



Metodebrug

ved Incest Center Fyn:

- en beskrivelse af organiseringen og behandlingen af senfølger hos voksne efter udsættelse for seksuelle overgreb under opvæksten.

© Incest Center Fyn 2013

Teksten kan frit citeres med tydelig kildeangivelse

Lone Westphal Eriksen og Kristine Sønderby Boesen:

Metodebrug ved Incest Center Fyn:

- en beskrivelse af organiseringen og behandlingen af senfølger
hos voksne efter udsættelse for seksuelle overgreb under opvæksten.

ISBN (trykt) 978-87-92068-05-7

ISBN (digital) 978-87-92068-06-4

1. udgave (2013), 1. oplag

Trykt i 1000 eksemplarer

Redaktion: Marianne Johansen og Birgit Madsen

Layout og produktion: Clausen Grafisk

Pris: Gratis

Publikationen kan downloades fra hjemmesiden www.incestcenterfyn.dk

Trykte eksemplarer kan fås ved henvendelse til:

Incest Center Fyn

Indholdsfortegnelse

■ Forord	5	Anden fase:	
		Indrestyring og differentiering-	23
■ Formål med metodebeskrivelsen	6	Tredje fase:	
		Nyorientering og stabilisering	27
■ Incest Center Fyn (ICF)	7	Fjerde fase:	
De organisatoriske rammer i ICF	8	Afsked med terapiforløbet	29
Fynsmodellen	8	■ Tre cases	30
Rådgivning i ICF	9	Jonna	31
Samarbejde med VISO	9	Sofie	34
		Peter	36
■ Rammerne omkring behandlingen i ICF	11	■ Gruppebehandling	38
Klientgruppen	11		
Visitation	13	■ At arbejde med seksuelle overgreb	40
Spørgeskema/screening	14		
Teoretiske tilgange i behandlingen	16	■ Incest Center Fyn i et fremadrettet perspektiv	41
■ Grundlæggende faser i behandlingen	21	■ Referencer	43
Terapeutisk kontrakt	21		
Første fase:			
Symptomlindring – at få ”arbejdsro”	22		

Forord

"Praksis uden teori er blind – teori uden praksis er stum"
[David Kolb]

Incest Center Fyn vil med nærværende publikation gerne bidrage til både større klarsyn og mere klar tale.

Incest Center Fyn (ICF) har nu eksisteret som rådgivnings- og behandlingstilbud i over 10 år.

Det er igennem flere undersøgelser og publikationer blevet dokumenteret, hvilke klienttyper, der gennemgår forløb ved ICF, samt hvordan effekten af de respektive klienters behandling er.

Vi ved således, at dét, der gøres, virker, og med denne publikation tydeliggøres, hvad dét er, der virker i behandlingen ved ICF.

Arbejdet i ICF udgår fra en integrativ, teoretisk referenceramme, med hovedvægt på relationen mellem mennesker, samt ud fra en helheds- og livslang udviklingsmæssig forståelse af de enkelte individer; i ICF kaldet "klienter". Det synes at være det mest ligeværdige begreb, i betegnelsen af dem, det hand-

ler om, og som for det meste er kvinder, da kun en tiendedel af alle henvendelser er fra mænd.

Publikationen beskriver, hvad der i ICF kendetegner mødet mellem klient, behandler og institution; betydningen af tydelige, trygge, forudsigelige rammer, den vigtige relation og et behandlingsfokus med det hele menneske i centrum.

Nærværende skrift er derfor ikke en kvantitativ beskrivelse af Incest Center Fyns virke, ej heller en fyldestgørende beskrivelse af den samlede metode, der praktiseres ved ICF. Ved behov for konkrete effekt- eller resultatopgørelser, samt andet statistisk materiale eller lignende, henvises til vore øvrige publikationer og hjemmeside.

Vi bringer største tak til vore klienter, af hvem vi lærer, hvad det hele handler om; tak til bestyrelsen for at prioritere finansieringen af denne beskrivelse, samt en stor tak til alle medskribenter og redaktører af publikationen.

Må den komme til nytte og bringe inspiration ind i det fortsat vigtige arbejde med mennesker.



Lone Westphal Eriksen

Psykolog, leder
Incest Center Fyn

Formål med publikationen

I Incest Center Fyn (ICF) behandles kvinder og mænd over 18 år, der lider af senfølger efter seksuelle overgreb under opvæksten. Publikationen er udarbejdet med det formål at beskrive den behandlingsfilosofi, der ligger til grund for den psykologiske behandling i ICF. Denne beskrivelse er i overvejende grad erfaringsbaseret og bygger på det kliniske, terapeutiske arbejde i ICF. Derudover vil publikationen give et overordnet indblik i det teoretiske grundlag, der udgør afsættet for de behandlingsmetoder, der anvendes, samt en kort beskrivelse af disse. Dette er en begyndelse i bestræbelsen på fortsat at kunne udvikle og forbedre metoden og dermed fortsat at kunne yde den bedste behandling til voksne, der under opvæksten har været udsat for seksuelle overgreb. Ønsket er, at publikationen kan bidrage til at informere og inspirere psykologer og andre professionelle, der arbejder med behandling af klientgruppen.

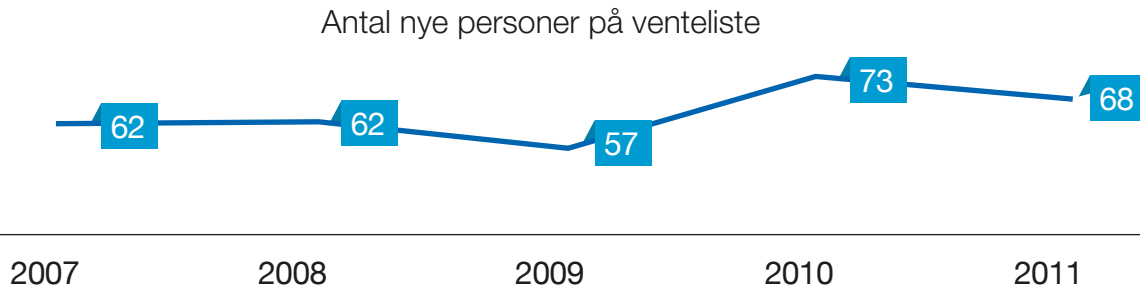
Incest Center Fyn

ICF har i over 10 år eksisteret som behandlingsinstitution, der yder professionel rådgivning og terapi til voksne kvinder og mænd på Fyn, som i deres barndom eller ungdom har været udsat for incest og/eller andre former for seksuelle overgreb. Behandlingen i ICF varetages af psykologer.

I ICF forstås senfølger af incest og/eller andre seksuelle overgreb dels som choktraumer, der ryster både nervesystem og personlighedsstruktur, og dels som relationstraumer, der angriber selve tilknytningen til andre mennesker. Begrebet senfølger er opstået og udspecificeret indenfor de seneste otte år med afsæt i en rivende udvikling indenfor det behandlingsmæssige og forskningsmæssige område. Der er ligeledes kommet en stadigt voksende offentlig bevågenhed omkring senfølger, hvilket må ses i lyset af en begyndende aftabuisering af området omkring seksuelle overgreb.

ICF åbnede som et forsøgsprojekt i år 2000 som resultat af en efterspørgsel på et specialiseret, målrettet behandlingstilbud til voksne på Fyn, der under opvæksten havde været udsat for seksuelle overgreb. Centret blev permanentgjort i 2003 på baggrund af de dokumenterede, positive behandlingsresultater samt stor søgning på behandling. Behandling er fortsat centrets kerneydelse. Siden etableringen har der været et løbende samarbejde med Professor Ask Elklit, Syddansk Universitet, med henblik på at udvikle et psykologisk screeningsredskab til målrettet indsamling af data og evaluering af behandlingsforløb.

Der har siden centrets start været en fortsat stigning i antal henvendelser:



Den øgede søgning vidner om, at behovet for behandling af senfølger stadig er aktuelt. Seksuelt misbrugte udgør en udsat gruppe med stor diversitet i psykiske og sociale problemer, med mange brudte forhold både på individuelt og ofte familiemæssigt plan. En stabil ressourceforsyning på voksenbehandlingsområdet er derfor helt essentiel for at kunne behandle og modvirke de fatale følger og skadevirkninger, som seksuelle overgreb især mod børn fører med sig.

De organisatoriske rammer i Incest Center Fyn

ICF er en selvejende behandlingsinstitution, der igennem årene er blevet finansieret af tilskud fra Socialministeriet, Odense Kommune og andre offentlige midler. Medarbejderstaben i ICF består i 2012 af fem psykologer, hvoraf den ene er daglig leder, samt en sekretær. Bestyrelsen i ICF består af fem medlemmer, som er ulønnede og som ønsker at udføre et stykke meningsfuldt, humanitært socialt arbejde.

I sommeren 2000 blev der indgået en samarbejdsaftale med KFUM's Sociale Arbejde i Danmark, som bistår med lønadministration og andre administrative ydelser, bl.a. i forbindelse med regnskabsaflæggelse samt diverse konsulentytelser. Endvidere indgår ICF i et tæt samarbejde med det frivillige Center for Seksuelt Misbrugte Fyn (CSM-Fyn), der har eksisteret siden 1994. Dette samarbejde uddybes nærmere i det følgende.

Fynsmodellen

ICF udgør sammen med CSM-Fyn den såkaldte *Fynsmodel*. CSM-Fyn er et åbent og anonymt råd-

givningssted, hvortil seksuelt misbrugte kan rette henvendelse. CSM-Fyn er primært baseret på frivillig arbejdskraft, hvor rådgivere yder støtte i form af individuelle samtaler samt udgør rammen for en 'åben stue'. Dette er et værested, hvor den seksuelt misbrugte har mulighed for at indgå i et socialt fællesskab med andre brugere. Fynsmodellen bygger således bro mellem det professionelle behandlingstilbud (ICF) og det frivillige støtte – og rådgivningstilbud (CSM-Fyn).

Modellen bygger på antagelsen om, at en rehabilitering af seksuelt misbrugte med svære senfølger sikres bedst gennem en helhedsorienteret og ofte tværfaglig indsats. Den enkelte klient befinder sig ofte i en livssituation med komplekse sociale, fysiske og psykiske senfølger. Foruden den psykologiske behandling, der er afgørende for den enkeltes udviklingspotentiale, er det ligeledes vigtigt med et socialt netværk, som kan støtte, vejlede og bistå udenfor behandlingsrummet. Hos CSM-Fyn tilbydes bl.a. en kvalificeret bisidderstøtte, da det kan være en stor udfordring for den enkelte klient at navigere rundt blandt forskellige offentlige instanser, der ofte er i spil. Fynsmodellen udgør derfor et unikt tilbud til voksne med senfølger, da den, ved kombination af professionel behandling og frivillig støtte, tilgodeser den svære sociale situation, klienterne ofte står i. Henvisningen af seksuelt misbrugte foregår gensidigt fra begge centre. Nogle får via rådgivning ved CSM-Fyn afklaret, at de har behov for behandling og rådgives derfor til at henvende sig til ICF. ICF henviser klienter til CSM-Fyn som social støtte, mens der ventes på opstart i behandling ved

ICF, hvilket er vigtigt med en aktuel ventetid på behandling på godt et år.

De to visiterende samtaler i ICF finder ideelt set sted 2-4 uger efter henvendelsen, hvorefter klienten kommer på venteliste, eller hvis muligt henvises til anden relevant støtte eller behandling.

Fynsmodellen er formaliseret via en vidtrækkende samarbejdsaftale på såvel bestyrelses- som medarbejderplan. Hver måned afholdes et samarbejds-møde mellem de to centres ledere. Endvidere giver ICF fast gruppesupervision til CSM-Fyns frivillige, og der er en fast individuel supervision fra lederen af ICF til lederen af CSM-Fyn.

ICF og CSM-Fyn har i samarbejde udviklet mulighed for dannelse af selvhjælpsgrupper for klienter, der har afsluttet terapiforløb ved ICF. Grupperne mødes hos CSM-Fyn og er bygget op omkring faste grupperegler og struktur med det formål at fungere som et trygt og sikkert sted, hvor den enkelte kan mødes med ligestillede og dér dele erfaringer. Grupperne har en fast kontaktperson hos CSM-Fyn.

Rådgivning i Incest Center Fyn

I ICF tilbydes forskellige former for vejledning og rådgivning i forhold til senfølger efter udsættelse for seksuelle overgreb under opvæksten. Der er både tale om telefonisk og personlig rådgivning, som varetages af centrets psykologer. Rådgivningen benyttes af seksuelt krænkede, deres pårørende, fagpersoner og personale.

Med den telefoniske kontakt afklares det, hvorvidt ICF er det mest optimale sted for klientens henvendelse. Rådgivningen giver den misbrugte eller pårørende mulighed for anonymt at dele tanker og følelser med en professionel, der har kendskab til følgerne efter seksuelle overgreb. Dette bidrager til at skabe overblik og støtte til at komme videre. Den telefoniske henvendelse kan føre til en aftale om en personlig samtale, der kan tilvejebringe mere udbydende kontakt, end det er muligt pr. telefon, eller visiterende samtale til et behandlingsforløb hos ICF. Rådgivningen henvender sig også til fagpersoner og personale, der kan få en faglig sparring i forhold til sager, der relaterer sig til senfølger efter seksuelle overgreb i opvæksten. Flere henvendelser er ofte begrundet i en efterspørgsel på specifik viden i forhold til at arbejde med senfølger, der som nævnt ofte er komplekse. Studerende kan også benytte rådgivningen, og herigennem få afklaring og vejledning angående spørgsmål omkring senfølger.

Samarbejde med VISO

ICF er udpeget af Den Nationale Videns- og Specialrådgivningsorganisation (VISO) som specialist og leverandør på området 'senfølger efter seksuelle overgreb hos voksne'. VISO blev etableret i 2007, og ICF har lige fra etableringens start haft kontrakt med VISO. Her leverer ICF ydelser i form af rådgivning og udredning vedrørende komplicerede enkeltsager eller emner, der kræver en specialiseret viden indenfor området omkring senfølger af seksuelle overgreb. Er der tale om en rådgivningssag, kan rådgivningen enten være i forhold til den enkelte borger, eller

ICF kan vejlede i form af fagligt input til fagpersoner, der er i kontakt med borgeren, bl.a. plejepersonale, pædagoger og sagsbehandlere. Her gives forslag til retningslinjer og metodevalg, der på bedst mulig vis afhjælper og imødekommer de behov, som den voksne med senfølger har. Ud fra en kommunes anmodning, foretager ICF efter visitationen i VISO ligeledes udredninger i forhold til enkeltsager, hvis det hos VISO er vurderet, at alle andre muligheder indenfor det kommunale regi er udtømte. Der kan her være tale om længerevarende rådgivningsforløb i supplement til udredningen.

Rammerne for behandlingsforløb i Incest Center Fyn

Behandlingen ved ICF består primært af individuelle samtaleforløb og en del målrettede gruppeforløb. Behandlingsforløb i gruppe starter efter en særskilt visitation. Der tilbydes ikke samtidig gruppe og individuel behandling. Hvis individuel terapi er ønskelig efter afslutning fra gruppeterapi, sættes klienten på ventelisten hertil. Der er mulighed for individuelt forløb inden opstart i gruppe, hvis psykologen vurderer det som værende det mest gavnlige.

Varigheden for individuel terapi viser sig i mange tilfælde at strække sig over et par år eller mere, og et gennemsnitligt forløb er 1½ år. Terapien er dog i princippet 'tidsubegrænset', hvilket igennem hele behandlingen er yderst betydningsfuldt for den enkelte klient. Behandlingen planlægges under supervision mellem den enkelte klient og dennes terapeut. Med tidsubegrænsningen gives der plads til rummelighed, opbygning af tillid mellem klient og terapeut, samt rum til en grundig bearbejdning af evt. pinefulde processer hos klienten. At blive mødt på denne individuelle og rummende facon står i stor kontrast til, hvordan klienten ofte har følt sig mødt igennem livet. Den rummende tilgang underbygges af de fysiske rammer i ICF, hvor der er lyst og højt til loftet.

De individuelle samtaler foregår en gang ugentligt,

og er af en times varighed. Der var i de første år en egenbetaling på 200 kr. pr. gang, hvilket viste sig at afholde især unge og andre på overførselsindkomst fra at gå i terapi. Derfor blev egenbetalingen efter nogle år sænket for at sikre lige adgang for alle. Frem til 2013 har der været en egenbetaling på 100 kr. pr. individuel session eller 300 kr. pr. måned for gruppetherapi. Det er centrets erfaring, at egenbetalingen har bidraget til at facilitere en øget oplevelse af selvværd og motivation hos klienten, da klienten selv bidrager til finansiering af sin behandling. Fra 1. januar 2013 bortfalder denne egenbetaling som følge af en politisk vedtagelse, og terapi vil i de kommende år være gratis for klienten.

Afvisningskriterier for et behandlingsforløb ved ICF er et aktivt misbrug af alkohol, stoffer el. lign., psykotiske tilstande, massivt livstruende, selvbeskædigende adfærd, anden sideløbende psykoterapeutisk behandling samt en personlighedsstruktur med dominerende krænkertræk. I disse tilfælde henvises til andre støtte- og behandlingsmuligheder udenfor Fynsmodellen.

Klientgruppen

Klientgruppen hos ICF udviser symptomer på en række forskellige psykiske vanskeligheder. Gene-

relt udviser de fleste klienter tegn på kronisk post-traumatisk stressforstyrrelse (PTSD) (Elklit, 2009). I forståelsen af traumereaktioner er det nødvendigt at skelne mellem normale efterreaktioner på følelsesmæssige, stressfyldte situationer, der gradvist aftager med tiden, og de, der er blevet kroniske eller fastlåste i form af PTSD.

PTSD udgør en af de mest almindelige langtidsvirkninger ved udsættelse for seksuelt misbrug i barndommen, og lidelsen er især kendetegnet ved udslag på følgende tre funktionsområder: plagsomme erindringer, undgåelsesadfærd og forhøjet vagtsomhed. En stor del af klienterne lider af kompleks PTSD. Ved udviklingen af kompleks PTSD er der tale om en kronisk stresstilstand, der har været til stede i to år eller mere (Sørensen, 2005). For at få diagnosen skal klienten opleve mindst to ud af fem symptomer: 1) fjendtlig eller mistroisk holdning, 2) social isolationstendens, 3) tomheds- eller håbløshedsfølelse, 4) kronisk anspændthed eller vagtsomhed eller 5) følelse af fremmedgjorthed (F62 i ICD-10). Fælles for symptomerne er, at de er relateret til de seksuelle overgreb i opvæksten og ofte har været til stede i årevis.

Mange klienter udviser tegn på depression, dissociation, søvnproblemer, somatisering og interpersonel sårbarhed (Elklit, 2002). Psykologisk set er klienterne kendetegnet ved en lav oplevet grad af kontrol over begivenheder i livet og lavt selvværd. Mange har negative erfaringer med at kunne påvirke og forandre sine omgivelser. De kan føle sig magtesløse i forhold til udefra kommende stimuli, og overvældet indefra

af uforløst spænding og stress. Flere af klienterne oplever vanskeligheder ved at danne og bevare en stabil tilknytning til andre og samtidig bevare integritet, være selvstændige og velafgrænsede. Foruden seksuelt misbrug har en hel del af klienterne i ICF oplevet at være udsat for fysisk mishandling og generel omsorgssvigt, samt voldtægt og vold. Det kan derfor være vanskeligt præcist at adskille senfølger efter seksuelle overgreb fra andre typer af overgreb og omsorgssvigt. Ofte kan der være tale om en gensidigt forstærkende effekt imellem disse senfølger. Samlet set er der tale om en svært traumatiseret gruppe, som har overordentligt mange psykiske vanskeligheder.

Disse fund stemmer overens med flere studier, der har kunnet påvise adskillige sammenhænge mellem seksuelt misbrug i barndommen og senere udvikling af psykiske vanskeligheder (Taylor & Harvey, 2010; Paolucci et al., 2001). Der er generelt enighed om, at seksuelt misbrug i opvæksten medfører en øget risiko for at udvikle posttraumatisk stress, depression, angst, seksuelle forstyrrelser samt en øget risiko for reviktimisering i voksenalderen (Taylor & Harvey, 2010). Her kan graden af traumatisering være afhængig af både typen af overgreb og hvilket tidspunkt i klientens liv, overgrebene er foregået.

Endelig må man se på, hvordan senfølgeproblematikker interagerer med den enkeltes livssituation, alder og køn. Flere klienter oplever, at deres senfølgeproblematikker forhindrer uddannelse og fastholdelse af arbejde, især da de oftest oplever f.eks.

massive koncentrationsproblemer og social angst. Endvidere har de fleste svært ved at indgå i stabile parforhold, idet de har vanskeligheder ved at danne en *sikker tilknytning* og problemer med at sætte grænser i forhold til andre. Endelig oplever mange, at det er svært at varetage en sund forældrerolle på det familiære plan. Det omhandler særligt den store gruppe af kvinder, der henvender sig til centret. Det kan ofte være i forbindelse med familiestiftelse, at oplevelserne fra barndommen aktiveres, og kvinderne bliver bekymrede for, hvordan uhensigtsmæssige mønstre fra opvæksten influerer på deres nuværende familiesituation og på fremtiden.

Kendetegnende for de unge og mændene er, at begge grupper særskilt især opfatter deres problematikker som noget, de selv bør håndtere. Forventningen om at skulle udvise handlekraft og selvstændighed kan stride imod erkendelsen af, at man har været offer for overgreb og det at søge hjælp. Alders- og kønsmæssige faktorer stiller derfor særlige krav til den behandlingsmæssige tilgang. Unge befinder sig i en udsat og sårbar livsperiode med mange livsomvæltninger, hvor flere påbegynder studie, flytter hjemmefra og får en fast partner. Disse forhold kan gøre det svært at fastholde de unge i behandlingen, hvorfor der er sammensat et særligt gruppetilbud til netop de unge. Det er ofte omkring 19-års alderen, at den unge for første gang forstår og oplever betydningen af overgrebene (Elklit, 2002). For mænd tilpasses behandlingen med fokus på de kønsspecifikke følgevirkninger og faktorer, der er særligt gældende for dem.

Visitation

I ICF foretages et udførligt visitationsarbejde ud fra to visiterende samtaler. Visitationen er helt afgørende for klientens behandlingsforløb, da en grundig visitation er forudsætningen for at afklare klientens behov, ønsker og motivation for behandling, samt hvorvidt ICF aktuelt er det bedste behandlingstilbud for klienten. Endelig er visitationen et vigtigt afsæt for den begyndende *alliancedannelse* mellem terapeut, institution og klient.

Den første samtale består af et systematisk, klinisk interview om nuværende problemer og brede baggrund. I forbindelse med visitationen vurderes klientens reaktionsmønstre i fortid og nutid, samt personlighedsmæssige forsvar¹. Man søger allerede fra start at få skabt indblik i de relationelle mønstre, klienten bærer med sig i forhold til andre, til sig selv og til verden. Endvidere vurderes klientens mentaliserings-evne; evnen til at reflektere over, hvordan egen og andres reaktioner og adfærd kan hænge sammen med indre mentale tilstande (Bateman & Fonagy, 2005). Personer, der har været udsat for seksuelt misbrug, kan ofte have svært ved at mærke, regulere samt reflektere over egne indre tilstande. I starten kan de i behandlingen ofte vanskeligt sætte ord på dem. Den store lettelse, mange oplever i de indledende samtaler, hænger ofte sammen med, at 'nu er der taget hul', og nu er der præsenteret nogle begreber på de vanskeligheder, der opleves.

I visitationen er der ligeledes fokus på klientens 'værentil-stede' i rummet, på stolen og på åndedrætsfunktioner, da det giver indblik i, hvor høj stressbelastningen

¹ Begrebet forsvar forstås og anvendes ud fra en psykodynamisk tilgang som psykiske processer hos den enkelte, der afværger konfliktbetonede følelser eller tanker.

i og for klienten er. Det er eksempelvis tegn på 'høj energi', hvis klienten trækker vejret hurtigt og måske overfladisk. Ved at anlægge et fokus på klientens vejtrækning bliver det muligt for terapeuten at vurdere og fornemme klientens evne til at 'mærke' sin egen krop, samt for klienten at blive opmærksom på sin tilstedeværelse i sig selv, i rummet, i verden.

Den anden visiterende samtale anvendes til afklaring af spørgsmål og problemstillinger fra begge parter, på baggrund af den første samtale, og gensidige forventninger til behandlingen afklares endeligt.

Det er centrets ønske og mål, at der under visitationen skabes en begyndende oplevelse hos klienten af *empowerment* – at kunne udøve indflydelse på egen situation – samtidig med at der skabes et nyt håb hos klienten om, at en livsforandring er mulig. Det terapeutiske arbejde er båret af en ressourceorienteret forståelse af den enkelte klient – et fokus på klientens styrker frem for svagheder. Det er centrets erfaring, at mange klienter reagerer positivt på den reelle, direkte, ikke-dømmende/neutrale holdning, som er elementer i den terapeutiske holdning, især i de indledende samtaler, samt terapeutens klarhed og tydelighed i sin dagsorden for både den nuværende og næste samtale, samt for det efterfølgende forløb. Samlet set bidrager dette til klientens oplevelse af, at dét, at række ud og søge hjælp, kan være en værdig og god oplevelse. Dette er generelt vigtigt, men især da der kan gå op til et år fra visitationen foretages og til den egentlige terapi begynder.

Ved de visiterende samtaler orienteres klienten om

andre støtte- og/eller behandlingsmuligheder i ventetiden, samt om screeningen der finder sted ved behandlingens start.

Spørgeskema/screening

Ved behandlingens start udfylder klienterne ICF's standardiserede test-materiale, som siden 2000 er udviklet, udvalgt og sammensat i samarbejde med Professor Ask Elklit. Testmaterialet bruges 1) dels som et værdifuldt værktøj i vurderingen og tilrettelæggelsen af den enkelte klients individuelle behov og behandling og 2) dels forskningsmæssigt. Screeningen kan indgå som en del af visitationen, hvis behandlingen påbegyndes umiddelbart efter visitationen. I tilfælde af ventetid må screeningen først foretages ved behandlingens start. Ved udfyldelse af skemaet aktiveres oftest minder og følelsesmæssige reaktioner, som der terapeutisk må og skal følges op på i de følgende sessioner. Endelig udgør skemaet afsættet for en 'objektiv dialog' med klienten om behandlingens start, fokus, rationale og fremgang.

På baggrund af klientens svar er det muligt at foretage en række behandlingsmæssige overvejelser såsom:

- Klientens psykologiske symptomer på overgrebet (PTSD, angst, etc.)
- Klientens karakteristika (køn, etnicitet, personlighedsstrukturer, personlighedsforstyrrelser etc.)
- Traumets karakteristika (varighed, antal overgreb, overgrebets karakter)
- Behandlingsform (gruppe/individuel terapi, grundintervention)

Spørgeskemaet indeholder både demografiske spørgsmål samt spørgsmål vedrørende omstændighederne ved overgrebene, om andre alvorlige livsbegivenheder indenfor det sidste år, og om tidligere traumatiske hændelser.

Følgende standardiserede spørgeskemaer anvendes til belysning af de psykologiske og sociale forhold²: HTQ (Mollica et al., 1992) er et enkelt og pålideligt

screeningsinstrument, der er meget præcist i sin forudsigelse af PTSD. Det relaterer sig til de tre hoveddimensioner: undgåelse, invasion og forhøjet vagtsomhed.

CSS (Joseph, Andrews, Williams & Yule, 1992; Elklit, Jind & Pedersen, 1999) måler på klientens oplevelse af social støtte, dels lige efter den traumatiske begivenhed og dels på tidspunktet for undersøgelsen.

² De standardiserede spørgeskemaer udfyldes efterfølgende hvert halve år, og igen ved behandlingens afslutning. Referencer til de anvendte spørgeskemaer indgår ikke i oversigten over referencer (se s. 43), men kan findes i Elklit (2009).

Belastningskriterier	Måleredskab	Forkortelse
Traumatiseringsområder (genoplevelser, undgåelse og vagtsomhed)	Harvard Trauma Questionnaire	HTQ
Social støtte (dengang og nu)	Crisis Support Scale	CSS
Depression, angst, søvnproblemer, dissociation, somatisering, aggression, samspilsproblemer	Trauma Symptom Checklist	TSC
Mestringsstrategier (problemløsende, emotionel, distancerende, undgående)	Coping Style Questionnaire	CSQ
Tilknytningsstil (sikker, ængstelig, undgående)	Revised Adult Attachment Scale	RAAS
Antagelser om verden	World Assumption Scale	WAS
Personlighedsevaluering	Millon Clinical Multiaxial Inventory III	MCMI-III

TSC (Briere & Runyz, 1989; Elklit, 1990) måler på forekomsten af psykiske vanskeligheder såsom depression, samspilsproblemer, dissociation og somatisering. Hermed er det muligt at indfange, i hvilket omfang den enkelte klient lider under følgerne efter seksuelle overgreb.

CSQ (Roger, Jayvis & Najarian, 1993; Elklit, 1996) måler på anvendelsen af forskellige mestringsmetoder. Der skelnes mellem fire forskellige mestringsmetoder: rationel mestring, følelsesmæssig mestring, distancerende mestring og undgående mestring.

RAAS (Collins & Read, 1990; Collins, 1996) er udviklet på baggrund af tilknytningsteori (Bowlby, 1988). Via spørgsmål om relationer til andre kan tre subskalaer (nærhed, angst og afhængighed) beregnes. Disse danner udgangspunkt for fire tilknytningsformer (sikker, ængstelig, afvisende og overinvolveret). På baggrund heraf vurderes klientens tilknytningsstil.

WAS (Janoff-Bulman, 1989) består af udsagn om 'verdens godhed', meningsfuldhed og eget selvværd. WAS knytter sig til Janoff-Bulmans teori om de kognitive forandringer efter traumatisering. En høj scoring på skalaen indikerer, at klienten er optaget af at integrere den traumatiske begivenhed i sine eksisterende, kognitive skemaer (Horowitz, 1976).

MCMI-III (Millon, 1997; Elklit & Simonsen, 2007) bruges til at kortlægge personlighedskarakteristika og til afdækning af personlighedsforstyrrelser. MCMI-III giver gode muligheder for at måle struktur og

mønstre i personligheden. Den er grupperet med 14 personlighedsmønstre og 10 kliniske syndromer, der skelner mellem akutte kliniske forstyrrelser og vedvarende personlighedsforstyrrelser. Det materiale, der fremkommer, illustrerer således samspillet mellem vedvarende karakterologiske personlighedsmønstre og aktuelle kliniske syndromer.

I testmaterialet indgår endvidere spørgsmål til at belyse eksternt versus internt kontrolfokus, selvværd og self-efficacy (troen på egen formåen). Herved er det muligt at måle, i hvilket omfang klienten oplever en indre kontrolstyring³.

I planlægningen af terapiforløbet er det vigtigt med en indgående vurdering af den enkelte klients karakteristika og følgesymptomer, da der kan være stor variation i kompleksiteten af traumerelaterede problemer (Jepsen et al., 2009). Ud fra klientens svar i spørgeskemaerne foretages en grundig udredning af den enkelte klient. Denne udredning udgør forudsætningen for, at der i ICF kan tilrettelægges et behandlingsforløb, der imødekommer klientens præmisser og behov og dermed fører til gode behandlingsresultater.

Teoretiske tilgange i behandlingen

Udgangspunktet for behandling ved ICF er en forståelse af senfølger som eftervirkninger af udsættelse for dels choktraumer og dels relationelle traumer under opvæksten. Behandlingen ansues som en personlig udviklingsproces og en bearbejdning af klientens senfølger, som de kommer til udtryk i nutiden.

³ SIDES-SR (van den Kolk, 1999) er også blevet anvendt i screeningen. SIDES-SR er inddelt i 6 underskalaer, der modsvarer symptomerne ved DESNOS, 'Disorders of Extreme Stress Not Otherwise Specified' i DSM-IV. Med SIDES-SR er det muligt at indfange de symptomer, der svarer til kompleks PTSD. Dette redskab har dog vist sig at have nogle psykometriske problemer, som p.t. undersøges på Videnscenter for Psykotraumatologi. Centret arbejder på at finde en alternativ test.

Det tilstræbes, at klienten får større indsigt i sin egen problematik og personlighedsstruktur.

Den overordnede behandlingsideologi hviler på antagelsen om, at der i terapien bør tilvejebringes et rum for sikkerhed imod overgreb, samt at der skabes tid og tryghed til opbygning af tillid. Dette skal både forstås som klientens tillid til sig selv, til terapeuten, samt til venner, familie og verden. Et vigtigt udgangspunkt for terapien er at facilitere en progredierende udvikling af evnen til indrestyring. Indrestyring forstås som klientens iboende og medfødte evne til at mærke og handle adækvat på egne behov – det er oplevelsen af at have reel indflydelse på og kontrol over sit liv, bl.a. at kunne skille fortid fra nutid, at anskue kroppens reaktioner som forståelige ud fra fortidens oplevelser, at få indsigt i sin egen 'instinktmæssige og ubevidste ageren', samt opleve valgmuligheder, der oftest ikke eksisterede i tiden med overgreb.

Det terapeutiske arbejde tager således afsæt i et overvejende psykodynamisk og traumeorienteret grundlag, men med inddragelse af særligt kognitive, psykoedukative og kropsorienterede tilgange. I første del af terapien lægges der vægt på etablering af sikkerhed, kontakt og alliance. I den indledende fase gøres der særligt brug af metoder indenfor mindfulness kombineret med kognitive teknikker med fokus på grounding og angstreduktion.

Mindfulness

Mindfulness er evnen til at være opmærksomt tilstede i nuet. Mindfulness indebærer brugen af øvelser med

fokus på her og nu oplevelser af tanker, følelser og krop (Germer, 2005). Dette bidrager til klientens oplevelse af grounding – fornemmelsen af at have fodfæste, at mærke hvordan man sidder, står, går og trækker vejret.

Mindfulness-øvelser styrker klientens oplevelse af nærvær og fokuseringsskift over for tanker, følelser og kropslige fornemmelser. Det faciliterer klientens evne til at være mere nærværende i situationen og træner evnen til indrestyring. Øvelser med mindfulness giver en direkte adgang til klientens kontakt med egne, iboende ressourcer, som blokeres ved angst, og når der aktiveres et rigt forsvarsrepertoire. Dette forsvarsrepertoire bør imidlertid oftest anskues som forståeligt i henhold til klientens udsættelse for seksuelle overgreb i sin opvækst. Dette uddybes yderligere under afsnittet 'Grundlæggende faser i terapien'.

Psykoedukation

Der anvendes psykoedukative elementer i behandlingen. Det er vigtigt at formidle viden om de fysiologiske og psykiske processer, da det skaber en indsigt hos klienten omkring en specifik adfærd. Psykoedukation udgør således en vigtig del af orienteringsfasen i første del af behandlingen. Der undervises om personlighedsstruktur, PTSD, angst, depression, grænsesætning, familiodynamikker, om seksualitet, identitet og normalitet. Strukturerende psykoedukation virker tryghedsskabende hos den enkelte klient. Her ved opnås en større forståelse for sammenhænge mellem overgreb og nuværende symptomer, adfærd og handle- og oplevelsesmønstre.

Relationel psykodynamisk tilgang

Ud fra en relationel psykodynamisk tilgang tages der afsæt i forståelsen af, hvordan forhold i opvæksten kan have en betydning for den måde, hvorpå klienten ofte indgår i uhensigtsmæssige relationelle-, handle-, tanke- og oplevelsesmønstre i nutiden. Der er altså tale om et fokus på klientens internalisering af problematiske interaktioner fra opvæksten. Over tid vil disse interne interaktionsmønstre påvirke klientens selvforståelse samt dennes kontaktrelationer (Hart, 2008). De tidlige, gentagne traumatiseringer i de primære relationer medfører grundlæggende skader i den voksnes evne til at knytte sig til andre. Ofte er der tale om en ny form for basal tillid, der skal etableres i behandlingen. Ud fra et follow-up studie ses det, at flere klienter frembringer en ændring i deres tilknytningsstil under behandling (Elklit, 2009). Flere klienter evner således efter terapi at indgå i sine relationer med en oplevelse af større sikkerhed og fornyet tiltro til andre.

I den psykodynamiske behandlingstilgang er *overføring* og *modoverføring* centrale begreber (Gabbard, 2005). Overføring vedrører de følelser og reaktioner, som klienten overfører fra sine primære personer til terapeuten. Det er vigtigt, at terapeuten bevarer en emotionel neutralitet og objektivitet i det terapeutiske rum (Masterson, 1990). Dette skaber en neutral baggrund, der giver klienten mulighed for at identificere, realitetsteste, sammenligne og bearbejde sine overføringsprojektioner. Overføringen bringes op til overfladen og præsenterer og tydeliggør klienten for de internaliserede primære relationer, som udgør klientens relation til sig selv og til andre. Ved at konfrontere

og hjælpe med tolkning af klientens projektioner, hjælper terapeuten klienten til at 'rumme' dem. Der er ikke tale om en aggressiv form for konfrontation, men om at terapeuten på en indfølelse, men fast måde gør klienten opmærksom på det tilpasningshæmmende aspekt i klientens forsvar. Et eksempel på en sådan forsvarsmekanisme kan være *splitting*. Dette forsvar kan udvikles som resultat af klientens oplevelse af en primær omsorgsperson som kilden til både tryghed og fare (Masterson, 1990). Klienten udvikler en forståelse af sig selv, bestående af et godt selvbillede, kombineret med et godt billede af omsorgspersonen, og et ondt, utilstrækkeligt selvbillede, kombineret med et ondt billede af omsorgspersonen. Disse holdes adskilt, således at de ikke påvirker hinanden – herved isoleres klientens modsatrettede følelser og oplevelser. Klienten har derfor svært ved at anskue andre mennesker og sig selv som helheder, men nærmere som delobjekter – enten positive eller negative. I terapien kan det komme sådan til udtryk, at klienten på den ene side projicerer et idealiserende billede over på terapeuten, og samtidig devaluerer sig selv. Det er bl.a. denne spaltning, som der i terapien langsomt løsnes op for, nuanceres på, for endeligt at blive integreret i personen.

Hvis terapeuten mister sin neutralitet og objektivitet bekræftes klientens regressive projektioner. Således tilbagekaster terapeuten de negative billeder, klienten har af sine primære personer. Det er helt centralt, at terapeuten *reflekterer* og ikke *reagerer* på klientens projektioner. Dette omhandler terapeutens modoverføring, som er terapeutens reaktioner på

klienten. Som terapeut er det centralt at indtage en åben, iagttagende holdning til modoverføringsreaktioner og betragte dem som vigtige informationer om klienten og behandlingsprocessen (Gabbard, 2005). Terapeuten kan bruge modoverføringen som signal til at gøre klienten opmærksom på bestemte adfærdsmønstre. I terapien er der tale om, at klient og terapeut *sammen* afsøger hvilke forsvars- og reaktionsmønstre, der gør sig gældende, ud fra det materiale som klienten vælger at tage op i den enkelte session. Det bidrager til, at klienten med tiden lærer at reflektere over egne handlemønstre frem for at reagere automatisk. I terapien ansues klientens forsvarsmekanismer som ressourcefyldte – de betragtes som de grundlæggende mekanismer hos klienten, der har gjort, at han eller hun rent faktisk har overlevet. Dét, at terapeuten deltagende følger med i klientens livsfortælling, skaber en vigtig oplevelse af støtte og opmuntring. Dette står sædvanligvis i dyb kontrast til klientens oplevelser i sit opvækstmiljø, hvor han eller hun som barn måske blev begrænset i at engagere sig i aktiviteter og interesser, der havde en selvudfoldende og bekræftende karakter.

For at kunne arbejde med klientens projektioner og bevare den terapeutiske neutralitet, insisteres der i terapien på at fastholde de specifikke praktiske rammer omkring behandlingen; det drejer sig bl.a. om tid, sted, samtalerens længde, retningslinjer vedrørende for sent fremmøde mm. En stringent overholdelse af disse retningslinjer begrænser risikoen for, at terapeuten ubevidst kommer til at spille med i klientens projektioner (Masterson, 1990).

Dialektisk Adfærdsterapi

I Dialektisk Adfærdsterapi (DAT) fokuseres på klientens dysfunktionelle evne til følelsesregulering: evnen til at kontrollere og modificere følelsesmæssige reaktioner. Fokus er rettet mod at styrke klientens evne til at identificere, acceptere og udholde sine følelser, og dermed undgå maladaptiv, følelsesstyret adfærd. DAT er kendetegnet ved en kombination af både validering af klientens følelser, ud fra terapeuten empathiske opmærksomhed og spejlende kommentarer, og et fokus på forandringsstrategier, der indebærer mere effektive måder, hvorpå klienten kan tackle sine dysfunktionelle tanker, følelser og handlinger (Kåver & Nilsonne, 2004).

Flere klienter overvældes af at fokusere på, hvad der er sket langt tilbage i tiden. At styrke klientens *opmærksomhed* lærer klienten at handle mere effektivt i nuet. Her lægges der vægt på evnen til målrettet tilstedeværelse og fokusering i nuet. Opmærksomhedstræning lærer klienten at identificere, acceptere og forholde sig til indre signaler. Et fokus på egne tanker og følelser kan reducere oplevelsen af usikkerhed og følelsesmæssig forvirring.

I træningen af *relationsfærdigheder* lærer klienten at identificere sine ønsker i samspillet med andre, evnen til at sige fra overfor andre samt håndtere konflikter. Disse færdigheder sigter mod, at klienten bliver mere effektiv i sit samspil med andre, hvilket henviser til, at klienten kan nå sine mål og bevare både sin selvrespekt og sine relationer (Kåver & Nilsonne, 2004).

Færdigheder i *følelsesregulering* omhandler bl.a. at være opmærksom på og rumme negative følelser i stedet for at kæmpe mod eller fortrænge disse. Der skelnes mellem primære og sekundære følelser. At klienten oplever frustration i én situation (primær følelse), kan efterfølgende medføre en skamfølelse over, at han eller hun blev frustreret (sekundær følelse). (Kåver & Nilsson, 2004). Det er vigtigt at validere og arbejde med klientens primære følelser. Herved skabes et fundament for at forstå, hvorfor de sekundære følelser opstår.

Hold-ud færdigheder henviser til klientens evne til at tolerere og udholde frustration – dette kan være evnen til at distrahere sig selv, at veje fordele og ulemper ved at holde ud mod anvendelsen af destruktive løsninger (Kåver & Nilsson, 2004). Dette lærer klienten at udholde vanskeligheder uden at forværre situationen eller undvige disse følelser ved at udvise maladaptive adfærdsformer, såsom at udvise selvskadende adfærd.

Socialkonstruktivisme

Socialkonstruktivisme udgør en vigtig analyseform i det terapeutiske arbejde i ICF. Ud fra en socialkonstruktivistisk forståelsesramme forstås holdninger, grupper, identiteter og selvopfattelse som sociale konstruktioner (Berger & Luckmann, 2004). Klientens selvbillede anskues ikke som individbåret, men som resultat af de problematiske relationer, klienten som barn har været en del af. Dette selvbillede er på ingen måde fastlagt, men muligt at forandre og 'konstruere' på ny i en mere positiv og udviklingsfremmende retning.

I terapien kan det endvidere give et 'løft' at fokusere på, hvordan bestemte diskurser eller forståelser i samfundet bidrager til klientens problemfyldte livssituation – eksempelvis kan klientens skam og manglende oplevelse af kontrol siges at stå i dyb kontrast til moderne samfundsidealiser omkring selvkontrol og selvrealisering (Skårderud, 2001).

Samlet set er det ICF's erfaring, at det er vigtigere med en helhedsorienteret integrativ metodik, frem for en stram dogmatisk tilgang byggende på en enkelt teori. Dette giver mulighed for en mere fleksibel tilgang i behandlingen af senfølger, der tilrettelægges i forhold til den enkeltes symptomer og personlighedsstruktur og dermed behov. Inddragelsen af de forskellige teoretiske begrebsrammer afhænger dels af den enkelte klients specifikke personlighedsstruktur og senfølger, og dels af de forskellige faser i terapien.

Grundlæggende faser i behandlingen

Overordnet set vil et typisk behandlingsforløb indebære en faseopdelt vægtning af fire forskellige niveauer og tematikker. I praksis er terapien dog ikke opdelt på denne facon, da behandlingen forudsætter, at der arbejdes integrativt på alle niveauer på samme tid. De forskellige niveauer kan imidlertid anskues som en måde, hvorpå der bringes enkelthed og orden ind i et forløb, der ifølge sin natur er stormfuldt og komplekst (Herman, 1995).

Der skelnes mellem følgende fire niveauer:

- Symptomlindring
- Indrestyring og differentiering
- Nyorientering og stabilisering
- Afslutningsfasen

Terapiens faser kan sættes i relation til en udviklingsproces, hvor terapeuten udgør en 'betydningsfuld anden', der ser klienten som et autonomt og følsomt individ med egne følelser og behov. Omdrejningspunktet for terapien er en udvikling og facilitering af klientens evne til indrestyring og empowerment, der er stagneret på grund af klientens traumatiske oplevelser med overgreb. Det er sigtet med terapien, at klienten bliver i stand til at identificere og reflektere over egne følelser og tanker. Dette faciliterer evnen

til at foretage et indrestyret valg, idet klienten i højere grad kan forholde sig til indre tilstande og tanker, uden at blive følelsesmæssigt overvældet. Klienten opbygger herved et indre, selvstændigt *ståsted* at handle ud fra.

Selvom der i terapien lægges vægt på den individuelle klient, er der også fokus på klientens øvrige kontaktrelationer, såsom partner, børn, øvrige familie og arbejdskolleger. Klienten kan reflektere over egne reaktionsmønstre i forhold til sine kontaktrelationer, og løbende vurdere og mærke efter, hvilke forandringer der udspiller sig i henhold til hans eller hendes relationer, i takt med at terapien skrider frem. Ligesom pårørende kan inddrages direkte, hvis det vurderes gavnligt, bl.a. i form af enkelte pårørendesamtaler f.eks. med ægtefælle.

Terapeutisk kontrakt

Et centralt udgangspunkt for terapien er at udvikle klientens oplevelse af empowerment. Det er helt essentielt, at den enkelte klient selv skaber og suverænt bestemmer over sin egen helingsproces. Et overordnet formål i behandlingen er, at der hos klienten skal udvikles en øget oplevelse af autonomi og tilsvarende reducere af hjælpeløshed. Indledningsvist faciliteres dette bl.a. igennem behandlingens tydelige,

klare rammer og gennemsigtighed samt en mundtlig terapeutisk kontrakt. Kontraktens formål omhandler et engageret forhold, hvor både klient og terapeut arbejder hen imod fælles fastlagte mål, ud fra det kliniske interview og screeningen. Her forklares den terapeutiske kontrakt udtrykkeligt og detaljeret for klienten. Nogle af opgaverne er de samme for både klient og terapeut, eksempelvis at overholde mødeaftaler, mens andre er forskellige og komplementære – terapeuten bidrager med viden og lover at lytte og være vidne, mens klienten fortæller ærligt om sine problemer og oplevelser. Der er tale om et *samarbejde* mellem klient og terapeut. Dette sigter bl.a. mod at undgå en gentagelse af det tab af kontrol, som kendetegner overgreb. Betingelserne i kontrakten har til formål at skabe en alliance, der fungerer. Alliansen mellem klient og terapeut udvikler sig via deres fælles indsats. Alliansen, terapeutens indfølelse evne samt samarbejde og enighed om målsætning, har ligeledes vist sig at være dokumenteret virksomme faktorer i psykoterapi (Hougaard, 2006).

Terapeutens tekniske neutralitet er ikke det samme som moralsk neutralitet. At arbejde med mennesker, der har været udsat for seksuelt misbrug, kræver en solidarisk holdning, der indebærer en forståelse af det fundamentalt uretfærdige ved, at overgrebene har fundet sted (Herman, 1995). Det kan være nødvendigt, at terapeuten italesætter og omformulerer klientens accept af behandling til at være en modig handling (ibid.). At klienten starter i terapi er tegn på styrke og ikke svaghed, samt initiativ, ikke passivitet. Således bevæger klienten sig ud af traumets 'fastfrysning'.

Første fase: Symptomlindring – at få 'arbejdsro'

I den første fase af terapien tages der udgangspunkt i symptombehandling på baggrund af de nutidige problematikker og problemstillinger, der ofte kommer til udtryk i testmaterialet, og som medfører klientens oplevelse af at befinde sig i en pinefuld tilstand. Arbejdet i denne fase af terapien har ofte flere psykoedukative og kognitive elementer. Psykoedukation inddrages for at skabe en forståelse hos klienten af, hvilke symptomer, der er forventelige efter seksuelle overgreb. Klienten opnår en større viden omkring overgrebenes skadelige natur, og der gives en fornuftig forklaring på klientens vedvarende vanskeligheder (Herman, 1995). Klienten bliver tit lettet over, at han eller hun ikke er alene, at der er andre, der har lidt noget tilsvarende. Endelig opnår klienten en oplevelse af ikke at være sindssyg; traumatiske syndromer er normale reaktioner på unormale omstændigheder. Det ses, at antallet af PTSD-symptomer falder markant inden for det første halve år af terapien (Elklit, 2002; Elklit, 2009). I arbejdet med symptombehandling får den enkelte klient således erfaring med, at det er muligt at skabe ændringer. Dette udgør et vigtigt afsæt for udviklingen af klientens oplevelse af empowerment.

En central opgave i denne fase af terapien er at skabe sikkerhed. Terapeuten bør først og fremmest sikre sig, at overgrebene er stoppet. Såfremt overgrebene stadig finder sted, er det en kilde til frygt i klientens liv, og det er ikke muligt at skabe den ro, der er nødvendig for at skabe en progredierende udvikling af klientens evne til indrestyring. Det er vigtigt, at der tilvejebringes

sikkerhed og adækvat grænsesætning i forhold til den enkelte klients omgivelser, altså i de nære relationer såsom partner, forældre eller andre. Terapeuten bør aldrig antage, at der allerede er skabt sikkerhed, men bør nøje undersøge enkelthederne i klientens nuværende familieforhold (Herman, 1995). Dette er vigtigt i visitationen og behandlingens indledende faser.

Udviklingen af sikkerhed tager endvidere afsæt i, at klienten opnår en vis grad af kontrol over kroppen. Klienterne føler sig oftest utrygge i deres krop, og oplever ligeledes ofte, at de ikke har kontrol over deres følelser og tanker. Grundet klientens traumebelastninger aktiveres klientens autonome nervesystem meget let. PTSD siges at være 'allergi overfor stress'. Klienten befinder sig i en konstant fysiologisk arousal og årvågenhed overfor sin omverden. Omsorgen for egen krop kan imidlertid være en kompliceret opgave, da det er blevet en del af selvbilledet, at se sin krop og sig selv generelt, som noget der tilhører andre. Det er sigtet, at klienten tager ejerskab over egen krop og i eksistentiel forstand 'står ved og i sig selv'. Når angsten går højt, lægges der i terapien vægt på klientens oplevelse af 'grounding', samt opmærksomhed på åndedrættets funktioner. Et dybt, roligt åndedræt er kontrainciderende på angstens sammentrækkende virkning. Øvelser i åndedræt hjælper til at skærpe klientens opmærksomhed på indre kropslige fornemmelser her og nu. Endvidere kan adfærdsterapeutiske holde-ud-teknikker anvendes, som hjælper klienten til at styre de fysiske symptomer og smerter. Herved forstærkes klientens oplevelse af kompetence.

Endelig kan man fokusere nænsomt, neutralt og ikke dømmende på klientens omsorg for grundlæggende, sundhedsmæssige behov, regulering af kropsfunktioner som søvn, spisning og motion, funktion af og kontrol over selvdestruktiv adfærd.

Overordnet set er denne del af behandlingen præget af, at terapeuten overfor klienten generaliserer og normaliserer klientens reaktioner og symptomer, spejler, klarificerer og udviser støtte og anerkendelse. Herved skabes det vigtige fundament for den efterfølgende del af terapien.

Anden fase: Indrestyring og differentiering

Særligt efter det første halve års indledende samtaler ca. én gang om ugen, ses en stor nedgang i klientens PTSD-symptomer, ligesom der sker et stort faldt i symptomer på angst og depression. Der er i højere grad kommet ro på klientens høj-reaktive nervesystem, men ofte stadig med mange tilbagefald/reaktiveringer og fortsat ofte oplevelse af usikkerhed. Omdrejningspunktet i denne fase af terapien bliver her et andet, idet arbejdet skifter til i endnu højere grad at være relationelt. Klienten har opnået overskud til at kunne være i en mere selvobserverende position, idet han eller hun ikke længere konstant er overvældet af stimuli eller opslugt af sine instinktive reaktioner. I denne fase af terapien lægges der målrettet vægt på udviklingen af klientens evne til indrestyring samt evne til differentiering. Differentiering er klientens evne til at afgrænse sig fra andre og udgør en vigtig forudsætning for evnen til indrestyring. For at kunne mærke og handle ud fra egne følelser, er

det først og fremmest vigtigt, at klienten er i stand til at skelne mellem, hvad der er andres ønsker og behov, og hvilke, der er klientens egne. Denne fase er en længerevarende, afdækkende indsigtsgivende proces og udgør fundamentet for hele terapien og en mere vedvarende personlighedsændring.

Med en metafor fra husbyggeri, kan etableringen af sikkerhed og reduktion af PTSD-symptomer sammenlignes med byggegrundens modning, dræning og kloakering, mens denne fase af terapien kan sammenlignes med støbning af fundament, sokkel og underetage.

Afsættet for udviklingen af klientens evne til indrestyring samt differentiering er baseret på arbejdet med klientens relationelle mønstre og forsvarsstrukturer. Forsvar forstås ud fra en psykodynamisk tilgang som psykiske processer, der afværger ubevidste, konfliktbetonede følelser eller tanker (Gabbard, 2005). For at begribe de senfølger og de forsvarsstrukturer, som klienten har udviklet på baggrund af overgreb i sin opvækst, er det vigtigt at forstå, hvordan klienten som barn forstod overgrebet (Lyager & Lyager, 2005). Når misbruget skjules, og barnet er overladt til sin egen bearbejdning, påvirker det hele barnets psykologiske udvikling og forholdet til andre mennesker. En måde, hvorpå klienten som barn tilskrev overgrebene mening, kunne bl.a. være at påføre sig selv skylden og dermed ansvaret for overgrebene, hvilket medfører ubærlige følelser af lavt selvværd og skam. Oplevelsen af skam er særligt kendetegnende for klienter, der har været udsat for seksuelle overgreb (Skåderud, 2001). Barnets

overfølsomhedsradar overfor andres behov kan manifestere sig i en vedvarende stræben efter at gøre andre tilpas. En anden måde, hvorpå den enkelte kan mestre og udholde fortvivlelsen og skammen, kan også være at give andre skylden (Skåderud, 2001). Et tredje forsvar mod skammen er at hævde, at man er uafhængig og usårlig. Ligeledes kan barnet under overgrebene lære at dissociere sin frygt. Dissociation forstås ud fra en psykodynamisk tilgang som et forsvar mod integration af overvældende, ekstremt ubehagelige stimuli. Dissociation er oprindeligt udløst af en oplevelse af dødsangst og omfatter en række strategier, som indebærer en automatisk adskillelse mellem følelser, adfærd og tanker. Når klienten som voksen er i situationer, der aktiverer forskellige følelsetilstande, som ligner dem, klienten var i, da overgrebene fandt sted, vil han eller hun måske dissociere. Når handling er umulig, som kamp eller flugt, kan klienten i stedet flygte mentalt ved at ændre sin bevidsthedstilstand og 'gå ud af sin krop'.

De dysfunktionelle forsvarsstrukturer forhindrer den voksne klient i at kunne indgå i sine interpersonelle relationer på adækvat vis. Det kræver, at man er i stand til at udtrykke sine følelser og tanker på en relevant måde, og ikke enten forsøge at projicere dem over på andre eller påtage sig al skylden og ansvaret. En selvbeskyttelsesstrategi af den art har altså været hensigtsmæssig på et tidligere tidspunkt i klientens liv, men er uhensigtsmæssig for den senere udvikling, særligt i henhold til klientens oplevelse af egentligt liv og livskvalitet og ligeledes i samspillet med andre mennesker (Hart, 2008). Denne forståelse udgør grundlaget for en normalisering og an-

erkendelse af klientens følelsesmæssige reaktioner på fortidens begivenheder. Samtidig tydeliggøres det, hvordan disse reaktioner kan være tilpasningshæmmende for klientens nuværende liv og situation. Det handler om, at der i det terapeutiske rum anlægges en neutral, varm og ufordømmende forståelse af klientens nu dysfunktionelle reaktionsmønstre. En atmosfære af *accept* bidrager til, at klienten lærer at acceptere og validere sig selv.

Terapeutens holdning og adfærd bidrager til at afkræfte klientens mere eller mindre ubevidste forventninger om gentagelse af samspilsmønstre i den terapeutiske relation (Jørgensen, 2006). Den gradvise indsigt i egne tanke- og handlemønstre bevirker, at klienten bliver i stand til at iagttage og reflektere over, hvad der sker inde i ham eller hende selv, uden at blive overvældet af kaotiske følelser. Oplevelsen af et indre ståsted giver klienten en større oplevelse af handlekraft, selvværd og valgmuligheder i livet. Dette udgør et vigtigt afsæt for klientens evne til at foretage indrestyrede handlinger.

Konflikt håndteringstrekanten - et redskab i arbejdet med indrestyring og differentiering

Familier, hvor der foregår seksuelle overgreb, er præget af dysfunktionelle grænser. Barnets forsøg på grænsemarkering er ikke blevet hørt, set og respekteret. At sige 'nej' i en konflikt indebærer risikoen for afvisning og adskillelse fra andre mennesker, mens dét at sige 'ja' indebærer en fare for at miste sig selv. Disse grænseproblemer bidrager til, at barnet, og senere den voksne med senfølger, ikke oplever sig selv som et differentieret, selvstændigt individ, men hele tiden har en tendens til at føle sig underlagt andres handlinger. Der forekommer ofte en grundlæggende oplevelse af at være uden egentlig indflydelse på det, der sker. I en konfliktfyldt situation kan klienten have svært ved at håndtere, at hans eller hendes holdning er forskellig fra andres, hvorfor der indtages en position som enten offer, krænker eller frelser:

Frelser

Være uundværlig
Mæglende, redde, fikse
Få følelser og problemer
til at 'gå væk'



Krænker

Angreb
Vrede/raseri
Hævde sig selv
Devaluere den anden
Hævne sig

Offer Skyld og skam, mindreværd og værdiløshed, magteløs, underposition, kan ikke gøre for...

I trekanten foregår en række magtkampe og konflikter, som ofte gør sig gældende i familier med grænseproblemer. Ingen forholder sig til sine egne følelser, men har travlt med at kaste frem og tilbage med skylden og ansvaret. I en *offerposition* vil aktøren være i en underposition i forhold til frelser- og krænkerpositionen. Offeret påtager sig skylden for alt, hvad der foregår og vender bebrejdelser og andet ind mod sig selv, og kan i den forbindelse være selvdestruktiv. Offeret idealiserer andre, der på den måde gøres til bedre end én selv. *Krænkerpositionen* er karakteriseret ved aggressiv betonet adfærd, som virker grænseoverskridende for andre, gennem vrede, raseri, trusler, fysisk og verbal vold osv. *Frelserpositionen* er karakteriseret ved venlighed, omsorg og mægheden. Denne position er i særlig grad kendetegnet ved oplevelsen af et falsk selv. Ved at gøre noget for andre (ofre) eller sig selv, opnår frelseren anerkendelse og følelsen af at blive værdsat, have betydning og værdi. Men da frelsernes mønster er baseret på, at der er nogen, som indtager offerpositionen, vil frelseren ofte i sin strategi umyndiggøre offeret, og reelt fastholde offer og krænker i deres mønster.

Den enkelte aktør veksler dynamisk mellem offer-, krænker- eller frelseradfærd. Eksempelvis kan oplevelsen af magtesløshed som offer medføre en oplevelse af vrede, hvorfor aktøren skifter til krænkerpositionen. Alle har dog ofte en dominerende rolle eller struktur, som automatisk slæbes med gennem livet. Med en bestemt struktur eller position skabes en oplevelse af forudsigelighed og dermed en vis grad af tryghed hos den enkelte aktør. Selvom det opleves

som ubehageligt, er det dog en velkendt følelse. Trekantsdramaet udspilles for at bevare relationen.

Ved at indtage en bestemt rolle i trekanten finder aktøren eller den misbrugte en måde, hvorpå ubærlige følelser udholdes (Lyager & Lyager, 2005). Ved at projicere følelserne ud i trekanten, bliver aktørerne fri for at føle og erkende svære følelser. Der er ingen virkelige løsninger, og konflikten vil givetvis ske igen. Det er først, idet klienten får øje på og tør gå i kontakt med sine hidtil ubærlige følelser, at han eller hun ikke længere vil være nødsaget til at projicere dem ud i trekanten.

Modellen er et analyseredskab i terapien, og hviler på antagelsen om, at alle mennesker i deres daglige liv på mange måder 'genspiller' de roller, som er indlært i opvækstfamilien. Det er en illustrativ måde, hvorpå klienten opnår indsigt i, hvordan egne handle- og tankemønstre i nutiden ofte relaterer sig til disse relationsmønstre fra opvæksten. Modellen er brugbar med henblik på klientens udforskning og refleksion over egen rolle i konfliktfyldte situationer, og i hvilken udstrækning han eller hun identificerer sig med de fremsatte roller.

I en differentieret position vil alle positioner så at sige være integrerede hos klienten, hvilket betyder, at klienten på fleksibel vis vil kunne forholde sig til alle tre positioner. Terapien skal give den enkelte indsigt i at hæve sig op og anskue trekanten i et 'helikopterperspektiv' og kunne 'reflektere' frem for ' reagere' i situationen. Hjælpen til klientens egen udforskning er med til at opløse rollefordelingen. Det handler

for klienten om at blive bedre til at reflektere over sin egen position, så han eller hun ikke sidder fast i de vante positioner. At træde ud af trekanten er at kunne skelne sig selv fra andre – den enkelte klient kan anskue sig selv i forhold til de relationer, han eller hun indgår i. Man er differentieret, hvis man er i stand til at stå ved egne meninger og handlinger og stadig forblive i kontakten til den anden, der har andre meninger og handlinger end én selv.

Overføring og modoverføring

I behandlingen aktiveres centrale overførings- og modoverføringsmekanismer. Klienten kan overføre en følelse af at være forrådt eller svigtet, hvorved klienten positionerer sig som offer. Således overfører klienten sit indre livsdrama i det terapeutiske rum. For terapeuten er det nærliggende at agere frelser, hvorved terapeuten suges ind i trekantens dynamik. Implicit i frelserreaktionen ligger imidlertid en nedgørende distancering til den, man forsøger at frelse – en overordnet forståelse af, at vedkommende ikke er i stand til at frelse sig selv (Lyager & Lyager, 2005). Man har fokus på klientens svagheder frem for ressourcer. Sådanne reaktioner kan derfor være meget uvirksomme for behandlingen. Det er nødvendigt, at man som terapeut er opmærksom på denne triangulering i forhold til sin egen rolle, som naturligvis vil være forskellig i forholdet til hver enkelt klient.

Klientens historie

I denne del af behandlingen er der ligeledes fokus på klientens historie om sit traume (Herman, 1995). Idet klienten fortæller sin historie, bidrager terapeuten til at

skabe en kontekst, der på én gang er kognitiv, emotionel og moralsk – terapeuten er vidne til og 'rummer' klientens historie. Det er her vigtigt, at *kontrollen* ligger hos klienten. Terapeuten hjælper klienten til at komme rundt om den traumatiske kerne, men går som udgangspunkt ikke *ind* i historien eller traumets kerne. Klientens fortælling omfatter ikke blot selve begivenheden, men også klientens reaktion på den og reaktionerne fra betydningsfulde andre i hans eller hendes liv. Terapeuten spejler og normaliserer klientens reaktioner, gør det lettere at sætte navn på tingene og tilbyder begreber. Dét, at fortælle sin historie i en beskyttet relation, skaber en vigtig forandring i bearbejdningen af traumat. I denne rekonstruktionsproces gennemgår traumehistorien ganske vist en forvandling, men kun i den forstand at den bliver mere nærværende og mere virkelig, så det er muligt at integrere den i klientens livshistorie. Traumat verbaliseres, bearbejdes og accepteres.

I denne del af terapien er sikkerhed fortsat et centralt tema. Klientens samspil med terapeuten er her yderst vigtig, og der er særligt fokus på klientens angstniveau. Oplever klienten et højt angstniveau justeres interventionerne, hvorfor der i terapien sker mindre skridt. Via sit eget følelsesmæssige nærvær sikrer terapeuten, at behandlingssituationen forbliver en sikker base, hvor det er muligt at oparbejde tillid til kontakt og ideelt set til afstemt følelsesmæssig udvikling, realitetstestning, empowerment og integration.

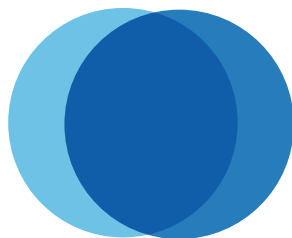
Tredje fase: Nyorientering og stabilisering

Tredje fase af terapien kan kaldes en nyorientering

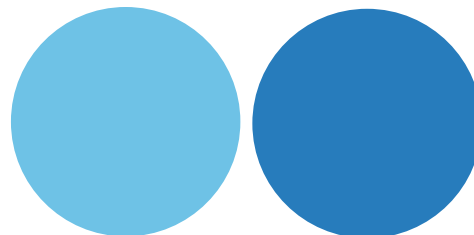
og stabilisering af nye, mere ægte, ikke-dissocierede måder at være i verden på, inklusiv nye måder at forholde sig til sig selv og andre på. Klienten erkender her det fulde omfang af at have været offer og forstår på et både mere overordnet og dybere plan, hvilken betydning overgrebene har haft. I terapien sigtes der efter at skabe en forståelse og 'containment' hos klienten af denne erkendelse. Det er vigtigt, at der samtidig skabes empati og en omsorg for sig selv hos klienten. Her arbejdes der på at styrke klientens selvrespekt. Efterhånden som klienten bliver klar over de sider af sig selv, der blev skabt af det traumatiske miljø og 'giver slip' på dem, får klienten også lettere ved at tilgive sig selv (ibid.). At kunne foretage indrestyrede valg giver klienten en større oplevelse af selvverd og

bidrager til at reducere oplevelsen af skam (Lyager & Lyager, 2005). Herved reduceres klientens skyldfølelse og selvinvalidering. Hvor klienten tidligere har kæmpet med oplevelsen af et fragmenteret selvbillede, er der i denne del af terapien tale om en gradvis genindlemmelse af selvet – en form for 're-membering'.

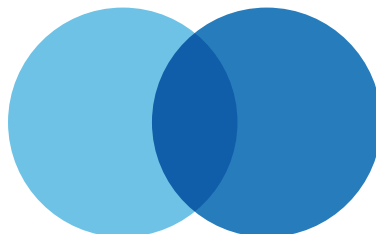
I denne fase af terapien føler klienten sig ikke længere besat af sin traumatiske fortid, men har derimod 'overtaget sig selv'. Klienten er i højere grad i stand til at agere ud fra egne sansninger og behov og præsentere sin virkelighed overfor andre. En måde at illustrere dette overfor klienten på er brugen af 'virkelighedsboblerne', der er en praktisk anvendelig model i terapien:



Symbiose



Isolation



Fælles virkelighed

Når man indoptager den andens virkelighed, mister man 'taget' på sig selv, mens isolering indebærer en afstandtagen fra andres virkelighed. Modellen bidrager til at give klienten en indsigt i, hvordan han eller hun kan undersøge og legitimere egne behov, uden enten at gøre sig selv eller andre forkerte (Lyager & Lyager, 2005). Klienten er i denne del af terapien i højere grad i stand til at forholde sig nysgerrig overfor andres virkelighedsforståelse, uden at blive 'opsaget' af eller 'afvise' den.

I denne fase af terapien er det vigtigt at trække på de sider af klienten selv, som han eller hun sætter størst pris på. Her koncentrerer behandlingsarbejdet sig ofte om at udvikle ønsker til fremtiden og fremme sunde initiativer samt strategier for 'tilbagefald'. Det terapeutiske miljø udgør stadig et beskyttet rum, hvori klienten har mulighed for at tale om og i tankerne afprøve fremtidige ønsker og drømme, men hvor terapeuten er lidt mere 'tilbagetrukket' i sin neutralitet og tilstedeværen.

Klienten kan i denne del af terapien få øje på nogle kilder til fortsat socialt pres, der medfører en oplevelse af at befinde sig i en nutidig offer- eller krænkerrolle. I denne fase ønsker klienten måske at konfrontere andre (Herman, 1995). Klienten rådes dog kun til dette efter meget nøje gennemarbejdning af og stillingstagen til mulige konsekvenser af konfrontationen, f.eks. i samarbejde med terapeuten. Der eksisterer mange splittede familier på baggrund af for tidligt gennemførte konfrontationer.

Fjerde fase: Afsked med terapiforløbet

I fjerde fase af terapien arbejdes der med at tage afsked med terapiforløbet. Der kan opstå kortere eller længerevarende perioder, hvor nogle af de oprindelige symptomer dukker op igen, pga. tilstødende livsbegivenheder eller kriser. Ved afslutningen af terapien er klienten således bevidst om, at posttraumatiske symptomer er tilbøjelige til at dukke op igen under stress. Helingsprocessen og de ændringer, klienten har foretaget i terapiforløbet, bibringer imidlertid en fornyet sikkerhed og tiltro til, at kunne 'stå på egne ben', samt tillid til at kunne opsøge hjælp, hvis der opstår behov for det. Klienten opfattes – på linje med den udviklingsmæssige røde tråd, der ofte er i behandlingen – som forældre opfatter et barn, der flytter hjemmefra, som i princippet kan klare sig selv, men som man fortsat interesserer sig for, og som stadig kan have behov for hjælp og støtte (Kåver & Nilsonne, 2004). Terapien afsluttes med en i teorien 'åben dør', hvor klienten har vished om, at han eller hun ved behov vil være velkommen igen.

Tre cases

Som en måde at illustrere diversiteten af senfølgeproblematikker hos klienter i ICF, vil tre forskellige cases blive præsenteret. I behandlingen ved ICF anskes klientens senfølgeproblematik i forhold til hans eller hendes personlighedsstruktur⁴. Traumatisering gennem seksuelt misbrug har forskellige konsekvenser for personlighedsudviklingen. Den traumatiske relation bliver efterhånden integreret i det psykiske system, og for den voksne er misbruget i barndommen, ligesom alle andre hændelser, blevet en del af en kompliceret psykisk struktur. En fokuseret vurdering gør det muligt at identificere, hvilke specifikke sårbarheder og forsvarsstrukturer, der volder klienten problemer. De forskellige måder, hvorpå personer med forskellige personlighedsstrukturer er i verden, fordrer forskellige terapeutiske grundinterventioner og opmærksomhedspunkter (Millon, 1997).

De følgende cases er fiktive, men sammenfatter mange af de problemstillinger, der ses i behandlingen ved ICF. Det er et forsøg på at tydeliggøre den kompleksitet, der er gældende i udredning, behandling og rehabilitering af mennesker med senfølger efter seksuelle overgreb under opvæksten. Den behandlingskrævende situation kræver en tilrettelagt og specialiseret behandling, der tilgodeser den enkeltes specifikke situation og behov.

1

Jonna

37 år.

Ny-sygemeldt fra arbejdet.

Bor i Odense midtby.

Er gift og har to børn på 7 og 2 år.

2

Sofie

28 år.

Bor i Vollsmose, Odense NØ.

Ingen børn.

Har en kæreste.

3

Peter

37 år.

Bor i Svendborg.

Er gift og har to børn.

⁴ Begrebet personlighedsstruktur anvendes som samlebetegnelse for de varige – som regel livsvarige – træk, som karakteriserer en person, og som gør hans eller hendes handlinger og reaktioner typiske og i en vis grad forudsigelige (Jørgensen, 2006). Begrebet anvendes ud fra en psykodynamisk tilgang med fokus på personlighedsstrukturen som udvikles i samspil og dialog med betydningsfulde andre.

1 Jonna

37 år.

Ny-sygemeldt fra arbejdet.

Bor i Odense midtby.

Er gift og har to børn på 7 og 2 år.

Jonna henvender sig til ICF på opfordring fra praktiserende læge. Hun får hele tiden billeder ind på nethinden af ubehagelige oplevelser fra barndommen. Hun fik for nogen tid siden et kollaps på sit arbejde i en bank, efter længere tid med en del travlhed, pga. omstruktureringer på arbejdspladsen. Jonna blev undersøgt somatisk på et sygehus, hvor man ikke fandt nogen fysisk årsag til kollaps. Hun er nu sygemeldt fra sit job, idet Jonna oplever massive søvnforstyrrelser, ubehag ved at være sammen med mange mennesker og tiltagende oplevelse af panik i forbindelse med at skulle af sted på arbejde om morgenen.

Jonna er et meget pligttopfyldende menneske og fortæller, at det har været belastende for hende, når hun ikke har kunnet nå det, hun skulle på arbejdet, eller hvis der har været optræk til konflikter blandt kolleger. Efter sygemeldingen er Jonna begyndt at få mere voldsomme drømme og mareridt (far står for enden af sengen). Det er blevet vanskeligere for Jonna at handle ind, hun får ubehag i kroppen, er anspændt og tror, hun skal besvime. Når børnene græder eller er krævende, bliver Jonna meget opfarende. Hun fortæller om hukommelses- og koncentrationsproblemer, hvilket giver vanskeligheder i forholdet til manden. Jonna kan pludselig ikke koncentrere sig om det, hun er i gang med, f.eks. når hun er sammen med børnene. Hun er nedtrykt, ulykkelig og spekulerer på, om hun er ved at blive sindssyg, og hun er begyndt at miste troen på, at det kan blive bedre.

Jonna husker sin omsorgsfulde mormor, der tit udgjorde et fristed, når hendes mor var dårlig. Jonna husker også sin kærlige farfar, der fra 3-års alderen har kælet for hendes kønsdele; han sagde altid, at det gjorde han, fordi han elskede hende så højt. Far tungekysede og berørte også Jonna med seksuelle undertoner, når han var hjemme, og han rejste ofte pga. sit arbejde. Mor var noget fraværende, lå ofte i sengen, var fysisk svag. På trods af alt dette, havde Jonna ingen problemer med det faglige i skolen: hun var en mønsterelev, men havde kun få veninder og følte sig ensom.

1

Jonnas score i MCMI-III:⁵

Millon Clinical Multiaxial Inventory - III

ID nummer 223

P. kode **.*/**//

S. kode **.*/**//

Ambulant eller > 4 uger

Kategori		Score		Score					
		Rå	BR	0	60	75	85	115	
Modificerende indexer	X	78	51						Åbenhed
	Y	15	70						Social ønskværdighed
	Z	8	59						Selvforringende
	1	7	62						Skizoid
	2A	5	42						Ængstelig, undvigende
Kliniske personligheds- mønstre	2B	5	32						Depressiv
	3	8	53						Dependent
	4	9	42						Histrionisk
	5	10	55						Narcissistisk
	6A	4	48						Antisocial
	6B	3	36						Agressiv (saditisk)
	7	23	80						Tvangspræget
	8A	4	27						Passiv-agressiv
	8B	3	35						Masokistisk
	Svær personlig- hedspatologi	S	0	0					
C		0	0						Borderline
P		6	63						Paranoid
Kliniske sygdomme	A	8	78						Angst
	H	5	43						Somatoform
	N	0	0						Bipolar: Hypomani
	D	8	53						Dystymi
	B	4	62						Alkoholafhængighed
	T	2	60						Stof- og medicinafh.
	R	11	68						PTSD
Svære kliniske sygdomme	SS	5	43						Kaotisk tænkning
	CC	8	60						Svær depression
	PP	0	0						vrangforestillinger

⁵ Eftersom der er tale om en fiktiv score i MCMI-profilen, fremstår denne en anelse forenklet. Ikke desto mindre er det for at tydeliggøre princippet bag brugen af MCMI-III i screeningsforløbet og betydningen heraf for tilrettelæggelsen af behandlingen.

Af casen fremgår det, at Jonna lider af en PTSD problematik (den høje angst og den kaotiske tænkning på MCMI-profilen), idet hun udviser tydelige tegn på plagsomme erindringer og forøget vagtsomhed. Dette efterlader hende med en følelse af ikke længere at kunne kende sig selv samt angst for at miste kontrollen. Det første omdrejningspunkt i terapien vil være at arbejde med Jonnas PTSD-symptomer⁶, hvorefter man i terapiens anden fase kan arbejde nærmere med hendes relationelle mønstre og forsvarsstrukturer.

Jonnas personlighedsstruktur er kendetegnet ved overvejende tvangsprægede personlighedstræk. Personer med denne struktur har meget høje standarder til sig selv og andre, et øget behov for at have kontrol over tingene, og behov for perfektionisme i det daglige arbejde (Millon, 1997). Jonna udtrykker ligeledes en overordnet offerstruktur – hun indordner sig i overvejende grad efter andres behov. Hun retter sig ind efter relationen og undertrykker egne følelser. Idet tingene går galt, tilskriver Jonna sig selv fejlene. I terapien vil grundinterventionen være rettet mod at opbløde den rigiditet og skyld/selvkritik, som kan dække over skammen, der kommer til udtryk i Jonnas forsvarsstruktur. Der arbejdes med hendes angst for kontroltab og for at lave fejl. Terapeuten vil i samarbejde med Jonna undersøge de relationsmønstre og forsvarsstrukturer, der kommer til udtryk i terapien. Jonna overfører måske en forståelse af terapeuten som den 'kritiske forælder', hvilket terapeuten hjælper Jonna med at undersøge og afkræfte. Perfektion og den absolutte kontrol skal accepteres som værende urealistiske mål, og mere realistiske og mindre frustrerende standarder kan herefter

integreres i behandlingen. Den konstante angst for ikke at slå til, kan derved begynde at aftage gradvist, som terapien skrider frem.

Idet Jonna oplever terapeutens støtte og dennes øgede tiltro til Jonna, vil hun tage afstand til sine defensive forsvarsmønstre og opdage, at hun fungerer mere effektivt uden denne beskyttende facade (Millon, 1997). I behandlingen vil det løbende være relevant at benytte mindfulnessøvelser med henblik på at lære Jonna at regulere sit overaktive nervesystem, at slappe af og være til stede i nuet. Dette bidrager til at modulere underliggende spændinger. Det er ligeledes centralt, at Jonna bliver i stand til at identificere og rumme primære, negative følelser via 'holde-ud' strategier, frem for at fortrænge disse. Det gør det muligt for Jonna at bruge sine følelser uden at blive overvældet af dem. Dette bidrager til, at Jonna lærer at stole på egne følelser og ikke tvinges til at underkaste sig andres bedømmelser og vurderinger. Således vil Jonna for fremtiden ideelt set kunne udtrykke sine følelser på en relevant måde og handle i overensstemmelse med sine egne følelser, frem for at tage skylden på sig eller i højere grad handle 'perfekt' ud fra sociale konventioner. Da Jonna i en stor del af sit liv har haft svært ved at lytte til sig selv og i højere grad har været fokuseret på andre menneskers behov, vil hun ikke have haft megen god positiv erfaring med at foretage indrestyrede handlinger. Idet Jonna gradvist bliver i stand til at rumme egne følelser og handle ud fra egne ønsker og behov, vil hun i højere grad opleve, at hun har indflydelse på og kontrol over sit eget liv, og ikke i så høj grad er underlagt andres meninger og holdninger.

6 Jonnas PTSD problematik fremgår i særlig grad af hendes høje HTQ-score, der er mere præcis i målingen af PTSD-symptomer end MCMI-III.

② Sofie

28 år.

Bor i Vollsmose, Odense NØ.

Ingen børn.

Har en kæreste.

Sofie er henvist fra jobcentret i sin kommune, efter at sagsbehandleren har ringet til ICF for at aftale tid. Sofie har for nogen tid siden nævnt for sin sagsbehandler, at der er et anstrengt forhold til hendes forældre, da især 'far har haft svært ved at holde fingrene for sig selv', både aktuelt og under hendes opvækst. Sofie har været inde og ude af forskellige uddannelses tiltag og jobtilbud, men er hver gang blevet sygemeldt, dels pga. massive sociale og psykiske problemer, og dels forskellige fysiske problemer. Sofie oplever sig misforstået og afvist, idet den nye sagsbehandler stiller krav til, at Sofie skal i aktivering. Sofie synes, at hendes sagsbehandler er nedladende og respektløs, hvilket Sofie oplever tit i forhold til andre mennesker. Dette bliver for Sofie en bekræftelse på, hvor lidt ret hun selv har til at eksistere.

Sofie bor pt. alene på et klubværelse, og forældrene bor også i Odense. Sofie skærer nogle gange i sig selv, f.eks. når hendes kæreste bare lader hende være alene hjemme. Hun føler sig i det hele taget værdiløs, og hun har altid fået at vide, at hun var forkert, af både far og mor.

Sofie fortæller, at hun og faderen tit har haft seksuelt samvær, fra hun var 5-12 år. Far truede med, at hun og hendes lillebror ville komme på børnehjem, hvis hun sagde noget om det til nogen. Moderen var pædagog, arbejdede som aften- og nattevagt på en døgninstitution. Krænkelserne foregik, når mor var på arbejde, og Sofie tog mod til sig og fortalte om det som 9-årig, fordi far også var begyndt at gøre slemme ting ved hendes lillebror, men moderen troede ikke på hende. Hendes mor var nogle gange sød og kærlig, andre gange afvisende. Forældrene skændtes og slogedes ofte.

Sofie undlader nu som voksen ofte med vilje at spise, eksempelvis hver gang hun har snakket med sin mor, og mor har været sur. Sofie tænker, 'at så kan hun lære det', og forhåbentligt får mor så øje på, hvor dårligt Sofie har det. Sofie føler sig også alt for tyk. På trods af konflikterne kan Sofie ikke lade være med at opsøge sin mor, når der er gået en dag eller to, siden de har talt sammen.

Sofie oplever et stærkt svingende humør og betydelig usikkerhed i oplevelsen af sig selv. Ud fra casen fremgår det, at Sofie har en følelsesmæssigt ustabil personlighedsstruktur. Denne struktur er kendetegnet ved problemer i evnen til affektregulering i de intense relationer, personen indgår i. Man har svært ved at være alene, samtidig med at man ikke kan klare, at andre mennesker kommer for tæt på (Millon, 1997). Sofie har et massivt behov for andres støtte, opmuntring og anerkendelse, samtidig med at hendes relationer til andre er præget af en grundlæggende mangel på tillid. Hun ønsker betingelsesløs hengivenhed fra andre, samtidig med at hun er hypersensitiv overfor de mindste tegn på forestående svigt. Sofies forsvarsstruktur bærer præg af splitting, hvor hun skiftevis idealiserer og devaluerer andre. Sofie ser sig selv som skrøbelig og forkert og er rædselsslagen for at blive ladet alene. Hun er afhængig af en fysisk nærhed med en 'redder', der forventes at løse hendes krise.

Med henvisning til konflikthåndteringsstrekanten pendler Sofie mellem offer- og krænkertræk. I overensstemmelse med en krænkerposition har Sofie svært ved at udholde psykisk smerte, har rigide mestringsstrategier/få strategier, og oplever derfor trang til at udagere smerte. Samtidig befinder Sofie sig i en tydelig offerposition, hvor hun ønsker sig, at andre tager ansvar for hende og konstant er til stede med bekræftelse. Således udviser Sofie et forsvar præget af klyngende, idealiserende og/eller distancerende adfærd.

I terapien er det vigtigt at bremse Sofies forsøg på at få terapeuten til at afvise, så antagelsen om at andre svigter, opfyldes. Det er vigtigt med klare, tydelige fysiske rammer og aftaler om stabilt fremmøde osv., hvilket bidrager til at skabe struktur og kontinuitet. Det er helt centralt, at der i terapien fokuseres på en stabilisering af Sofies adfærd, der i sig selv kan facilitere hendes oplevelse af at have en stabil identitet (Jørgensen, 2006). Et særligt omdrejningspunkt vil være at styrke Sofies evne til affektregulering, da hendes følelsesmæssige reaktioner fremstår som meget kraftige og overvældende. Dette fører til, at Sofie tyer til dysfunktionel adfærd såsom at sulte sig selv eller skære i sig selv. Fortrængning af negative følelser kan udløse sekundære følelsesmæssige reaktioner såsom skam, skyld og vrede, der forringer Sofies selvopfattelse. En øget evne til affektregulering bidrager til, at affekter ikke opleves som uorganiserede og forhindrer en dysfunktionel 'acting out' adfærd.

Der sigtes efter, at Sofie udvikler konkrete færdigheder, som er nødvendige for, at hun kan agere mere adaptivt under pres og i interpersonelle relationer. Dette faciliteres bl.a. via færdighedstræning i at tolerere frustration (holde-ud-strategier), eksempelvis ved at Sofie lærer at guide sin opmærksomhed fra negative til positive oplevelser. Dette bidrager til, at hun i højere grad oplever sig selv som mere indrestrykt og kompetent til at have indflydelse på eget liv.

3 Peter

37 år.

Bor i Svendborg.

Er gift og har to børn.

Peter kommer i følgeskab med sin kone til anonym rådgivning på alkoholambulatoriet. Peter har igennem længere tid udviklet et stort alkoholforbrug, der forleden resulterede i, at Peter var vågnet i sin seng efter en bytur med venner fra arbejdet uden at kunne huske, hvordan han var kommet hjem. Han husker ikke at have kørt bilen i garagen, ej heller at han havde skændtes med sin kone og slået hende hårdt på siden af hovedet: hvilket aldrig før var sket i deres 10 år lange samliv. Peter er meget skamfuld over det, der skete, og er rystet over sin egen mangel på kontrol.

Peter har altid været en stille, genert fyr, men vellidt fordi han altid har været god for, til hver en tid, at give sine venner en hjælpende hånd. Han er uddannet it-programmør og ansat som leder i en mellemstor software virksomhed, der dog pga. finanskrisen er begyndt at afskedige medarbejdere. Peter har meget travlt i det daglige, både på arbejdet, hvor de skal løbe stærkere for at følge med, men også privat hvor to drengebørn på 5 og 9 år kræver stadig mere opmærksomhed fra deres far. Peter oplever også vanskeligheder i samlivet med sin kone, da han egentligt altid har haft lidt potensproblemer. Det har kunnet hjælpe lidt på potensen, når han har drukket lidt alkohol, ligesom alkoholen også har været med til at dæmpe noget af den uro og det dårlige humør, som Peter i lang tid har lidt af. Alkoholindtaget er med tiden blevet hyppigere og større og er nu ved at tage magten fra ham.

Peter fortæller, at det er pinligt for ham at erkende, hvad han er ved at udvikle sig til og kommer i tanke om en lignende pinlighed, det var som 10-årig dreng at blive afsløret på toilettet af en kammerat, sammen med den voksne spejderleder Hans, hvor både Hans og Peter stod med bukserne nede om hælene.

Peters alkoholmisbrug bliver en måde, hvorpå han håndterer sine svære følelser, ved at udslette en voksende følelse af hjælpeløshed, utilstrækkelighed og angst. I behandlingen af Peter er det således først og fremmest vigtigt, at hans alkoholmisbrug adresseres og behandles, inden et samtaleforløb går i gang hos ICF. Et fortsat misbrug vil besværliggøre kravene om et kontinuerligt fremmøde, og det vil ikke være muligt at gennemføre terapien, hvis han møder påvirket op.

Overordnet set udviser Peter en personlighedsstruktur kendetegnet ved et ængsteligt/undvigende mønster. Hans relationsstil er kendetegnet ved en tilbagetrækkende position, hvor han har en ængstelig forventning om kritik eller afvisning fra andre. Personer med denne personlighedsstruktur flygter eller trækker sig – de har svært ved at konfrontere svære følelser, og udvikler derfor undgående forsvarsstrategier (Millon, 1997). Det ses ofte, at mænd, som har været udsat for overgreb, udvikler undgående mestringsstrategier (Lyager & Lyager, 2005). Man ser ligeledes ofte, at mænd i højere grad undgår at komme i kontakt med den sorg, seksuelle overgreb medfører.

Man kan tilføje, at Peter befinder sig i offerposition. Peter udviser en øget vagtsomhed i forhold til andre, hvilket kendetegner en offerstruktur – personer med denne struktur har som sagt mere fokus på andres behov frem for sine egne. Ifølge Lyager & Lyager (2005) er det særligt kendetegnende for mænd, at de forsøger at skærme sig mod de følelser fra overgrebene, der truer dem i at føle sig som mænd, såsom følelsen af sårbarhed og passivitet. Dette kan medføre,

at mænd måske i endnu højere grad end kvinder oplever sig isolerede og afsondrede fra andre. Hertil kommer, at mænd i mindre udstrækning end kvinder er vant til at snakke intimt om sig selv. Følelsen af ydmygelse og tingsliggørelse er dog mindst lige så stærk for kvinder.

Mænd kan ligeledes kæmpe med en pinefuld forvirring af oftest at være blevet misbrugt af mænd (Lyager & Lyager, 2005). De har ofte tidligt lært, at seksualitet almindeligvis foregår mellem personer af modsat køn. Mænd kan derfor lide af plagsomme oplevelser af, at der må være noget ved dem, der drager mænd. Samtidig fastholder det mænd i en følelse af isolation, 'anderledeshed' og skam. I behandlingen af Peter kan det bl.a. være relevant at fokusere på kulturens kodeks for maskulinitet, med henblik på at dæmme op for den kønsspecifikke skam.

I terapien vil grundinterventionen være rettet mod at reducere Peters forventning om smerte og nederlag. Med terapeuten som forbillede, der løbende anerkender og validerer Peters følelser og tanker, vil Peter gradvist blive i stand til i højere grad at anerkende sig selv. Dette modvirker hans oplevelse af sig selv som et offer og behovet for at bekæmpe enhver følelse af hjælpeløshed og sårbarhed. Terapeutens støttende holdning og adfærd vil bidrage til at reducere Peters forventning om smerte og nederlag i interpersonelle relationer. Når Peter erkender, at årsagen til hans psykiske problemer ligger i et opvækstmiljø præget af overgreb, er han ikke længere tvunget til at give sig selv skylden for dem. Dette udgør et vigtigt fundament for Peters tillid til sig selv og til at kunne foretage indrestyrede handlinger.

Gruppebehandling

I ICF er der, efter særskilt visitation og terapeutisk vurdering, mulighed for gruppeterapi. Gruppeterapi kan være særligt betydningsfuld i behandlingen af senfølger. Der skabes en almengørelse og gyldiggørelse af de følelsesmæssige reaktioner og processer i den enkelte klient/gruppedeltager. Gruppen bidrager til at bryde tabuet omkring seksuelle overgreb og

modvirke den oplevelse af fremmedgørelse, ensomhed og skam som flere klienter ofte føler. Der sker en form for kollektiv myndiggørelse af den enkelte klient, idet gruppens medlemmer henvender sig til hinanden som ligeværdige. Når gruppen udvikler sammenhold og nærhed, igangsættes en kompleks spejlingsproces. Den overbærenhed og medfølelse,

Eksempler på regler for gruppeterapi i Incest Center Fyn

- Gruppen mødes hver XXdag fra kl. XX –XX undtagen helligdage. Ophør i gruppen annonceres mindst fire gange før.
- Alle gruppemedlemmer får samme mængde tid (20 min.) hver uge.
- Gruppemedlemmerne beder hinanden om at overholde tiden for hinanden.
- De enkelte gruppemedlemmer vælger selv, hvad de vil tale om i deres 20 minutter.
- Hvis et gruppemedlem – i sin tildelte tid – ønsker at få feedback fra andre end terapeuten, skal hun/han anmode direkte om at få det.
- Hvis et gruppemedlem ønsker at give feedback til et andet gruppemedlem – i dennes tildelte tid – skal hun/han anmode direkte om tilladelse til det.
- Alle har ret til at sige nej til hvad som helst i gruppen.
- Det er tilladt at gå ud fra grupperummet på et hvilket som helst tidspunkt. Gruppemedlemmet banker på, før hun/han kommer ind igen.
- Der er tavshedspligt om alt, hvad der foregår i gruppen (dette gælder såvel deltagernes identitet som personlige historier).
- Ingen seksualitet mellem gruppemedlemmerne må forekomme.
- Ved fravær skal der altid meldes afbud til en af terapeuterne.
- I forbindelse med gruppeterapien skal gruppemedlemmerne være sammen 50 min. uden terapeuterne.

der udvises overfor de andre begynder at falde tilbage på klienten selv (Herman, 1995). Terapeuterne i ICF har igennem en toårig periode fået fast supervision ved Eva Hildebrand. Det er med afsæt i dette supervisionsforløb at arbejdet med gruppebehandling har taget sin nuværende form.

Gruppeterapien tager ligesom den individuelle terapi udgangspunkt i her-og-nu problemstillinger. Selve overgrebene vælger klienten ofte først efter en længere tillidsskabende periode at tage op. En gruppe på syv personer er erfaringsmæssigt den optimale størrelse for terapigrupper i ICF. Sessionerne finder sted en gang ugentligt, hvor alle deltagere får samme mængde tid på 20 minutter. Når alle har lige meget tid, behøver ingen at bruge ressourcer på at kæmpe med andre gruppemedlemmer om opmærksomhed eller på at ville frelse nogen – f.eks. ved at give dem 'sin tid'. Deltagerne vælger selv, hvad de vil tale om i deres 20 minutter, hvilket bidrager til deltagerens oplevelse af indrestyring. Terapien er individuel i gruppen, dvs. at der er fokus på den enkelte og dennes samspil med omverden i forhold til gruppen og terapeuterne, men ikke så meget fokus på gruppeprocesserne. Den enkelte klient vælger sin egen primær-terapeut (en ud af to) fra gang til gang. Ved at primær-terapeuten spørger ind til refleksionerne bag dét, klienten gerne vil tale om, faciliteres klientens oplevelse af at kunne foretage indrestyrede valg. Endvidere sigtes der efter at skabe kontinuitet i terapien ved at følge op på tidligere sessioner, og hvad klienten har bragt op i forbindelse hermed. Der trækkes desuden tråde til psykoedukative indslag, der med tiden har været

fra terapeuterne. Dette bidrager til, at klienten oplever kontinuitet inde i sig selv.

I rammerne for gruppen samt i terapien lægges der vægt på tydelige grænser og gennemsigtighed i 'dagsordenen'. Klienten kan også have glæde af feedback fra andre gruppedeltagere. Et gruppemedlem kan i sin tildelte tid anmode om feedback fra andre end terapeuten, ligesom enhver gruppedeltager skal bede om lov hos klienten til at give feedback. Det terapeutiske i disse regler ligger ikke alene i at mærke egne behov for feedback, men lige så meget i at kunne sige nej til en tilbudt feedback. Klienten tænker således i grænsesætning og i at *blive sig selv* i kontakten med den anden. Disse regler giver hermed plads til vigtige indrestyrede overvejelser og valg (Lyager & Lyager, 2005).

Der indgår to terapeuter i hvert gruppeforløb, med henblik på at håndtere overførings- og modoverføringsfænomener bedst muligt. Terapeuterne kan anvende *generaliseringer* for at metaspejle det, der sker i den individuelle terapi. Det gør det muligt løbende at vurdere, hvorvidt der er noget alment og generelt i det, den enkelte bringer op. Det er terapeuternes opgave at sikre, at alle deltagere bliver hørt, og terapeuterne udgør et eksempel til efterfølgelse med hensyn til at lytte, også uden nødvendigvis at skulle agere. I forbindelse med terapien skal deltagerne være sammen i sammenlagt 50 min. uden terapeuterne (1. pause i 20 min., 2. pause i 30 min.). Herved træner klienterne deres evne til at indgå i interpersonelle relationer; øver sig i at 'small talke'.

At arbejde med seksuelle overgreb

Det er ICF's erfaring, at det generelt er yderst afgørende med regelmæssig, god supervision med henblik på at optimere arbejdet med seksuelt misbrugte bedst muligt, da disse udgør en særligt sårbar klientgruppe. Ofte vil der være tale om et massivt følelsespres, der gør sig gældende i forbindelse med terapien, idet klienterne forståeligt har svært ved at rumme deres egen fortvivlelse og eftervirkningerne af de grusomheder, de er blevet udsat for som børn. I starten af terapien vil dette ofte projiceres over i terapeuten, og det er således helt afgørende, at man som terapeut bliver bevidst om, hvilke dele af de følelser/stemninger man som terapeut oplever, der er klienternes, og hvilke der er terapeutens egne. Som tidligere nævnt vil dette arbejde med overføring og modoverføring kunne bibringe en vigtig information til terapeuten om, hvordan klienten har det lige nu. De følelser, der overføres, eller som terapeuten 'overtager', er dog ofte diffuse, svære at verbalisere og derfor vanskelige at opdage, da der ofte er tale om 'skammens stemmer' og er derved per definition primær proces materiale⁷. Da terapeuten kan indoptage sådanne overføringer helt ubevidst, er det nødvendigt med supervision med henblik på at kunne adskille egne tanker, følelser og handlinger fra klientens tanker, følelser og handlinger. Hvis terapeuten kan erkende og håndtere de følelser og reaktioner, der opstår i ham eller hende, vil terapeuten kunne anvende det

konstruktivt i forståelse, spejling og proces til at intervenere i bearbejdning af klientens problemer.

En regelmæssig, god supervision sikrer dialog og refleksion omkring svære klientforløb og faciliterer ligeledes terapeutens personlige og faglige udvikling. Terapeuten er sit eget redskab.

At arbejde med mennesker, der har været udsat for seksuelle overgreb, kan således være fagligt og personligt krævende sager. En effektiv terapeutisk adfærd forudsætter kollegial støtte, og generelt er det særligt afgørende med forstærkende omgivelser, der bakker terapeuten op i sin tilgang i det daglige arbejde, kollegialt som ledelsesmæssigt.

⁷ Begrebet anvendes ud fra Freuds teori om primær- og sekundærprocesser. Hvor førstnævnte er ubevidste psykiske processer, der fungerer efter lystprincippet, så er sidstnævnte psykiske processer rationelle, logiske og forankret i den sociale realitet.

Incest Center Fyn i et fremadrettet perspektiv

Det specialiserede, målrettede behandlingsforløb har kun relativt få år på bagen i ICF. I begyndelsen var det terapeutiske arbejde lidt famlende i forhold til form, tilrettelæggelse af screening og lignende – hvilket må ses i lyset af, at specialiseret behandling af senfølger efter seksuelle overgreb var et ret ubeskrevet område i Danmark. Der var begrænset systematisk erfaring omkring behandlingsarbejdet med denne gruppe, ud over at gruppen i behandlerkredse havde ry for at være 'tung og præget af f.eks. ustabilitet i fremmøde'. De tydelige, faste rammer i kombination med et helhedssyn på den enkelte klients historie og problematik vurderes således at have været afgørende for behandlingseffekten, og den specialiserede behandlingsindsats er således løbende blevet systematiseret og mere målrettet i takt med centrets udvikling og voksende klientskare.

I et bagudskuende perspektiv havde det været relevant, om man i ICF havde kunnet udarbejde prospektive, longitudinelle undersøgelser. Dette ville have gjort det muligt at undersøge effekten af terapien i et længerevarende perspektiv, end det indtil nu har været tilfældet, og det kunne have givet vigtig information omkring klienternes fortsatte bedringsproces og måske om eventuelle tilbagefald. Det er dog erfaringen, at få henvender sig med ønske om genoptaget behandling senere i livet.

Overordnet set er det en stor forhåbning, at der i fremtiden vil indfinde sig en større økonomisk stabilitet omkring driften af ICF, eftersom centret igennem hele sin eksistens har været præget af en økonomisk ustabilitet i tilførslen i midler fra år til år. En kontinuerlig økonomisk drift er vigtig for at skabe kontinuitet i personalenormering og dermed skabe de mest optimale behandlingsresultater, der sikrer og bidrager til at give disse mennesker, der har været udsat for svigt i deres barndom, en oprejsning i deres liv.

Som det også fremgår af denne publikation, er behandlingen af senfølger en længerevarende behandlingsproces, der kræver stabile rammer.

Det er planen, at voksne i hele Region Syddanmark skal kunne henvende sig til ICF med henblik på behandling af senfølger efter seksuelle overgreb. Fra januar 2013 skal ICF fremover dække Region Syddanmark og ikke kun det tidligere Fyns Amt – et arbejde, der skal udføres for relativt få midler. Det er i forvejen en kendsgerning, at en stor geografisk afstand afholder den seksuelt misbrugte fra at opsøge hjælp. Flere af klienterne er på overførselsindkomst og har lidelser som eks. angst, der gør det sværere for dem at transportere sig. Ofte er det således ikke

afstanden per se, men kombinationen af deres dårlige psykiske funktionsmåde og lave indkomst, der besværliggør en længere rejse. Det er derfor centrets håb, at der i nær fremtid vil være økonomisk kapacitet til at danne en satellit fra ICF placeret tættere på klienterne rent geografisk.

Et stort ønske hos ICF er endvidere at kunne skabe kapacitet til, at kunne tilbyde støttende foranstaltninger inden den egentlige behandling går i gang. Det skyldes, at der på nuværende tidspunkt er tale om uhensigtsmæssigt lange ventetider på behandlingen. En optimal ventetid anses for at være max. 2 måneder.

Med over 10 års eksistens er ICF solidt funderet som specialiseret behandlingssted. Det er ICF's forhåbning at kunne fortsætte som fremtidig samarbejdspartner og aktør nationalt i forhold til fortsat indsamling og vidensdeling om senfølger og deres behandling.

Referencer

- Bateman, A. W. & Fonagy, P. (2005).** *Psychotherapy for borderline personality disorder*. Oxford: Oxford University Press.
- Berger, P. L. & Luckmann, T. (2004).** *Den sociale konstruktion af virkeligheden – en videnssociologisk afhandling*. København: Akademisk Forlag.
- Ditlev Jensen, K. (2001).** *Det bliver sagt*. København: Gyldendal.
- Elklit, A. (2002).** *Følger af Incest – en beskrivelse af en gruppe incestofre i behandling*. Incest Center Fyn.
- Elklit, A. (2009).** Traumatic Stress and Psychological adjustment in treatment-seeking women sexually abused in childhood: a follow-up. *Scandinavian Journal of Psychology*, 50, 251-257.
- Elklit, A. & Simonsen, E. (2007).** MCMI-III, Millon Clinical Multiaxial Inventory-III. Vejledning. København: Psykologisk Forlag.
- Gabbard, G. O. (2005).** Major modalities: psychoanalytic/psychodynamic. In: G. O. Gabbard, J. S. Beck & J. Holmes (Eds.). *Oxford Textbook of Psychotherapy* (pp. 3-13). Oxford/New York: Oxford University Press.
- Germer, C. K. (2005).** Mindfulness: what is it? What does it matter? In: C.K. Germer, R. D. Siegel & P. R. Fulton (Eds.). *Mindfulness and Psychotherapy* (pp. 3-28). Oxford/New York: Oxford University Press.
- Hart, S. (2008).** Hjernens udvikling, familiær traumatisering og seksuelle overgreb. *Pædagogisk Psykologisk tidsskrift*, 1, 66-84.
- Harvet, S.T. & Taylor, J. E. (2010).** A meta-analysis of the effects of psychotherapy with sexually abused children and adolescents. *Clinical Psychology Review*, 30, 517-535.
- Hermann, J. L. (1995).** *I voldens kølvand*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Hougaard, E. (2004).** *Psykotterapi – Teori og forskning*. København: Dansk Psykologisk Forlag.
- Jepsen, E.K., Svagaard, T., Thelle, M.I., McCullough, L. & Martinsen, E.W. (2009).** Inpatient treatment for adult survivors of childhood sexual abuse: A preliminary outcome study. *Journal of Trauma & Dissociation*, 10(3), 315-333.

Jørgensen, C. R. (2006). *Personlighedsforstyrrelser – modern relational forståelse og behandling af borderlinelidelse*. København: Hans Reitzels Forlag.

Kåver, A. & Nilsonne, Å. (2004). *Grundbog i dialektisk adfærdsterapi – teori, strategi og teknik*. Virum: Dansk Psykologisk Forlag.

Linehan, M.M. (1993). *Dialectical Behavior Therapy for Borderline Personality Disorder*. New York: Guilford Press.

Lyager, J. & Lyager, L. (2005). At bestige bjerge, Gruppeterapi for seksuelt misbrugte mænd. VFC Socialt Udsatte.

Masterson, J. F. (1990). *Det truede selv, borderline og narcissisme – personlighedsforstyrrelser i det moderne samfund*. København: Hans Reitzels Forlag.

Millon, T. (1997). *Personality guided therapy*. New York: Chichester: Wiley.

Paolucci, E.O., Genuis, M. L. & Violato, C. (2001). A meta-analysis of the published research on the effects of child sexual abuse. *Journal of Psychology*, 135, 17-36.

Skårderud, F. (2001). Skammens stemmer – om taushet, veltalenhet og raseri i behandlingsrommet. *Tidsskrift Nordisk, Lægeforeningen*, nr. 13, 121: 1613-1617.

Sørensen, L. J. (2005). *Smertegrænsen, traumer, tilknytning og psykisk sygdom*. Virum: Dansk Psykologisk Forlag.