Om å bevitne det grusomme og tapte

Linda Sandbæk

Faseorientert traumebehandling representerer den rådende diskurs for arbeid med traumer og krenkelser i offentlig psykisk helsevern i Norge i dag. Dette essayet er et forsøk på å åpne opp feltet: Gjennom bidrag fra empirisk forskning, psykoanalyse og skjønnlitteratur argumenteres det for en forsiktig behandlingsoptimisme og åpenhet for det ordløse og uvisse. Kanskje finnes det ikke alltid ord som kan beskrive visse grusomme erfaringer på et tilfredsstillende og etisk vis?

Et folkehelseproblem

Psykologer i offentlig psykisk helsevern møter mangfoldet av menneskers psykiske og psykososiale utfordringer. I mine snart femten år som psykolog i dette feltet trer traumer og krenkelser frem som en av få konstante variabler. En opplevelse som støttes av empirisk kunnskap: Selv om langt fra alle som utsettes for traumer og krenkelser får følgetilstander, er slike erfaringer generelt forbundet med dårligere psykisk, somatisk og sosial helse. Det er ikke bare pasientpopulasjonen i psykisk helsevern som rammes. Effektene av vold og overgrep er et verdensomspennende folkehelseproblem (Krug et al., 2002).

Forekomst vil variere alt etter hvilke grupper og type overgrep man undersøker. I en norsk tverrsnittsundersøkelse rapporterte 33,6 % av kvinnene og 11,3 % av mennene om seksuelt overgrep i løpet av livet (Thoresen & Hjemdal, 2014). En undersøkelse av 67 pasienter som mottok legemiddelassistert rusbehandling viste at 88 % hadde erfart en eller flere traumatiske hendelser i løpet av livet (Fjæreide, 2016). Nedstengningen av samfunnet som følge av covid-19 ser dessverre ut til å ha gitt økt risiko for traumer og krenkelser, samtidig som færre oppsøker hjelp. En av fem ungdommer har rapportert om en eller annen form for overgrep i perioden skolene var nedstengt våren 2020 (Hafstad & Augusti, 2020).

Anna Louise Kirkengen, allmennlege og professor ved NTNU, tok doktorgrad i medisin på helsefølger av overgrepserfaringer i barndommen (Kirkengen, 2001). I boka Hvordan krenkede barn blir syke voksne gir Kirkengen en gjennomgang av 29 studier fra perioden 1989–2004 som har sett på samvariasjon mellom traumer, psykisk og somatisk helse og sosiale problemer. Kvinner som har vært utsatt for overgrep, og spesielt dersom de var utsatt i barndommen, kjennetegnes av spiseforstyrrelser, selvmordsfare, rusmisbruk, isolasjon, forstyrret skolegang, fattigdom, overvekt, kroniske sykdommer og arbeidsuførhet. Det som er særlig nedslående, er at overgrep ser ut til å påvirke neste generasjons helse: Barna til kvinner som har blitt misbrukt, fødes oftere prematurt, spedbarnsdødeligheten er høyere, de har lav fødselsvekt, større risiko for utviklings- og atferdsforstyrrelser, for å bli forsømt og for å bli mishandlet av mors partner (Kirkengen, 2005).

Traumebehandling

Psykologisk forskning har fra fagets begynnelse forsøkt å forstå hvordan erfaringer av traumer, tap og krenkelser bearbeides eller avspaltes og påvirker personen videre i livet. Janets tidlige observasjoner

av forskjellene mellom narrative og traumatiske minner[1] banet vei for senere bidrag: Nevrobiologisk forskning indikerer at traumatiske erfaringer forstyrrer hukommelsesprosesser knyttet til eksplisitt minne, det vil si bevisst innlæring av stimuli, men de er ikke til hinder for implisitt minne, det vil si hukommelsessystemer som styrer følelsesmessige reaksjoner, ferdigheter og vaner, og sensomotoriske opplevelser knyttet til en opplevelse (Van der Kolk, 1994). Traumer og krenkelser kan altså forbli uintegrert for ord og tanker, siden de utelukkende eller hovedsakelig huskes sanselig[2].

Jeg hører historier jeg ikke kan tro er sanne

De sensomotoriske traumeerindringene kan reaktiveres eller gjenoppvekkes av persepsjonslikhet. I diagnosemanualene ICD-10 og DSM-V, og etter hvert på folkemunne, går slike fenomener under betegnelsene dissosiasjon, flashbacks eller gjenopplevelser. Teorien om strukturell dissosiasjon som bygger på Janets tenkning og senere nevrobiologiske studier (Van der Hart et al., 2006), danner det primære teoretiske grunnlaget for det vi i dag kaller traumebehandling. Forenklet forklart deler man terapiprosessen inn i ulike faser: en for stabilisering der en fokuserer på å mestre symptomer og på selvivaretakelse-strategier, en for mer utforskende, aktiv traumebearbeiding, og en for personlighetsintegrasjon og rehabilitering[3]. Her til lands har det vært en utbredt opplæring og bruk av metoden de siste årene. Jeg vil påstå at teorien om strukturell dissosiasjon og faseorientert traumebehandling representerer den rådende terapeutiske diskurs for arbeid med traumer og krenkelser i offentlig psykisk helsevern i Norge i dag. Ved søk på nettsiden Traumepoliklinikken – Modum Bad i mai 2021 fremkommer følgende: «Grunnet stor pågang over mange år og uhensiktsmessig lange ventelister, ser vi oss nødt til å begrense inntaket til å gjelde pasienter med dissosiative lidelser. Dette betyr at pasienter med PTSD må søkes til utredning og behandling ved lokalt DPS.»

Motoverføring i arbeidet med traumer og krenkelser

Som psykologspesialist og behandler ved et lokalt DPS tar jeg imot disse pasientene, og mange andre, som har hørt om og ønsker traumebehandling. Noen tilfredsstiller kriterier for PTSD, andre har diagnostisk sett helt andre plager som depresjon eller personlighets-forstyrrelse. Ofte fremkommer dissosiasjon som klinisk fenomen uten at det dreier seg om en dissosiativ lidelse rent diagnostisk sett. Det siste har jeg sjelden sett, men psykotisk dekompensering opptrer ganske hyppig. I arbeid med de traumatiserte pasientene har jeg tidvis hatt god nytte av de psykoedukative intervensjonene som den faseorienterte traumebehandlingen skisserer. I mange av sakene er det likevel vanskelig å arbeide mestringsrettet med stabilisering og eventuelt traumebearbeiding. Pasienten er fortvilt og etterspør traumebehandlingen: «Når skal den liksom begynne?»

Jeg må innrømme at jeg føler meg utilstrekkelig i møte med dette spørsmålet. Jeg vet ikke riktig hva jeg skal svare. I tillegg til omfanget av traume- og krenkelseserfaringer og hvordan fenomenene opererer på tvers av diagnostiske kategorier og personligheter, slår det meg hvor uangripelige og ordløse erfaringene kan være. Det kjennes språkløst og tomt ut; verken pasient eller terapeut finner

[1]For en gjennomgang av Janets bidrag, se Van der Hart & Horst (1989).

[2]For en oversikt over nevro- og psykobiologiske aspekter ved PTSD, se Van der Kolk (1994).

[3]I boka Dissosiasjon og relasjonstraumer, Integrering av det splittede jeg (Anstorp et al., 2006) finnes norske og over-satte internasjonale artikler innenfor denne tenkningen.

ordene som kunne ha potensial for å virke helende. Der det finnes ord virker de nedslående. Jeg hører historier jeg ikke kan tro er sanne, «gjorde de virkelig det mot deg?». Jeg blir fylt av en følelse av at ingenting, inkludert meg, traumebehandleren, kan rette opp i det grusomme og tapte som krenkelsene innebærer. En annen erfaring er pasienten som aktivt motsetter seg mine forsøk på å hjelpe og forstå, som lukker munnen, ingenting av det jeg kommer med har noen verdi. «Er dette traumebehandling?»

Det kan kjennes håpløst ut å arbeide med følgetilstander av traumer og krenkelser, til tross for stadig nye verktøy i terapikassa og muligheter for å rådføre seg med andre som har spesialkompetanse. Utfra den kjennskap jeg har til lignende opplevelser hos kollegaer og min kunnskap som psykoanalytisk orientert terapeut, tør jeg slå fast at jeg ikke er alene med mine følelser. Håpløshet som en reaksjon på å bevitne hva traumer og krenkelser medfører av tap og lidelse, må kunne kalles en motoverføring. Ikke så mye i den klassiske forståelsen av begrepet, det vil si som uttrykk for temaer terapeuten bringer med seg fra sin egen fortid, men vel så mye motoverføring som informasjon om hva det vil si å være den andre, hva det fenomenet vi står overfor dreier seg om, motoverføring som klinisk instrument (Gullestad & Killingmo, 2013).

Kunnskap som kan være til nytte der endringsprosesser har stoppet opp

I forsøket på å mobilisere empati og krefter til å stå i dette krevende emosjonelle landskapet har jeg kommet over, og vil gjerne dele, kunnskap jeg finner fortrøstende. Ikke fordi det tilbys verktøy ut av håpløsheten, men fordi fenomenene belyses i sin ødslighet og desperasjon, som det de er: komplekse, unevnelige og forferdelige erfaringer som vi likevel må prøve å løfte frem, se på og forstå. Ett av kunnskapsfeltene ble nevnt i innledningen: Det dreier seg om empirisk kunnskap om hyppighet av traume- og krenkelseserfaringer og deres effekt på psykisk, sosial og somatisk helse. Dette er bidrag som hjelper meg å stå i en holdning av forsiktig behandlingsoptimisme. Når vi kjenner til omfanget og effektene av traume- og krenkelseserfaringer, blir det lettere å forstå og akseptere at det ikke alltid er mulig å få til endring, i hvert fall ikke innenfor rammene av en samtalebehandling på DPS. Det andre kunnskapsfeltet jeg vil løfte frem, er psykoanalytisk traumeteori. En tradisjon som har vært opptatt av å forstå den underliggende dynamikken bak symptomer og atferd, og det tragiske i at symptomer kan fungere som beskyttelse og derfor binder pasienten til egen lidelse. Det siste feltet jeg vil løfte frem, handler om refleksjoner rundt historiers og vitnebyrdets egenverdi og potensial for å berike vår psykologiske forståelse. Disse tre bidragene kan være et verdifullt tillegg til den rådende terapeutiske diskurs om behov for traumebehandling. Spesielt kan det være til nytte og trøst der endringsprosesser har stoppet opp. For pasienten som opplever at behandling ikke hjelper så mye som han eller hun hadde håpet på. For terapeuter: der vi av ulike årsaker ikke slipper til med vårt hjelpeønske eller ikke har ressursene eller tiden som skal til for å komme i posisjon til å hjelpe.

Psykoanalytisk traumeteori

Innenfor psykoanalytisk tekning er man opptatt av traumenes effekt ikke primært som en ekstern hendelse som påvirker hjernes funksjon eller skaper deskriptive symptomer i form av PTSD eller dissosiasjon, men hvordan traumet fortolkes i en interpersonlig kontekst, hvor tilliten til andres empati svekkes på et grunnleggende plan. Traumatisering, spesielt den som er forårsaket av andre mennesker, fører til dyp utrygghet og redusert evne til å ha tillit til andre mennesker. Den traumatisertes frykt og mistillit fra den gang internaliseres og påvirker relasjoner til andre, inkludert terapeuten. For

noen er opplevelser og følelser så overveldende at de går inn i en psykisk ekvivalens-modus (Varvin, 2019): «Det er ikke bare jeg som oppfatter terapeuten min som lite hjelpsom og utrygg, terapeuten er faktisk ute etter å latterliggjøre eller skade meg.» Basert på denne forståelsen kan vi ikke snakke om å behandle traumet som sådant; vi forholder oss til ubearbeidede derivater av traumatiske erfaringer slik de manifesterer seg i pasientens måte å forholde seg til seg selv og andre på (Lesley & Varvin, 2016). Det som hos Gullestad og Killingmo (2013) går under betegnelsen relasjonsscenario, og hvor en implikasjon er at erfaringene på ulikt vis vil spille seg ut i overføringen, i relasjonen med terapeuten.

> *Å heles innebærer i seg selv en form for krise. Man kan oppleve det å fortelle og bli bedre som å svikte sannheten om det som hendte*

En slik tenkning harmonerer med min kliniske erfaring. Hos mange kan man arbeide med den manglende tilliten. Ved å være empatisk, tilstedeværende og intervenere i overføringen kan pasienten etter hvert lære å stole på terapeuten, hvilket igjen kan muliggjøre annet mer mestringsorientert endringsarbeid. Hos noen er tillitsproblemene så omfattende at man ikke kommer gjennom dem: På DPS møter vi pasienter som er sinte og fortvilte, som ikke vil snakke om det, men «ha hjelp». Terapisituasjonen kan oppleves truende og farlig, kanskje minner den om en forhørssituasjon for den krigstraumatiserte eller om en overgrepssituasjon for den som har blitt seksuelt misbrukt. Forsøk på å berolige og trygge når dessverre ikke alltid frem.

Innenfor psykoanalytisk tekning er man opptatt av hvordan dissosiasjon og benektelse kan forstås som psykologisk beskyttelse mot overveldende stimuli. De konfliktfylte følelsene som aktiveres og den ubevisste mening den enkelte legger i «det som skjedde», vil i høy grad variere. Personlighetsutformingen forut for traumet, hvordan traumet interagerer og medieres av både andre erfaringer og traumets ulike karakteristika, medfører at tilsynelatende like traumeerfaringer gir helt ulike og individuelle utviklingsveier videre (PDM Task Force, 2006). Et eksempel på bidrag fra det psykoanalytiske feltet er Siri Gullestads (2005) artikkel Who is «who» in dissosciation, a plea for psychodynamics in a time of trauma. Med en kasuistikk om en pasient med dissosiativ lidelse illustrerer Gullestad hvordan seksuelt misbruk som involverer omsorgspersoner, kan implisere en indre svært konfliktfull bearbeidelsesprosess. Hun beskriver hvordan grunnleggende relasjonsbehov og drifter vikles inn i og virker på hverandre og former den intrapsykiske utviklingen videre. Hun viser også hvordan dissosiasjon kan virke beskyttende mot å ta innover seg egen redsel, hjelpeløshet og sårbarhet.

Skjønnlitteraturens og vitnesbyrdets historiske, kliniske og etiske dimensjoner

Det siste kunnskapsfeltet jeg har funnet støtte i, betoner den egenverdi og etiske plikt som ligger i det å fortelle om og bevitne historier om traumer og krenkelseserfaringer. La meg begynne med et eksempel som illustrerer betydningen av skjønnlitteratur i en historisk-politisk sammenheng. Forsker og litteraturviter Tonje Vold (2015) har studert hvordan vitnesbyrd fra den sørafrikanske Truth and Reconciliation Commision (TRC) lever videre gjennom kunstneres og forfatteres formidling og omarbeiding av stoffet. I kjølvannet av de historiske og kollektive traumene, og arbeidet til TRC, ble

kvinners traume- og krenkelseserfaringer for første gang tema i den sørafrikanske samtidslitteraturen[4]. Eksempler er Achmat Dangors Bitter frukt (2005) og Coetzees Vanære (2002). Vold forstår dette som uttrykk for den manglende formidlingen av slike erfaringer gjennom TRC-prosessen så vel som i samfunnet ellers. Gjennom historier om seksualisert vold og overgrep, og om hvordan bekjennelsene til TRC i seg selv også kunne skape vansker, ble romanene kritiske motstemmer til den offentlige nasjonsbyggingsdebatten. Vold skriver om formidlingens etikk:

Vi som ser og leser, blir tilhørere til deres historier, og dermed selv en del av en prosess som kanskje kan føre til at flere og bedre spørsmål stilles om hvordan vi formidler det krenkede, det usigelige og det tapte (s. 119).

Cathy Caruth, professor i komparativ og engelsk litteratur, er en foregangsfigur i det interdisiplinære feltet av forskning på litteratur og traumer. Fordi fiksjonen forteller indirekte og på overraskende måter om traumatiserende hendelser, kan de tas inn av leseren på en annen måte. Caruth beskriver det som at litteraturen åpner et vindu til de traumatiske opplevelsene, et vindu som vanligvis forblir lukket. Traumets temporalitet, en opplevelse som ikke kan fattes mens den pågår, men som fortsetter å hjemsøke den overlevende i etterkant, er et element som gjør at litteratur og andre kunstneriske kanaler både trekkes mot og er spesielt egnet til å formidle kompleksiteten i erfaringene (Caruth, 1996).

Disse interdisiplinære forsøkene på å forstå vektlegger krenkelsenes komplekse individuelle innvirkning, også når det gjelder helbredelse: å heles innebærer i seg selv en form for krise. Man kan oppleve det å fortelle og bli bedre som å svikte sannheten om det som hendte. Innenfor en slik tenkning settes litteraturen i sammenheng med vitnesbyrdet og anses sentral for formidling av traume- og krenkelseserfaringer, både politisk, klinisk og historisk[5].

Psykoanalytiker og holocaust-overlevende Dori Laub (1995) skriver om hvordan et nærværende vitne er nødvendig for a# kunne erkjenne og etter hvert fortelle om traumene. Holocaust var på sitt tidspunkt i historien, mens det pågikk, en historie uten vitner, skriver han. Krenkelsene skulle skjules og bety eller være ingenting, og fortielsen er en sentral del av traumets opprinnelse og ettervirkninger. «Vanskene med å bevitne seg selv», som Laub skriver (s. 65, min oversettelse). Helbredelse er ikke i seg selv drivkraften bak ønsket om å fortelle fordi i helbredelsen ligger også en underkjenning av krenkelsenes natur. Denne samtidigheten i å både ville og ikke ville representere noe symbolsk mener også Caruth (1996) er sentralt for å forstå traumers innvirkning i våre liv. I sin analyse av manuskriptet

---

[4]Sannhets- og forsoningskommisjonen var et tiltak for å nå målet om et demokratisk Sør-Afrika. Gjerningsmenn fikk amnesti dersom de vitnet og gitte kriterier var opp-fylt, blant annet politisk motivasjon bak forbrytelsen. 22 000 mennesker vitnet for kommisjonen. Til tross for kommisjonens intensjoner om å inkludere apartheidsregimets grusomme konsekvenser i historieskrivingen oppsto det tause områder i strømmen av bekjennelser. Seksualisert vold mot kvinner var et slikt taust område. Det ble også i liten grad tematisert hvordan bekjennelsene kunne skape ytterligere problemer for ofrene, for eksempel for kvinner som hadde skjult overgrepserfaringer for sine ektemenn (Vold, 2015).

[5]Vitnesbyrdets kraft har virket langt utenfor rammene av rettssalen. Som Wiesel skriver: «If the Greeks invented the tragedy, the Romans the epistle, and the Renaissance the son-net, our generation invented a new literature, that of testimony» (s. 9, 1977). Innenfor den interdisiplinære traumeforskningen til blant andre Caruth og Felman (Caruth, 1995, 1996) studeres vitnesbyrd, skjønnlitteratur, film og andre erfaringsnære kilder alene og i sammenheng med hverandre med tanke på å utdype den teoretiske forståelsen av traume- og krenkelseserfaringer.

til Hiroshima mon amour (Duras, 1975) tematiserer Duras hvordan det a# fortelle kan føles både helt livsnødvendig og som a# svikte sannheten samtidig. Eller som Duras skriver i sitt synopsis av manus: «Impossible de parler de HIROSHIMA. Tout ce qu'on peut faire c'est de parler de l'impossibilite# de parler de HIROSHIMA.» [6]

Oppsummerende betraktninger

I essayet har jeg løftet frem tre ulike kunnskapsfelt som jeg selv opplever har vært til nytte og trøst for å forstå og stå i arbeidet med traume- og krenkelseserfaringer. Kunnskap som kan representere et verdifullt tillegg til den rådende terapeutiske diskurs, og spesielt der endringsprosesser har stoppet opp eller uteblir. Empirisk kunnskap om hyppighet av traume- og krenkelseserfaringer og deres heterogene effekt på psykisk, sosial og somatisk helse understøtter en holdning av forsiktig behandlingsoptimisme. Når vi kjenner til omfanget av og effektene av traumer og krenkelser, blir det lettere å forstå og akseptere at endring ikke alltid er mulig. Psykoanalytisk traumeteori bidrar til ytterliggere aksept og empati for det fastlåste: gjennom å vektlegge at traumatisering svekker tilliten til andre mennesker på et grunnleggende plan, at den traumatiserte personen bærer sine erfaringer med seg videre i nye relasjoner, og at symptomene kan ha en beskyttende funksjon. Tenkningen om litteraturens og vitnesbyrdets formidlingspotensial og kraft stadfester at det ikke alltid finnes ord som kan beskrive grusomme erfaringer på et tilfredsstillende og etisk vis. I forsøkene på å hele kan vi kanskje bli for ivrige og komme til å glemme vår basale funksjon som tilstedeværende vitner, en funksjon som krever åpenhet for hele sannheten, også det som virker håpløst eller lite konstruktivt. En utfordring i arbeidet med traumatiserte pasienter kan kanskje oppsummeres slik: Hvordan kan vi formidle forståelse og avhjelpe lidelse uten å underkjenne med den kraft og sannhet krenkelsene har innvirket? (Caruth, 1995). En annen: Hvordan kan det grusomme og tapte være like sant som det er forferdelig, og samtidig være utenfor rekkevidden av hva vi kan avhjelpe med terapi?

Dette essayet ble skrevet med utgangspunkt i en vanlig motoverføring i det terapeutiske arbeidet med traume- og krenkelseserfaringer: håpløshet. Traumenes innvirkning i våre liv er et samfunnsmessig og psykologisk anliggende som krever en bred tilnærming. Gjennom kunnskap fra ulike felt som nevrobiologi, sosiologi, psykoanalyse, litteratur og film blir jeg mer håpefull. Håpefull med tanke på at vi stadig kommer nærmere disse fenomenenes kompleksitet. At vi kan fortsette å forstå og opplyse samfunn og medmennesker om den faktiske innvirkningen disse erfaringene har på psykisk helse. Håpefull med tanke på at vi kan hjelpe uten å bli overmåte håpefulle, og dermed redusere traume- og krenkelseserfaringer til individuelle psykiske lidelser som kan traumebehandles bort.

Referanser

Anstorp, T., Benum, K. & Jakobsen, M. (red.). (2006). *Dissosiasjon og relasjonstraumer. Integrering av det splittede jeg.* Universitetsforlaget.

Caruth, C. (red.). (1995). *Trauma: Explorations in memory.* Johns Hopkins University Press.

Caruth, C. (1996). *Unclaimed experience: trauma, narrative, and history.* Johns Hopkins University Press.

Coetzee, J. M. (2002). *Vanære* (A. Greiff, overs.). Cappelen Damm. (Opprinnelig utgitt 1999).

[6]Umulig å snakke om HIROSHIMA. Alt vi kan gjøre, er å snakke om hvor umulig det er å snakke om HIROSHIMA (Duras, 1975, s. 10, min oversettelse).

Dangor, A. (2005). *Bitter frukt* (J. E. Bøe Lindgre, overs.). Dinamo forlag. (Opprinnelig utgitt 2001).

Duras, M. (1975). *Hiroshima mon amour, scenario et dialogue, realisation* Alain Resnais. Gallimard. (Originalt arbeid utgitt 1960).

Fjæreide, M. (2016). *Forekomst og konsekvenser av traumer hos et utvalg LAR pasienter* [Masteroppgave]. Institutt for klinisk medisin, UIO.

Gullestad, S. E. (2005). Who is 'who' in dissociation?: A plea for psychodynamics in a time of trauma. *The International Journal of Psychoanalysis, 86*(3), 639–656. https://doi.org/10.1516/KD27-XR94-RNXG-B2JE

Gullestad, S. E. & Killingmo, B. (2013). *Underteksten. Psykoanalytisk terapi i praksis*. Universitetsforlaget.

Hafstad, G. S. & Augusti, E. M (2020). *Barn, ungdom og koronakrisen. En landsomfattende undersøkelse av vold, overgrep og psykisk helse blant ungdom i Norge våren 2020: Delrapport 1 av 3* (Rapport 2/2020). Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress. https://www.nkvts.no/content/uploads/2020/12/Rapport_2-20.pdf

Kirkengen, A. L. (2001). *Inscribed Bodies*. Kluwer Academic Publishers. https://doi.org/10.1007/978-94-017-1886-8

Kirkengen, A. L. (2005). *Hvordan krenkede barn blir syke voksne*. Universitetsforlaget.

Krug, E. G., Dahlberg, L. L., Mercy, J. A., Zwi, A. B. & Lozano R. (2002). *World report on violence and health.* World Health Organization. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(02)11133-0

Laub, D. (1995). Truth and Testimony: The Process and Struggle. I C. Caruth (red.), *Trauma: explorations in memory* (s. 61–76). The Johns Hopkins University Press.

Lesley, J. & Varvin, S. (2016). Janet vs Freud on Traumatization: A Critique of the Theory of Structural Dissociation from an Object Relations Perspective. *British Journal of Psychotherapy, 32*, 436 - 455. https://doi.org/10.1111/bjp.12249

PDM Task Force. (2006). *Psychodynamic Diagnostic Manual*. Silver Springs. MD: Alliance of Psychoanalytic Organizations.

Thoresen S. & Hjemdal, O. K. (2014). *Vold og voldtekt i Norge. En nasjonal forekomststudie av vold i et livsløpsperspektiv.* Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress.

Van der Hart, O. & Horst, R. (1989). The dissociation theory of Pierre Janet. *Journal of Traumatic Stress,* 2(4). https://doi.org/10.1007/BF00974598

Van der Kolk, B. (1994). The body keeps the score: Memory and the evolving psychobiology of posttraumatic stress. *Harvard Review Psychiatry, 1*, 253–265. https://doi.org/10.3109/10673229409017088

Van der Hart, O., Nijenhuis, E. R. S., & Steele, K. (2006). *The haunted self: Structural dissociation and the treatment of chronic traumatizatio*n. W W Norton & Co.

Varvin, S. (2019). Det kliniske møte med overlevere etter menneskerettighetsovergrep. I E. Stänicke, H. Strømme, S. Kristiansen & L. Indrevoll Stänicke (red.), *Klinisk tenkning og psykoanalys*e (s. 141–164). Gyldendal Akademisk.

Vold, T. (2015). Formidlingens etikk. Om formidling av det unevnelige, det ubegripelige og det tapte. I H. Ridderstrøm & T. Vold (red.), *Litteratur- og kulturformidling: Nye analyser og perspektiver* (s. 101–119). Pax Forlag.

Wiesel, E. (1977). The Holocaust as literary inspiration. I E. Wiesel, L. Dawidowicz, D. Rabinowitz & R. McAfee Brown, *Dimensions of the Holocaus*t (s. 5–19). Northwestern University Press.

Publisert: 01.09.2021, Tidsskrift for Norsk psykologforening.