



Mette Auener Gammeltoft, Lene Correll og Nicolai Halberg
Center for Traumatologi, KKU - Kirkens Korshærs Udviklings- og behandlingscenter

TRAUMETERAPI

**MISBRUGSBEHANDLING AF MENNESKER
MED SVÆRE OMSORGSSVIGT**

BEHANDLINGSMETODE, PRAKSISBESKRIVELSE
OG EFFEKTUNDERSØGELSE

Mette Auener Gammeltoft, Lene Correll og
Nicolai Halberg, Center for Traumeterapi
KKU Kirkens Korshærs Udviklings- og
behandlingscenter:

TRAUMETERAPI

**Misbrugsbehandling af mennesker med
svære omsorgssvigt. Behandlingsmetode,
praksisbeskrivelse og effektundersøgelse**

Forsidebillede af Nils Pedersen. Anvendt
med tilladelse fra kunstneren. Se flere af
hans malerier på www.nils-ped.net

© KKU Kirkens Korshærs Udviklings-
og behandlingscenter

Tryk: Frederiksberg Bogtrykkeri

Yderligere eksemplarer kan rekvireres
ved henvendelse til Kirkens Korshærs
Udviklings- og behandlingscenter på
tlf. 3336 6510 eller kkuc@kkuc.dk

Indhold

Center for traumerapi – metode beskrivelse og effektundersøgelse, 4

KKU - Kirkens Korshærs Udviklings- og behandlingscenter, 4

Arbejdsproces, 5

Center for traumerapis historie, 6

Center for traumerapi her og nu, 7

Samarbejdet i teamet, 7

Teori og metodevalg, 8

Positiv reformulering af destruktiv adfærd, 9

Gestaltterapi som teori og metode, 10

Depressionsbehandling, 12

Symptomer, 12

Diagnosen, 12

Medicinsk behandling, 13

Kropsbehandlingen i Center for traumerapi, 13

Kropsbehandlingens faser og rammer, 14

Klientens grænser, 14

Oplevelsesaspektet, 15

Lukkeøvelser, 15

Progressiv afspænding, 15

Gotvedmassage, berøring og bevægelse, 16

Kranio-sakral terapi, 16

Visualisering, 16

Gruppeforløb, 17

Socialrådgiverens rolle, 18

Det helhedsorienterede syn, 18

Journalisering, 19

Samarbejdsparter, 19

Kognitiv misbrugsbehandling og stofedukation, 20

Visitation, 21

Undersøgelse, 22

Undersøgelhedsdesign, 23

Kendetegn ved målgruppen, 23

Socialfaglige forhold, 23

Misbrugsproblematik, 23

Netværk, 24

Depressionssymptomatologi, 24

Den psykoterapeutiske og kropsterapeutiske indsats, 25

Kropslige parametre, 25

Den terapeutiske indsats' indflydelse på livskvaliteten, 27

Klienternes forventninger til terapien, 28

Forventning til det terapeutiske tilbud – klientcitater, 28

Gentagelse af reaktionsmønstre og relationer til egne børn, 29

Refleksion og konklusion på undersøgelsen, 30

Klientgruppens forandring, 30

Aktivering og uddannelse sideløbende med et terapeutisk arbejde, 30

Misbrug, 31

Vægtning af det socialfaglige i behandlingen, 31

Tilknytning/tilpasningsproblematik, 31

Har den terapeutiske proces indflydelse på livskvaliteten?, 32

Slutord, 34

Rapportens forfattere, 34

Tak, 35

Litteratur, 35

Noter, 36

TRAUMETERAPI – METODEBESKRIVELSE OG EFFEKTUNDERSØGELSE

Denne rapport beskriver det arbejde, vi udfører i Center for traumeterapi (CTT)¹ i Kirkens Korshærs Udviklings- og behandlingscenter (KKU). Formålet med rapporten er først og fremmest at give samarbejdsparter og brugere indsigt i vores terapeutiske univers. Indsigt i vores behandlingsmetoder og dermed indblik i den forståelsesramme, hvori vores behandlingsarbejde er forankret.

KKU – Kirkens Korshærs Udviklings- og behandlingscenter

- KKU er en selvejende institution der har driftsoverenskomst med Københavns Kommune.
- KKU's misbrugsbehandling omfatter både ambulante dagbehandling og døgnbehandling via individuelle Botilbud.
- Målgruppen er hovedsageligt yngre stofmisbrugere, primært hash, kokain og blandingsmisbrugere. KKU tilbyder også behandling til klienter med andre former for misbrug, såsom heroin.
- Der anvendes en helhedsorienteret psykologisk, social og sundhedsfaglig tilgang, hvor metodevalget indretter sig efter den behandlingskontrakt og handleplan som indgås mellem klient, rådgivningscenter og behandler.
- Anvendte metoder: kognitiv metode, motivationsarbejde, socialfaglig metode, relationsarbejde, støtte/kontakt, empowerment, systemisk- og traumeterapeutisk metode, samt stof-ekukation.
- KKU benytter sig herudover af socialpædagogiske, individuelt matchede døgnanbringelsestiltag (Botilbud).
- Sundhedsfagligt set anvender vi både almene læge- og sygeplejerskefaglige metoder, substitutionsmedicinsk tilgang samt psykiatrisk metodik.

Arbejdsproces

I foråret 2002 holdt CTT tre møder med cand.psych. Else Christensen, (Socialforskningsinstituttet), da vi havde lyst til at lave en udvidet årsrapport over det terapeutiske forløb i Center for traumeterapi (i daglig tale "Traumeteamet"). Vi ville indsamle information om længde og indhold af det terapeutiske forløb, hos de klienter som var tilknyttet CTT på det tidspunkt. Grunden til, at vi henvendte os til Else Christensen, var at hun tidligere har lavet en effekt evaluering af forløbet af den terapeutiske proces og den terapeutiske arbejdsmetode i Incestprojektet for Stofmisbrugere i KKU, 1988-89.

Den udvikling vi har gennemgået i CTT, siden Incestprojektets sidste evalueringsrapport (1989), har betydet at vi har udvidet vores fokusområde og fokuseret på nye problemstillinger hos klienterne. Vi har f.eks. bemærket at flere af vores klienter har vist tegn på depression. Derudover havde vi klienter med hjemmeboende børn, hvor vi blev opmærksomme på, at børnene i perioder blev udsat for omsorgssvigt, på trods af mødernes intensive terapeutiske behandling. Den erfaring gjorde, at vi satte ekstra fokus på mor/barn-relationen i CTT. Andre opmærksomhedspunkter har været klienternes ændrede kønssammensætning, beskæftigelsesforhold, misbrugsmønstre og sociale baggrunde.

De nye fokusområder motiverede os for at lave en brugerundersøgelse, der kunne give os et aktuelt billede af klienternes behov, samt give os mulighed for at justere den fremtidige behandlingsindsats. I undersøgelsen ville vi lave en kombination af åbne og lukkede spørgsmål, som blandt andet skulle belyse effekten af det arbejde vi lavede. Eksempelvis spørgsmål om klienternes forhold til egne forældre og egne børn, som vi forventede ville belyse forældrerevnen hos vores klienter. Samtidig ville vi vide noget mere om vores klienters depressive symptomer for at finde ud af, hvorvidt der er tale om endogene depressive lidelser af affektiv karakter, eller om depressionen er fremkaldt af stoffer, medicin el. alkoholmisbrug. Vi benyttede os af klassiske ICD -10 spørgeskemaer² til at undersøge dette.

Else Christensen understregede ved vores møder, at vores inddragelse af kropsterapi i behandlingen som en integreret del, var en elementær ny metode, som der ikke var foretaget undersøgelser af tidligere. Derfor valgte vi at lave et afsnit i undersøgelsen, hvor vi satte fokus på kropsbevidsthed, eksempelvis sanseoplevelser, fysiske behov, berøring og bevidsthed om følelser.

Undersøgelsen gjorde det tydeligt for os, at vi havde behov for at beskrive vores arbejdsmetoder, som de ser ud i dag. Den første del af rapporten er derfor metodebeskrivelse, hvor rapportens sidste del i uddrag giver indblik i undersøgelsens resultater. Først vil vi dog kort beskrive baggrunden for CTT's udvikling.

Center for traumeterapis historie

Kirkens Korshærs Udviklings- og behandlingscenter har en årelang tradition for at udvikle nye behandlingstilbud, dels i form af forskningsprojekter og dels i form af nye terapeutiske og pædagogiske tiltag som udvikles i et dynamisk spil mellem klienter og medarbejdere i takt med at behovene opstår. Dette set i forhold til behandling af misbrugere og deres familier med forskellige former for misbrugsproblematikker.

I 1986 udviklede vi således et nyt psykoterapeutisk behandlingstilbud til kvinder, der havde været udsat for incest i deres opvækst, og som havde et stofmisbrug og en prostitutionskarriere bag sig.

Vi ville undersøge, om det var muligt for disse kvinder at forblive stoffrie, hvis de fik deres incesthistorie bearbejdet, i modsætning til at have den ubearbejdet. Vores erfaring viste, at denne gruppe oftest havde en kort periode med stoffrihed, hvorefter de fik tilbagefald og var meget svære at fastholde i en behandling; de var således mere destruktive end de øvrige misbrugsklienter, vi arbejdede med.

Med det nye psykoterapeutiske behandlingstilbud oplevede vi, at klienterne ændrede adfærd. Det blev tydeligt, at vi var i stand til at fastholde klienterne meget længere i behandlingen, efter at vi begyndte at arbejde med dem terapeutisk. Når de fik et tilbagefald var de meget nemmere at få kontakt med igen og mere motiverede for at fortsætte den stoffrie behandling. Der var også en klar tendens til, at de blev mindre destruktive og mere konstruktive jo længere de havde gået i terapi.

Vores resultater fra den første effektevaluering, som blev foretaget af Else Christensen i 1989, viste, at der var en væsentlig ændring i misbrugsmønstret; alle havde opnået et mindre forbrug og et mere selvstyret forbrug, end da de startede i behandlingen. Og det blev konkluderet, at jo længere klienterne var i deres behandling, jo mere motiverede var de for at begrænse deres misbrug.

Ifølge undersøgelsen [fra 1989] svarede alle klienterne ja til, at den psykoterapeutiske behandling havde medvirket til, at de havde fået en større livskvalitet. Ligesom vi blev overbevist om, at den behandling, vi havde udviklet specielt til denne målgruppe, sagtens kunne overføres på de øvrige klienter, vi havde i KКУ. Set i dette lys åbnede vi for, at unge misbrugere af begge køn med tidlige traumer skulle have tilbuddet. Efterfølgende skiftede vi navn og kalder os nu for Center for traumeterapi i KКУ.

Center for traumeterapi her og nu

I dag har vi hovedsageligt yngre kvinder og mænd, som har et hashmisbrug og/eller blandingsmisbrug, som de ønsker at stoppe med. De fleste af klienterne har været udsat for omsorgssvigt i barndommen, eller har nogle traumer de ønsker at få bearbejdet på et såvel følelsesmæssigt som intellektuelt niveau.

Vores tilbud i dag er derfor tilpasset netop denne gruppe. Vi lægger stor vægt på, at klienterne sideløbende med behandlingen, bliver støttet i deres ønsker om uddannelse, beskæftigelse eller anden aktivering. Vi oplever, at denne målgruppe er meget motiveret for at udvikle deres personlige kompetencer, fysisk, psykisk og fagligt, hvis de får den fornødne støtte til det.

Samarbejdet i teamet

I det følgende vil vi beskrive de forskellige behandlingstiltag, vi tilbyder de klienter der visiteres til teamet. Efter en individuel afklaring, vurderes det fra gang til gang, hvilke tilbud der er relevante, og i samarbejde med klienterne besluttet det, hvilke af de forskellige tilbud, der er behov for.

Arbejdsopgaverne varetages af medarbejdere med forskellige faglige kompetencer. Således har vi en socialrådgiver tilknyttet som varetager klienternes behov for rådgivning omkring deres sociale liv og fremtidsperspektiv i det omfang, hvor det er relevant for klienten. *Den individuelle terapeutiske samtale* varetages af tre psykoterapeuter med bl.a. incestterapeutiske uddannelser bag sig. Klienten tilbydes også misbrugsbehandling ud fra kognitive principper og metoder. *Den kropsterapeutiske behandling* varetages af vores kropsterapeut, der lige

ledes har en incestterapeutisk uddannelse og som arbejder ud fra forskellige metoder i forhold til det fysiske aspekt hos klienterne. *Den medicinske depressionsbehandling og diagnostik* varetages af speciallæge i psykiatri samt sygeplejerske, i samarbejde med teamets behandlere.

Der er tale om et tæt samarbejde omkring hver klient, som i realiteten kan have 3 til 4 behandlere ad gangen. Der er dog én primær behandler for klienten. Det tætte samarbejde giver os et mere nuanceret billede af klienten, og vi kan inspirere hinanden til at støtte den enkelte klient på en langt mere kvalificeret måde. Behandlerne arbejder hver især ud fra egne kompetencer, og til sidst kan vi se resultatet af den samlede ydelse vi har leveret til klienterne, i en helhed, der udgør mere end summen af de enkelte dele.

Teori og metodevalg

Den teori og metodeforståelse vi i dag bygger vores behandling på, er resultatet af en årelang teoretisk og uddannelsesmæssig udvikling samt årtiers praksiserfaring med denne målgruppe.

Vi har opdelt vores behandling ud fra gestaltteoriens kontaktfaser, hvor der indgår en mobiliseringsfase, en arbejdsfase og en afslutningsfase. I de respektive faser indgår bestemte arbejds punkter som vi fokuserer på alt efter, hvor i behandlingen klienten befinder sig. Behandlingstilbuddet kan bestå dels af individuel-, familie/par- og gruppebehandling.

Til forståelse af klienternes identitetsudvikling bruger vi psykodynamiske objektrelationsteorier ved Klein, Winnicott og Igra, idet disse teorier netop understreger de tidlige relationers betydning for at udvikle en stabil og velafbalanceret personlighed.

I behandlingsarbejdet bygger vi både på en psykodynamisk og en systemisk tilgang til problemstillingerne. Som metoder anvender vi blandt andet positiv reformulering af selvdestruktiv adfærd, gestaltterapi, kropsterapi samt kognitiv terapi.

Det følgende afsnit er en beskrivelse af, hvordan vi anvender positiv reformulering som forståelsesramme og metode i forhold til selvdestruktiv adfærd.

Positiv reformulering af destruktiv adfærd

Positiv reformulering er den bærende terapeutiske indfaldsvinkel igennem de tre behandlingsfaser. Det giver os mulighed for hele tiden at se det konstruktive i klientens holdninger og handlinger, ligesom vi delagtiggør dem i denne indsigt, så de kan vælge at bruge deres potentiale konstruktivt. Den positive reformulering afspejler samtidig vores grundholdning til klienterne. Hvis det sunde vækstpotentiale ødelægges fremprovokeres en selvdestruktiv adfærd.

Metoden i positiv reformulering er, at terapeuten hjælper klienten med at finde det konstruktive element i den destruktive adfærd og støtter herved klienten til at se på sin destruktive adfærd, som det reelt bedste han/hun kunne gøre på det givne tidspunkt. Den destruktive og selvdestruktive adfærd ses således som en psykisk overlevelsesstrategi for klienterne [Hildebrandt og Christensen, 1987].

Ved at anvende positiv reformulering sikrer vi, at klienten får en forståelse af sin egen destruktivitet som noget, der rummer en konstruktiv kerne. På en paradoksalmåde understreger terapeuterne deres positive forståelse af, hvordan de gamle overlevelsesstrategier har været livsnødvendige engang, men i dag er irrelevante og begrænsende for klientens udviklingspotentiale.

Eksempel på positiv reformulering³:

K: Jeg har røget hash i den sidste uge, siden jeg var i terapi sidst.

T: Hvad er det positive ved, at du har gjort det?

K: Jeg kan ikke se noget positivt i det!

T: Hvad ville der være sket, hvis ikke du havde røget hash. Hvilke følelser ville du have mærket?

K: Så havde jeg mærket, hvor ensom jeg er, så havde jeg tænkt en masse negative tanker om mig selv.

T: Hvad var der sket, hvis du havde følt din ensomhed og tænkt negative tanker?

K: Så var jeg gået helt i sort, og så havde jeg fået selvmordstanker, og det er så uudholdeligt at være i.

T: Så det positive for dig ved at ryge hash er, at du bliver beskyttet imod at mærke din ensomhedsfølelse og at tænke negative tanker?

K: Ja, jeg havde aldrig overlevet min ensomhed, hvis ikke jeg havde haft hashen.

T: Så hashen er faktisk din "bedste ven", den er der, når du har brug for den?

K: Ja det kan man godt sige!

Gestalterapi som teori og metode

Dette afsnit er en beskrivelse af den gestaltterapeutiske metode og teori, som vi benytter os af, når klienterne er modne til en mere følelsesmæssig og dybtgående bearbejdning af de uafsluttede hændelser, som binder energi og følelser og forhindrer klienten i at være levende og i kontakt med sig selv og sine omgivelser.

Gestalterapien opfatter mennesket som ét sammenhængende hele. Der er en sammenhæng mellem tanker, følelser og kroppens udtryk. Store dele af personligheden kan ligge gemt og fastfrosset bag et tilpasset ydre. I gestaltterapien er følelser og kropsudtryk udtryk for liv, og integration af følelser i det levende liv er en vigtig del af gestaltterapien.

Gestalterapi er en kreativ og eksperimenterende måde at forholde sig til sig selv og livet på; livsprocessen er i konstant bevægelse og forandring sammen med nuet. At være i nuet kan også udtrykkes som at være nærværende. Det er i mødet mellem klienten og terapeuten at forandringen sker, når klienten føler sig set og rummet som den de virkelig er, og ikke som den de har lært sig at være. Det er specielt vigtigt for vores klientel, at de føler sig accepterede som de er, for at turde forandre/ændre på gamle handle-mønstre og vaner.

Det indebærer at terapeuten viser sig tydeligt som "menneske", selvom det er klienten, der er i fokus.

Eksempel 1:

K: Tænker du på mig uden for terapitiden?

T: Ja, du er i mine tanker indimellem, dels når jeg har dig på supervision, og dels, hvis der er noget du har sagt, som jeg undrer mig over og ikke har fået spurgt dig om endnu.

Eksempel 2 (fra en klient i afslutningsfasen):

K: Jeg har savnet dine tilbagemeldinger på min måde at være på, når jeg har været rigtig hidsig og ude af mig selv af raseri.

T: Ja, det kan jeg godt forstå du har, jeg har været usikker på, om du kunne bære at høre dem, men jeg vil gerne give dig dem nu, hvor du beder om dem.

En grundantagelse i gestaltterapien omhandler polariteterne i den menneskelige struktur. Hvert menneske rummer modpoler i sig af alle slags egenskaber, alt i et

menneske er et både-og. Ofte er den ene del mere udviklet og accepteret end den anden del. Ofte ser vi, at jo tidligere skadet klienterne er, jo sværere traumer bærer de på, desto mere lever de i en enten-eller verden.

Jo mere der ligger uden for selvopfattelsen, des mere sårbar er klienten, og jo lettere føler hun sig angrebet. At bevidstgøre den indre dialog hos klienten og levedegøre den i terapirummet er central i terapien. Et vigtigt led i arbejdet med polariteter er at arbejde med den fortrængte polaritet. Ofte viser klienterne en del af sig selv og har fortrængt modpolen i sig. Den fortrængte polaritet projicerer klienten på omverdenen, som må bære projektionen indtil klienten bliver i stand til at tage ejerskab for sine polariteter. Det kaldes at tage projektionerne hjem.

Eksempel 3:

K: Jeg kan ikke klare den lille svagpisser fra gruppen, som sidder og græder hver gang hun siger noget.

T: Hvad er det som provokerer dig så voldsomt ved hende?

K: Hendes svaghed, hun er ynkelig.

T: Hvordan har du det med din egen svage side?

K: Jeg hader den, og jeg viser den ikke til nogen.

T: Hvordan bærer du dig ad med at skjule den?

K: Jeg gør mig stærk ved at lukke af for mine følelser og gøre mig hård og kold.

T: Hvor har du mødt svaghed tidligere i dit liv?

K: Hos min mor, det var mig, der skulle passe på hende, da jeg var lille.

T: Jeg kan se, at du er rigtig bange for at vise din sårbare side lige nu og gør alt for at kamuflere den, men først når du tillader dig at acceptere dine sårbare sider, vil du føle dig rigtig stærk.

I gestaltterapien bliver opmærksomhedstræning kaldt "awareness continuum" det vil sige, man skærper sin bevidsthed og følger hvert nyt øjeblik med opmærksomhed på, hvad man tænker, føler og sanser.

"Responsibility" er et andet vigtigt begreb i gestaltterapien, og det betyder at tage ansvar for sine tanker, følelser og handlinger, og hvordan man evner at respondere på disse i kontakten med omverdenen. Disse to begreber er gestaltterapeutens redskaber til at arbejde med fænomenerne i forhold til klientens her og nu situation.

Teknikker som "den varme stol" eller "de to tomme stole" er en form for psykodrama som er gavnligt i arbejdet med uafsluttetheder. Eksempelvis til arbejdet med

polariteter, drømme og guidede fantasirejser.

Ovennævnte udgør i store træk de gestaltterapeutiske metoder, vi arbejder med.

Depressionsbehandling

Vi har indført depressionsbehandling som en del af vores tilbud, da vi blev opmærksomme på, at mange af vores klienter i perioder har været nede i et "sort hul" og har haft svært ved at trække sig selv op igen. Nogle er lettere ramt, og andre har mere alvorlige symptomer på depression. De kan endda være selvmordstruede i perioder.

Symptomer

De mest almindelige symptomer vi ser i Center for traumeterapi er, at klienterne klager over, at de har mistet lysten til at glæde sig, eller de har ingen kræfter eller energi til at gøre noget. De føler angst og har trang til at isolere sig foran fjernsynet. Nogle er anspændte og stressede, når de er ude i det pulserende liv og bliver let irriterede. Nogle bliver direkte aggressive, voldelige eller truende. Mange har søvnbesvær og spiseforstyrrelser og tanke- og koncentrationsbesvær. Endelig er der dem, der har mistet lysten til livet, og som har overvejet hvordan de kommer herfra. Symptomerne minder meget om dem, man ser ved et langvarigt hashmisbrug. Det er gældende for samtlige klienter i CTT, at de har haft eller har et misbrug af stoffer.

Vi kigger på misbrugsmønstret for at bestemme den betydning stoffet har for den enkelte. Det er vores opfattelse, at et dagligt hashmisbrug ofte fungerer som selvmedicinering for klienterne. Det kan være vanskeligt at vurdere om det er misbrugets "skyld", at depressionen er indtrådt, eller om det er et samspil mellem psykologiske, biologiske og sociale forhold.

Diagnosen

I første omgang undersøger vi klientens symptomer og konsulterer vores speciallæge i psykiatri, som fastlægger diagnosen i samarbejde med klienten og en medarbejder fra CTT. Her fokuseres på, om klienten har arvelige forudsætninger for depression. Det undersøges, om der har været tidligere episoder i klientens liv, hvor symptomerne har været dominerende. Endvidere undersøges det, om der har været ydre årsager såsom misbrug, dødsfald, overgreb, skilsmisser, som kan have forårsaget depressionen. Vi undersøger et halvt til et helt år tilbage, for at se

om der har været tab eller kriser som udløsningsfaktorer. Endelig undersøges om der tidligere har været foranstaltet en depressionsbehandling.

Medicinsk behandling

I det omfang det vurderes, at det vil være en hjælp i en periode at give klienterne medicin, ordineres antidepressiv medicin i samarbejde med vores psykiater. Psykiateren informerer klienterne om depression, medicinen, dens effekt og eventuelle bivirkning. Psykiateren videregiver sin accepterende holdning og hjælper klienterne med at bekæmpe fordomme og afstandtagen til den belastende situation, de befinder sig i.

Det er en forudsætning at klienterne fortsætter deres psykoterapeutiske behandling samtidig med den medicinske behandling. Den medicinske behandlings varighed afhænger af, hvor hårdt ramt klienterne er ved behandlingens start. Det mest almindelige er, at den medicinske behandling strækker sig fra 1/2 til 1 år. Vi har gode erfaringer med denne kombinationsbehandling, da den giver os mulighed for at nå klienterne i perioder, hvor vi tidligere kunne miste kontakten med dem. Ligesom det er muligt at arbejde følelsesmæssigt i dybden med tidligere hændelser, som har forårsaget den depressive tilstand, samtidig med at klienten er på antidepressiva.

Kropsbehandlingen i Center for traumeterapi

Det kropsterapeutiske arbejde blev en del af KKUs Incestprojekt i 1986.

Formålet med at tilbyde kropsterapi som en del af det terapeutiske tilbud, er blandt andet at give klienterne en adgang til kroppens ressourcer. Klienterne har ofte det forhold til deres krop, at de livet igennem har forsøgt at lukke af for den. De vil derfor typisk være ambivalente over for at skulle mærke den. Klienterne har svært ved at klare smerte, både fysisk og psykisk. Hvorfor de ofte bedøver deres krop, følelser og tanker med stoffer eller ved hjælp af destruktiv adfærd.

Igennem kropsarbejde får klienten mulighed for at mærke eller reetablere kroppens nærvær og sanselighed. Et eksempel på det er en ung mand, som i kropsbehandlingen bliver bevidst om, at han ikke registrerer sin krop i hverdagen. Han undrer sig over, at han ikke gør det, fordi han i behandlingen oplever det som positivt

at mærke kroppen. Gennem kranio-sakral terapi, massage og bevægelsesøvelser får han et billede af, hvor meget han har lukket af for sin krop; det motiverer ham for at komme mere i kontakt med kroppens signaler.

Kropsbehandlingens faser og rammer

Der startes med motivationsfasen, hvor målet er at skabe tillid. Klienten får opbygget en følelse af sig selv og sine kropslige reaktioner. Her bliver der taget hånd om smerte-lindring, hvis der er konkrete fysiske problemer og ad den vej motiveres klienterne til at gå dybere i arbejdet med sig selv.

I anden fase genlærer klienten, hvordan kroppen kan være afspændt, hvordan kroppen kan bruges som en ressource i stedet for en fjende. I denne fase dannes motivationen for at holde kroppen ved lige og registrere velbehag eller ubehag. Klienten lærer at bruge sin krop, får en følelse af kontrol og begynder at acceptere sine følelser.

I tredje fase opnås en dybere forståelse af de følelsesmæssige reaktioner. Her integreres krop og psyke i nært samarbejde med individualterapien.

Klientens grænser

Kropsforløbet bliver bygget op, så det svarer til klientens behov og parathed. Ved den første samtale afklares klientens kropslige ressourcer, problemfelter og klientens opfattelse af sit eget kropsbillede.

I gennem massage, berøring og øvelser, træner vi klienten i at mærke sine grænser og sige til eller fra. Denne del af arbejdet sker derfor i nært samarbejde med den individuelle terapi.

Et eksempel kunne være en klient, som efter en kropsbehandling siger "Jeg forstår ikke, hvorfor jeg melder afbud til vores aftaler, jeg får det så godt, når jeg er her. Jeg kan mærke mig selv". Her vil en typisk intervention være, "Hvordan er det at have det godt?" og "Hvad er det positive ved at blive væk fra behandlingen?"

I dette tilfælde opdager klienten, at det at have det godt i kropsbehandlingen får ham til at mærke, hvordan det var ikke at have det godt i hverdagen. Han bliver opmærksom på, hvordan han beskyttede sig selv ved at blive væk fra behandlingen. Det er alt for angst-provokerende for ham at mærke sin krop. Det skaber for stor kontrast til hans liv lige nu. Denne opmærksomhed giver anledning til, at klienten bliver opmuntret til at arbejde med at rumme sine følelser af sorg og vrede i individuel terapi.

Samtidig arbejdes der med at træne klienten i positivt at reformulere sine handlinger, således at klienten oparbejder en bevidsthed om egen adfærd.

Oplevelsesaspektet

Oplevelsesaspektet betyder, at klienten trænes i at registrere de forskellige forandringer, som opstår i kroppen på det bevidste plan. Det kan være at hjertet dunker ved en følelse af angst, eller at kroppen bliver varm ved en følelse af glæde. De forskellige reaktioner bliver benævnt, når de er der. Ofte registrerer klienten ikke disse forandringer.

Oplevelsesaspektet kan være frustrerende, fordi klienten hidtil har gjort alt for at lukke af for kroppens reaktioner og signaler.

Lukkeøvelser

Lukkeøvelser er en metode, som flytter fokus fra en ubehagelig følelse til en mere behagelig følelse eller til en følelse af kontrol over sin krop. Et eksempel er en øvelse som at spænde i balderne og trække vejret samtidig. Denne øvelse kan give en oplevelse af sikkerhed, kontrol, kontakt og jordforbindelse. Den kan anvendes, når klienten f.eks. bliver bange for at tage en elevator, eller hvis han i en menneskemængde føler sig klemt og bliver bange.

Lukkeøvelser kan ydermere være en hjælp til at undlade at tage stoffer eller gøre andre destruktive ting. Øvelserne kan være med til at forhindre, at klienten mærker den fysiske og psykiske smerte. Det positive resultat er, at klienten begynder at mærke, når kroppen reagerer og derefter begynder at kunne rumme reaktionen eller reflektorisk anvende lukkeøvelser.

En metode som lukkeøvelser er med til at støtte klienterne i at blive ansvarlige i forhold til deres egne handlinger.

Progressiv afspænding

Progressiv afspænding (Berit Bunkan,1996) er en metode som er rettet mod muskulaturen. Det er en metode, som kan bruges som selvtræning. Erfaringsmæssigt giver det klienten en oplevelse af deres egen krop. De oplever, at de slipper deres spændinger i kroppen uden at være fuldstændig ude af kontrol. Når de trænes i at spænde bevidst i forskellige muskelgrupper og dernæst slippe og gå videre til en ny muskelgruppe. For til sidst at slippe i hele kroppen. Den kontrollerede vandring i kroppen bruges blandt andet, når klienten har svært ved at falde til ro eller sove.

Gotvedmassage, berøring og bevægelse

Den form der benyttes, er en kombineret massage, som består af klassisk massage, intuitiv massage og dynamisk massage; en opbyggende og afspændende massageform. Opbyggende skal forstås således, at massagen ikke nedbryder det muskulære forsvar, men skaber opmærksomhed, styrke og energi i kroppen. Der arbejdes på både spændt og underspændt muskulatur. Den skaber sammenhæng mellem krop og hoved, det fysiske og det psykiske.

Bevægelsen tager blandt andet udgangspunkt i Helle Gotveds principper om totalbevægelsen, hvor kroppen bruger så lidt kraft i bevægelsen som muligt. Samtidig bygger systemet på, at klienten trænes i at opleve kroppens sammenhæng, mentalt såvel som fysisk. Klienten får indsigt i anatomi og fysiologi. Bevægelsen har elementer af styrketræning, udspænding, stræk, dans og leg. Her vælges igen ud fra klientens ressourcer og behov.

Kranio-sakral terapi

Kranio-sakral terapi er en blid behandlingsform, hvor det er muligt at nå fysiske såvel som psykiske blokeringer. Det er en metode, som kan være med til at frigøre ressourcer og skabe balance i kroppen. Der arbejdes med kraniets rytme. Metoden benyttes kun, hvis klienten ikke er aktiv med stoffer. Det princip er ofte en motiverende faktor. Mange klienter har hørt om metoden, og de gange de har fået kranio-sakral terapi, har de oplevet en dyb afspænding, som har givet dem ro. Klienterne udtaler, at den afspænding de får ved kranio-sakral terapi ligner den afspænding, de oplever når de tager stoffer.

Visualisering

Visualisering anvendes, når klienten er kommet over motivations-fasen og er i arbejdsfasen. Det er en metode, som giver klienten en mulighed for at ændre sit eget kropsbillede. Når klienten anvender tanker og kæder det sammen med sin egen krop, bliver hun i stand til at ændre handlinger, fordi kropsbilledet ændres.

Et eksempel: En klient oplever sig fuldstændig uden led. Det vil sige, at hun ikke kan hænge sammen på trods af, at hendes muskler er spændte. Klienten får til opgave at lade sin opmærksomhed gå ned i sit venstre hoftelid, videre op til venstre skulderled og derfra videre over til højre skulderled og endelig igen ned til højre hoftelid. Dette gentages et par gange i klientens eget tempo.

En reaktion på den øvelse kan være at klienten siger, "Nu føler jeg mig meget mere

stærk! Jeg føler at jeg har støtte i mig selv ved hjælp af mine led". Klienten får herigennem kædet tanker og oplevelse om sin krop sammen, så hun får en helhedsoplevelse af sig selv.

Gruppeforløb

I CTT bliver der i perioder arbejdet med grupper sideløbende med den individuelle terapi og kropsterapi. Forløbet strækker sig over 6-8 gange a 4 timer. Tilbuddet bliver introduceret som et kursus for de klienter, der er tilknyttet CTT.

Kurset er proces- og oplevelsesorienteret, baseret på klienternes egen aktive deltagelse, medleven og deres parathed til at arbejde med deres personlige udvikling og temaer i gruppen. Formålet er, at klienten, gennem egne oplevelser i gruppen, får mulighed for at udvikle sin personlighed. Dette ved at rette sin opmærksomhed på fastlåste mønstre og roller, på måden hvorpå man kontakter andre og sætter grænser, samt sammenhængen mellem klientens krop og følelser.

I hvert kursus sættes der fokus på forskellige temaer, som er relevante for gruppens deltagere at fordybe sig i. Temaerne kan eksempelvis være *Selvdestruktiv adfærd*, *Offer-krænker-redder-roller*, *Evne til at give og modtage*, *Misbrugsmønstre og afhængighed*, *Seksualitet maskulin/feminin*, *Skam og skyld*, *Jalousi og misundelse* og *Ubetinget kærlighed og tilgivelse*.

Hvert kursusmodul er bygget op således, at deltagerne først giver en kort information om, hvad de kommer med i dag. Dernæst kan der være kropsarbejde, gennemgang af lidt teori ud fra det aktuelle emne, efterfulgt af øvelser, guidninger, kropsarbejde. Kurset afsluttes med en runde om, hvad de tager med fra dagen.

De processer, som sættes i gang under gruppeprocessen, bliver samlet op i den individuelle terapi og om nødvendigt yderligere bearbejdet.

Socialrådgiverens rolle

Der er socialrådgivere tilknyttet Center for traumeterapi i KGU. Disse indgår i det daglige arbejde med klienterne, både som ansvarlig i forhold til enkeltsager og generelt som rådgiver i forhold til teamets klienter. Opgaverne i denne forbindelse er at betragte som typiske inden for socialrådgiverens felt. Dette betyder i realiteten, at socialrådgiveren skal sikre, at behandlingsindsatsen er forankret i et helhedssyn, at behandlingen dokumenteres og at relevante samarbejdspartener involveres i behandlingstilbuddet. I vor beskrivelse af socialrådgiverens rolle, vil der derfor i det følgende blive fokuseret på disse områder.

Det helhedsorienterede syn

Behandling ud fra "Det helhedsorienterede syn" er først og fremmest forankret i den antagelse, at man skal helheds-se, indtil man kan helheds-forstå. Vi søger indsigt i den enkelte klients liv som en helhed, vel vidende at overser vi et problemområde, vil dette ofte komme til at stå i vejen for behandlingen. Når klienten bliver henvist grundet et misbrug, fokuserer vi derfor ikke nødvendigvis på misbruget som det første. Ofte ser vi, at løsnes der op for andre problemområder, sker der automatisk en forandring omkring misbruget. I denne kontekst opfatter vi således misbruget som et symptom på, at omkringliggende problemområder er blevet for uoverskuelige og dermed for indgribende i klientens hverdag.

I Center for traumeterapi ser vi dog ofte, at klienterne er traumatiserede grundet overgreb, vold, livskriser og omsorgssvigt. Det er ligeledes vores erfaring med denne gruppe, at effekten af samtaleterapi øges betydeligt, når der først tages hånd om de typiske problemområder.

Helhedssynet realiseres altså ved at se klientens problemområde som en kompleks størrelse. Her undersøges klientens forhold på de specifikke problemområder, der oftest synes at optræde under afklaringsarbejdet. Dette gælder områder som *misbrugsmønstre, økonomi, bolig, uddannelse/arbejdsmarked, den psykiske tilstand, sociale forhold, motivation og den fysiske tilstand*

Under afklaringen bliver ovenstående områder afdækket og man får den første indikation af klientens behov og dermed af interventionens omfang. Det er som sagt helt nødvendigt at klarlægge disse områder. Dette fordi det er vores erfaring, at misbrugeren bedst kan forholde sig til misbrugssituationen, når de omkring-

liggende problemområder er løst eller stabiliseret. Først herefter kan klienten gå videre og søge forståelse omkring misbrugets opståen og dets senere afvikling. Dette såfremt behovet herfor opstår.

Journalisering

Journaliseringsarbejdet omkring klienterne adskiller sig i hovedtræk ikke fra den arbejdsform man ser andetsteds. Her arbejder vi også grundlæggende ud fra principperne om systematisk sagsarbejde. Grundelementerne består af journal-føring, og udarbejdelse af status og handleplan. Men der arbejdes også med diverse ansøgninger og herunder ressourceprofiler.

Det er meget tydeligt at det systematiske sagsarbejde, er meget vigtigt og anvendeligt i arbejdet med vores målgruppe. Kendetegnende for målgruppens livssituation er nemlig, at den ofte fremstår utrolig kaotisk. Derfor det også afgørende, at behandlingen kendetegnes af kontinuerlighed i den forstand, at interventionen tydeliggøres gennem en præcisering af målsætninger, arbejdsplaner, metoder, tidshorisonter og evalueringer. Alt dette som journal, status og handleplan jo netop fokuserer på. Det er derfor både klienten og behandleren, der kan profitere af det systematiske sagsarbejde. Klienten får perspektiveret sit behandlingsforløb og bliver aktivt inddraget i tilrettelæggelsen af samme. Mens behandleren lettere kan holde fast i behandlingsplanen og ikke så let lade sig påvirke af det kaos, der ofte omgiver klienten.

Samarbejdsparter

Som tovholder i en sag, kommer man ofte i kontakt med en række forskellige samarbejdsparter. Først og fremmest er der en tæt kontakt til sagsbehandlere på de enkelte Rådgivningscentre/socialcentre. Rådgivningscentrene, der jo fungerer som socialcentre for Københavns Kommunes stofmisbrugere, varetager klientens økonomi (kontanthjælp) og er ligeledes den bevilgende myndighed i forhold til ansøgninger og anmodninger. Dermed placeres sagsbehandlere i rådgivningscentrene også som de centrale samarbejdsparter i forbindelse med behandlingsindsatsen i KGU.

Københavns Kommune er ligesom alle andre kommuner i gang med en større omstrukturering. Dette vil få betydning for det fremtidige samarbejde om klienterne.

Det er en stor fordel for det behandlingstilbud, der tilbydes i Center for traumeterapi, at netop økonomien er adskilt fra behandlingen. Det sikres nemlig hermed, at klientens motivation i forhold til at gå i behandling, ikke bunder i økonomiske

overvejelser. Hvilket ville stå i kontrast til vores holdning om, at klientens behandling skal forankres i et frivillighedsprincip.

Men også andre samarbejdsparter er inddraget omkring behandlingsarbejdet. Det kan være i forbindelse med indsatsen for at få klienter ud i uddannelse eller arbejde. Her har man som socialrådgiver kontakt til f.eks. arbejdsgivere, studievejledere og forstandere. Eller hvis hjælpen ydes i forhold til ny bolig: boligselskaber, boligformidlere m.m.

Kognitiv misbrugsbehandling og stofedukation

I teamet arbejdes der også med "kognitiv misbrugsbehandling". Her orienteres klienten om de erfaringer, vi i CTT har, omkring symptomer, bivirkninger, rygemønstre, afvikling, afhængighed, samt de omkostninger og konsekvenser vi ser som følge af stofmisbrug. I samme forbindelse lytter vi til klientens egne erfaringer og søger dermed en forståelse af klientens oplevelse af eget misbrug. Ofte oplever vi, at klienten profiterer af denne metode, idet hele problematikken omkring stofmisbruget nu, måske for første gang, bliver synlig og åben. Ligesom klienten ofte får en såkaldt "aha-oplevelse", når vi gennem stofedukationen⁴ taler konkret og ligefrem om misbruget og dets omstændigheder. Den kognitive behandlingstilgang udmøntes også ved vores forståelse af klienten. Altså at vi altid ser (eller søger) en logisk forbindelse mellem tanker, følelser og handlinger – og at der derfor ikke er nogen meningsløs adfærd. Hvis vi således kan ændre tankerne hos en misbruger, ændres følelser og handlinger også. Nye reaktionsmønstre opbygges.

Denne indfaldsvinkel er samtidig meget anvendelig, når man søger at forandre rutinerne omkring stofindtaget. I hashrygerens eksempel vil man kunne lokalisere de "overflødige" joints, motivere til først at ryge om aftenen eller gå fra "bon"-rygning til joints, der i hvert fald er mindre skadeligt for lunger og legeme. Erfaringerne viser nemlig, at misbruget først erkendes af misbrugeren, når det fornemmes uden kontrol. Med kognitiv misbrugsbehandling opnår vi netop, at klienten tager stilling til rammerne og rutinen ved sit misbrug. Formår at se mere komplekst på disse rutiner, formår at ændre tankebaner og dermed opnår større selvkontrol med misbruget. Dette er en begyndelse mod afvikling.

I forbindelse med behandling af en klient lægger vi stor vægt på både at opnå en kognitiv og en dynamisk forståelse af baggrunden for misbruget. Denne forståelse er væsentlig, idet hele interventionen bør ses i sammenhæng med de ressourcer, den enkelte klient besidder. Dette er centralt i forhold til samtlige faser omkring behandlingen. Både når socialrådgiveren skal søge forståelse for klientens handlinger og reaktionsmønstre, når misbruget afsluttes og noget "andet" skal sættes i stedet, og når der f.eks. skal rådgives omkring arbejdsforhold og studievalg.

Denne afklaring af klientens ressourcer er imidlertid meget vanskelig, hvilket der er flere grunde til. For det første fordi det sjældent er de samme ressourcer der lægges vægt på i den misbrugskultur, klienten kommer fra, og det samfund eller den kultur klienten ønsker at blive integreret i. For det andet fordi klienten ofte har forestillinger omkring egen formåen, der ikke svarer til de reelle ressourcer klienten har. Dette tydeliggøres af det, til tider, urealistiske ambitionsniveau klienten har, hvad angår arbejde og uddannelse.

Vi ser mange fordele ved at anvende den kognitive hashbehandling i KKV. Selv i de tilfælde hvor klienten ikke bliver stoffri. Hele den kognitive indsats, fungerer nemlig også som et godt og nødvendigt grundlag for motivationsarbejdet. Ved at give indsigt i sammenhænge omkring misbruget og de problemer, klienten møder i hverdagen, motiverer vi klienten til at ville forandringen. Samtidig giver vi klienten redskaber til at kunne blive mere styrende i forhold til misbruget. Alt dette selvfølgelig støttet af en indsats over for de problemområder klienten er bærer af.

Med andre ord hjælper vi klienten til at skabe de målsætninger og perspektiver i hverdagen, som jo typisk synes forsvundet hos misbrugeren.

Visitation

Kirkens Korshærs Udviklings- og behandlingscenter og dermed CTT, får visiteret klienter fra Københavns Kommunes fire rådgivningscentre. Rådgivningscentrene repræsenterer de forskellige bydele, Vest, Nord, Indre og Amager.

Klienter henvender sig også direkte eller gennem et lokalcenter. Her henvises også til det lokale rådgivningscenter, der efter aftale med Københavns Kommune har visitationsretten.

I KGU repræsenteres de forskellige team i et fælles visitationsudvalg. Her vurderes henvendelserne og uddelegeres til de forskellige team. Herefter tages sagerne op på de lokale teammøder, hvor det fremtidige behandlingsarbejde planlægges.

Der bliver taget 3 afklaringsamtaler med klienten, hvor formålet er at informere klienterne om vores tilbud, så de kan tage stilling til, om de vil indskrives. Ligeledes giver samtalerne os mulighed for at vurdere, om vi mener, at klienterne vil kunne drage nytte af vores tilbud.

Undersøgelse

Tidligere i denne rapport har vi beskrevet teamets tilgang til behandlingsarbejdet. Vi har belyst de forskellige terapeutiske tilgange, samt beskrevet hvorledes det socialfaglige område integreres i arbejdet. For at give et mere fyldestgørende indtryk af teamets behandling, er det naturligvis også essentielt at fokusere på de klienter, der kommer i behandlingen.

I det følgende vil vi således søge at beskrive den klientgruppe, der henvises til Center for traumeterapi, dette med udgangspunkt i en undersøgelse af vores klientgruppe, der blev foretaget i marts 2002. Det skal understreges at følgende beskrivelse af undersøgelsens resultater kun berører de dele af undersøgelsen, som vi i dag finder relevante. Vi vil dog også medtage erfaringer fra det billede vores nuværende klientgrundlag giver. Dette i det omfang vi mener, der er sket en udvikling siden undersøgelsen i 2002.

Undersøgelsens formål var dels at give et øjebliksbillede af klienternes aktuelle status m.h.t. social situation, misbrugsmønster og livskvalitet, dels at forsøge at belyse effekten af det psykoterapeutiske og kropsterapeutiske behandlingsarbejde og belyse, hvorvidt klientgruppens behov imødekommes i tilstrækkeligt omfang.

Undersøgelsesdesign

Undersøgelsen blev gennemført som en spørgeskemaundersøgelse, hvor semi-strukturerede⁵ interviews er udført ud fra en interviewguide, som afspejler teamets arbejdsområder. Skemaet berører således psykoterapeutiske, kropsterapeutiske, socialfaglige og sundhedsfaglige områder.

Kendetegn ved målgruppen

Gennem interviews søges klienternes sociale forhold, misbrugsproblematik, relation til familie, partner, børn og netværkspersoner, evt. depressions-symptomatologi, sammenhænge mellem psyke og krop, samt vurdering af eget psykoterapeutisk og kropsterapeutisk forløb belyst.

Depressionssymptomer søges identificeret ved anvendelsen af lukkede spørgsmål hvor ICD 10 definitionen af depression er anvendt.

Undersøgelsen forsøger at belyse klienternes forhold på følgende områder:

1. Socialfaglige og sundhedsfaglige områder
 2. Socialfaglige forhold
 3. Misbrugsproblematik
 4. Netværk
 5. Depressionssymptomatologi
 6. Sammenhænge mellem psyke og krop
 7. Den psykoterapeutiske og kropsterapeutiske indsats
- Generelt kan det siges at teamets klienter (i april 2002) består af ca. 75 % kvinder og 25 % mænd. Klienterne er typisk mellem 25 og 45 år og den største gruppe er mellem 30 og 35 år. Gennemsnitsalderen er dog nedadgående.
 - Klienterne har været tilknyttet Center for traumerapi imellem 3 mdr. og 7 år. Ca. halvdelen har været tilknyttet mellem 1 og 5 år, mens lidt mindre end halvdelen har været tilknyttet mindre end ét år

Socialfaglige forhold

- Flertallet af klienterne har deres egen bolig. Hovedparten bor i lejebolig og ellers på værelse eller hjemme hos forældrene
- Ca. 95 % af klienterne modtager en eller anden form for overførselsindkomst. Dette i form af kontanthjælp, sygedagpenge eller f.eks. revalidering. Kun få klienter har fuldtids lønindkomst
- Næsten alle har afsluttet 9/10 klasse, mens ca. 25 % har yderligere uddannelse i form af EFG, studentereksamen, hf eller anden videregående uddannelse

Misbrugsproblematik

Et flertal af klienterne genkender deres misbrugsproblematik fra faderen eller

moderen. De oplever samtidigt, at de adskiller sig fra forældrene ved aktivt at arbejde på at bryde den sociale arv⁶ – bl.a. ved at være motiverede for terapi som en vej til større selvindsigt.

- Ca. 70 % har aktuelt et misbrugsproblem
- Der ses en stor gruppe hashmisbrugere, mens kokain-, heroin- og amfetaminmisbrugere alle udgør mindre grupper.
- Der er hovedsageligt tale om et længerevarende misbrug

Netværk

- Flertallet af klienterne lever alene, mens resten er samlevende
- Halvdelen af klienterne har børn
- Mere end halvdelen af klienterne er selv børn fra brudte familier (skilsmisse), mens de resterende 30 % har forældre der er forblevet samlevende. Kun få af vores klienter er selv blevet tvangsfjernet
- Næsten alle af klienterne kommer fra en familie hvor én eller begge biologiske forældre har misbrug af alkohol og eller hash/stoffer
- De fleste af klienterne har mistet én eller begge forældre
- Lidt under halvdelen af klienterne har jævnligt kontakt til én eller begge forældre, samt til søskende
- Mens kun få har en sporadisk kontakt til forældre eller søskende.

Ser man på netværksrelationer viser det sig, at næsten alle har tætte og stabile relationer til et eller flere (typisk få) mennesker. Således oplyser flertallet af klienterne at have få, men nære venner helt tilbage fra skoletiden.

På spørgsmålet om der har været perioder i klientens liv, hvor vedkommende ingen venner har haft svarer ca. 70 % bekræftende. Perioder med manglende venskaber har typisk været forbundet med tidsbegrænsede forløb gennem folkeskolens første 7 klassetrin eller i forbindelse med misbruget, hvor klienten har isoleret sig.

Ca. halvdelen af klienterne oplyser, at de har fået nye kontakter (bekendtskaber) efter at være startet i KGU.

Depressionssymptomatologi

De fleste af klienterne svarer bekræftende på at have eller have haft depressionssymptomer. Hovedparten har eller har haft en behandlingskrævende (lægediagnosticeret) depression. 15 % af patienterne modtager på undersøgelsestidspunk-

tet antidepressiv medicin, mens lidt under halvdelen er ophørt med medicinsk behandling. 15 % oplever jævnlig depressionssymptomer, men har ikke diskuteret disse med egen læge.

De fleste af klienterne oplever at depressionssymptomerne har været til stede siden barndommen. På spørgsmålet om, hvornår symptomerne optrådte første gang, svares der bl.a.:

- ”Jeg har altid haft en tendens til at være grå og trist. Da jeg var 10-11 år ønskede jeg bare at flytte ud på en øde ø sammen med min hund”
- ”Det hele var for kompliceret og jeg havde ikke lyst til at blive voksen”
- ”Symptomer på depression optræder så langt tilbage som jeg kan huske”
- ”Jeg gik og havde det rigtig dårligt fra jeg var omkring 7 år”
- ”Jeg ønskede bare, at jeg var død”
- ”Jeg startede med stoffer, da jeg var 10 år, fordi det hele var så svært”

Samtlige adspurgte oplever jævnligt eller har tidligere også haft angstsymptomer.

Den psykoterapeutiske og kropsterapeutiske indsats

Kropslige parametre

Det at forholde sig til kroppens signaler er i fokus KKUCs kropsterapeutiske tilbud, men indgår også som et delelement i det psykoterapeutiske program.

Ca. halvdelen var eller havde været i det kropsterapeutiske tilbud, mens nogle klienter endnu ikke var startet eller havde takket nej til tilbuddet.

Mange klienter beskrev, at de gennem forløbet på KKUC var blevet opmærksomme på en sammenhæng mellem psykiske mekanismer og kropslige signaler og psykosomatiske symptomer.

Klientcitater:

- ”Jeg får ondt i maven når jeg føler mig svigtet og låser i halsen når jeg er vred eller ked af det”
- ”Jeg har lagt mærke til, at jeg kan have hovedpine i mange dage når jeg ikke giver mig selv lov til at vise svaghed”

- ”Jeg føler at kroppen fra knæene og nedad ikke er en del af min krop, er død”,
- ”Jeg kan få ondt alle mulige steder for at få opmærksomhed. Da jeg var lille spillede jeg så syg at jeg kom på hospitalet selvom jeg ikke fejlede noget”,
- ”Smerter i hofter opstår i forbindelse med vrede i bestemte situationer og stress udløser ondt bag øjne og i hoved”

De samme klienter oplevede en ændring i det kropslige, som var opstået på baggrund af den øgede opmærksomhed vedrørende kropslige signaler.

- ”Jeg spænder mindre i kroppen end før”
- ”Jeg er blevet mere opmærksom på signaler fra kroppen som udtryk for følelser”
- ”Jeg er blevet opmærksom på min lænd – her gemmer jeg tingene – og den opmærksomhed har hjulpet mig så jeg nu har mindre ondt i lænden end tidligere”
- ”Krop og sind hænger sammen for mig, i dag, hvor de før var adskilt. Føler mig stærkere og behøver ikke så meget mere at bruge min krop som panser”

I spørgsmål vedrørende den terapeutiske proces har ca. 80 % af klienterne svaret ja til at benytte destruktiv adfærd som et middel til at beskytte sig mod at mærke følelser som opleves som uhåndterlige/ubærlige, specielt angst, voldsom vrede eller sorg. Klienterne peger på følgende former for destruktiv adfærd som de bruger til at beskytte sig mod stærke følelser:

- Hash
- Alkohol
- Spiseforstyrrelser (særligt bulimi)
- Aggression (f.eks. voldelig adfærd eller det at bringe sig selv i potentielt farlige situationer som f.eks. at færdes steder hvor ”der er øretæver i farvandet”)
- Overforbrug af penge
- Tv/computerspil i mange timer hver dag
- Mental indkapsling/at gøre sig ”død” (f.eks. at isolere sig eller sove meget)
- Sex?

Halvdelen af klienterne oplyser at de via den terapeutiske proces er blevet i stand til at identificere egen selvdestruktiv/destruktiv adfærd og at de kan erstatte den med mere konstruktive former for adfærd.

Klientciter:

- "At opsøge en ven i stedet for at drikke mig fuld og få støtte når jeg er ked af det"
- "At foretage mig gode ting så jeg ikke behøver at gå hjem og proppe mig med mad"
- "At gå væk i stedet for at slå når jeg mærker min vrede vokse"
- "Tidligere røg jeg hash, nu spiser jeg som en slags beroligelse"

Den terapeutiske indsats' indflydelse på livskvaliteten

Den terapeutiske indsats er søgt vurderet gennem en række lukkede spørgsmål som vedrører almene daglige funktioner, som f.eks. det at få regelmæssige måltider, følge med i hvad der foregår i omverdenen og at komme til regelmæssige tandlægebesøg.

Det viser sig at næste alle forhold der bliver undersøgt er under forandring mens klienten er i behandling.

De forhold der synes at undergå den største forandring:

- Klienternes forhold til deres børn forbedres
- Misbruget mindskes
- Klienten bliver bedre til at håndtere vrede
- Større interesse for at orientere sig gennem radio/tv/aviser
- Oplever undertiden glæde ved livet
- Den destruktive adfærd mindskes
- Oplevelse af angst mindskes

De forhold der forandrer sig i begrænset omfang:

- Bliver bedre til at overholde aftaler
- Får mere orden i økonomien
- Går hyppigere til tandlæge
- Bedre ernæring

Samlet kan vi konkludere, ud fra undersøgelsen, at stort set alle klienter har flyttet sig i en positiv retning. Der er mange forhold der kan spille ind i forhold til troværdigheden af beskrivelsen af vores klientgruppe. Men samlet set viser undersøgelsen, at klientgruppen er til at bevæge, at klientgruppen i behandlingen formår at skabe grobund for forandring.

Klienternes forventninger til terapien

For mange af klienterne i undersøgelsen var CTT's tilbud, det sidste forsøg (af mange fejlslagne) på at få en bedre tilværelse. Forventningerne til at det ville gøre en forskel for deres situation var indledningsvis små. Et mindretal på 15 % havde slet ingen forventninger til terapien på forhånd.

Halvdelen oplyser, at de efter at være startet i CTT, nu tror på mere på sig selv og en fremtid med forbedrede livsvilkår og større livskvalitet. Kun få håbede på at komme ud af deres misbrug, ligesom 15 % forestillede sig et kort forløb. Klienterne oplever KKUC som et "rart sted at komme".

Forventning til det terapeutiske tilbud – klientcitater

Hvilke forventninger havde du til terapien?	Er forventningerne blevet indfriet?
"At det kunne hjælpe mig til større selvforståelse og til et niveau, hvor jeg kan hjælpe mig selv"	"Ja, jeg har fået hjælp til nogle livsstrategier, der virker bedre end dem jeg brugte tidligere"
"At kunne komme til at mærke sine følelser og at kunne sætte ord på det. At det ville tage et halvt år"	"Kommer i ryk med erkendelse og at det ikke sker på et halvt år"
"En masse hårdt arbejde"	"Ja, og jeg har måttet nedjustere mine forventninger til mig selv kraftigt"
"At få ro"	"Ja, først handlede det om at holde op med at ryge hash. Så handlede det om følelser og det at ryge hash. Nu handler det om at komme rigtigt på vej"
"Havde ingen forventninger – ville hellere have været henvist til "vejviseren"	"Negative forventninger er vendt til positive. Jeg kan mærke, at der sker noget, selv om jeg også ved, at jeg har lang vej igen"
"At få det bedre, at blive bedre fungerende og at stoppe misbrug"	"Ja, jeg er blevet bekræftet i, at det nok skal lykkes"
"At blive klogere på mig selv og finde ud af hvorfor jeg altid har været så ked af det. At komme ud af misbrug"	"Ja, med gruppeterapien har jeg lært mere om at mærke og føle i stedet for kun at snakke. Mine forventninger om bedring er derfor steget"

Hvilke forventinger havde du til terapien?

Er forventningerne blevet indfriet?

“Ingen – var bare ved at gå i stykker”

“Det ved jeg ikke, men jeg oplever at jeg godt vil være hel, og at jeg er i en proces”

“Ingen”

“Jeg har et håb om forandring, men jeg har svært ved at holde fast i det”

“At jeg lige skulle ind og snakke lidt og så ud ad døren igen”

“Jeg har fået det bedre og har indset, at gode ting kommer langsomt. Der er flere lag, som der skal arbejdes med”

“At få hjælp til at forstå hvorfor jeg reagerede, som jeg gjorde og få brudt med nogle mønstre”

“Ja, jeg føler at jeg er godt på vej og stoler på, at det er det rigtige”

“At blive hjulpet ud af sorthed og selvmords-tanker”

“Det har været meget bedre for mig end jeg i min vildeste fantasi kunne forestille mig”

Gentagelse af reaktionsmønstre og relationer til egne børn

Klienterne blev bl.a. spurgt om, hvorledes de ligner deres forældre, hvad de ikke ønsker at give videre til evt. børn, og hvad de genkender af sig selv i egne børn. Svarene fremgår herunder.

Hvor ligner du dine forældre?

Har du lært noget af dine forældre som du ikke har lyst til at give videre til dine børn?

Hvad genkender du af dig selv i dit barn?

Følsomhed, stædighed, kreativitet

Sarkasme og nedværdigelse

Har ikke børn

Omsorgsfuldhed, druk, vold

Aggression, vold, misbrug

Usikkerhed, føle sig utilstrækkelig, let ved kontakt til ældre mennesker

Humor, onskabsfuldhed, temperament, misbrug

Deres måde at relatere til de nære ting

Har ikke børn

Usikkerhed, svært ved følelser, vrede, druk

Usikkerhed, vrede, misbrug

Følelsesmæssig lukkethed, begår dumheder

Stresser, vender på en tallerken, misbrug

Stress, misbrug, at savne en far

Har ikke børn

Hvor ligner du dine forældre?	Har du lært noget af dine forældre som du ikke har lyst til at give videre til dine børn?	Hvad genkender du af dig selv i dit barn?
Misbrug	Druk, manglende opmærksomhed, hysteri, selvynk	Styrke, hysteri, følsomhed
Elsker mit barn	At få et alt for stort ansvar for tidligt i livet	Voldsomt temperament
Socialt engagement, politisk bevidst, perfektionist, fordømmende	Tavs vrede, ondskabsfuldhed, alkohol, kontrol, uinteresseret i børn	Har ikke børn
Kontrol, konfliktskyhed, servicerende væsen, kreativitet, kærlighed til musik, misbrug	At sige sandheder når man er påvirket, uansvarlighed over for børn	Har ikke børn

Refleksion og konklusion på undersøgelsen

Klientgruppens forandring

Set i et historisk perspektiv har klientgruppen, som benytter Center for traume-terapi ændret sig. Det ses bl.a. på alderen. Ved undersøgelsestidspunktet og tidligere lå aldersfordelingen ved indskrivning mellem 30 og 40 år. I dag ligger den mellem 20 og 30 år. Det, at de er ca. 10 år yngre, betyder, at konsekvenserne af deres misbrug endnu ikke er så udtalte.

Vi kan også registrere, at klienterne er blevet mere motiverede for at deltage i terapi; de har en tro på, at det vil hjælpe. At gå i terapi i dag, har en højere status blandt klienterne end tidligere. Tidligere havde klienterne den oplevelse, at det kun var de skingrende skøre mennesker (som en tidligere klient udtrykker det), som havde brug for terapi.

Modsat tidligere henvender vores klienter sig i højere grad selv, fordi de ønsker hjælp og støtte til at komme ud af deres misbrug.

Aktivering og uddannelse sideløbende med et terapeutisk arbejde

Undersøgelsen bekræfter betydningen af CTTs behandlingsstrategi, der sideløbende med det terapeutiske arbejde, går ud på at støtte op omkring aktivering og

uddannelse. Dette må ses som et paradigmeskifte i forhold til den tidligere, idet klienten dengang kunne gå i terapi tre gange ugentlig og hvor behandlingen blev opfattet som aktivering. Nu bliver der lagt vægt på, at terapien ikke kan stå alene, men at denne skal ses i sammenhæng med beskæftigelse og uddannelse og det sociale liv uden for behandlingen. Altså et helhedsorienteret syn.

At klientgruppen er mere motiveret for aktivering end vores tidligere klientgrupper, viser klienternes besvarelser på deres drømme om fremtiden. Her udtrykker de et reelt ønske og en drøm om at komme i gang med en uddannelse eller finde et arbejde. Vi ser også en ændring i at flere klienter, når de indskrives, er i gang med en aktivering, arbejde og uddannelse eller hurtigt bliver sat i gang eventuelt med støtte fra os.

Misbrug

Kigger vi på klienternes familiebaggrund viser undersøgelsen at de fleste af klienterne kommer fra en familie, hvor en eller begge biologiske forældre havde et misbrug af alkohol el. andet rusmiddel.

Det, klienterne oplever som anderledes, er, at de har et ønske om at gøre noget ved deres misbrug, eller som nogle af dem udtrykker det, gerne vil ændre den sociale arv.

Vægtningen af det socialfaglige i behandlingen

Det fremgår, at de fleste af klienterne er afhængige af offentlig forsørgelse. Samtidig ses, i gruppen af yngre klienter, et udtalt ønske om videreuddannelse. Dette viser betydningen af at opretholde og evt. udvide den indsats (bl.a. socialrådgiverfunktionen), der aktivt støtter disse klienters ønsker om videreuddannelse og således øge muligheden for opbygning af en tilværelse, som er uafhængigt af det offentlige system.

Vi kan ud fra undersøgelsen konkludere, at klienterne har et uopfyldt ønske og behov for hjælp til praktisk at få tilværelsen til at fungere. Hvilket kunne betyde, at vi i afklaringsfasen skal være mere præcise i vores vurdering og prioritering af rækkefølgen af de behandlingstiltag vi igangsætter. Dette støtter den udvikling som CTT stiler efter, nemlig at integrere den socialfaglige del af behandlingen yderligere.

Tilknytning/tilpasningsproblematik

Klienternes liv er som tidligere nævnt præget afbrudte parforhold, delebørn og vekslende livspartnere. Til trods for dette opretholder over halvdelen af klienterne

kontakt til den nære familie og har stabile kontakter til netværkspersoner.

Vi havde en teori om, at klienterne ikke havde tætte relationer til venner.

Dette kan vi ud fra undersøgelsen se ikke er rigtig. Klienterne har ud fra deres besvarelser fortalt, at de livet igennem har haft tætte relationer til venner. Der, hvor det kniber er i kæresterelationer. Intimiteten har således svære betingelser.

Dette passer i forhold til, hvad klienterne fortæller om deres opvækst, hvor det tyder på at der har været tale om tidlige svigt.

Så vi kan konkludere, at familiekontakten er svingende for gruppen som helhed, mens de fleste formår at opretholde stabil kontakt til enkelte nære netværkspersoner, hvilket er positivt. Klienterne er ikke så isolerede som vi havde frygtet og forventet.

Vores erfaringer viser desuden, at klienternes måde at håndtere konfliktløsning, er problemfyldt, men at der ikke er nogen tydelig forskel på, om konflikten ses i forhold til en partner eller en ven. Men at der er en tendens til at blive sur, afvist eller ked af det. Man kan så stille det spørgsmål om det er så forskelligt fra andre ikke misbrugende menneskers reaktions måde.

Ser vi på, hvad klienterne har lært af deres forældre, som de ikke har lyst til at give videre til deres egne børn, er der fællesnævnerne som vrede, misbrug, ondskabsfuldhed og svigt. Samtidig ser det ud til, at klienterne oplever, at deres børn mærker meget af den samme usikkerhed, som de selv kender.

Det er ud fra undersøgelsen svært at vurdere hvorvidt klienterne vitterligt er i stand til at mærke deres egne børns behov.

Har den terapeutiske proces indflydelse på livskvaliteten?

Ser man på gruppen som helhed, synes den mere ressourcestærk, end man umiddelbart skulle tro, taget i betragtning at det drejer sig om klienter, som er præget af en traumatisk opvækst, et langvarigt misbrug og en dårlig økonomi. Der er tale om en gruppe af klienter, som kan nås terapeutisk. Klienterne er motiverede for selvudvikling; den yngre gruppe har ønsker om videreuddannelse og der er tale om mennesker, som for de flestes vedkommende har bevaret evnen til at opretholde langvarige, nære kontakter med få enkeltpersoner.

Klienterne har brug for input til at sørge for dagligdags ting som f.eks. tre daglige lødige måltider, regelmæssig motion, evnen til at begå sig i sociale sammenhæng, regelmæssig tandpleje etc. Også en nedsat evne til at begå sig (føle tryghed) i meget nære relationer, såsom parforhold og i gruppesammenhæng, karakteriserer klienterne. Her er gruppeterapeutiske tilbud som dem CTT i forvejen tilbyder meget givende og relevante.

Undersøgelsen identificerer fremskridt hos klienterne udtrykt som mindsket eller ophørt misbrug, reduceret selvdestruktiv adfærd, forbedring af forholdet til egne børn, øget evne til strukturering af dagligdagen, øget evne til social kontakt og ikke mindst et håb om en bedre hverdag.

Vigtigheden af at tilbyde klienterne terapeutisk hjælp i kombination med aktive-rende foranstaltninger f.eks. hjælp til uddannelse, forekommer indlysende.

Ved spørgsmål om øget livskvalitet er det tydeligt, at terapien ikke har hjulpet denne gruppe med at få styr på økonomien. Det problem har en terapeutisk relevans, men kunne også være et meget konkret emne at arbejde med for socialrådgiveren.

SLUTORD

Lige så komplekse målgruppens problemområder fremstår i behandlingsforløbet, lige så vanskeligt er det naturligvis præcist at pege på årsagen til den forandring-sproces, der spores hos klienterne. Center for traumeterapi's tilbud, der kombinerer terapeutisk intervention (samtale-, krops- og gruppeterapi), kognitiv metode, den socialfaglige indsats og lægefaglig hjælp, må dog konstateres at have en positiv effekt på vores målgruppe. Indsatsen, der beror på tværfaglighed og en fler-metodologisk tilgang, ser ud til at kunne fremme klienternes individuelle udvikling, deres vækstpotentialer, og dermed øge den enkeltes mulighed for at udvikle sig i en stoffri tilværelse.

Vi har al mulig grund til at takke de klienter, der har deltaget i arbejdet omkring undersøgelsen. Her har det været bemærkelsesværdigt, hvor åbne, interesserede og imødekommende klienterne har været omkring selve interviewene og deres deltagelse. Men også generelt i behandlingen fremstår klienterne meget positive og imødekommende.

Denne imødekommenhed afspejler i bund og grund også vores tilgang til klienterne. Ligesom åbenhed og rummelighed og det tætte samarbejde er hele grundlaget for vores behandlingsmæssige virke. ■

Rapportens forfattere

Mette Auner Gammeltoft, Gotvedudd. bevægelsespædagog, Kranio-Sakralterapeut, chok – traumeterapeut, dipl. udd. i pædagogisk psykologi, udd. som incestterapeut v/ Eva Hildebrandt.

Lene Correll, diplomeret gestaltterapeut fra gestalt Akademiet i Skandinavien, Medlem af Psykoterapeut Foreningen MPF, udd. som incestterapeut v/Eva Hildebrandt, medudvikler af og psykoterapeut i incestprojektet – senere Center for traumeterapi.

Nicolai Halberg, socialrådgiver, stud.scient.soc.

Tak

Tak til mag. art. psyk. **Else Christensen**, Center for Samfundsvidenskabelig Kvindeforskning (Socialforskningsinstituttet), som har superviseret os i starten med de indledende møder hvor designet for undersøgelsen og formålet med at belyse klienternes status og vores metoder blev udviklet.

Tak til **Mette Behrend** diplomeret gestaltterapeut som deltog i arbejdet med udformning af spørgeskema til undersøgelsen samt foretog interviewene med klienterne.

Tak til vores kolleger **Lycke Fanning** og **Rikke Wezehlensborg** som i begyndelsen var med til at synliggøre den socialrådgivende del.

En særlig tak til ledelsen i KKU **Michael Nagel** og **Jan Dybkjær**. Psykolog Jan Dybkjær har været en stor støtte, der med sin tålmodighed og vedholdenhed som har medvirket at vi har fået færdiggjort det fælles projekt med rapporten.

Tak til kunstneren **Nils Pedersen** som har givet os tilladelse til at bruge hans udtryksfulde billeder til udsmykning af rapporten. Hans billeder kan ses på hans hjemmeside www.nils-ped.net.

Litteratur

Berit Heir Bunkan: Kropp, respirasjon og kropsbilde – Universitetsforlaget 3. udgave, 1996

Johan Cullberg: Krise og udvikling – Hans Reitzels forlag, 1998

Johan Cullberg: Dynamisk Psykiatri – Hans Reitzels forlag, 1998

Helle Gotved: Gotved-gymnastik – En grundbog – Frydenlund 2005 – ISBN 87-7887-242-1

Eva Hildebrandt og Connie Gregersen: Dreng og Seksuelle overgreb – Hans Reitzels forlag, 1994

Eva Hildebrandts og Else Christensen: Familier med sexuel misbrug af børn – Hans Reitzels forlag, 1988

Hanne Hostrup: Gestaltterapi – Hans Reitzels forlag, 1999

Incestprojektet for Stofmisbrugere i KKU, Evaluering del 2, 1988-89: Else Christensen med metodebilag af: Nina Camitz, Lene Correll og Mette Auener Gammeltoft, ISBN 87-88209-33-4

Frits Perls: Gestaltterapiens metode – Socialpædagogisk Bibliotek, 1999

John Upledger og Vrede Voogd: Cranio Sacral Therapy – Eashand press, Seattle 1983

Noter

¹ Traumedefinition (Johan Cullberg: Dynamisk Psykiatri): "En traumatisk krise kan defineres som individets psykiske situation i forbindelse med en ydre hændelse, der har en sådan karakter, at den pågældende oplever en alvorlig trussel imod sin fysiske eksistens, sociale identitet og tryghed eller andre livsmål".

Faktorer der kan udløse en traumatisk krise: "Den traumatiske krise kan principielt udløses af tre forskellige slags begivenheder; at blive udsat for et tab (trussel om tab) eller en krænkelse (trussel om krænkelse) eller at gennemleve en katastrofe.

² ICD-10 er WHO's klassifikationssystem som Danmark sammen med 142 andre lande, har tilsluttet sig. Systemet bruges til at klassificere psykiske lidelser og altså til at diagnosticere ud fra.

³ I eksemplerne er K= klient og T= terapeut

⁴ Stofedukation er en metode der anvendes når misbruget, abstinenssymptomer, trang m.m. skal klarlægges. Metoden fungerer også glimrende når kontakt til klient skal etableres. Ligesom metoden indeholder motiverende elementer.

⁵ Interviewene er semistrukturerede idet de kun delvist er styrede i form af interviewguide.

⁶ Vi anvender begrebet social arv, velvidende at der hersker meget delte meninger om begrebets anvendelse i forhold til behandling af sociale problemers kompleksitet. Ikke desto mindre er begrebet social arv, eksisterende i både klienters og behandleres begrebsverden, hvorfor det også her anvendes.

⁷ Sex i den forstand at der det bliver brugt negativt, f.eks. i forbindelse med prostitution, ydmygelse, overgreb, incest m.m.



KKU GIVER MENING

KKU - KIRKENS KORSHÆRS UDVIKLINGS- OG BEHANDLINGSCENTER
BREMERHOLM 18, 1069 KØBENHAVN K
3336 6510 / KKUC@KKUC.DK / WWW.KKUC.DK

VI KAN OGSÅ FINDES PÅ TILBUDSPORTALEN