stressbelastning, vil situationer som direkte eller indirekte er forbundet med skyld og skam kunne give ubalance i personens grundantagelser. Skyld og skam vil være følelser som vil være yderst konfliktfyldte hos personer med et strengt over-jeg. Det må formodes at personer med NPO vil håndtere denne indre konflikt anderledes end personer med BPO. Personer med BPO vil, som tidligere beskrevet, sandsynligvis håndtere intrapsyriske konflikter ved at anvende forsvarsmekanismerne splitting og projektion. Således vil de vende indre psykiske konflikter til ydre interpersonelle konflikter. Adfærdsmæssigt vil det udtrykke sig i raseri, vrede og aggressivitet i form af *acting out*, for at beskytte deres skrøbelige selvbillede. Personer med NPO vil ligeledes kunne reagere med vrede og aggressivitet, men vreden vil i dette tilfælde dække over en enorm skyldsfølelse og aggression vil være vendt mod personen selv, f.eks. over at have ladet sin ven i stikken. Personer med NPO vil i langt højere grad vende ydre hændelser, som den i casen beskrevet, indad i et forsøg på at håndtere og reducere den angst som vil være forbundet hertil. De anvendte forsvarsmekanismer vil formentlig være fortrængning, isolation og reaktionsdannelse. Lignende reaktioner kan vi finde i de diagnostiske kriterier for PTSD, det kunne derfor være nærliggende at se disse reak-

tioner som udtryk for personer med NPOs umiddelbare reaktion på den aktuelle oplevelse på Utøya og ikke som et udtryk for PTSD (APA, 2010, p. 467f). Det kan dog diskuteres, om vi vil nå til en bedre forståelse af personens forskelligartede traumereaktioner ved kun at fokusere på symptomerne.

Ud fra den psykodynamiske forståelse kan vi forstå en persons reaktioner på den traumatiske oplevelse, f.eks. isolation og følelsesafsondring, som et udtryk for intrapsyriske konflikter. Konflikter der har rødder i personens barndom eller tidlige ungdom, hvor etablering af et strengt over-jeg grundlægges. Til denne antagelse hører også tanken om at traumereaktioners omfang og voldsomhed skal forstås ved at kigge bagved de umiddelbare symptomer og reaktioner hos personen (Garland, 2002, p. 11). Kernbergs personlighedsorganiseringsmodel påpeger således vigtigheden af at have personer med NPOs strenge over-jeg in mente.

3.4.4 Udlede forståelser

Der kan argumenteres for at vi med Kernbergs personlighedsorganiseringsmodel kan få en bedre viden om hvad der ligger bagved den umiddelbare traumereaktion, såsom f.eks. følelsesmæssig tilbagetrækning, isolation, humørsvingninger, irritabilitet og vredesudbrud m.m. Disse reaktioner skal ud fra en psykodynamisk forståelse ikke kun ses i sammenhæng med det aktuelle traume, men også i sammenhæng med personens forhistorie. Vi kan således også forstå det som et udtryk for den måde personen håndterer intrapsyriske konflikter. Dog skal det tages med i betragtningen, at traumatiske hændelser kan frembringe voldsomme reaktioner, dette bør dog stadig ses i sammenhæng med personens psykiske grundstruktur. PTSD kan således, ud fra et psykodynamisk perspektiv og personlighedsorganiseringsmodellen, ses som det umiddelbare symptomudtryk. Vigtigst af alt er det dog at forstå, at der bagved de umiddelbare PTSD symptomerne ligger en psykisk grundstruktur, som er mulig at identificere og operationalisere via Kernbergs personlighedsorganiseringsmodel.

De forskellige psykiske grundstrukturer hhv. PPO, BPO og NPO kan således være med til at fastholde og måske forværre den aktuelle reaktion med PTSD. Jeg har tidligere nævnt, at der indenfor psykotraumatologi er en fremherskende forståelse af PTSD som en adaptiv reaktion på en maladaptiv hændelse (Brewin, 2003, p. 33f). Spørgsmålet er hvordan en reaktion som i udgangspunktet er en adaptiv reaktion bliver omdannet til en maladaptiv reaktion; en reaktion som kan invalidere personen.

Personlighedsorganiseringsmodellen giver os en viden om, hvilke områder som kan være særligt problematiske ift. personens personlighedsorganisering, og hjælper os dermed til at forstå denne *omdannelsesproces*. Det at forstå hvilken type personlighed traumet indvirker på, kan hjælpe os til at forstå hvorfor nogle personer reagerer med en maladaptiv adfærd, mens andre ikke gør.

3.5 Opsummering

Jeg vil i den efterfølgende diskussion forsøge at besvare del to af problemformulering: Hvordan den uddragede erfaring af sammenhænge mellem personlighed og traumereaktioner kan hjælpe os til en bedre behandlingsindsats af den traumatiserede person. Inden jeg går i gang med denne diskussion føler jeg, at det er nødvendigt at knytte nogle generelle kommentarer til de tre ovenstående analytiske diskussioner. Jeg har indtil nu beskæftiget mig med at analysere og diskutere, dels om Kernbergs personlighedsorganiseringsmodel kan tilbyde en forståelse af de centrale psykologiske grundstrukturer i individs personlighed ift. traumereaktioner, og dels undersøgt om det er muligt, ud fra forskellige teoretiske perspektiver, at identificere områder og forhold, som synes særlige sårbare hos personer med hhv. PPO, BPO og NPO. Ydermere har jeg søgt at forstå, hvorfor lige præcis disse områder synes særligt udsatte eller sårbare for personer med en af de tre organiseringsniveauer.

Her har jeg fundet, at personer med PPOs svigtende og fejlslagne adskillelse af selv- og objektrepræsentationerne har betydelige følger for personens traumeoplevelse og håndteringen heraf. Der er for disse personer risiko for svære og langvarige dissociationssymptomer, hvilke byder på særlige udfordringer ift. behandlingsindsatsen. Desuden har jeg diskuteret hvordan PPOs grundstruktur kan være skyld i nogle differentialdiagnostiske problematikker. Jeg har ligeledes argumenteret for, at man vha. Kernbergs personlighedsmodel kan forstå disse atypiske traumereaktioner som et udtryk for personens organiseringsniveau. Det vil siges, at et psykotisk sammenbrud kan forstås som en person med PPOs reaktion på en traumatiske oplevelse, hvilket derfor skal medtænkes i en eventuel behandling.

Ligeledes er det fundet, at personer med BPO, som konsekvens af deres patologiske fiksering i splitting-processerne samt deres ustabile, utilstrækkelige evne til at indgå i interpersonelle relationer, ikke kun risikerer at udvikle PTSD, men at de risikerer at få svære symptomer. Denne problemstilling er også at finde hos personer

med PPO. Det kunne tænkes at denne problematik vil gøre behandlingssituationen udfordrende, da hele grundlaget for en eventuel behandling af den traumatiserede person handler om at personen får tillid til behandleren og ikke mindst at personen formår at blive ved med at komme og modtage psykotraumatologisk hjælp (Alan, 2001, p. 294f). Det formodes at personens følelsesmæssige udtryk vil være præget af en sort/hvid opdeling, og at personens grundlæggende forståelse af sig selv og omverdenen vil være mindre fast og stabil. Dette gør at personen hurtigt vil komme i en form for kaostilstand. Graden af introversion og ekstroversion synes at have en særlig betydning for BPO niveauet, da vi kan finde symptomer der spænder lige fra skizotypale over narcissistiske til antisociale tilstande. Den narcissistiske karakter har dog et stabilt selv, men derimod et patologisk og grandiost selvbillede (Kernberg, 1984, p. 40). Personer med BPO har vanskeligheder med deres affektregulering ved oplevelsen af modsatrettet følelse. Dette vil kunne ses i personens adfærd, som formentlig vil være præget af kaos og en høj grad af splitting som et forsøg på at skabe orden og sammenhæng i kaosset.

NPO niveauet synes at rumme en større grad af robusthed overfor traumer, dog synes problematikken her at centrere sig omkring håndteringen af personens indre konflikter. Denne håndtering er et resultat af et rigidt og strengt over-jeg og giver atypiske symptomer i form af bl.a. survivor's guilt. Ift. personer med NPO bliver det diskuteret, hvordan man kan forstå traumereaktioner som er præget af skyld og skam. Det antages at personen som konsekvens af traumet vil føle en umiddelbar vrede mod andre og omverdenen Denne vrede vil ofte hos personer med NPO blive vendt mod personen selv og opleves som skyld og skam. Skyld og skam i form af survivor's guilt kan forstås som en adaptiv reaktion i forsøget på, at skabe orden i det kaos som følger efter traumehændelsen. Denne handle måde har dog også en negativ side, da personens generelle over-jegs problematikker kunne tænkes at fastlåse og fiksere personen i disse følelser.

I forlængelse af det ovenstående finder jeg det nødvendig, at knytte endnu en kommentar til den grundlæggende forståelse som ligger til grund for de tre analytiske diskussioner. De fremkommende karakteristika for hver af niveauerne må forstås som et punkt på et kontinuum, således at de fremhævede svagheder og særlige udtryk ikke kun er at finde hos det enkelte organiseringsniveau men de kan overlappe hinanden. Reaktionerne vil således kunne genfindes i større og mindre grad på alle tre niveauer, ligesom de kan genfindes hos den normale personlighed.

4 Generel diskussion

I den følgende diskussion vil jeg forsøge at besvare problemformuleringens anden del. Dette vil jeg gøre ved at se nærmere på, hvilke implikationer den nyfundne viden har for behandlingsindsatsen ift. traumatiserede personer.

4.1 Nye erfaring og forbedret behandlingsindsat

Jeg vil i den følgende diskussion se nærmere på, hvilke implikationer de uddragede erfaringer fra de tre analytiske diskussioner har ift. at opnå en bedre behandlingsindsats. Jeg har i det ovenstående forsøgt at tydeliggøre, at hvis vi ønsker en bedre forståelse af individers forskelligartede traumereaktioner, skal denne forståelse ske ud fra en viden om individets psykiske grundstruktur. Ydermere er det vigtigt at forstå, at traumereaktioner i høj grad er afhængig af personens subjektive oplevelse af selve hændelsen, hvilket igen har rod i individets personlighedsstruktur. Jørgensen (2009) påpeger nødvendigheden af dynamiske modeller, der kan bruges i forståelsen af sammenhængene mellem nutid og fortid, samt sammenspillet mellem ydre og indre faktorer i udviklingen af PTSD og andre personlighedsforstyrrelser som følge af traumer (Jørgensen, 2009, p. 209).

Det er derfor interessant for nærværende afhandling at diskutere forståelsen, samt de uddragede erfaringer af personlighedsorganiseringsniveauernes reaktionsmåder, for på den måde at få et større teoretisk vidensgrundlag for behandlingen af traumatiserede personer. Jo bedre forståelse af den traumatiserede person vi som behandlere kan få, desto bedre og mere kvalificeret behandlingsindsat kan vi tilbyde.

4.2.1 (Gen) etablering af sikkerhed, tryghed og tillid

Forudsætningen for at det terapeutiske arbejde kan påbegyndes, er tilstedeværelsen af nogle fundamentale forhold. Jon G. Allen understøtter vigtigheden af at etablere en basal sikkerhed og tryghed i behandlingen af den traumatiserede person (2001, p. 294f). Jeg har tidligere i afsnit 2.2.5.3 beskrevet den første behandlingskomponent som indbefatter en række forskellige indsatser både sociale, samfunds-

mæssige og politiske. Det handler bl.a. om at sikre personens fysiske sikkerhed, yde økonomisk hjælp samt at tilbyde passende beskæftigelsesmuligheder m.m.. Disse forhold falder dog udenfor afhandlingens psykodynamiske fokus. Behandlingen indbefatter, som nævnt, også et socialt element i form af etableringen og opbygningen af tillid til omverdenen og andre, herunder også terapeuten, hvilket er særligt relevant for nærværende afhandling. Etableringen af tillid til terapeuten kan også beskrives med det mere psykodynamiske begreb *terapeutisk alliance*. Alliance begrebet rummer i mellemtiden mange flere facetter og forhold end det at opbygge tillid til terapeuten og andre (Bordin, 1979, p.252).

Tillid og tryghed kan etableres igennem den særlige dyadiske relation, der opbygges mellem terapeut og klient. Personer med NPO vil sandsynligvis, i kraft af deres gode evne til at indgå i interpersonelle forhold på en stabil og forudsigelig måde, med hjælp fra terapeuten kunne genvinde tryghed, kontrol, stabilitet. Derimod tyder de ovenstående diskussioner af traumereaktioner hos personer med PPO og BPO på at de i udgangspunktet har vanskeligheder med at være i en relation. Personer med PPO vil, som tidligere nævnt (Se afsnit 3.2), sandsynligvis opleve massakren på Utøya på en måde, der ikke blot vil give dem svære dissociationssymptomer, men pga. deres ringe realitetstestning også sætte yderligere pres på deres tro på at andre mennesker vil dem noget godt. Ift. personer med PPO synes det derfor, at være et spørgsmål om at forsøge at skabe en kontekst hvor det er muligt for personen at opleve og føle sikkerhed og tryghed. Dette kan ske igennem tydelig verbalisering af terapeutens tiltag samt en adfærdsmæssig korrektiv tilgang. Det er vigtigt at den korrekte tilgang anvendes, da personer med PPO også før den traumatiske hændelse højst sandsynligt havde vanskeligheder med klart at adskille selvobjektbilleder fra indre og ydre objekter (Kernberg, 1996, p. 118).

Det kunne derfor tænkes at opbygningen af sikkerhed og tryghed hos disse personer forudsætter en høj grad af eksplicitet i det verbale såvel som i det adfærdsmæssige udtryk. Behandlingen af personer med PPO som har været ude for noget traumatisk vil, afhængig af graden og varigheden af dissociation samt tendens til paranoide forfølgelsesfantasier, hovedsageligt centrere sig omkring genetableringen af sikkerhed og tryghed. Grundet disse personers grundstruktur vil de sandsynligvis ikke komme frem til fjerde komponent i den samlede behandlingsstrategi, gennemarbejdningen af den traumatiske hændelse (Allen, 2001, p. 324f).

4.2.2 Offer-krænker problematik

Den ovenforstående problemstilling er også at finde hos personer med BPO, dog synes der at være en særlig problematik ift. personer med BPO, især ift. de personer som har træk over mod de narcissistiske tilstande. Grunden hertil skal vi mestendels findes i at der hos personer med BPO ligger en grundlæggende frygt for og forventning om, at personen vil blive krænket igen (Kernberg et al., 2000, p. 144). Denne grundstemning kunne tænkes være særligt udtalt efter et interpersonelt traume. Det er derfor heller ikke unormalt at personer med BPO indtager en offer position (Allen, 2001, p. 297; Gabbard & Wilkinson, 2009, p. 63). Dette skyldes, at overgreb og andre traumatiserende oplevelser i høj grad er forbundet med både BPD og BPO. Derfor opstår der let en offer/krænker dynamik i behandlingen af den traumatiserede person, hvor terapeuten, selvom at det ikke er tiltænkt, får en krænker rolle. Personen kan have internaliseret et krænkende objekt, som et introjekt der instinktivt aktiveres. Terapeuten kan derfor, uden selv at være klar over det, aktiverer denne generaliserede krænker figur. Denne krænkerfigur har sandsynligvis ikke umiddelbar relation til det aktuelle traume, men genaktiverer tidligere traumer hos personen (Gabbard & Wilkinson, 2009, p. 67). Det at skulle genvinde eller for nogle personer at lære at have tillid til en terapeut indebærer, at personen bliver nødt til sætte sig i en position som indbefatter en risiko for svigt og krænkelse.

Der synes således, at være tale om at traumebehandlingens første del ikke kun handler om at genopbygge tryghed og tillid, men at det hos personer med PPO og BPO også handler om at lære både at have samt at opleve tryghed ved, og tillid til, andre. Et fællestræk for personer med PPO og BPO, dog i forskellige grader, er at terapeuten skal have en mere korrektiv tilgang end det er tilfældet ved personer med NPO. Dette gælder både når det handler om at opbygge sikkerhed og tillid, men også når det handler om at hjælpe personen til at kunne affektregulere.

4.2.3 Selvregulering og social støtte

Personer med PPO har en generel dårlig affektregulering, hvilket betyder at de har et udtalt behov for ydre støtte og regulering af deres affekter. Den fysiologiske del af PTSD er, som tidligere beskrevet, en vigtig del af forståelsen af de psykologiske mekanismer. Den øget arousal er en af de centrale bestanddele i PTSD lidelsen,

men hvordan personen håndtere dette forhøjet alarmberedskab synes ud fra de tre ovenstående diskussioner at være meget forskelligartet. Jeg har tidligere pointeret, at det er sandsynligt at personer, som før traumet var dårligt struktureret, hurtigere vil opleve øget arousal og vil have svært ved selv at nedregulere det efterfølgende.

En af de erfaringer som er fremkommet i den ovenstående diskussion er, at personer med PPO ikke har de fornødne evner og strategier til, på en hensigtsmæssig måde, at affektregulere ift. stressmomentet i PTSD. Dette har indvirkning på hvordan traumebehandling tilrettelægges. I de tilfælde hvor personen har en øget tendens til destruktiv adfærd, som f.eks. hyppige vredesudbrud, impulsivitet, spændingssøgende adfærd, hvilket ses hos personer med BPO og PPO, vil behandlingens fokus i første omgang være at give personen nogle konkrete og sunde måder til affektregulering (CETT, 2005, p. 38).

Hos personer med en bedre strukturering, såsom personer med NPO og personer med en mild grad af BPO, kunne det tænkes at fokus vil være på at hjælpe personen til at styrke og tydeliggøre allerede eksisterende håndteringsmåder. Disse personer vil sandsynligvis også have nemmere ved at indgå i en relation, samt være bedre til at tage imod og drage nytte af den støtte, som er at finde i personens netværk. For de personer som før traumet havde problemer med at være i relationer, og hvor traumet kun har gjort ondt værre, vil der være tale om at personen må lære denne egenskab fra bunden af. Dette betyder, at disse personer formentlig vil være særligt tunge at arbejde med, og at de eventuelt har atypiske symptomer i form af depressive tendenser og gennemgribende forandringer i personens væremåde. Hvis denne tilstand er vedvarende, kan det føre til diagnosen: Personlighedsændring katastrofeoplevelse, som følge af traumatiske oplevelser (ICD-10, 1998, p.108).

4.2.4 Gennemarbejdning

Den sidste del af Allens overordnede behandlingsstrategi for traumatiserede personer er gennemarbejdningen af traumet. Denne del fokuserer på, at traumet skal genopleves i mindre bidder, men dette sker i et tempo så personen ikke bliver yderligere stressbelastet. Gennemarbejdningen skal ske i trygge rammer og med god emotionel støtte. At genopleve traumet vil for de disintegrerede personer være særligt vanskelig, da der er stor risiko for at personen bryder sammen, og dermed vil disintegrationen gøres mere fast og vedvarende. Det kan således diskuteres om disse per-

soner vil opleve gennemarbejdningen som en retraumatisering. Det er derfor væsentlig, at vi som behandlere af traumatiserede personer formår at se bagom de umiddelbare symptomer, da en passende inkludering af de psykologiske grundstrukturer har afgørende betydning for om personen vil blive retraumatiseret eller ej.

For personer med PPO, og nogle personer med en svær grad af BPO, vil det være tvivlsomt om de kunne nå til et punkt, hvor der kan tales om en egentlig gennemarbejdning i en psykodynamisk forstand. Der kan derfor ses visse fordele ved at anvende en mere kognitiv tilgang, som med en korrektiv og støttende tilgang, vil kunne hjælpe personen til at ændre bestemte, fastlåste tænkemåde. F.eks. vil personer, med PPOs tendens til mere paranoide forestillinger, kunne ses som fastlåste forestillinger og antagelser omkring forhold ved den traumatiske hændelse. Den kognitive tilgang vil også foretrækkes i de tilfælde, hvor personen ikke tåler en dybdegående gennemarbejdning af både traumet og personens tidligere oplevelser. Ulempen ved en sådan tilgang, set ud fra et psykodynamisk perspektiv, er at man kun i begrænset omfang, vil få bearbejdet de dynamikker som den psykodynamiske teori mener ligger til grund for personens reaktion. Det vil således være mere sandsynligt, at personer med NPO vil kunne drage nytte af en psykodynamisk tilgang ift. både genoplevelse og gennemarbejdning af traumet.

5 Afrunding

I denne afrunding vil jeg først samle op på afhandlingens konklusioner, for dernæst i en perspektivering at se nærmere på andre relevante forståelser, som ikke kunne inddrages i denne afhandling.

5.1 Konklusion

Målet med denne afhandling har været todelt, for det første søgte jeg at bidrage med ny viden til forståelsen af samspillet mellem personlighed og traumatisering. Denne nye viden søgte jeg ved at inddrage Otto F. Kernbergs personlighedsorganiseringsmodel. Ved at inddrage Kernbergs model håbede jeg at få en dybere forståelse af personlighedens grundstrukturer. Denne dybere forståelse ville forhåbentligt kunne kaste lys over det komplekse felt som personlighed og traumereaktioner befinder sig i. En af mine inspirationskilder til at skrive denne afhandling var terrorhandlingen på den norske ø Utøya d. 22. Juli 2011. Derfor valgte jeg, at min diskussion skulle have omdrejningspunkt omkring en øjenvidneberetning fra en af de unge som overlevede massakren.

Det var mit ønske, at jeg med den viden som kom ud af afhandlingens første del kunne bidrage til udviklingen af behandlingsindsatsen ift. traumatiserede personer. Dette skulle gøres ved at sammenstille de uddragede erfaringer fra den første del af afhandlingen med Jon G. Allens behandlingsstrategi ift. traumatiserede personer. Målet med denne sidste del var, at undersøge om de uddragede erfaringer kunne bruges til at få en mere nuanceret viden og forståelse af nogle af de behandlingsforbehold, man må tage ift. personlighedsorganiseringstypen.

Jeg har i afhandlingen redegjort for Kernbergs personlighedsorganiseringsmodel. I den kliniske verden bruges denne model ofte til at identificere forskellige personlighedsforstyrrelser. Det var derfor nødvendigt at understrege dens mere almene anvendelighed. Dette gjorde jeg ved at skitsere de psykiske grundstruktur, som kendetegner de tre personlighedsniveauer hhv. PPO, BPO og NPO. Kategoriseringen ift. PPO, BPO og NPO er således ikke ensbetydende med en personlighedsforstyrrelse, da personens personlighedsorganiseringstype ikke nødvendigvis manifesterer sig i personens adfærd. Dette betyder, at vi kan forstå de forskellige grundstrukturer som

en særlig psykisk konstruktion hos personen og ikke nødvendigvis med et patologisk udtryk.

Psykiske traumer er et kompleks område, som rummer både biologiske faktorer og psykologiske faktorer, hvortil der hører forhold omkring individs fortid, nutid og generelle måde at håndtere stressbelastninger på. Jeg valgte at inddele traumer og traumereaktionsafsnittet i fire dele hhv. en fysiologisk-, diagnostisk-, kognitiv samt en psykodynamisk forståelsesramme. For at underbygge de forskellige teoretiske forståelser af traumer og traumereaktioner præsenterede jeg afslutningsvist de resultater, som forskningen har fundet ift. traumer og personlighed.

De analytiske diskussioner var opdelt efter personlighedsorganiseringsniveauerne for på den måde at kunne tydeliggøre de særlige forhold som synes mest udtalte for hvert af niveauerne. De fremkomne erfaringer for PPO er bl.a., at deres ringe realitetstestning har flere konsekvenser ift. personens oplevelse og håndtering af en traumatisk hændelse. En ringe realitetstestning, samt en dårlig indre struktur af personens jeg-funktioner, resulterer i at personens robusthed overfor traumer synes at være dårligere end hos personer med en god struktur, såsom det ses hos personer med NPO. En anden konsekvens af en PPO organisering er, at der synes at være en øget risiko for dissociation, ikke blot i selve den traumatiske situation, men at personen vil bruge dissociation som en måde at håndtere de efterfølgende genoplevelsesfænomener. Ydermere synes analysen at tyde på, at personer med PPO, grundet deres manglende evne til klart at skelne mellem fantasi og virkeligheden, vil opleve paranoide vrangforestillinger, særligt i tilfælde som massakren på Utøya. Med udgangspunkt i Kernbergs forståelse af individets grundstrukturer bliver det særligt traumatisk for personer med PPO gjort tydelige. Det særligt traumatiske, og det man derfor bør holde øje med, er de differentialdiagnostiske problematikker som synes at være udtalte hos personer med denne struktur.

I analysen af traumereaktioner hos personer med BPO fandt jeg, at disse personer sandsynligvis vil have en øget risiko for at udvikle sværere PTSD symptomer end de to andre personlighedsorganiseringsniveauer. Denne antagelse skyldes, at personer med BPO og personlighedsforstyrrelsen BPD har flere ætiologiske fællestræk, som især omhandler en generel sårbarhed, samt en vanskelighed ved at rumme og håndtere modsatrettede følelser og forestillinger omkring dem selv og andre. Personer med BPO synes ydermere særligt sårbare over for svigt og krænkelser i forbindelse med et interpersonelt traume.

Kernbergs model diskuteres som en mulig hjælp til at forstå, dels de forskellige reaktioner på tværs af personlighedsorganiseringsniveauer, men også som hjælp til forståelsen af personer med BPOs meget forskellige reaktioner på samme traume-hændelse. Personer med BPO er kendetegnet ved nogle særlige psykiske grundstrukturer, men disse personer kan dog have et meget forskelligt udtryk. Kernberg placerer disse personer på et kontinuum fra introversion eller ekstroversion. BPO-niveauet har nogle grundlæggende udfordringer, som ikke er at finde ved de to andre niveauer. Dette skyldes at BPO-niveauet er meget vidt favnende. Kernbergs model synes derfor også at have en svaghed ved, at BPO niveauet rummer denne meget stor bredde, og dette går ud over modellens forklaringskraft.

Det blev argumenteret, at man med hjælp Ronnie Janoff-Bulmans kognitive forståelse af psykiske traumer, kan bidrage med en differentiering ift. BPO niveauet. Personer med BPO er sandsynligvis præget af grundantagelser, som generelt er kendetegnet ved ustabilitet og skiftende positive og negative antagelser om personen selv og andre. Dette kan f.eks. ses i brugen af forsvarsmekanismerne idealisering og devaluering. Personer med BPO synes yderligere plaget af andre risikofaktorer ift. PTSD, træk såsom impulsivitet og risikovillighed ligger ofte til disse personer. Disse træk synes yderligere forværret ved, at personen ikke altid selv ser sammenhængen mellem egen adfærd og de ting som sker for personen. Samtidig synes der at være en sammenhæng mellem evnen til at indgå i interpersonelle relationer på en stabil og forudsigelig måde, og det at udvikle stabile grundantagelser, hvori personen kan genfinde kontrol og forudsigelighed i hans/hendes hverdag. Det særligt traumatiske for personer med BPO er personens oplevelse af modsatrettede følelser, hvilket ofte vil resultere i brugen af forsvarsmekanismerne splitting og projekt identifikation.

Den sidste analytiske diskussion omhandler personer med NPOs reaktion på et traume. Fundene her viste at disse individer i udpræget grad synes at opleve overjægs problematikker i forbindelse med en traumereaktion. I en traumatisk hændelse, som den der fandt sted på Utøya, vil der for personer med NPO efterfølgende kunne komme en særlig følelse af skyld og skam kaldet *survivor's guilt*. Følelser af skyld og skam vil også kunne ses hos personer med PPO eller BPO, men deres reaktioner vil være væsentlig anderledes i udtrykket end hos personer med NPO. Personer med BPO vil især have tendens til at vende indre konflikter til ydre konflikter, hvor personer med NPO højst sandsynligt vil gøre det modsatte og vende ydre konflikter til indre. Janoff-Bulman foreslår, at disse former for håndtering af følelser kan ses som

en adaptiv reaktion i forsøget på at skabe orden i det kaos som følger efter traume-hændelsen. Hos personer med NPO kan man forestille sig, at personens strenge over-jeg fastlåser og fikserer personen i følelsen af skyld og skam. Personlighedsorganiseringssmodellen giver os således en viden om hvilke områder som kunne være særligt problematiske ift. personens personlighedsorganisering, og kan derfor hjælpe os til at forstå årsagen til skiftet fra ydre til indre konflikt.

Kernbergs forståelse af individets grundstrukturer giver os således indblik i det særligt traumatiske for personer med NPO. Det særligt traumatiske for personer med NPO er personens oplevelse af survivor's guilt og over-jegs problematikker generelt. Hos personer med NPO er det særligt udtryk i forsvarsmekanismerne fortrængning og isolation.

Det at forstå hvilken type personlighed traumet indvirker på, kan hjælpe os til at forstå hvorfor nogle personer reagerer med en maladaptiv adfærd og andre ikke gøre. Den generelle diskussion havde til formål at undersøge om de uddragede erfaringer fra de tre foregående analytiske diskussioner, kunne bidrage til udviklingen af behandlingsindsatsen over for traumatiserede individer.

Jon G. Allens firdelte behandlingsmodel fokuserer på fire elementer, som ligger godt i tråd med den nye viden om de tre forskellige personlighedsorganiseringers forventede reaktion på et traume. Den første del (gen)etablering af den tabte tryghed og tillid til andre, såvel som til terapeuten, er grundlæggende for, at et behandlingsarbejde kan finde sted. Hos personer med PPO og BPO kunne det tænkes at volde nogle udfordringer. Det er således vigtigt at behandleren har øje for personer med PPOs mere usikre og utrygge måde at være i verden på, også før den traumatiske hændelse. Det synes derfor nødvendig at skabe et sikkert og trygt rum, hvor personen kan få lov at opleve tryghed og tillid på egen krop. Lignende forbehold kan genfindes hos personer med BPO, men her kan opstå yderligere komplikationer, da disse personer hurtigt kan indtage en offer position, hvor terapeuten bliver positioneret som en potentiel krænker. Denne dynamik er ofte subtil, og kan finde sted uden terapeuten selv er klar over det, dog er terapeutens åbenhed overfor en sådan dynamik afgørende for om der på sigt kan etableres tryghed og tillid til andre. Personer med NPO kan med hjælp fra terapeuten højest sandsynligt genetablere den tabte tryghed og tillid, dette skyldes ikke mindst personens evne til at være i interpersonelle relationer på en stabil måde. Personer med NPO vil formodentligt kunne nå langt i behandlingen af deres traume. Der er dog mere dystre udsigter for personer med hhv. BPO og PPO.

Afhængigt af graden af symptomer er det tænkeligt at en traumebehandling vil koncentrere sig om det at etablere tryghed og tillid, samt at hjælpe dem til at udvikle hensigtsmæssige måder hvorpå de kan regulere deres affekter. En gennemarbejdning af traume vil for personer med NPO være mere sandsynligt end hos de disintegrerede personer (PPO og BPO). Der er stor risiko for at personer med PPO og BPO i en gennemarbejdning vil bryde sammen og dermed gøre disintegrationen mere rigid og vedvarende. Det er derfor tvivlsomt om de ville kunne drage nytte af en decideret terapeutiske gennemarbejdning, hvorimod personer med NPO formodentligt vil have gavn af en sådan behandling.

Det er således afhandlingens konklusion, at inddragelsen af Kernbergs personlighedsorganiseringsmodel bidrager til forståelsen af samspillet mellem personlighed og traumereaktioner, samt at denne forståelse af personlighed og traumereaktioner vil kunne bruges i udviklingen af en behandlingsindsats.

5.2 Perspektivering og afsluttende bemærkninger

Jeg vil i denne sidste del af afhandlingen knytte nogle få kommentarer til de perspektiver, jeg ser de fremkommende teoretiske erfaringer kan bringe med. Ydermere vil jeg understrege hvilke områder og forhold som med fordel vil kunne undersøges yderligere. Afhandlingens teoretiske fokus kræver ligeledes en afsluttende bemærkning, ift. forståelsen af forholdet mellem de teoretiske erfaringer og brugen af disse i en praktisk kontekst.

5.2.1 Udledte perspektiver

Det som var målet med at inddrage Kernbergs personlighedsorganiseringsmodel i forståelsen og behandlingen af traumatiserede personer var, at vi derved kunne få en bedre viden om de forhold omkring individs personlighed, som er relevante for at forstå en traumereaktion. Tanken var således at den praktiserende psykolog, samt andet relevant behandlingspersonale, vil kunne drage nytte af denne viden om de psykologiske grundstrukturer i deres arbejde med traumatiserede personer. Samtidig er det nødvendigt at pointere at anvendelsen af Kernbergs personlighedsorganiseringsmodel først og fremmest skal ses som et analytisk redskab, der kan berige be-

handleren med en forståelse af nogle af de centrale psykiske grundstrukturer. Anvendelsen af Kernbergs model kan dog ikke stå alene, der er således ikke tale om et udtømmelige teoretisk analyseredskab ift. forståelsen af traumereaktioner generelt.

Dog er Kernbergs model at forstå som en del af en større samlet teoretisk forståelse, og som et praktisk redskab i behandlingen af traumatiserede personer. Kernbergs model vil kunne bidrage til en bedre forståelse af det enkelte individ og dennes medbragte personlighed i traumereaktionen. Personlighedsorganiseringsmodellen synes især at kunne bidrage med en bedre forståelse ift. mere komplekse PTSD tilfælde. Tilfælde hvor patienter har atypiske symptomer eller varige symptomer, hvor en normal behandlingsforståelse af PTSD ikke synes tilstrækkelig.

I ICD-10 er det særligt sandsynligt at personer med komplekse tilfælde af PTSD vil blive diagnosticeret som havende enten en personlighedsforstyrrelse, eller få at vide at deres PTSD er en tilpasningsreaktion. Dette skyldes at PTSD ikke kan stilles som hoveddiagnose, hvis personen opfylder andre diagnoser (ICD-10, 1998, p. 106f). I DSM-IV kan personen dog godt blive diagnosticeret med flere primærdiagnoser. Behandlingen og forståelsen af en persons psykiske lidelse og symptombillede er i ICD-10 således afhængig af hvilken hoveddiagnose personen får.

5.2.2 Videre undersøgelse

Som en del af en mere samlet forståelse af traumereaktioner, vil det være relevant at undersøge andre teoretiske perspektiver i søgen efter viden om sammenhænge mellem personlighed og traumereaktioner. Andre teoretiske perspektiver som kunne være relevante er f.eks. tilknytningsteorien, hvor John Bowlby (1969) står som en af hovedrepræsentanterne. Bowlby definerede fire tilknytningstyper: en sikker, en ængstelig-undvigende, en ængstelig-ambivalent og en desorganiseret tilknytning (Bowlby, 2003, p. 138). Det ville være relevant at undersøgesammenhængene mellem tilknytningstype og individets robusthed overfor traumer. Tilknytningsperspektivet kunne også være interessant ift. udviklingen af efterreaktioner og komplikationer ift. behandling.

Et andet relevant teoretisk perspektiv at inddrage kunne være mentaliseringsbaseret behandling (MBT), som handler om at skabe evnen til at generere indsigt i både sig selv og andre (Bateman & Fonagy, 2009, p. 25). Her er Anthony Bateman og Peter Fonagy nogle af de centrale teoretikere. Det kunne være interessant at un-

dersøge hvordan MBT kunne hjælpe på f.eks. genoplevelsesfænomener. Ydermere kunne det være interessant at undersøge om MBT har samme effekt på personer med BPO, som det synes at have på personer med BPD.

Jeg har tidligere i afhandlingen fremhævet at CETT¹² arbejder ud fra flere af de overfornævnte teoritilgange. CETT tager udgangspunkt bl.a. i Kernbergs personlighedsorganiseringsmodel, tilknytningsmønstre, mentalisering m.m. og forsøger at forene disse forskellige perspektiver til en mere samlet beskrivelse og forståelse af behandlingen af traumatiserede personer. Denne praktiske anvendelse af Kernberg og andre teoretikers forståelse af personlighedens grundstrukturer understøtter afhandlings mere tilbunds gående undersøgelse af Kernbergs personlighedsorganiseringsmodel og traumereaktioner.

Et område som ikke rigtigt er berørt i afhandling, er det samfundsmæssige perspektiv. Det vil derfor være interessant og væsentligt at undersøge det senmoderne samfunds betydning for individets traumereaktion nærmere (Jørgensen, 2002, p. 19f). Dette kunne gøres, dels udefra de fremkommet erfaringer ift. personlighedsorganiseringsmodellen og dels ud fra et mere sociologisk perspektiv. Her kunne det være interessant at inddrage undersøgelser af fremherskende risikofaktorer i det senmoderne samfund, som f.eks.: øget individualisering, øget præstationskrav, truslen mod de gamle institutioner såsom kernefamilien m.m.. (ibdi., p. 46f).

Man kunne ydermere med fordel undersøge hvilken betydning relationer har i senmoderniteten. Har disse relationer betydning for hvordan individer håndterer og forstår traumatiske oplevelser? Hvordan relaterer relationer og senmoderniteten sig til den forståelse som Kernberg har af interpersonelle relationer? Disse spørgsmål kunne være interessante er undersøge yderligere. Et interessant faktum i denne forbindelse er at siden 1992, hvor det som en forsøgsordning blev muligt at få tilskud fra sygesikringen til krisebehandling, er antallet af personer som søger hjælp støt stigende (Elklit, 2007, p. 3). Det kan dog have flere årsager, en årsag kan være at vi som samfund har fået en større viden og forståelse af de følger som en traumatisk hændelse kan have for en person. En anden årsag kan være et spørgsmål om udbud og efterspørgsel. Svend Brinkmann beskriver bl.a. hvordan samfundet er blevet mere psykologiseret (2002, p. 206). Ud fra Brinkmanns forståelse oplever individet i stigende grad et behov for psykologisk behandling. Individet har en forestilling om,

¹² Center for Traume- og Torturoverlevende

at psykologer kan hjælpe med de problemer som før i tiden blev opfattet som livskriser, og blev håndteret i familien. Det skal dog siges, at jeg er sikker på, at Brinkmann vil mene at personer som er svært traumatiseret skal have psykologisk hjælp, men spørgsmålet er hvor grænsen skal trækkes? Hvornår er et traume stort nok til at samfundet skal betale?

5.2.3 En praktisk anvendelse

Til slut vil jeg blot reflektere over spændingsfeltet mellem teori og praksis. Afhandlingens teoretiske udgangspunkt er formenligt ikke direkte sammenligneligt med den *virkelige verden*, da teori generelt er forstået ud fra prototypiske forestillinger om personers gøre og laden. Spørgsmålet er hvordan den teoretisk fremkomne viden og de udledte erfaring kan overføres til en praktisk kontekst. Jeg har tidligere nævnt, at CETT bl.a. tager udgangspunkt i Kernbergs personlighedsorganiseringsmodel, hvilket umiddelbart synes at tale for, at den teoretiske viden og en praktisk anvendelse er forenelig. Brinkmann mener at teori og profession er at forstå som to forskellige slags praksisser, og et forsøg på at forene disse ikke kan lade sig gøre uden at miste noget i foreningen. Brinkmann beskriver spændingsfeltet således: *”Den psykologiske forsknings opgave er at tilvejebringe ”nyttige beskrivelser” af, hvad der har afstedkommet ændringer i bestemte situationer, hvilket kan inspirere professionsudøvere i deres praksis ”* (Brinkmann, 2007, p. 141). Afhandlingens teoretiske afsæt og slutninger kan således ses som ”nyttige beskrivelser” af personlighedsorganiseringstypernes oplevelser af et traume.

6 Referenceliste

Poster, der er markeret et * efter sideantallet, er tidligere anvendt pensum

Allen, J.G. (2001). *traumatic relationships and serious mental disorders*. John Wiley & Son New York. (pp. 1-383).

(APA) American Psychiatric Association (APA) (2010).: *DSM-IV- TR: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Fourth Edition Text revision
DSM-IV-TR. Washington D.C.: American Psychiatric Association (pp. 467-472).

Ballenger, J. M., Davidson, J. R. T, Lecrubier, Y., Nutt, D. J., Marshall, R. D., Nemeroff, C. B., Shalev, A. Y., Yehuda, R. (2004). *Consensus Statement Update on Posttraumatic Stress Disorder From the International Consensus Group on Depression and Anxiety* . Journal of Clinical Psychiatry, (pp. 55-62).

Bateman, A.& Fonagy,P. (2009). *Mentaliseringsbaseret behandling af borderline personlighedsforstyrrelse – en praktisk guide*. København, Akademisk forlag. (pp. 33-44).*

Bertelsen P. (2001a). *Hvad er antropologisk psykologi*. Journal of Anthropological Psychology No. 9, 2001 Department of Psychology University of Aarhus (pp. 2-16)

Bertelsen, P. (2001b). *Personlighedspsykologi*. Frydenlund Grafisk København K. (pp. 7-106).

Bowlby, J. (2003). *En sikker base: Tilknytningsteoriens kliniske anvendelser*. Frederiksberg: Det lille Forlag. (pp.130-138).

Bremner, J. D., Southwick, S. M., Johnson, D. R., Yehuda, R. & Charney, D. S. (1993). *Childhood Physical abuse and combat-related Posttraumatic Stress Disorder in Vietnam Veterans*. Am J Psychiatry 150; 2 (pp. 235-239).

-
- Breslau, N. (2002). *Epidemiologic Studies of Trauma, Posttraumatic Stress Disorder, and Other Psychiatric Disorders*. Can J Psychiatry, Vol 47, No. 10, December 2002 (pp. 923-929).
- Brewin, C.R. & Andrews, B & Valentine, J. V. (2000). *Meta-Analysis of Risk Factors for Posttraumatic Stress Disorder in Trauma-Exposed Adults*. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 2000, Vol. 68, No. 5, (pp. 748-766).
- Brewin, C. R. (2003). *Posttraumatic Stress Disorder – Malady or Myth ?*
Yale university press, New Haven & London. (pp. 1-63).
- Brinkmann, S. (2002) *Psykologisk viden i et psykologisk samfund - belyst med Aristoteles' etik*. Nordisk Psykologi. Vol. 54, nr. 3, (pp. 201-216).
- Brinkmann, S. (2007). *Forskning og profession som to slags praksis*. I Psykologi – Forskning & Profession. Red. Brinkmann, S. & Tanggaard, L., Hans Reitzels Forlag København (pp. 121-142).*
- Brinkmann, S. (2010). *Etik i en kvalitativ verden*. I Kvalitative metoder - en grundbog. (red.) Brinkmann, S. & Tanggaard, L. Hans Reitzels Forlag. København, K. (pp. 429-447).
- Bryant, R. A., Brooks, R., Silove, D. Cremar, M., O'Donnell, M. & McFarlane, A. (2011). *Peritraumatic dissociation mediates the relationship between acute panic and chronic posttraumatic stress disorder*. Behaviour Research and Therapy. 49, (pp. 346-351).
- CETT Center for Traume- og Torturoverlevende (2007). *Psykologisk Behandling Grundlag, metode & effekt*. Af Jens Hardy Sørensen Region Syddanmark (pp. 4-68).
- Christianson, S. (1997). *Traumatiske erindringer*. Hans Reitzels Forlag København K (pp. 11-20).

-
- Christensen, G. (2005). *Psykologiens videnskabsteori – en introduktion*. Roskilde Universitetsforlag (pp.75-101).*
- Cullberg, J. (2001). *Psykoset et humanistisk og biologisk perspektiv*. Hans Reitzels Forlag, København. (pp. 38-94).
- Dahl, A.A. (2009) *Personlighedsforstyrrelser og seksuelle afvigelser*. I Mors, O., Kragh-Sørensen, P. & Parnas, J. (2009) *Klinisk Psykiatri*. Munksgaard Danmark. (pp. 531-575).*
- Dijke, A.V. & Ford, J. D., Hart, O.V., Son, M.V., Heijden, P. & Buhring, M. (2012). *Complex Posttraumatic Stress Disorder in Patients With Borderline Personality Disorder and Somatoform Disorders. Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy* 2012, Vol. 4, No. 2, (pp. 162–168).
- Elklit, A. (2004). *Sammenhæng mellem psykiske traumer (PTSD), forstyrret bevidsthedstilstand og psykotiske symptomer*. Matrix, 21, (1), (pp. 41-59).
- Engelhard, I.M., van den Hout, M. & Kindt, M. (2001). *The relationship between neuroticism, pre-traumatic stress, and post-traumatic stress: a prospective study*. Personality and Individual Differences, 35 (2003) (pp. 381–388).
- Freud, S. (1894). *The Neuro-Psychoses of Defence*. SE 3, (pp. 43-61).
- Freud, S. (2006). *Nye forelæsninger til indføring i psykoanalysen, Den psykiske personligheds bestanddele*. I Fokus på Freud (red). Olsen, L. O., Thomsen, B.C. & Petersen, B. Hans Reitzels Forlag København, K. (pp.159-165).
- Gabbard, G.O. & Wilkinson, S.M. (2009). *Borderline-Behandling og Modoverføring*. Hans Reitzels Forlag. København K. (pp. 59-82).*
- Garland, C. (2002). *Understanding trauma a psychoanalytical approach*. Second edition. The Tavistock clinic series. New York (pp. 1- 229).

-
- Gil, S. (2004). *Pre-traumatic personality as a predictor of post-traumatic stress disorder among undergraduate students exposed to a terrorist attack: A prospective study in Israel*. Elsevier. *Personality and Individual Differences* 39 (2005) (pp. 819–827).
- Gradus, L. J., Qin, P., Lincoln, A.K., Miller, M., Lawler, E., Sørensen, T. H., & Lash, L.T. (2010). *Posttraumatic Stress Disorder and Completed Suicide*. *American Journal of Epidemiology*. Vol. 171, No. 6 (pp. 721-727).
- Herman, L.J. (1995). *I voldens kølvand: psykiske traumer og der healing*. Hans Reitzel København. K. (pp. 40-60).
- Holeva, V. & Tarrier, N (2001). *Personality and peritraumatic dissociation in the prediction of PTSD in victims of road traffic accidents*. *Journal of Psychosomatic Research* 51 (2001) Elseviser. (pp. 687–692).
- Janoff-Bulman, R. (1992). *Shattered assumptions: towards a new psychology of trauma*. The Free Press A division of Simon & Schuster. New York. (pp. 3-209).
- Joseph, S. (1999). *Attributional processes, coping and post-traumatic stress disorder*. I *Personality and post traumatic stress disorder i. Post-traumatic stress disorder – concepts and therapy*. Red. Yule, W. John Wiley & sone New York. (pp. 51-71).
- Jørgensen, C.R. (2002). *Psykologien i senmoderniteten*. Hans Reitzels Forlag, København (pp. 1-263)
- Jørgensen, C.R. (2009). *Personlighedsforstyrrelser – Moderne relationel forståelse og behandling af borderline-lidelser*. 2 udgave, 1 oplage Akademisk forlag. København K (pp.1-247).

-
- Jørstand, J. (1994). *Tab, Krænkelser og narcissisme*. I Mennesker, traumer og kriser. (red.) Weisæth, L. & Mehlum, L Hans Reitzels forlag København. (pp. 40-54).
- Kalat, J.W. (2007). *Biological Psychology*. Thomson Higher Education, Belmont, USA. (pp. 376-383).*
- Katzenlson, B., Agervold, M., Bertelsen, A., Haugaard, E., Karpachof, B., Larsen, F. S. & Jørgensen, S., P. (2005). *Psykologiske leksikon*. Hans Reitzels Forlag, København, K. (pp. 31 & 290).
- Kernberg, O.F. (1967). *Borderline Personality Organization*. Journal of American Psychoanalytic Association 1967. (pp. 641- 685).
- Kernberg, O.F. (1970). *A Psychoanalytic Classification of Character Pathology*. Journal of the American Psychoanalytic Association, 18: (pp. 800-822).
- Kernberg, O.F. (1981). *Borderline conditions and pathological narcissism*. Jason Aronson, INC New York. (pp. 1-49).
- Kernberg, O.F. (1984). *Severe Personality Disorders: Psychotherapeutic Strategies*. University Press New Haven and London. (pp. 1-77).
- Kernberg, O.F. (1996). *A Psychoanalytic Theory of Personality Disorder in: Major Theories of Personality Disorder*. Edited Clarkin, J. F. & Lenzenweger, M.F. The Guilford Press New York & London (pp. 106-141).
- Kernberg, O.F., Koeningsberg, H.W., Selzer, M.A., Appelbaum, H.A. & Carr, A.C. (2000). *Borderline og psykodynamisk psykoterapi*. Hans Reitzels Forlag København K. (pp.13-150).
- Kernberg, O.F. & Caligor, E. (2005). *A Psychoanalytic Theory of Personality Disorders*. In: Lenzenweger, M. F. & Clarkin, J.F. Major Theories of Personality Disorders. Second edition. New York, The Guilford Press. (pp. 114-157).*
-

-
- Kjølby, M. (2004). *Borderline personlighedsforstyrrelse*. Månedsskrift for praktisk lægegerning, Nov 2004; 82: (pp. 1333-1342).
- Kristensen, I. J. (2004). *Personlighedsforstyrrelser*. Frydenlund, København K. (pp. 1-50).*
- McFarlane, A.C. (1987). *Life Events and Psychiatric Disorder. The Role of a Natural Disaster*. British Journal of psychiatry, 151, (pp. 362-367).
- McFarlane, A.C. (1988). The Aetiology of post-traumatic morbidity: predisposing, precipitating and perpetuating factors. British Journal of Psychiatry 154: (pp. 221-228).
- McWilliams, N. (2004). *Psychoanalytic Psychotherapy – A Practitioner's Guide*. The Guilford Press New York & London. (pp. 241-260).*
- Mehlum, L. (1994). *Såret der ikke vil læges*. I Mennesker, traumer og kriser. (red.) Weisæth, L. & Mehlum, L. Hans Reitzels forlag København. (pp. 193-211).
- Mortensen, K.V. (2001). *Fra neuroser til relationsforstyrrelser – psykoanalytiske udviklingsteorier og klassifikationer af psykopatologi*. Gyldendal, København K. (pp. 11-416), (pp 351-408).*
- Mors, O., Kragh-Sørensen, P. & Parnas, J. (2009). *Klinisk Psykiatri*. Munksgaard Danmark. (pp. 29-74, 481-519)*
- Ozer, E., Best, S.R., Lipsey, T. L. & Wiss, D.S. (2003). Predictors of Posttraumatic Stress Disorder and Symptoms in Adults: A Meta-Analysis. Psychological Bulletin. 2003, Vol. 129, No. 1, (pp. 52–73).
- Peterson, K.C. & Prout, M.F. & Schwarz, R. A. (1991). *Post-traumatic Stress Disorder – A Clinician's Guide*. Plenum Press, New York & London (pp. 1-227).

-
- Perry, J.C. (2001). *Instrument til klinisk vurdering af de psykiske forsvarsmekanismer "Defence mechanism rating scales"* oversættelse af Kjølbye, M. & Sørensen, P. Psykoterapeutisk forlag. (pp. 1-96).
- Richman, H. & Frueh, B. C. (1997). *Personality and PTSD II: Personality assessment of ptsd-diagnosed vietnam veterans using the cloninger Tridimensional personality questionnaire (TPQ)*. Depression and anxiety 6: (pp. 70–77).
- Rosenberg, N. K. (2007). *Kognitiv terapi i Klassiske og moderne psykologiske teori*. (red.) Karpachof, B. & Katzenlson, B. Hans Reitzels Forlag København K. (pp. 236- 251).
- Rothschild, B. (2004). *Kroppen husker – om krop og psyke i traumebehandling*. Forlaget Klim Århus N (pp.1-197).
- Spindler, H. & Elklit, A. (2008). *Dissociation, Psychiatric Symptoms, and Personality Traits in a Non-Clinical Population*. Journal of Trauma & Dissociation, 4:2, (pp. 89-107).
- Sørensen, J. H. (2006). *Affektregulering i udviklingspsykologi og psykoterapi*. I Affektregulering i udviklingspsykologi og psykoterapi. (Red.) Fonagy, p., Schore, A., Stern, D, & Sørensen, J.h. Hans Reitzels forlag København K. 1 udgave, 2 oplag. (pp. 9-133).
- Thrane, J. & Elklit, A. (2002). *Den traumatiserede personlighed – et studie af personlighedens betydning for krisetilstandens udtryk og behandling*. Dansk krise- og katastrofepsykologisk selskab. København K. (pp. 1-106).
- Van der Kolk, Weisaeth & Van der Hart (1996). *History of Trauma in Psychiatry in. Traumatic Stress the effects of overwhelming experiens on Mind, Body, and society*. Red. Van der Kolk, B. A., Mcfarlane, A.C. & Weisaeth, L. The Guilford Press New York & London. (pp. 47-77).

-
- Væver, S. M. & Harder, S. (2008). *Udviklingspsykopatologi*. i. Sårbarhed Diatese-stress-modellen til diskussion. (red.) Harder, S. Jacobsen, B. Køppe, S. Lunn, S. Mathiesen, B. Væver, M. Hans Reitzels forlag, København. (pp. 68-91).
- Weisæth, L. (1994). *Det psykiske traume*. I Mennesker, traumer og kriser. Hans Reitzels forlag København. (pp.13- 40) (red.) Weisæth, L. & Mehlum, L (1994).
- Williams, R. (1999). *Personality and post-traumatic stress disorder*. In Personality and post traumatic stress disorder i. Post-traumatic stress disorder – concepts and therapy. Red. Yule, W. John Wiley & Son. New York. (pp. 92-116).
- Willert, M. (2003). *Traumatiseringens ætiologi- en teoretisk og empirisk undersøgelse af udviklingen af traumatiske efterreaktioner*. Udgivet på psykologiske institut Aarhus Universitet, 8240 Risskov Tryk: Institut for Statskundskab (pp. 1-118).
- Wilson, J.P. & Agaibi, C. (2005). *Trauma, PTSD, and Resilience A Review of the Literature*. Trauma Violence Abuse 2005; 6; 195 (pp. 195-216).
- (WHO) World Health Organization (1998). *WHO ICD-10 Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser. Klassifikation og Diagnostiske kriterier*. 5 reviderede oplag. Munksgaard, København K. (pp 106-111).
- Yule, W., Williams, R. & Joseph, S. (1999). *Post-traumatic stress disorder in adults*. In Personality and post traumatic stress disorder i. Post-traumatic stress disorder – concepts and therapy. Red. Yule, W. John Wiley & sone New York. (pp. 1-25).
- Zaidi, L. & Foy, D.W. (1994). *Childhood abuse Experiences and combat-related PTSD*. Journal of Traumatic Stress, 7,1; (pp. 33-42).

6.1 Andet anvendt litteratur og Internetkilder:

Blog indlæg på hjemmesiden prableen.origo.no skrevet af Prableen Kaur Helvete på Utøya. hentet den 21.06.2012 kl. 14.31 (http://prableen.origo.no/-/bulletin/show/672218_helvete-paa-utoeya) se bilag 5

Elklit, A (2007). *Krisepsykologien til eksamen*. Psykologi nyt, nr. 12 (pp. 3-8).

Jordskælvet i Japan d.11. marts 2011: Jordskælv i Japan er femtestørste i nyere tid. Internationalt 11. mar. 2011 KL. 11.38
<http://politiken.dk/udland/ECE1220331/jordskaelv-i-japan-er-femtestoerste-i-nyere-tid/> se bilag 2

New Orleans, Mississippi d. 29. august: Hurricane 'Katrina' ramte mandag den 29. august som en af de voldsomste orkaner nogensinde USA's sydstaten og kostede over 1.5000 mennesker livet. hentet den 21.06.2012
<http://vejret.tv2.dk/artikel/id-2762701:temakatrina-en-hurricane-ramte-usa.html>. se bilag 3

Terrorhandlingen d.22. juli 2011 på den norske ø Utøya: Terrorangrebet i Norge: Tidslinje. Fredag d. 22. jul. 2011 kl. 21:59 af Jakob Skov Jakobsen, jaks@tv2.dk/mkij@tv2.dk for [TV 2 Nyhederne](http://nyhederne-dyn.tv2.dk/article.php/id-41959472:tidslinje-terrorangrebet-i-norge.html) (opd. d. 16/4 2012; 07:50)
<http://nyhederne-dyn.tv2.dk/article.php/id-41959472:tidslinje-terrorangrebet-i-norge.html> se bilag 1

World Trade Center i New York d.11. september 2001: Billedserie: Den 11. September, fra kristeligt dagblad. hentet den 21.06.2012 kl. 14.00.
<http://www.kristeligt-dagblad.dk/11-september>. se bilag 4

Samlet referenceliste: 4010

Hvor af tidligere anvendt pensum: 384

6.2 Bilag

Bilag 1

Tidslinje: Terrorangrebet i Norge

Fredag d. 22. jul. 2011 kl. 21:59 af Jakob Skov Jakobsen, jaks@tv2.dk/mkij@tv2.dk for [TV 2 Nyhederne](#) (opd. d. 16/4 2012; 07:50)

Her kan du få et overblik over terrorangrebet 22. juli i Norge, hvor en bombe eksploderede i Oslo, og Anders Breivik skød omkring sig på øen Utøya. Terrorangrebet kostede 77 mennesker livet.

I linkboksen til højre kan du finde flere artikler om terrorangrebet i Norge.

15.20

En eksplosion ryster en bygning i regeringskvarteret i Oslo. Bygningen huser blandt andet statsministeriet, og den norske statsminister, Jens Stoltenbergs, kontor bliver raseret.

17.03

Politiet bekræfter, at eksplosionen skyldes en bombe.

17.20

Cirka to timer efter bombesprængningen i Oslo ankommer en "falsk" politimand i uniform til den norske ø Utøya, omkring 30 kilometer fra Oslo. Han åbner kort efter ild på øen, hvor flere unge mennesker er på sommerlejr med den socialdemokratiske ungdomsafdeling i Norge.

18.35

TV 2 Norge evakueres på grund af fund af mistænkelig pakke.

19.18

Norsk politi bekræfter, at de har anholdt den formodede gerningsmand på Utøya.

19.43

Politiet bekræfter, at der er syv dræbte efter bomben i Oslo.

20.32

Toget til lufthavnen i Oslo bliver indstillet efter fund af mistænkelig genstand.

21.23

Politiet oplyser, at den "falske" politimand også er set i Oslo inden bombesprængningerne. Politiet mener, at han er involveret i begge angreb.

21.40

Politiet melder om 9 eller 10 dræbte alene ved skyderiet på øen Utøya.

22.44

Den norske justitsminister bekræfter på et pressemøde, at nationaliteten på den anholdte er norsk. Han blev tidligere i dag beskrevet som 190 centimeter høj, lys i huden og med lyst hår.

23.23

Politiet fortæller, at den anholdte er 32 år gammel

00:15

Politiet ransager den anholdtes lejlighed i det vestlige Oslo

Lørdag morgen:

Det står klart, at mindst 77 har mistet livet ved bombeangrebet i Oslo og skudattentatet på øen Utøya.

Det står ligeledes klart, at den 32-årige nordmand 32-årige nordmand Anders Behring Breivik er anholdt for bomben og massakren.

Lørdag klokken 08:00

Den norske statsminister holder pressemøde, og siger blandt andet, at Norge aldrig tidligere i fredstid har oplevet, at så mange er blevet dræbt på en dag.

Lørdag klokken 09:00

Norsk politi oplyser, at den sigtede Anders Behring Breivik sigtes efter den norske terrorparagraf for både bomben i Oslo og massakren på Utøya.

Bilag 2

[Internationalt](#) 11. mar. 2011 KL. 11.38

Jordskælv i Japan er femtestørste i nyere tid



[Redningsarbejde. Forløbig er der meldt om 32 døde, men tallet ventes at blive væsentligt højere.-](#)

[Foto: ITSUO INOUE/AP](#)

Jordskælv i Japan stryger direkte ind på top ti over målte jordskælv.

AF [Farzam Abolhosseini](#)

Katastrofen i Japan

- Fredag 11. marts blev Japan ramt af et jordskælv, der målte 9,0 på richterskalaen og udløste en tsunami.
- Over 23.000 blev dræbt eller savnes.

-
- Desuden er atomkraftværket Fukushima blevet ramt af eksplosioner og brande, der har medført udslip af radioaktivt materiale.
 - Skaderne gør det til verdens dyreste naturkatastrofe.

Top ti over målte jordskælv siden 1900

Richterskalaen

1. 9,5 Valdiva i det sydlige Chile, 22. maj 1960
2. 9,2 Prince William Sound i USA, 27. marts 1964
3. 9,1 Sumatra i Indonesien, 26. december 2004
4. 9,0 Kamchatka i Sovjetunionen (Rusland), 4. november 1952
5. 8,9 Honshu i Japan, 11. marts 2011
6. 8,8 Maule i Chile, 27. februar 2010
7. 8,8 Ecuador og Colombia, 31. januar 1906
8. 8,6 I den nordlige del af Sumatra i Indonesien, marts 2005
9. 8,6 Assam i Tibet, august 1950
10. 8,4 Padang i Indonesien, september 2007

Statistik AP

Med en måling på 8,9 på richterskalaen er jordskælvet i Japan det femtestørste, der har været målt i verden siden 1900.

Det viser en statistik fra USA's geologiske institut, U.S. Geological Survey.

Ifølge det amerikanske institut har jordskælvet i dag givet tsunamivarsler til 53 lande verden over.

LÆS OGSÅ [Ekspert: Tsunamien har en fart på 800 kilometer i timen](#)

Øverst på listen ligger jordskælvet fra 1960 i Chile. Dengang ramte det med en styrke på 9,5 med epicenter i byen Valdiva.

Tsunamien fra 2004, der havde epicenter i Sumatra i Indonesien, målte 9,1 på richterskalaen og dræbte over 225.000 mennesker.

LÆS MERE [Danser til politiken.dk: »Det blev værre, og så blev det meget værre«](#)

Danmark blev til sammenligning senest ramt af et mærkbart jordskælv i februar 2010, da et jordskælv målt til 4,7 på richterskalaen ramte 67 kilometer vest for Thisted.

Foreløbig er der meldt om 32 dræbte i Japan, men tallet ventes at blive meget højere.



Bilag 3

TEMA: 'Katrina' en hurricane ramte USA

Onsdag d. 24. aug. 2005; kl. 08:05 af Anders Brandt (opd. d. 5/9 2005; 13:24)



Katrina set fra satellit den 29. august kl. 15.45. Foto: NOAA

Hurricane 'Katrina' ramte mandag den 29. august som en af de voldsomste orkaner nogensinde USA's sydstaten og kostede over 1.5000 mennesker livet.

'Katrina' oversvømmede New Orleans, og anrettede ekstreme ødelæggelser i Mississippi.

Det blev den mest ødelæggende og en af de dødeligste hurricanes, der nogensinde har ramt et land.

Ramt af en kategori-3 orkan

Kystnære områder i Mississippi og Louisiana - inklusiv storbyen New Orleans blev evakueret da 'Katrina' som en frygtindgydende kategori-5 hurricane nærmede sig USA's sydstaten.

Hurricane 'Katrina' blev svækket en anelse og tog en lidt østligere bane end forventet, da den kl. 13 gik i land i det sydlige Louisiana med dobbelt orkanstyrke.

Dermed gik New Orleans lige netop fri af kategori-3 orkanens øje og den altødelæggende vind, da den passerede lige øst om sydstatsbyen.

Derimod gik det hårdt ud over Missisippis kystområder, hvor huse blev jævnet med jorden af kraftig vind og en op til 9 meter høj flodbølge, der oversvømmede hele kyststrækningen.

Mere end 100 mennesker omkom i Mississippi, da 'Katrina' gik i land - flest i kystbyen Biloxi.

Katastrofen i New Orleans

I første omgang slap New Orleans nådigt fra 'Katrinas' altødelæggende vind, men vandet blev fra Den Mexikanske Golf presset ind i Lake Pontchartrain og digerene, der omkranser byen brød sammen.

New Orleans ligger flere meter under havets overflade, og inden for kort tid blev New Orleans oversvømmet af op til 8 meter vand.

Dermed blev der skabt et katastrofescenarie, da der stadig opholdt sig hundredetusinde mennesker i den oversvømmede by.

Et sandt drama udspillede sig i byen indtil man efter knap en uge havde fået evakueret de fleste indbyggere.



Store dele af New Orleans under vand. Foto: Scanpix

Mere end 1.500 mennesker omkom i og omkring New Orleans.

Mest ødelæggende nogensinde

'Katrina' kan med anslåede skader for 20-25 milliarder dollars blive den orkan, der har anrettet største materielle skader nogensinde. Dermed kan den overgå 'Andrew', der i 1992 anrettede skader for omkring 25 milliarder dollars.

Ramte tre stater

Hurricane 'Katrina' mistede ellers lidt af pusten da den nærmede sig kysten - og tog derefter en lidt østligere kurs.

Den ramte mandag kl. 13 Louisianas sydkyst som en kategori-3 orkan med dobbelt orkanstyrke, og fortsatte ind over land lige øst om New Orleans. I aftenens løb blev den nedgraderet til en kategori-1 orkan mens den bevægede sig videre op over staten Mississippi.



Katrinas bane. Foto: TV 2 Vejret

De voldsomste vindhastigheder oplevede man øst for orkanens øje.

Så da 'Katrina' ramte kysten som en såkaldt 'major hurricane' var det især det aller sydøstligste Louisiana og hele Missisippis kyst, der blev hårdest ramt.

En enorm flodbølge på op til 9 meter ramte og oversvømmede kyststrækningen.

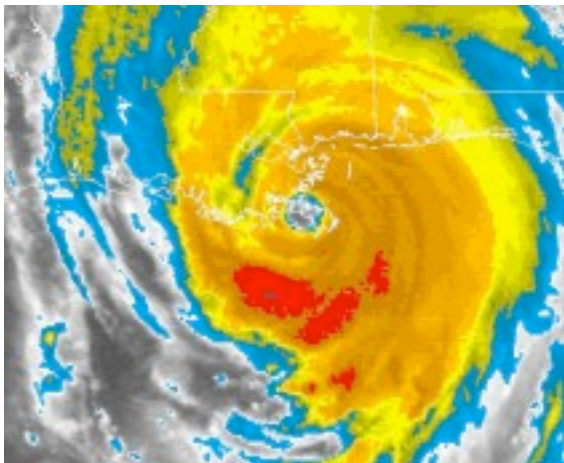
Store nedbørmængder førte desuden til oversvømmelser.

'Katrina' ramte både Louisiana, Mississippi og Alabama, hvor man i forbindelse med det udsendte hurricanevarsel havde evakueret befolkningen i de lavere liggende kystområder.

En af de voldsomste nogensinde

Med et lufttryk på kun 902 hPa i orkanens øje, så er det en af de voldsomste hurricanes nogensinde.

Trykket er dermed lavere end i centeret af 'Ivan', der var sidste års voldsomste hurricane.



Katrina da den kl. 13 ramte land. Foto: NOAA

'Katrina' er helt på højde med 'Camille', der betegnes som en af de værste hurricanes, der nogensinde har ramt USA. Camille ramte netop området omkring Louisiana og Mississippi i august 1969.

Aldrig ramt af så voldsom hurricane

New Orleans er aldrig før blevet ramt af så voldsom en hurricane som 'Katrina'.

Sidst den blev ramt var i 1965 da kategori-2 orkanen 'Betsy' gik i land og med sit øje passerede lige gennem New Orleans, som den oversvømmede. 74 mennesker omkom dengang.

Kostede 7 livet i Florida

Det var dog anden gang 'Katrina' var inde over land.

Inden den havde fået energi til at vokse sig stor over Den Meksikanske Golfes varme vand havde den været inde over Florida.

'Katrina' blev dannet ved Bahamas den 23. august.

Da 'Katrina' den 25. august ramte Florida skete det med vindhastigheder i middelvinden på 35 m/s - der er lige over orkanstyrke. Vindstødene nåede et godt stykke over 40 m/s.

Med så høje vindhastigheder væltede 'Katrina' elmaster, rev træer op med røde og blæste tage af huse. Syv mennesker omkom i det sydlige Florida - de fleste da de blev ramt af væltede træer.

Enorme nedbørmængder

Ud over kraftig vind var det de store nedbørmængder, som voldte problemer i form af oversvømmelser. I Key West målte man ikke mindre end 254 mm mens 'Katrina' passerede, og i Miami faldt der 110 mm.

'Katrina' ramte således både Florida og især Mississippi, men vil efter alt at dømme blive husket for den oversvømmelseskatastrofe der skete i New Orleans, da digerne brød sammen.

Bilag 4

World Trade Center i New York. Et symbol på Vestens magt og væld. Væk. På en dag.

Den 11. september var en skelsættende dag for de fleste mennesker. Alle var enige om, at verden ville se anderledes ud efter terrorangrebene.

- Læs, hvad pressen skrev minut for minut på selve dagen.
- Læs prædiken fra mindehøjtideligheden
- Hvad blev efterdønningerne af terrorangrebet kulturelt og religiøst?

1. Katastrofen

Angrebet og dagene efter - verden rundt



<http://www.kristeligt-dagblad.dk/artikel/379892:Udland--Billedserie--Den-11--september?image=0>

Billedserie: Den 11. september

<http://www.kristeligt-dagblad.dkUdland> For ni år siden blev USA ramt af et terrorangreb, og verden ændredes for bestandigt. Kristeligt Dagblad bringer i den anledning en...

Tidlinie for terrorangrebet i USA

Alle tidspunkter er lokal amerikansk tid, seks timer efter dansk tid

8:55 World Trade Center (WTC) brænder efter en eksplosion, oplyser det britiske nyhedsbureau, Reuters.

9:01 Reuters meddeler, at et fly har ramt WTC, der nu er i brand.

9:05 Den anden eksplosion rammer WTC.

9:12 Et fly fløj ned og ramte den anden WTC-bygning cirka to tredjedele oppe af tårnet, og det førte til endnu en kraftig eksplosion.

9:17 Den britiske børs falder 55 point efter WTC-rapporterne.

9:19 New York's handelskammer lukker ned.

9:28 New York TV citerer politiet for at sige, at flyene, der ramte WTC, var blevet kapret i Boston.

9:30 Børsen i New York udskyder dagens åbning.

9:36 Den palæstinensiske organisation, Demokratisk Front til Palæstinas Befrielse (DFLP), påtager sig ifølge Abu Dhabi TV ansvaret for angrebet.

9:36 Den amerikanske præsident, George W. Bush, afbryder sit besøg i staten Florida og udtaler: "Terrorisme mod vores land vil ikke blive tålt".

9:38 New York politi fortæller tilstedeværende, at et tredje fly kan være på vej mod World Trade Center.

9:43 Øjeblikkelig evakuering af Det Hvide Hus. Øjenvidner fortæller, at brandbiler omringer Det Hvide Hus, mens røgen bølger frem fra den sydlige side i nærheden af parken, The Mall.

9:43 Dele af det amerikanske forsvarsministerium, Pentagon, i Washington bliver evakueret.

9:45 Den palæstinensiske organisation, DFLP, benægter officielt ansvar for terrorhandlingerne.

9:46 Øjenvidner rapporterer om en eksplosion uden for Pentagon, og bygningen evakueres.

9:46 Det amerikanske finansministerium i Washington, D.C., evakueres.

9:47 Den britiske børs dropper 156 points eller 3,3 procent efter eksplosionen ved Pentagon.

9:48 Øjenvidner fortæller, at den amerikanske kongress evakueres.

9:50 For første gang nogensinde holder det amerikanske luftvæsen samtlige fly over USA på jorden.

9:51 Den britiske børs falder 210 points svarende til 4,16 procent.

9:55 En amerikansk embedsmænd fortæller, at det var et styrtet fly tæt på Pentagon bygningen, der forårsagede eksplosionen.

9:57 Det amerikanske udenrigsministerium bliver evakueret for en sikkerheds skyld.

10:00 Det ene af de to tårne, der udgør World Trade Center, kolliderer.

10:15 Børsen i Chicago lukker.

10:23 En bilbombe eksploderer uden for udenrigsministeriet i Washington, D.C., fortæller sikkerhedsfolk.

10:23 Det amerikanske luftvæsen dirigerer alle fly over Atlanterhavet ind i USA til Canada i stedet.

10:29 Det andet World Trade Center tårn kolliderer.

Bilag 5

Case:

Af Prableen Kaur

(http://prableen.origo.no/-/bulletin/show/672218_helvete-paa-utoeya)

1	Helvete på Utøya
2	Jeg har våknet. Jeg klarer ikke å sove mer. Jeg sitter i stuen. Føler sorg, sinne, lykke,
3	Gud jeg vet ikke hva. Det er for mange følelser. Det er for mange tanker. Jeg er redd.
4	Jeg reagerer på hver minste lyd. Jeg vil nå skrive om hva som skjedde på Utøya. Hva
5	mine øyne så, hva jeg følte, hva jeg gjorde. Ordene kommer rett fra levra, men jeg vil
6	samtidig anonymisere mange navn i respekt for mine venner.
7	Vi hadde hatt krisemøte i hovedbygget etter eksplosjonene i Oslo. Etter det var det et
8	eget møte for medlemmene fra Akershus og Oslo. Etter møtene befant mange, mange
9	seg rundt og i hovedbygget. Vi trøstet oss med at vi var trygge på en øy. Ingen visste
10	at helvete ville bryte ut hos oss også.
11	Jeg sto i hovedgangen da panikken brøt ut. Jeg hørte skudd. Jeg så ham skyte. Alle
12	begynte å løpe. Det første tanken var: «Hvorfor skyter politiet på oss? Hva faen?!»
13	Jeg løp inn i lillesalen. Folk løp. Skrek. Jeg var redd. Jeg klarte å komme meg inn på
14	et av rommene bakerst i bygget. Vi var mange der inne. Vi lå på gulvet alle sammen.
15	Vi hørte flere skudd. Ble mer redde. Jeg gråt. Jeg skjønnte ingenting. Jeg så besteven-
16	nen min gjennom vinduet og lurte på om jeg skulle gå ut for hente ham inn til meg.
17	Jeg rakk det ikke. Jeg så frykten i øynene hans.
18	Vi ble liggende på gulvet inne i rommet i noen minutter. Vi ble enige om ikke å slip-
19	pe flere inn i tilfelle morderen kom. Vi hørte flere skudd og bestemte oss for å hoppe
20	ut av vinduet.
21	Panikken brøt ut blant oss.
22	Alle inne i rommet hastet seg til vinduet og prøvde å hoppe ut. Jeg var den siste og
23	tenkte: «Jeg er den siste som hopper ut av vinduet. Nå dør jeg. Jeg er sikker, men det
24	er kanskje greit, da vet jeg at de andre er trygge.» Jeg kasket vesken min ut av vindu-
25	et. Prøvde å klarte ned, men mistet taket. Jeg landet hardt på venstre del av kroppen.
26	En gutt hjalp meg opp. Vi løp inn i skogen. Jeg så meg rundt. «Er han her? Skyter
27	han mot meg? Ser ham meg?»
28	En jente hadde brukket ankelen. En annen var hardt skadd. Jeg prøvde å hjelpe litt før
29	jeg fortsatte ned mot vannet. Jeg søkte dekning bak en slags murvegg. Vi var mange.
30	Jeg ba, ba, ba. Jeg håpet på at Gud så meg. Jeg ringte mamma og sa at det ikke var
31	sikkert vi ville møtes igjen, men at jeg skulle gjøre alt for å klare meg. Jeg sa flere

32	ganger at jeg elsket henne. Jeg hørte frykten i stemmen hennes. Hun gråt. Det gjorde
33	vondt. Jeg sendte tekstmelding til pappa, sa at jeg elsket ham. Jeg sendte tekstmel-
34	ding til et annet menneske jeg er veldig, veldig glad i. Vi holdt litt kontakt. Jeg sendte
35	tekstmelding til bestevennen min. Han svarte ikke.
36	Vi hørte flere skudd. Krøp oss sammen. Gjorde alt vi kunne for å holde varmen. Det
37	var så mange tanker. Jeg var så redd. Pappa ringte meg. Jeg gråt, sa at jeg elsket ham.
38	Han sa at han var på vei sammen med broren min for å ta meg imot når jeg kommer
39	over til fastlandet eller de kom til øya. Det var så mange følelser. Så mange tanker.
40	Jeg ba alt jeg kunne. Det gikk en del tid. De andre ringte foreldre etter hvert begynte
41	alle å tekste i frykt for at morderen skulle høre oss. Jeg tenkte på søsteren min som er
42	bortreist. Hvordan jeg skulle fortelle henne hvordan det gikk? Hva som skjedde med
43	meg. Jeg oppdaterte på Twitter og Facebook at jeg foreløpig var i live og at jeg var
44	«trygg». Jeg skrev at jeg ventet på politiet. Folk hoppet ut i vannet, begynte å svøm-
45	me.
46	Jeg ble liggende.
47	Jeg bestemte meg for at hvis han kom, skulle jeg spille død. Jeg skulle ikke løpe eller
48	svømme. Jeg kan ikke beskrive frykten, alle tankene, det jeg følte.
49	En mann kom. «Jeg er fra politiet.» Jeg ble liggende. Noen skrek tilbake at han måtte
50	bevise det. Jeg husker ikke helt hva han sa, men morderen begynte å skyte. Han
51	ladet. Skjød mer. Han skjød de rundt meg.
52	Jeg ble liggende. Jeg tenke: «Nå er det over. Han er her. Han tar meg. Nå dør jeg.»
53	Folk skrek. Jeg hørte at andre ble skutt. Andre hoppet ut i vannet. Jeg lå der. Mobilen
54	i hånden. Jeg lå oppå beina til en jente. To andre lå oppå mine bein. Jeg ble liggende.
55	Det tikket inn tekstmeldinger. Mobilen ringte flere ganger. Jeg ble liggende. Jeg spil-
56	te død. Jeg lå der i minst en time. Det var helt stille. Jeg vred forsiktig på hodet for å
57	se om jeg kunne se noen levende. Jeg så lik. Jeg så blod. Frykt.
58	Jeg bestemte meg for å reise meg. Jeg hadde ligget oppå et lik. To lik lå på meg. Jeg
59	hadde englevakt.
60	Jeg visste ikke om han ville komme tilbake igjen. Jeg hadde ikke mot til å se på alle
61	som hadde ringt og tekstet meg. Jeg hastet ned mot vannet. Tok av meg genseren.
62	Den var stor. Jeg tenkte at det ville bli vanskelig å svømme meg den. Jeg vurderte om
63	jeg skulle ta med meg mobilen eller la den ligge igjen. Jeg puttet den i baklommen og
64	hoppet uti.

65	Jeg så flere andre ute i vannet. De hadde svømt langt. Jeg så at noen hadde samlet seg
66	rundt en flytende luftbåt eller noe sånt. Det var mange som plukket opp de som
67	svømte utover. Jeg svømte, svømte og svømte mot den luftgreia. Jeg skrek. Gråt. Ble
68	kald. Tenkte på når jeg ville drukne. Det ble tyngre og tyngre. Jeg ba. Jeg fortsatte.
69	Ble sliten i armene. Bestemte meg for å snu meg på ryggen og bare bruke beina for å
70	svømme videre. Jeg sank. Jeg begynte å svømme vanlig igjen.
71	En liten stund trodde jeg de som hadde samlet seg rundt luftbåten begynte å bevege
72	seg bort. Jeg skrek. Tryglet dem om å vente på meg. Jeg må ha sett syner. Jeg svømte
73	hvert fall noen hundre meter før jeg nådde frem. Vi snakket litt sammen. Fortalte hva
74	vi het, hvor vi kom fra. Når båtene kjørte forbi skrek vi om hjelp, men de plukket opp
75	de andre som bare svømte først. En mann i båt kom til oss. Han kastet ut flere red-
76	ningsvester. Jeg fikk tak i en. Fikk den på meg. Jeg holdt fast i den lille luftbåten len-
77	ge helt til den samme mannen kom tilbake for å plukke oss opp.
78	Alle kom seg oppi. Han begynte å kjøre mot land. Etter en stund begynte den lille
79	båten hans å ta inn litt vann. Jeg gjorde alt jeg kunne for å få mest mulig vann ut. Jeg
80	brukte en bøtte. Jeg ble sliten. En annen jente i båten tok over.
81	Vi kom oss til land. Vi fikk tepper. Tårene presset seg på. Jeg gråt mer. En dame
82	klemte meg. Det var så godt. Jeg gråt høyt. Jeg hulket. En mann lånte meg telefonen
83	sin. Jeg ringte pappa: «Jeg lever. Jeg klarte det. Nå er jeg trygg.» Jeg la på. Gråt mer.
84	Vi måtte gå et lite stykke. Helt ukjente mennesker tok oss inn i bilene sine og kjørte
85	oss til Sundvollen hotell. Jeg løp inn for å se om jeg kunne se bestevennen min. Jeg
86	så ham ikke på noe sted. Jeg så en venninne. Jeg gråt høylytt. Vi klemte hverandre
87	lenge. Det var godt. Jeg gikk rundt, lette etter venner. Hjertet banket. Jeg gråt mer.
88	Jeg registrerte meg hos politiet, så gjennom alle listene. Jeg visste ikke om besteven-
89	nen min levde. Jeg så gjennom alle listene. Jeg kunne ikke finne navnet hans noe
90	sted. Jeg var redd. Jeg fikk en dyne. Tok av meg de våte sokkene. Jeg var halvnaken.
91	Fikk en jakke.
92	Jeg prøvde å summe meg litt. Kontaktet foreldrene mine igjen. Pappa og storebror var
93	på vei for å hente meg. Jeg drakk litt kakao. Satte meg ned. Tenkte. Gråt. Så flere
94	venner. Klemte dem. Gråt. Jeg fikk låne en data. Oppdaterte Facebook og Twitter
95	igjen om at jeg nå var trygg. Jeg var på hotellet i flere timer før familien min kom.
96	Jeg lette etter kjente. Snakket med en prest. Jeg fortalte alt jeg hadde sett. Det var en
97	god samtale. En mann fra Røde Kors så på alle sårene mine. Renset dem.

98	Tiden gikk.
99	Jeg var med noen av vennene mine. Alle snakket om det samme. Hvordan vi hadde
100	overlevd. Hva som hadde skjedd. Jeg spurte flere om de hadde sett bestevennen min.
101	Ingen hadde sett ham. Jeg ble redd. Tenkte på at det var min feil fordi vi ikke hadde
102	klart å holde sammen. En venninne fikk nøkkelkort til et hotellrom. Vi satte oss der,
103	så på nyheter. Det var sinne, sorg, så mange følelser. Pappa ringte, de hadde kommet.
104	Jeg tok heisen ned. Løp ut til dem. Klemte storebroren min og pappaen min lenge.
105	Jeg gråt høyt. Broren min gråt også. Det var et godt øyeblikk.
106	Jeg så en gutt som liknet på bestevennen min. Jeg ropte navnet hans. Han snudde seg.
107	Det var ham. Vi klemte hverandre lenge. Begge gråt, vi spurte hverandre om hvordan
108	vi hadde klart oss. Etter en stund registrerte jeg meg ut og vi kjørte hjem. Noen andre
109	satt på med oss. Bestevennen min ble med meg hjem. Broren hans hadde kommet til
110	meg sammen med sin bestevenn. Det var flere som hadde samlet seg hjemme hos
111	meg. De ville ikke dra hjem før de hadde sett at jeg hadde det bra. Vi snakket litt. Jeg
112	drakk et glass juice. Spiste en yoghurt. Snakket litt mer med mamma og familien min.
113	Jeg ringte bestevenninnen min. Det var en god samtale. Hun sa: «Jeg var ikke sikker
114	på om jeg noen gang ville få denne telefonen.» Tårene presset seg på. Vi snakket litt.
115	Etter det la jeg meg. Klokken var tre. Mamma nektet å la meg sove alene, så vi sov
116	sammen.
117	Det har gått noen timer siden alt dette skjedde. Jeg er fortsatt i sjokk. Alt har ikke
118	sunket inn. Jeg har sett lik av mine venner. Flere av vennene mine er savnet. Jeg er
119	glad for at jeg kan svømme. Jeg er glad for at jeg lever. For at Gud passet på meg.
120	Det er så mange følelser, så mange tanker. Jeg tenker på alle de pårørende. På alle jeg
121	har mistet. På det helvete som er og var på øya. Sommerens vakreste eventyr er
122	forvandlet til Norges verste mareritt.
123	

Bilag 6.

DSM-IV Diagnostiske kriterier for diagnosen PTSD (APA, 2010, p 467f) * efter egen

A. Personen har været udsat for en begivenhed der er kendetegnet ved de to nedennævnte forhold:

- 1) Personen oplevede, var vidne til eller blev konfronteret med en begivenhed eller begivenheder, som indebar død eller trusler om død eller alvorlig kvæstelse eller trusler mod egen eller andres integritet.
- 2) Personen reagerede med intens frygt, hjælpeløshed eller rædsel.

B. Den traumatiske begivenhed bliver genoplevet på mindst én af følgende måder:

- 1) Gentagne invaderende og belastende erindringer om det skete.
- 2) Gentagne belastende drømme om begivenheden.
- 3) En pludselig oplevelse af eller ageren som om den traumatiske begivenhed gentog sig i nuet (f.eks. oplevelse af at gennemleve begivenheden igen, oplevelse af illusioner, hallucinationer eller dissociative episoder ("flashbacks").
- 4) Intenst psykisk stress ved oplevelse af begivenheder der kan symbolisere eller ligne den traumatiske begivenhed.
- 5) Fysiologisk reaktion ved begivenheder, der symboliserer eller ligner aspekter af den traumatiske begivenhed.

C. Vedvarende forsøg på at undgå stimuli der er forbundet med traumet, eller en følelsesmæssig tilbagetrækning ("numbness"), som ikke var tilstede før traumet. Dette skal manifesteres ved mindst 3 af følgende symptomer:

- 1) Forsøg på at undgå tanker eller følelser forbundet med traumet.
- 2) Forsøg på at undgå aktiviteter og situationer, der kan give erindringer om traumet.
- 3) Manglende evne til at huske (centrale) dele af traumet.

-
- 4) Tydeligt nedsat interesse for vigtige aktiviteter.
 - 5) En oplevelse af følelsesmæssig afsondrethed eller fremmedgørelse overfor andre.
 - 6) Begrænsning i det følelsesmæssige spektrum, f.eks. manglende evne til at føle kærlighed overfor andre.
 - 7) En oplevelse af at fremtidsmulighederne er begrænsede.

D. Personen har symptomer på øget stress (“arousal”), som ikke var til stede før traumet. Dette skal manifestere sig ved mindst 2 af følgende symptomer:

- 1) Vanskelighed ved at falde i søvn eller at sove igennem.
- 2) Irritabilitet og vredesudbrud.
- 3) Koncentrationsbesvær.
- 4) Overvagtssomhed.
- 5) Overreaktion på forskrækkelse (“startle response”).

E. Forstyrrelsen skal have stået på i mere end en måned.

F. Personen oplever en klinisk set betydelig belastning eller forringelse på det sociale, arbejdsmæssige eller andre vigtige områder.

Bilag 7.

ICD-10 Diagnostiske kriterier for diagnosen PTSD (WHO, 1998, p. 108f)

A: Tidligere udsættelse for exceptionel svær belastning (af svær fysisk eller psykisk belastning af katastrofekarakter)

B: Tilbagevendende genoplevelse af traumet i "flashbacks", påtrængende erindringer eller mareridt herom eller stærkt ubehag ved udsættelse for omstændigheder, der minder om traumet

C: Undgåelse af alt der minder om traumet

D: Delvis, eventuel fuld amnesi for den traumatiske oplevelse eller vedvarende symptomer på fysisk overfølsomhed eller alarmberedskab med mindst 2 af følgende symptomer:

- (a) ind- eller gennemsovningsbesvær
- (b) irritabilitet eller vredesudbrud
- (c) koncentrationsbesvær
- (d) hypervigilitet
- (e) tilbøjelighed til sammenfaren

E: Optræder inden for 6 måneder efter den traumatiske oplevelse.