

FRA TAB TIL TRIVSEL

Anden delrapport fra
Projekt Kvindeedukation:
Gruppeforløb for stofbrugende
kvinder med tab og traumer

INDHOLDSFORTEGNELSE

13	RESUMÉ
15	FORLØB
17	FOKUSPUNKTER
19	KVINDERNES RESPONS
20	ANBEFALINGER

1	23	GRUPPEFORLØBENE "FRA TAB TIL TRIVSEL", BAGGRUND OG TEORI
	25	1.1 Resultater fra en fokusgruppeundersøgelse
	27	1.2 Forskelle på mænd og kvinder i stofbrug
	29	1.3 Indledende betragtninger om problemfeltet: Traumatisering, PTSD og PTSD-lignende symptomer
	29	1.3.1 Hvordan kan man forstå traumatisering?
	31	1.3.2 Hvad er PTSD: Post Traumatic Stress Disorder?
	34	1.4 Beskrivelse af teori og metode brugt i gruppeforløbene
	34	1.5 Kognitiv adfærdsterapi
	35	1.5.1 Om grundantagelser, leveregler, negative automatiske tanker
	38	1.5.2 Analyseredskabet "Diamanten"
	38	1.5.3 Den kognitive sagsformulering
	40	1.6 Acceptance and Commitment Therapy, ACT
	42	1.7 Gruppeudviklingsteorier

2	45	FORBEREDELSE TIL GRUPPEFORLØBENE
	48	2.1 Formål og behandlingsmål
	49	2.2 Rammer og struktur
	49	2.2.1 Gruppeforløbene
	50	2.2.2 Rammerne
	50	2.2.3 Gruppelederne
	50	2.2.4 Struktur på hver session
	51	2.3 Mål, dokumentation og evaluering

54	2.4.	Rekruttering og individuel gruppeforberedelse
55	2.4.1	Hvordan blev rekrutteringen grebet an?
56	2.4.2	Hvad prægede særligt forsamtalerne?
57	2.4.3	Hvad lagde kvinderne særligt vægt på, når de sagde ja til deltagelse?
58	2.4.4	Opsummering af udfordringerne ved rekruttering og den individuelle gruppeforberedelse
60	2.5	Oversigt over gruppeforløbene
61	2.6	Beskrivelse af gruppedeltagerne
62	2.6.1	Kvindernes alder
62	2.6.2	Kvindernes misbrug
62	2.6.3	Kvindernes behandlingserfaring
63	2.6.4	Psykiatrisk udredning
63	2.6.5	Børn
63	2.6.6	Bolig
64	2.6.7	Systemkendte tab og traumer

3	67	BESKRIVELSE AF METODE GENNEM CASEEKSEMPLER
	69	3.1 Fokus på indsigt og samarbejde
	72	3.1.1 Caseeksempel
	74	3.2 Fokus på den sokratiske dialog
	76	3.2.1 Caseeksempel
	77	3.3 Fokus på identifikation og analyse i hverdagssituationer/tanker og følelsers indhold, form og funktion
	78	3.3.1 Caseeksempel
	81	3.4 Fokus på kreativ håbløshed og undgåelsesstrategier
	82	3.4.1 Caseeksempel
	86	3.5 Fokus på ressourcer og værdier
	88	3.5.1 Caseeksempel
	92	3.5.2 Caseeksempel
	94	3.6 Fokus på praktiske eksperimenter, arbejdet med hverdagssituationer
	96	3.6.1 Caseeksempel
	100	3.6.2 Caseekesempel
	102	3.7 Fokus på en samlet sagsformulering med henblik på opnåelse af en større psykologisk fleksibilitet
	104	3.7.1 Caseeksempel

109	3.7.2	Situation 1
113	3.7.3	Situation 2
115	3.7.4	Situation 3
117	3.7.5	Nye levereregler/strategier
118	3.7.6	Hjemmeopgaver
119	3.7.7	Udvikling i forhold til problemliste og målsætning

4	121	AFRUNDING OG ANBEFALINGER
	123	4.1 Refleksioner over fremmøde og kontakt mellem sessionerne. Hvor mange kvinder mødte op?
	125	4.1.1 Refleksioner over frafald og afbud
	126	4.1.2 Refleksioner over kontakt mellem sessionerne
	127	4.1.3 Hvad gik kvinderne videre til efter gruppeforløbene?
	128	4.2 Sammenfatning af gruppedeltagernes udbytte: kvindernes udsagn
	129	4.2.1 Kvindernes udsagn:
	129	4.2.2 Den relationelle sårbarhed
	132	4.2.3 At være i en kvindeggruppe, adskilt fra mændene og resten af behandlingen
	135	4.2.4 Refleksioner over eget stofbrug og stofbehandling
	138	4.2.5 Betydningen af at se sig selv i et nyt lys
	140	4.3 Konklusioner og sammenfatning
	140	4.3.1 Den relationelle sårbarhed
	141	4.3.2 Metoden
	141	4.3.3 At blive taget alvorligt
	142	4.3.4 Ressourcer og værdier
	143	4.3.5 Køn opdelt behandling
	144	4.3.6 Koblingen til tab og traumer/en anden vinkel på misbrugsbehandling
	146	4.3.7 Implementering og forankring
	147	4.4 Anbefalinger i forbindelse med implementering
	153	LITTERATUR
	157	BILAGSOVERSIGT
	158	BILAG

FORFATTERENS FORORD

I denne rapport fremlægges resultaterne af et pilotprojekt "Fra tab til trivsel", som primært har bestået af to gruppeforløb til stofbrugende kvinder med tab og traumer i KABS¹, i perioden marts 2008 til juni 2009. I alt ti kvinder deltog i pilotprojektet, og selvom dette er en forholdsvis lille gruppe, er kvindernes problemstillinger og rapportens pointer gældende for mange andre kvinder i KABS og i overensstemmelse med resultaterne fra andre undersøgelser.

Gruppeforløbene "Fra tab til trivsel" og indeværende rapport er udarbejdet som et af elementerne i Projekt Kvindeedukation, som er et udviklingsprojekt finansieret af satspuljemidler. Det blev igangsat i sommeren 2007 og blev afsluttet i starten af 2010. Herefter er det intentionen, at hele – eller dele – af projektet skal implementeres i det samlede behandlingstilbud i KABS.

PROJEKT KVINDEEDUKATION KABS 2007- 2010



1)
KABS er Glostrup kommunes misbrugscenter. Centret leverede i 2009 misbrugsbehandling til ca. 1.300 borgere fra 18 forskellige kommuner.

Projekt Kvindeedukation blev indledt med en fokusgruppeundersøgelse blandt 23 kvindelige brugere i KABS i august/september 2007. Resultaterne fra fokusgruppeundersøgelsen er formidlet i midtvejsrapporten "At blive taget alvorligt" (Ludvigsen og Lydolph 2007) og er baggrund for dels gruppeforløbene "Fra tab til trivsel" og dels netværkstilbuddene "Kvindeliv".

Sidstnævnte er netværksskabende grupper oprettet for kvinderne i KABS' regionale afdelinger og ledet af sygeplejersker (se bilag 2). Netværksgrupperne er blevet implementeret i behandlingen i 2010.

Som led i Projekt Kvindeedukation blev endvidere afholdt en national konference, "Kvinder i udsattesystemet", i november 2009, omhandlende udsatte kvinders skæbne i det sociale hjælpesystem.

Gruppeforløbene "Fra tab til trivsel" blev varetaget af projektleder og kognitiv adfærdsterapeut Tine Lydolph og kognitiv adfærdsterapeut Liselotte Kaae Veistrup. Liselotte har været eksternt ansat i projektet og har bidraget med værdifulde erfaringer og nye vinkler fra sit arbejde som psykoterapeut ved Hillerød Hospital.

En stor og særlig tak skal rettes til psykolog Erling Groth, behandlingsleder i Oasis, der var gruppeledernes supervisor. Erling har med baggrund i sit arbejde med traumatiserede flygtninge og misbrugsbehandling ydet kompetent og reflekterende støtte i processen.

Endvidere en særlig tak til Kathrine Bro Ludvigsen, der har været en meget vigtig og inspirerende samarbejdspartner gennem hele projektet samt været hovedkoordinator for konferencen "Kvinder i udsattesystemet".

Endelig en varm tak til kvinderne, der deltog i "Fra tab til trivsel", for deres deltagelse, engagement og værdifulde feedback. En stor tak til Michella Risbo Petersen for brug af hendes inspirerende billeder til rapporten. Michella deltog i en af projektets netværksgrupper.

God læsning!

Tine Lydolph
projektleder

RESUMÉ

I behandlingshverdagen er der mange udfordringer og dilemmaer for stofbrugende kvinder at håndtere: Frygten for systemets kontrol og sanktionsmuligheder som f.eks. at få frataget sine børn, miste samværsrettigheder, blive sat ned i medicin eller ikke at få bevilliget en ønsket behandling af en kommune etc. Endvidere kæmper kvinderne med angst for fordømmelse og stigmatisering og har ønsket om at værne om privatlivet og selv sætte grænser for, hvad der tales om i behandlingen.

På den anden side har mange af kvinderne brug for netop behandlingssystemets hjælp til eksempelvis svære tab og traumatiske hændelser i deres liv.

Sådanne dilemmaer kan have den konsekvens, at kvinderne isolerer sig og afholder sig fra at dele vigtige oplevelser og erfaringer med andre mennesker, netværk såvel som behandlere.

I en række undersøgelser om livsomstændigheders betydning for graden af traumatisering konkluderes det, at traumatiseringsgraden øges med fraværet af støttende sociale forhold og mulighed for deltagelse i sociale fællesskaber. Sammenholdes dette med stofbrugernes hverdag, som for manges vedkommende består af eksklusion fra "den sociale sammenhæng" i samfundet, marginalisering, fattigdom og manglende netværk, giver det en meget stor sårbarhed for traumatiske begivenheder samt meget ringe betingelser for efterfølgende naturlig heling af disse.

Denne viden understreger, hvor vigtigt det er, at kvinderne i "Fra tab til trivsel" hjælpes med at mestre, fastholde og vedligeholde sociale kontakter, der er meningsfulde for dem.

På baggrund af forskning er der belæg for at sige, at stofbrugende kvinder i højere grad end mænd har været udsat for traumatiske begivenheder samt, at kvinder er mere medtagne end mænd, fysisk, psykisk og socialt, når de søger behandling. Ligeledes har kvinders vej ind i stofmisbrug generelt set været mere præget af selvmedicinering som mestringsstrategi og løsning på svære problemer. Således angiver kvinder, i højere grad end mænd, stoffrihed som skræmmende og uoverskueligt, når behandling søges.

Samlet set fremstår et billede af en målgruppe – stofbrugende kvinder – der i høj grad har brug for bevågenhed og særlige tilbud i behandlings-

systemet, der bredt kan adressere og hjælpe med konsekvenserne af et liv med svære tab og traumer i bagagen, snarere end et for ensidigt fokus på stofmisbruget.

Vi har derfor været interesserede i at udvikle et terapeutisk gruppeforløb til traumatiserede stofbrugende kvinder, som de kan tilbydes i KABS. Et behandlingstilbud der ikke kræver, at kvinderne opgiver deres væsentligste mestringsstrategi (stofferne), før de har identificeret og afprøvet nye, der virker. Dette sker med afsæt i de problemer, kvinderne aktuelt oplever mest nærværende i deres hverdagsliv.

Metoden i gruppeforløbene er kognitiv adfærdsterapi med inspiration fra ACT (Acceptance Commitment Therapy) og gruppeudviklingsteorier fra Ken Heap. I kognitiv adfærdsterapi er fokus på det specifikke indhold i hverdagssituationer, ligesom hovedvægten i terapien ligger i nutid og fremtid. Det er en vigtig pointe, at klienten selv definerer, hvad der er problematisk, og hvad der skal arbejdes med i de givne situationer. Afhængig af den psykiske lidelses karakter (angst, depression, personlighedsforstyrrelser m.v.) anvendes forskellige modeller og strategier for videre interventioner.

I ACT vægtes at knytte handling og adfærd tæt til det enkelte menneskes livsværdier, hvorfor en del af terapien sigter mod at identificere disse livsværdier. Nogle nøgleord fra ACT er således: Personlige livsværdier, engageret handling på baggrund af specifikke adfærdsanalyser, accept og undgåelse.

Forløb

Hypotesen i pilotprojektet er, at kvindernes stofbrug, der har rod i selvmedicinering, vil reduceres, hvis kvinderne hjælpes med deres problemer og plagsomme følelser i hverdagslivet (ofte grundet tab og traumer) og får hjælp til at identificere egne personlige livsværdier og ressourcer.

Pilotprojektet "Fra tab til trivsel" har bestået af to gruppeforløb à 12 gange til i alt ti kvinder i KABS. Kvinderne var stort set ikke psykiatrisk udredt, og alle havde et aktivt stofbrug. Gruppeforløbene blev fulgt op af henholdsvis individuelle samtaler og opfølgninger i gruppe.

Forløbene blev varetaget af Liselotte Kaae Veistrup og Tine Lydolph, som begge har en terapeutisk efteruddannelse i kognitiv terapi og ACT.

Fra KABS's journaliseringssystem KLABS, er der trukket data om kvinderne, der deltog. Alle ti kvinder har et mangeårigt misbrug bag sig; fra 7 til 46 år (median på 33 år) sammenholdt med en noget kortere tid i behandlingssystemet (median på 12 år). Otte af de ti kvinder har børn. Særligt bemærkelsesværdigt er det, at kvindernes tab og traumer er fraværende eller underbeskrevet i journalerne sammenlignet med de tab, vi fandt gennem gruppeforløbene.

Det kan på flere måder være problematisk i behandlingsarbejdet og den tværfaglige koordination. Hvis tendensen er, at kvindernes tab og traumer overses i behandlingen, risikerer denne i sig selv at blive et invaliderende miljø i og med, at kvindernes problemer ikke forstås, afvises eller bagatelliseres ligesom behandlingsmetoder simplificeres i forhold til graden eller arten af vanskeligheder.

Denne diskrepans mellem kvindernes svære erfaringer og den manglende beskrivelse af disse i journalerne forekommer endvidere problematisk, hvis det forholder sig, som hypotesen i pilotprojektet siger, nemlig at en stor del af kvindernes stofmisbrug kan være en selvmedicinering og dermed mestring af tidligere tab og traumatiske oplevelser.

Udfordringerne ved rekrutteringen og den individuelle gruppeforberedelse var mange og kan opsummeres som følgende:

- Kvinderne har et mere eller mindre aktivt stofbrug.
- Kvindernes ofte vanskelige livssituation og helbredssituation kan afstedkomme akutte problemstillinger, der forhindrer kvinden i at møde op til aftalte gruppetilbud.
- Kvinderne har mange dilemmaer og forbehold over for systemet samt en stor relationel sårbarhed over for behandlere og andre brugere, hvilket kan afstedkomme udeblivelse og fravær fra et påbegyndt tilbud.

Erfaringerne fra pilotprojektet peger på, at rekrutteringen og kontinuiteten er mulig, dels ved en længere intensiv ”opvarmningsfase” før start af behandlingstilbuddet, dels af intensiv og respektfuld opfølgning undervejs i forløbet. Indholdet af denne kontakt (personlige samtaler og telefonsamtaler) skal identificere forbehold og bekymringer ved deltagelse i behandlingen. At tage kvinderne alvorligt med deres tvivlrådighed og forsigtighed viste sig at være en meget vigtig prioritering i rekrutteringen og en måde at tage højde for både den relationelle sårbarhed og kvindernes mange konkrete dilemmaer.

Dokumentation og evaluering af gruppeforløbene blev udført ved hjælp af fremmødedokumentation, en detaljeret logbog ført af gruppelederne og ved en kvalitativ evaluering med hver enkelt kvinde efter gruppernes afslutning.

Fokuspunkter

I *tredje del* af rapporten gives en gennemgang af udvalgte fokusområder fra den kognitive adfærdsterapi og ACT, som har været særligt væsentlige for arbejdet med gruppeforløbene i "Fra tab til trivsel". Disse illustreres med caseeksempler, der trækker på erfaringerne fra de to gruppeforløb, men understøttes også mere bredt af erfaringerne fra Projekt Kvindeedukation i sin helhed. I denne del af rapporten får man således et indblik i, hvordan vi arbejdede med metoden i gruppeforløbene. Caseeksemplerne giver endvidere indblik i kompleksiteten af de meget store vanskeligheder, kvinderne kæmper med i hverdagen.

Overordnet er fokusområderne følgende:

- Analyse og indsigt i hverdagsproblemerne med udgangspunkt i typisk vanskelige situationer
- Kortlægning af personlige livsværdier og ressourcer
- Kortlægning af alternative tilgange til problemerne, nye mestringsstrategier og problemløsning
- Træning af nye mestringsstrategier
- Udarbejdelse af en samlet sagsformulering, der bygger på kvindernes egne sammenhængsforklaringer

Gruppeforløbene med kvinderne i KABS har således haft et fokus på analyse, indsigt og forståelse af hverdagssituationer – hvad angår problemer såvel som ressourcer – samt identificering og træning af nye mestringsstrategier. Hen ad vejen er disse "hverdagsproblemer" blevet udvidet med en fælles undersøgelse af, hvilke hændelser og erfaringer der har været med til at skabe dem, herunder sammenhænge med tidligere tab og traumer. En fælles udarbejdet sagsformulering, en undersøgende tilgang og en villighed til, fra terapeutens side at justere sine indtryk eller justere på sagsformuleringen vil endvidere modvirke, at ansvaret for relationelle problemer mellem terapeut og klient automatisk placeres hos klienten. Det vil sige modvirke, at klientens adfærd automatisk fortolkes som en bekræftelse af klientens "diagnose" eller gives den lidet flatterende betegnelse "modstand", der jo så henviser til klientens modstand.

Da kvinderne næsten altid vender manglende succes i behandlingen indad, til selvbebrejdelser og negative konklusioner om sig selv, anser vi det for en væsentligt del af gruppeforløbet at identificere kvindernes personlige livsværdier. I en verden, der kan opleves broget og kaotisk, er personlige livsværdier konsistente, og når disse bliver styrende for retningen i behandlingen, optimeres relevans og mening i de mål, kvinderne sætter sig.

Således var den konkrete formulering af værdier – hvad hver enkelt kvinde egentlig ønskede at forfølge i sit liv – et vigtigt styringsredskab for nye og alternative strategier; den værdibaserede handling.

Kvindernes respons

I *fjerde del* af rapporten gives blandt andet et indblik i kvindernes udsagn fra de individuelle evalueringssamtaler. Disse samtaler tjente som arbejdsredskab i forhold til behandlingen, men bidrog tillige med vigtige oplysninger om, hvad kvinderne anså for vigtigt i behandlingen. Her var ikke mindst refleksioner over den relationelle sårbarhed et gennemgående fokus. Frygten for at blive irettesat, betvivlet eller bedraget i kontakten til de andre kvinder eller gruppelederne, var konstant på spil for kvinderne. Kvinderne udtrykte stort behov for tid til at vurdere disse oplevede risici uden at få leveret et færdigt bedste svar fra gruppelederne og uden at møde en forudindtaget holdning til årsagsforklaringer på denne oplevelse af "fare".

Selvom kvindernes udsagn bekræfter, at de relationelle trusler i høj grad er i spil for kvinderne, tænker vi ikke, at metodetilgangen alene skal rette sig mod at skabe den gode relation. Den gode relation er en grundlæggende forudsætning for det arbejde, den kontrakt, der skal etableres mellem gruppeledere og gruppedeltagere, men kan ikke isoleret set katalysere forandring.

Hertil kræves specifikke værktøjer, og de kognitive metoder med udgangspunkt i det hverdagsrelaterede og situationsspecifikke har i dette pilotprojekt vist sig særdeles anvendelige.

Endvidere reflekterer kvinderne i evalueringssamtalerne over deres stofbrug. Selvom formålet med gruppeforløbet ikke direkte har været stoffrihed, fortæller de fleste af kvinderne om, at de undervejs i gruppeforløbet har mindsket eller stoppet deres "sidemisbrug". Ligesom de også fortæller, at der er brug for at fortsætte med arbejdet fremover, hvis forandring og udvikling i forhold til stofbrug skal holdes ved lige. Når kvinderne lykkes med at mestre det, de selv oplever som allermest vanskeligt i deres hverdag, er det ikke nødvendigt i samme grad at dulme sig med medicin eller stoffer. Og det har for flere af kvinderne vakt en lyst til og et håb om at kunne bedre deres liv.

Anbefalinger

Vigtige fremtidige fokuspunkter i forhold til implementering af ”Fra tab til trivsel” deles i rapporten op i flere anbefalinger for henholdsvis gruppeledere, indholdet i gruppeforløbet, ledelsesstrategi og efterværn.

I forhold til gruppelederne, anbefales det blandt andet:

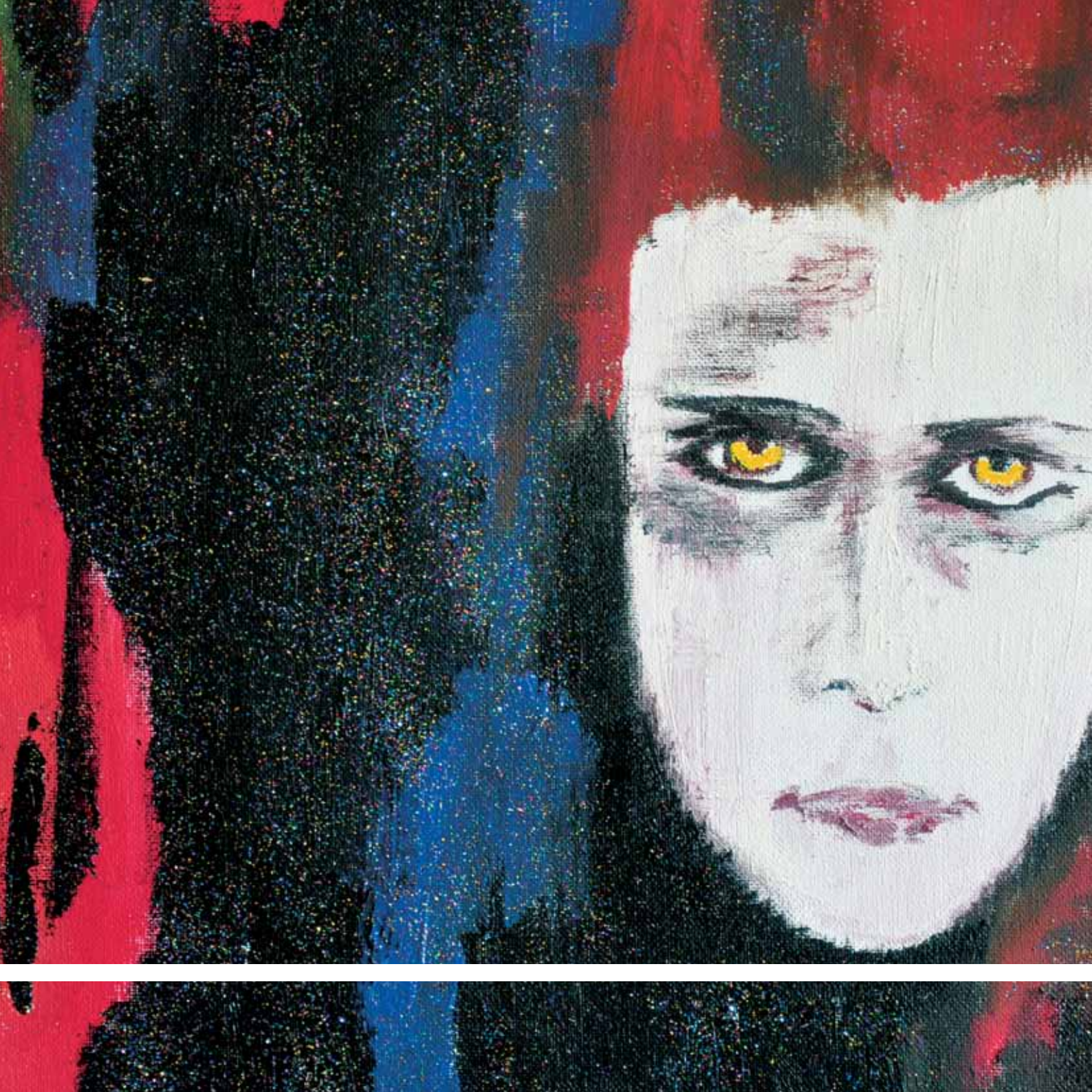
- At to kvindelige gruppeledere kører gruppen, og at der afsættes 2 x 10 timer ugentligt til dette. Der er dels et stort arbejde i forhold til rekruttering og i forhold til kontakt mellem sessionerne. Dels vil stabiliteten sikres med to gruppeledere, da der vil være stor sårbarhed for kvinderne i forhold til aflysninger. Ud over dette er der forberedelse og opgaver i tværfaglige sammenhænge.
- At gruppelederne har en psykoterapeutisk uddannelse (psykoterapeut eller psykolog) med vægt på kognitive adfærdsterapeutiske kompetencer. Vi har prioriteret en individuel og fleksibel tilpasning af hvert enkelt gruppeforløb frem for en manualbaseret tilgang. Dette fordrer en psykoterapeutisk uddannelse, hvor man frit kan veksle mellem de terapeutiske redskaber.

I forhold til gruppeforløbet, anbefales det blandt andet:

- At kvinderne kan starte i tilbuddet på trods af stofbrug og manglende psykiatrisk udredning. Hvis stoffrihed og rette psykiatriske vurderinger skal komme først, er det meget muligt, at disse kvinder aldrig får et relevant tilbud.
- At kvinderne støttes til at omsætte gruppearbejdet og de nye færdigheder til deres hverdag gennem et tilbud om åben telefonvagt mellem sessionerne. Dermed gives kvinderne mulighed for en akut vejledning i afprøvning af nye mestringsstrategier i de vanskelige hverdagssituationer.

I forhold til efterværn, anbefales det blandt andet:

- At der tages højde for planlægning af et efterværn for kvinderne, således at kontakten ikke brydes brat efter afslutning af enten gruppeforløb eller efterfølgende individuelt forløb. At der gives mulighed for individuelle samtaler og telefonkontakt i dette efterværn.



DEL 1

GRUPPEFORLØBENE ”FRA TAB TIL TRIVSEL”

1

GRUPPEFORLØBENE "FRA TAB TIL TRIVSEL"

Baggrund og teori

I det følgende gennemgås baggrunden for udviklingen af det terapeutiske gruppetilbud "Fra tab til trivsel" til stofbrugende kvinder. Formålet er her at synliggøre de problemstillinger, vi anså som væsentlige at tage højde for, dels i rekrutteringen til gruppeforløbene, dels i selve gruppearbejdet.

1.1 Resultater fra en fokusgruppeundersøgelse

I løbet af efteråret 2007 har Projekt Kvindeedukation lavet en fokusgruppeundersøgelse blandt kvinderne i KABS, med det formål at få brugerperspektivet inddraget i forhold til den videre planlægning af kvindetilbud i KABS. Hvad kvinderne her bidrog med, er formidlet i første delrapport fra projektet: "At blive taget alvorligt", om stofbrugende kvinders syn på behandling og hjælp (Ludvigsen og Lydolph 2007).

I gruppeinterviewene fra fokusgruppeundersøgelsen efterspurgte kvinderne hjælp til at få hverdagen til at fungere; at få konkret hjælp til konkrete hverdagsproblematikker.

Flere af kvinderne efterspurgte også en gruppe for de kvinder, der har været udsat for traumatiske oplevelser, eksempelvis nogle af dem, der tidligere har arbejdet som eller stadig arbejder som prostituerede. Kvinderne ønskede (blandt andet) en gruppe, hvor man dels kunne dele sine oplevelser med andre kvinder, dels få nogle redskaber til mestring af symptomer, de oplevede at have i hverdagen (angst, flash back, mareridt, depression, mange kropslige symptomer). Flere kvinder ønskede også hjælp til fastlåste uforløste sorgreaktioner (tab etc.) med følgevirkninger som eksempelvis depression og isolation.

I rapporten over fokusgruppeundersøgelsen peges endvidere på, hvordan kvindernes mange dilemmaer og vanskeligheder i deres møde med behandlingssystemet og deres udfordringer i hverdagslivet kan have den konsekvens, at de bliver isolerede fra at dele deres oplevelser, erfaringer og ikke taler med nogen om egne vigtige problemstillinger. Dette kan eksempelvis være specifikke problemstillinger relateret til prostitutions-

miljøet og omhandlende PTSD-lignende symptomer fra traumatiske hændelser som overgreb, vold etc. Det kan også være traumer opstået i mødet med behandlingssystemet. Flere kvinder har eksempelvis traumatiske oplevelser med sig fra døgnbehandling (ofte mange år tilbage) eller har erfaringer gennem opvæksten med svigt og overgreb (tidlige traumer) – såvel i familiens varetægt som i "systemets". Det kan også dreje sig om traumatiske oplevelser i forbindelse med fjernelse af egne børn, eller hvad man kan betegne som uforløste fastlåste sorgreaktioner (tab, dødsfald) med eksempelvis depression til følge.

Fælles for kvinderne uanset typen af traumatisering er ofte isolationen fra sociale aktiviteter og relationer samt ensomhed; belastningsreaktionerne bliver af kvinderne ofte lagt på egne skuldre jævnfør "det er mig, der er forkert/noget galt med (igen)" frem for "det er normalt og alment menneskeligt at have sådanne reaktioner oven på de oplevelser, jeg har haft".

Kvinderne i fokusgruppeundersøgelsen påpegede, at mange af disse problemstillinger forblev skjulte i behandlingen, når der i eksempelvis gruppetilbud var overvægt af mandlige deltagere.

Dette var dog langt fra det eneste dilemma, kvinderne talte om; mange andre dilemmaer og vanskeligheder i deres møde med behandlingssystemet var nødvendige at undersøge og forsøge at forstå, ved planlægning af et nyt tiltag som eksempelvis "Fra tab til trivsel".

Nogle af disse erfaringer og dilemmaer, som vi gennem fokusgruppeundersøgelsen blev opmærksomme på, kan opsummeres på følgende måde:

- Kvinderne har mange erfaringer med at blive mødt med diffuse og uklare kriterier fra behandlingssystemets side. Eksempelvis ved vurdering af forældreevne, hvornår er man en "god nok" mor?
- Der er ofte meget på spil: Frygten for systemets kontrol og sanktionsmuligheder (angsten for at få frataget sine børn, miste samværsrettigheder, blive sat ned i medicin, at en kommune ikke længere vil betale for behandling m.v.).
- Angsten for og mange erfaringer med stigmatisering og fordømmelse; at føle sig ekskluderet fra resten af samfundet.

- En del kvinder har tidligere dårlige erfaringer med terapi og behandling, der ikke tager udgangspunkt i en nutidig problemstilling. De protesterer mod den konstante sammenhængsforklaring mellem barndom og misbrug, jævnfør citat fra fokusgruppeundersøgelsen: ”Problemer kan altså godt starte senere i livet”.
- Ønsket om at værne om privatlivet, at sætte nogle grænser for, hvad man taler om i behandlingen.

Når mange ting er på spil, og erfaringer fra tidligere er farvet af dårlige/traumatiske oplevelser, er der således mange udfordringer og dilemmaer, der skal håndteres i behandlingshverdagen for både kvinderne og behandlerne. Oplevelsen af – eller frykten for – i behandlingen at blive tjekket, kontrolleret og mistænkeliggjort er til stede i mange behandlingsmøder. Selvom disse oplevelser kan bunde i tidligere (dårlige) erfaringer, bringes de alligevel ofte ind i det nuværende behandlingsforløb. Der er også store udfordringer for kvinderne i det dobbeltliv, mange af dem lever for at undgå stigmatisering og fordømmelse i deres omgivelser.

1.2 Forskelle på mænd og kvinder i stofbrug

Ved Projekt Kvindeedukations start blev det endvidere klart, at der er forskelle såvel som ligheder mellem mænd og kvinder i stofbrug på en række områder. Dels ved gennemgang af litteratur på området (eksempelvis udenlandske undersøgelser), dels gennem tidligere nævnte fokusgruppeundersøgelse. I 2008 kom en ny dansk undersøgelse fra Center For Rusmiddelforskning: ”Kvinder og køn: Stofbrug og behandling” (Dahl og Pedersen 2008). Rapporten underbygger vores antagelser om forskelle og ligheder mellem mænd og kvinder på områder som eksempelvis stofforbrug (- og vejen ind i stofmisbruget), det sociale liv (kønsroller, samliv og forsørgelsesforhold), begrundelser og motivation for at søge behandling samt psykiske og fysiske belastninger og traumer. Denne danske undersøgelse understreger og samler en viden, som hidtil primært har været belyst i udenlandske undersøgelser.

Disse mulige forskelle på mænd og kvinder i stofbrug har også været vigtig baggrundsviden i forhold til tilrettelæggelsen af gruppeforløbene ”Fra tab til trivsel”. Derfor opsummeres i de følgende punkter, der har været særligt interessante i tilrettelæggelsen af ”Fra tab til trivsel” med afsæt i omtalte undersøgelse ”Kvinder og køn: Stofbrug og behandling”.

I relation til vejen ind i stofmisbrug er der både forskelle på og ligheder mellem mænd og kvinder. Begge køn introduceres primært af mænd; af kammerater, mandlige familiemedlemmer og for kvindernes vedkommende kærester. Men for mænd gælder det, at deres fortælling om vejen ind i stofmisbrug, i højere grad end kvinders, er præget af nysgerrighed, spænding, sjov og ballade (Dahl og Pedersen 2008:68). Sammenholdt med dette stammer kvinders debut med psykoaktive stoffer ofte fra smertestillende/beroligende medicin, de har fået i barndom/ungdom fra eksempelvis mor/mormor/praktiserende læge som løsning på psykiske problemer/for at falde til ro/falde i søvn. Denne første oplevelse og effekt huskes af kvinderne og angives senere at hentes i de "hårde" stoffer (Dahl og Pedersen 2008:75-76).

I forhold til begrundelser og motivation for at søge behandling, angiver mænd hyppigere ønsker om stof- og metadonfrihed, end kvinder gør. For kvinder angives stoffrihed i højere grad skræmmende og uoverskueligt, og er måske ikke lige det, der står øverst på listen, når behandling søges. Kvinders motivation er ofte båret af hensyn til børn, familie og samlever, og problemlisten, de ønsker hjælp til, er i højere grad mangefacetteret (Dahl og Pedersen 2008:11-12).

Hvad angår psykiske og fysiske belastninger, kan følgende opsummeres:

- Kvinder er mere medtagne end mænd fysisk, psykisk og socialt, når de søger behandling.
- Alvorlige psykiske lidelser er særligt udbredt hos kvinder (f.eks. angstlidelser, depression, forstyrrelser i følelseslivet).
- Lavt selvværd knyttes signifikant til kvinder.
- Kvinder er mere tilbøjelige til at påtage sig skyld og selvbebrejdelser end mænd (Dahl og Pedersen 2008:10).

Hvad tab og traumer angår, kan nævnes:

- PTSD forekommer dobbelt så hyppigt hos kvinder som mænd (Pedersen 2005:161).
- 40 – 60 % af kvinder i stofbrug har været udsat for fysiske og seksuelle overgreb (Dahl og Pedersen 2008:10).
- Op til 62 % af stofbrugende gravide kvinder i døgnbehandling har PTSD (Pedersen 2005:162).
- 42,5 % af stofbrugere, der har søgt behandling har PTSD (Pedersen 2005:162).

- Undersøgelser peger på, at 50-80 % af rusmiddelafhængige har en personlighedsforstyrrelse (Pedersen 2005:139).

Ovennævnte dilemmaer og viden om kvinder i stofbrug understregede for os behovet for et tilbud til aktivt stofbrugende kvinder i KABS med mulighed for at bearbejde konsekvenserne af mange tab og traumer. Når stofferne for mange kvinder angives som ren hjælp/overlevelse i forhold til svære problemstillinger, er det væsentligt også at kunne tilbyde intensive (terapeutiske) forløb til de kvinder, der ikke magter at blive stoffri, før en egentlig behandling starter.

Sammenfattende så vi nødvendigheden af en bred og rummelig tilgang, der kunne tage højde for ovennævnte forskelle mellem mænd og kvinder; f.eks. forskelle i begrundelser og motivation for behandling. Med henblik på at imødekomme de dilemmaer og forbehold kvinder generelt kan have i behandlingen, så vi vigtigheden af, at rammerne og indholdet for gruppetilbuddet var tydelige, gennemskuelige, klart formidlet og med udgangspunkt i konkrete strategier for, hvad der fremmer trivsel i hverdagen.

1.3 Indledende betragtninger om problemfeltet: Traumatisering, PTSD og PTSD-lignende symptomer

1.3.1 Hvordan kan man forstå traumatisering?

Den overordnede diskussion inden for traumatologien har været ført akademisk i årtier, og et antal af teorier vedrørende posttraumatisk stressforstyrrelses årsag og udvikling er blevet foreslået på baggrund heraf. Aktuelt er kognitiv adfærdsteori en videnskabelig anerkendt interventionsform og en betydningsfuld tilgang i forhold til at behandle forstyrrelser som eksempelvis posttraumatisk stressforstyrrelse hos voksne (Nørgaard Jensen og Thompson 2006:2). PTSD er en psykiatrisk diagnose med definerede diagnostiske kriterier. Derudover eksisterer et stort grænseområde inden for traumatiske begivenheder med efterfølgende psykiske, fysiske og sociale reaktioner. Traume, traumatisk krise, psykisk traume, traumatisk stress, ekstrem stressforstyrrelse og fastlåste og uforløste sorgreaktioner er nogle af de begreber, der anvendes og benyttes

om overvældende, ukontrollerbare hændelser, der resulterer i ekstraordinære psykiske belastninger.

Også personlighedsforstyrrelse kan ifølge nyere forskning forstås som traumatisering, det vil sige som gentagne tidlige traumer medførende en forstyrrelse af personligheden, benævnt PTSD Type 2. Hvis barnets grundlæggende antagelser om sig selv, andre mennesker og verden således bliver præget af eksempelvis svigt og overgreb (gentagne tidlige traumer), indbygges dette grundsyn i personligheden og kan ubehandlet/ubearbejdet føre til en senere diagnosticering som personlighedsforstyrrelse i voksenalderen (Herman 1992, Terr 1991).

I forhold til kvindelige stofbrugere er problematikken relevant, da et gennemgående tema i arbejdet med disse er tidlige traumer og PTSD-lignende problematikker sammenholdt med, at mange får stillet diagnoser inden for personlighedsforstyrrelsesspektret (Pedersen 2005).

Pointen er, at der for kvinderne kan være stor forskel på at få diagnosen personlighedsforstyrrelse frem for at få diagnosen PTSD, Type 2 (tidlige gentagne traumer): En personlighedsforstyrrelse vil ofte tolkes som: "det er mig, der er noget galt med (min skyld), jeg er en forstyrret person", mens PTSD-diagnosen i højere grad sender budskabet: "det er det, jeg har været udsat for, der er noget galt med".

At forstå personlighedsforstyrrelser ud fra et traumeperspektiv kan måske derfor bidrage med en højere grad af eksternalisering af kvindernes vanskeligheder (frem for internalisering) og dermed til, at kvinderne i behandlingssystemet bliver mødt med større omsorg og mindre stigmatisering.

Mange klinikere, der har behandlet traumeoverlevende, foreslår således andre diagnosebetegnelser eksempelvis "Personlighedsforandring på grund af katastrofal erfaring" (Herman 1992).

Da forekomsten af PTSD for stofbrugere som nævnt er høj, findes det relevant at gennemgå PTSD-diagnosen i det følgende. Det er naturligvis vigtigt her at tilføje, at reaktioner efter et traume er naturlige, og da mennesker er forskellige, er der plads til et bredt spektrum af reaktioner på et traume, uden at det diagnosticeres som PTSD (Ehlers & Clark 2000).

1.3.2 Hvad er PTSD: Post Traumatic Stress Disorder?

PTSD er en nyere psykiatrisk diagnose, der opstod i kølvandet på Vietnamkrigen efter soldaternes hjemkomst. Her observeredes en symptomatologi, man ikke før havde set eller været opmærksom på i lignende omfang. Forskningen i soldaternes symptomer resulterede i, at man placerede disse symptomer i tre hovedsymptomgrupper: Følelsesløshed, undgåelse og indtrængende symptomer (flash back² m.v.). I 1980 resulterede forskningen i, at PTSD blev anerkendt som en selvstændig diagnose i DSM III³ (Nørgaard Jensen og Thompson 2006).

Med den første diagnostiske tilblivelse, DSM III, lagde man vægt på selve traumets karakter, det vil sige at indholdet i traumet skulle være uden for det "normale område" af menneskelig oplevelse for at opfylde de diagnostiske kriterier. Der blev her givet eksempler som krigsrelaterede traumer, f.eks. granatchok og voldtægtssyndrom.

Senere blev forståelsen af traumatiseringens dynamik præget af en social kognitivistisk tilgang, hvor fokus i højere grad blev lagt på, at individets forståelse og fortolkning af en situation (traumet) i sidste ende er afgørende for, om dette individ vil blive traumatiseret eller ej. Og vægten blev lagt på, at individets fortolkning er afhængig af mange faktorer både psykologiske (sårbarhedsfaktorer, personlighed m.m.) og i høj grad også sociale (social støtte, kulturelle værdier og normer m.m.). Således er de diagnostiske kriterier i DSM i dag modificeret til, at selve indholdet af traumet er mindre signifikant, end den mening og fortolkning individet tillægger traumet (Brewin & Holmes 2003).

I Danmark arbejder vi efter diagnosesystemet ICD 10⁴. De diagnostiske kriterier for PTSD, ifølge ICD 10 og DSM-IV, kan sammenfattes som følgende:

- En forsinket reaktion på et traume, der opstår inden for seks måneder efter traumet har fundet sted.
- Den traumatiske begivenhed rummer en betydelig risiko for ens eget og/eller nære pårørendes liv og førlighed.
- Symptomerne omfatter:

2)

Flash back: Gentagne erindringer om traumet i vågen tilstand såvel som i drømme; som en film der gentager sig i det uendelige, uden man selv har indflydelse på det.

3)

DSM III: DSM er et amerikansk klassifikationssystem af psykiske forstyrrelser, handicap og sygdomstilstande, og DSM III er den tredje version. DSM er en forkortelse af American Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders. Første officielle DSM klassifikation kom i 1952.

4)

ICD 10: ICD er et internationalt klassifikationssystem af psykiatriske og somatiske sygdomme skabt under Verdenssundhedsorganisationen WHO. ICD er en forkortelse af International Classification of Diseases, Injuries and Causes of death, og ICD 10 er den tiende version. ICD udgør den officielle norm for klassifikation i Danmark.

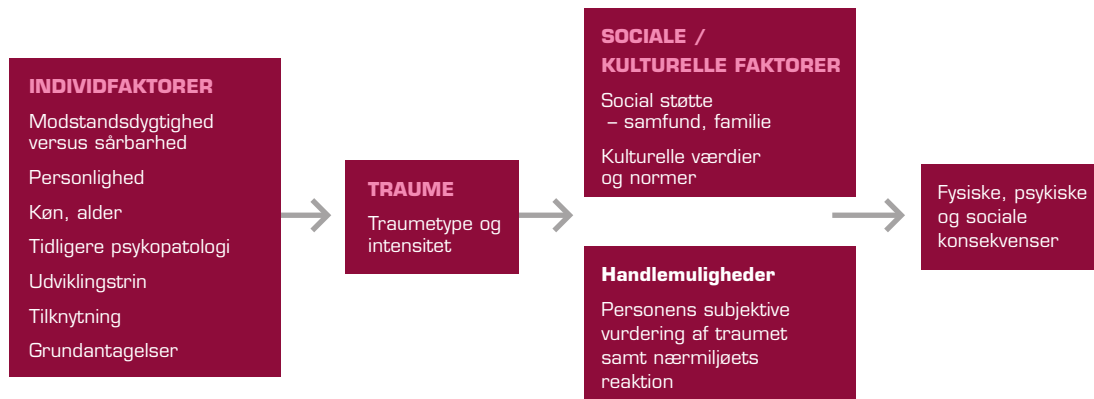
Tænkning: Påtrængende livagtige erindringer (flash backs), mareridt.

Følelser: Følelse af at være bedøvet og emotionel ligegyldighed, manglende lystfølelse. Angst, panik, aggression og intensiv genoplevelse af traumet.

Fysiologi: Forøget fysiologisk alarmberedskab, anspændthed, søvnløshed.

Adfærd: Tilbagetrækning, undgåelse af aktiviteter, ord, lyde, lugte etc., der kan minde om traumet.

Udviklingen af PTSD er sandsynligvis en kombination af både psykologisk og fysiologisk sårbarhed, og en større andel udvikler PTSD, hvis traumet er forårsaget af et andet menneske (Ehlers & Clark 2000). Dette kan sammenholdes med, at stofbrugende kvinder ofte lever under omstændigheder, der gør dem "psykologisk og fysiologisk" sårbare samt, at deres traumer ofte er forårsaget af andre mennesker. Som ovenstående beskrevet, er graden af traumatisering også afhængig af sociale faktorer; livsomstændighedernes betydning, social støtte m.m. Sammenfattende kan de vigtigste elementer, i forståelsen af traumatiske begivenheder og udviklingen af PTSD, gengives skematisk i figur 1.3.2:



Figur 1.3.2
Efter: Nørgaard Jensen og Thompson 2006.

I en artikel om psykoedukation for traumatiserede flygtningefamilier (Ianev og Berliner 2006) refereres til en lang række undersøgelser om livsomstændigheders betydning for traumatisering (Silove i Ianev og Berliner 2006). Her konkluderes det, at graden af sundhedsproblemer (relateret til PTSD) er direkte proportional med fraværet af støttende sociale forhold, herunder deltagelse i sociale fællesskaber og i produktive aktiviteter. Det betyder, at opfyldelsen af sociale og civile rettigheder influerer direkte på sundhed og adfærd, og dermed er med til at sænke traumatiseringsgraden, hvorfor lidelsen ikke i samme grad vil antage patologiske former og blive et vedvarende træk i måden at møde verden på (med mistillid, undgåelse, aggression og manglende livslyst) (Silove i Ianev og Berliner 2006).

Ligeledes beskriver Røde Kors i en kvalitativ undersøgelse af deres psyko-educative gruppeforløb, at ødelæggelse af sociale relationer, som følger af traumet, i deltagerne beretninger fremstår som den *væsentligste kilde* til traumatisk stress og sorg (Ianev og Berliner 2006:53).

Det kan sammenholdes med stofbrugernes hverdag, som for manges vedkommende består af eksklusion fra "den sociale sammenhæng" i samfundet, marginalisering, fattigdom og manglende netværk, og dermed en stor sårbarhed for traumatiske begivenheder samt ringe betingelser for *naturlig* heling af disse.

Denne viden understreger, hvor vigtigt det er, at kvinderne i "Fra tab til trivsel" hjælpes med at mestre, fastholde og vedligeholde sociale kontakter, der er meningsfulde for dem. Det vil sige at værne om de små hverdagssituationer, da netop fraværet og ødelæggelsen af sociale relationer fremhæves som væsentligste kilde til traumatisk stress og sorg efter et traume. Denne viden bliver således vigtig som led i forebyggelsen af yderligere traumatisering og udvikling af PTSD samt som en væsentlig del af behandlingen af samme.

1.4 Beskrivelse af teori og metode brugt i gruppeforløbene

Der findes mange og forskellige teoretiske metodetilgange, der kan anvendes i et terapeutisk gruppearbejde.

Ligeledes findes der et væld af gruppeudviklingsteorier, der kan ligge til grund for gruppearbejdet. Mackenzie (Mackenzie i Heap 2005) har citeret hele 117 forfattere, som over nogle år har beskrevet forskellige udviklingsmønstre for, hvorledes smågrupper udvikler sig over tid.

Vores tilgang til at arbejde med gruppetilbuddet "Fra tab til trivsel" bygger på kognitiv adfærdsterapi og ACT (Acceptance and Commitment Therapy) samt gruppeudviklingsteorier fra Ken Heap (Heap 2005).

I det følgende gives en kort teoretisk gennemgang af ovenstående tre tilgange.

1.5 Kognitiv adfærdsterapi

Kognitiv adfærdsterapi blev udviklet af psykiater Aaron T. Beck på University of Pennsylvania i begyndelsen af 1960'erne som en struktureret, tidsbegrænset og nutidsorienteret psykoterapi mod depression, rettet mod at løse aktuelle problemer og modificere uhensigtsmæssig tænkning og adfærd (Beck 1995). Siden er terapien udviklet og tilpasset mange andre psykiske lidelser. Eksempelvis er "Struktureret Tilbagefaldsforebyggelse" (ofte anvendt i misbrugsbehandling) et kognitivt koncept, udviklet med udgangspunkt i den kognitive sociale indlæringsteori (Annis, H.M. m.fl. 1989). Andre anvendelsesmuligheder kan være angstlidelser (eksempelvis socialfobi, panikangst, OCD⁵), stresshåndtering, problem- og konfliktløsning, assertionstræning, selvværdsproblematikker, personlighedsforstyrrelser (dialektisk adfærdsterapi/DBT⁶), PTSD og traumebehandling samt socialfærdighedstræning ved skizofreni.

Den kognitive adfærdsterapi udgør et selvstændigt psykoterapeutisk system med en sammenhængende teori om personlighed og psykopatologi, som underbygges af substantiel empirisk dokumentation.

5)

OCD er en forkortelse af Obsessive Compulsive Disorder og er en psykisk lidelse med tilbagevendende tvangstanker og/eller tvangshandlinger.

6)

Dialektisk adfærdsterapi (Dialectical Behavior Therapy, forkortet DBT) er et ambulant kognitivt adfærdsterapeutisk behandlingsprogram for personlighedsforstyrrelse af borderline type.

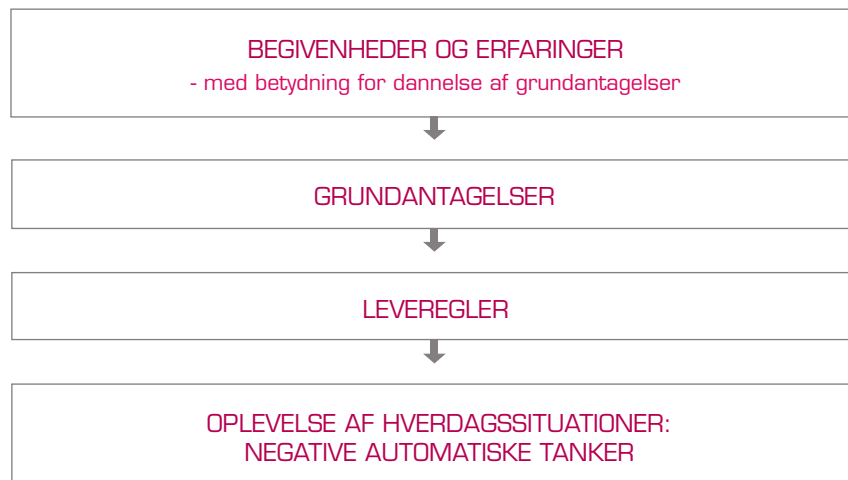
I kognitiv adfærdsterapi er det en helt central pointe, at vores følelser og adfærd i høj grad bestemmes af, hvordan vi strukturerer verden ved hjælp af tænkning, antagelser, og evalueringer: U hensigtsmæssige tolkninger, som påvirker klientens humør og handlinger (adfærd), antages således at være fælles for al psykisk lidelse. Ved en bevidstgørelse, en realistisk evaluering og nuancering af disse tolkninger/tanker gennem terapien opnås forbedringer af humør og adfærd.

Det er vigtigt at tilføje, at kognitiv adfærdsterapi ikke er sammenligneligt med det, man møder i populærterapi som "positiv tænkning". Målet er naturligvis at skabe positive ændringer i tanker og følelser, men først og fremmest skal de være realistiske. Ideen med kognitiv terapi er at se på de problemer og udfordringer, man møder i hverdagen med realistiske briller. Man kan således ikke beslutte sig til at ville tænke positivt; i visse tilfælde kunne dette gøre mere skade end gavn. Hvis man har et aktivt negativt grundsyn, kan man få det endnu dårligere, hvis det ikke lykkes at tænke positivt og derved bekræfte en i, at "det her duer jeg altså heller ikke til" (Tingleff 2008).

I kognitiv adfærdsterapi er fokus på det specifikke indhold i hverdags-situationer, ligesom hovedvægten i terapien ligger i nutid og fremtid. Det er en vigtig pointe, at klienten selv definerer, hvad der er problematisk, og hvad der skal arbejdes med i de givne situationer. Afhængig af den psykiske lidelses karakter (angst, depression, personlighedsforstyrrelser m.v.) anvendes forskellige modeller og strategier for videre interventioner. Der vil derfor være en forskellig vægtning af arbejdet med såkaldte grundantagelser, leveregler, negative automatiske tanker og adfærdsterapeutiske interventioner.

1.5.1 Om grundantagelser, leveregler, negative automatiske tanker

Man opererer i kognitiv adfærdsterapi med tre niveauer af tanker/antagelser: *Grundantagelser*, *leveregler* og *negative automatiske tanker*.



Figur 1.5.1

Det dybeste niveau – *grundantagelserne* – kan sammenlignes med naturlove: Det er faste overbevisninger om, hvordan verden er indrettet ("Jeg er uelskelig", "Jeg er afskyelig" etc.). Disse overbevisninger er normalt ubevidste i den forstand, at man ikke tænker over dem – de er der bare og udgør det filter, individet forstår og bearbejder informationer gennem.

Grundantagelserne opleves af den enkelte som sandheder (Mørch og Rosenberg 2005). Disse dannes og præges gennem hele livet i samspillet med omgivelserne, det vil sige forældre, omsorgsgivere, institutioner, skole, venner, kæresten etc. Således er vores syn på os selv, andre mennesker og den verden vi er i (samt fremtiden) et resultat af de erfaringer, vi gør os gennem hele livet.

Dette "grundsyn" er sjældent enten godt eller dårligt, men har som regel både positive og negative elementer i sig. Ved manglende validering⁷, gentagen og overdreven negativ feedback fra omgivelserne eller ved voldsomme hændelser (traumer) kan grundsynet forrykkes, og hvis heling af "traumet" ikke finder sted, kan det betyde, at troen på og tilliden til os selv, andre mennesker, verden og fremtiden svækkes og krænkes.

Ovenover, i næste niveau, kommer *levereglerne*. Dette er de "spilleregler" – eller kompenserende strategier – man følger for at overleve i en verden, hvor negative grundantagelser opleves sande. De er en slags indre

7)

Validering af et andet menneske betyder at bekræfte og tilkendegive accept af, at den anden er troværdig, forståelig, og meningsfuld ud fra en given sammenhæng.

ordsprog; "Hvis jeg altid er enig med andre, kan de lide mig – og så kan jeg lide mig selv" eller "Hvis jeg altid kæmper for retfærdighed, vil verden blive et godt sted at være i – og jeg vil være noget værd" (og dermed er jeg ikke afskyelig eller uelskelig).

Også leveregler er normalt ubevidste og kan være grundlagt tidligt i livet eller være tillært i voksenlivet, afledt af samspillet med omgivelserne. Det afgørende er, at levereglerne har "virket" i den pågældende sammenhæng, hvorfor de hænger ved og fortsat anvendes for at kompensere de negative grundantagelser. Således er de i et ressourcaperspektiv det enkelte menneskes bedst mulige mestring af den type situationer, de er opstået fra.

Problemet med gamle og uhensigtsmæssige leveregler er, at de med tiden bliver for rigide, for generaliserende og alt for svære at leve op til. De fleste mennesker vil, når de får lejlighed til at reflektere, være uenige med sig selv i mange af disse "automatiske" forestillinger (leveregler).

De uhensigtsmæssige leveregler vil ofte falde inden for tre hovedområder:

- Accept (eks. "Alle skal kunne lide mig – ingen må være vrede på mig")
- Præstation (eks. "Jeg skal altid yde det perfekte – jeg må aldrig begå fejl")
- Kontrol ("eks. "Jeg klarer alting bedst alene")

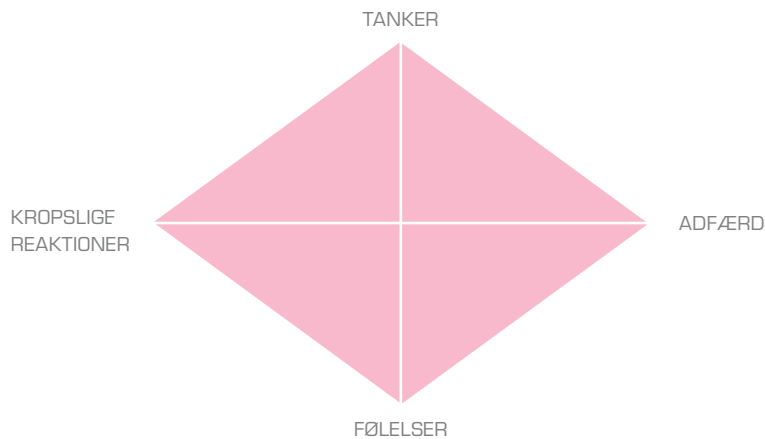
(Noter fra KPC: Kognitivt Psykologcenter 2006).

Samme kritiske hændelse (f.eks. fysisk afstraffelse i barndommen) vil ofte producere negative grundantagelser, der ligner hinanden ("Jeg er uelskelig, ikke noget værd etc."), men vil hos forskellige mennesker kunne generere varierende måder at kompensere på, altså forskellige og individuelle leveregler (Noter fra KPC 2006).

Dynamikken mellem de to niveauer – grundantagelser og leveregler – konfronteres og udfordres konstant i det levede liv. Hverdagssituationer (f.eks. en opstået uenighed/skænderi), hvor det ikke lykkes at efterleve og overholde de ubevidste leveregler, kan aktivere et tredje niveau – de negative automatiske tanker – som repræsenterer en her-og-nu manifestation af de negative grundantagelser. Dermed kan situationer, som i andres øjne fremstår neutrale, automatisk afstedkomme svære og negative tanker (og heraf svære og negative følelser), fordi gamle leveregler trues eller brydes. Det tanke- og følelsesmæssige indhold kan således være en nutidig spejling af de negative grundantagelser – eksempelvis stammende fra traumatiske hændelser – som der så at sige er "hul igennem til".

1.5.2 Analyseredskabet "Diamanten"

Analyseredskabet "*Diamanten*" (navngivet efter den rombeform, den bliver illustreret i) er et helt centralt redskab i den kognitive adfærdsterapi. Den bruges til at identificere og analysere, hvordan en hændelse kan sætte gang i nogle *negative automatiske tanker*, der spiller sammen med følelser, kropslige fornemmelser og handlinger – og efterhånden også, hvilke grundforestillinger om verden og én selv, der ligger nedenunder det hele, altså *grundantagelser* og *leveregler*.



Figur 1.5.2
Den kognitive "diamant"/ rombeform

1.5.3 Den kognitive sagsformulering

Når man arbejder terapeutisk med grundantagelser og leveregler, er formålet at få klienten til at se, at begge bygger på noget grundlagt i fortiden, og derfor ikke nødvendigvis er dækkende for det aktuelle liv. Ligeledes at levereglerne kan forhindre mere hensigtsmæssige måder at håndtere aktuelle og specifikke situationer på. En kognitiv adfærdsterapeutisk sagsformulering ordner disse data i en slags miniteori om klienten, hvor problemerne fra en problemliste kan relateres til tre niveauer (grundantagelser, leveregler, negative automatiske tanker). Følgende er et kortfattet eksempel på en sådan miniteori fra en kvindes oplevelse af at deltage i et fælles brugermøde i KABS.



Figur 1.5.3

I situationen på brugermødet var kvinden uenig med en anden bruger. Denne, i andres øjne uskyldige situation, aktiverede en meget stor følelsesmæssig belastning hos kvinden. Hun overtrådte her en gammel leve-regel og forsøgte at løse det ved straks at gå sin vej. Ingen bemærkede, hvilket drama der udspillede sig i hendes indre, eller hvilke konsekvenser det havde for hende at gå sin vej og isolere sig med sine følelser.

Situationen understreger levereglernes individuelle karakter, idet andre uden samme leveregel ikke provokeres i situationen. Det vil sige ikke bliver antastet af deres negative grundantagelser. Endvidere viser casen, hvordan en gammel leveregel hindrer kvinden i at tackle en nutidig situation hensigtsmæssigt.

Gruppeforløbene med kvinderne i KABS har haft et hovedfokus på analyse, indsigt og forståelse af hverdagssituationer, hvad angår problemer såvel som ressourcer samt identificering og træning af nye mestringsstrategier. Hen ad vejen er disse hverdagsproblemer blevet udvidet med en fælles undersøgelse af grundantagelser og leveregler og dermed også, hvilke (traumatiske) hændelser og erfaringer der har været med til at skabe dem.

1.6 Acceptance and Commitment Therapy, ACT

Acceptance and Commitment Therapy, ACT (udtalt som et ord og ikke som bogstaverne A-C-T) er udviklet fra midten af 1980'erne af blandt andet den amerikanske professor Steven Hayes, psykolog Kirk Strosahl og psykolog Kelly Wilson. Det betragtes som den tredje udviklingsbølge inden for den kognitive skole. Evidensen for denne behandlings-tilgang kommer fra et stigende antal forskningsstudier, der viser ACT som en effektiv intervention i forhold til en bred række problematikker herunder depression, arbejdsrelateret stress, psykose, angstlidelser, stofmisbrug og rygning (Hayes et al. 2004, Hayes et al. 2006, i Rasmussen og Kjeldgaard 2008).

Ifølge ACT er mennesket evolutionært udviklet med en oftest yderst fordelagtig evne til problemløsning; en strategi, der fungerer fint i den materielle verden. Som strategi til at håndtere eventuelle vanskeligheder i vores indre psykologiske univers fungerer problemløsning (i betydningen

af, hvordan vi kan undgå dem eller få dem til at forsvinde) derimod mindre godt. Her ses tværtimod undgåelse og kontrol som problemet og ikke løsningen. Jo mere tid og energi vi bruger på at undgå eller fjerne indre oplevelser som tanker, følelser, minder etc., desto mere er vi tilbøjelige til at lide psykologisk set (Hayes et al 1999, i Rasmussen og Kjeldgaard 2008).

ACT er vokset ud af kognitiv adfærdsterapi (i midten af 1980'erne) og Relational Frame Theory (RFT)⁸, men der ses også elementer fra den eksistentielistiske psykologi, gestaltterapi og narrativ terapi. ACT er et skoleeksempel på, hvorledes moderne psykologisk behandling bliver mere integrativ, og hvordan gamle grænser mellem de psykologiske skoler blødes op (Taggard Nielsen 2008).

ACT er i sin kerne en videreudvikling af adfærdsterapiens mest fundamentale og bedst dokumenterede interventioner: Eksponering⁹ og adfærdsaktivering. Det særlige her er, at adfærdsrepertoiret udvides ved f.eks. at oversætte alle tænkelige problemer og egenskaber til adfærdsbeskrivelser. Det er således ikke nok at beskrive klientens problemstillinger i egenskaber, eksempelvis "lavt selvværd, deraf genert, hæmmet og tilbageholdende i sociale sammenhænge". Derimod søges mere specifikke adfærdsbeskrivelser: "Hun fuldfører ikke sine sætninger, taler meget lavt og tænker igen og igen: "Det går aldrig godt, det her"". Det er særligt for ACT, at tanker, følelser og fysiologiske reaktioner også kan beskrives som adfærd, som noget man "gør" – til forskel fra kognitiv adfærdsterapi. Denne udvidelse af adfærdsbegrebet tjener til at eksternalisere og håndgribeliggøre indre problemstillinger, der så igen kan gøres til genstand for eksponering og adfærdsforandring.

ACT vægter endvidere at knytte handling og adfærd tæt til det enkelte menneskes livsværdier, hvorfor en del af terapien sigter mod at identificere disse livsværdier. Der arbejdes med vægt på en acceptbaseret tilgang, hvorfor en række interventioner tjener til accept modsat fjernelse af indre ubehagelige oplevelser.

Nogle nøgleord fra ACT terapi er således: Personlige livsværdier, engageret handling (på baggrund af specifikke adfærdsanalyser), undgåelse og accept. Disse har vi medtaget som fokusområder i gruppeforløbene med kvinderne i KABS, og eksempler på dette kan læses i *Del 3*.

8)

RFT er en adfærdsanalytisk teori om menneskets sprog og erkendelse. Der gives en forståelse af de processer, der er særlige for mennesket, og som ligger til grund for psykisk lidelse.

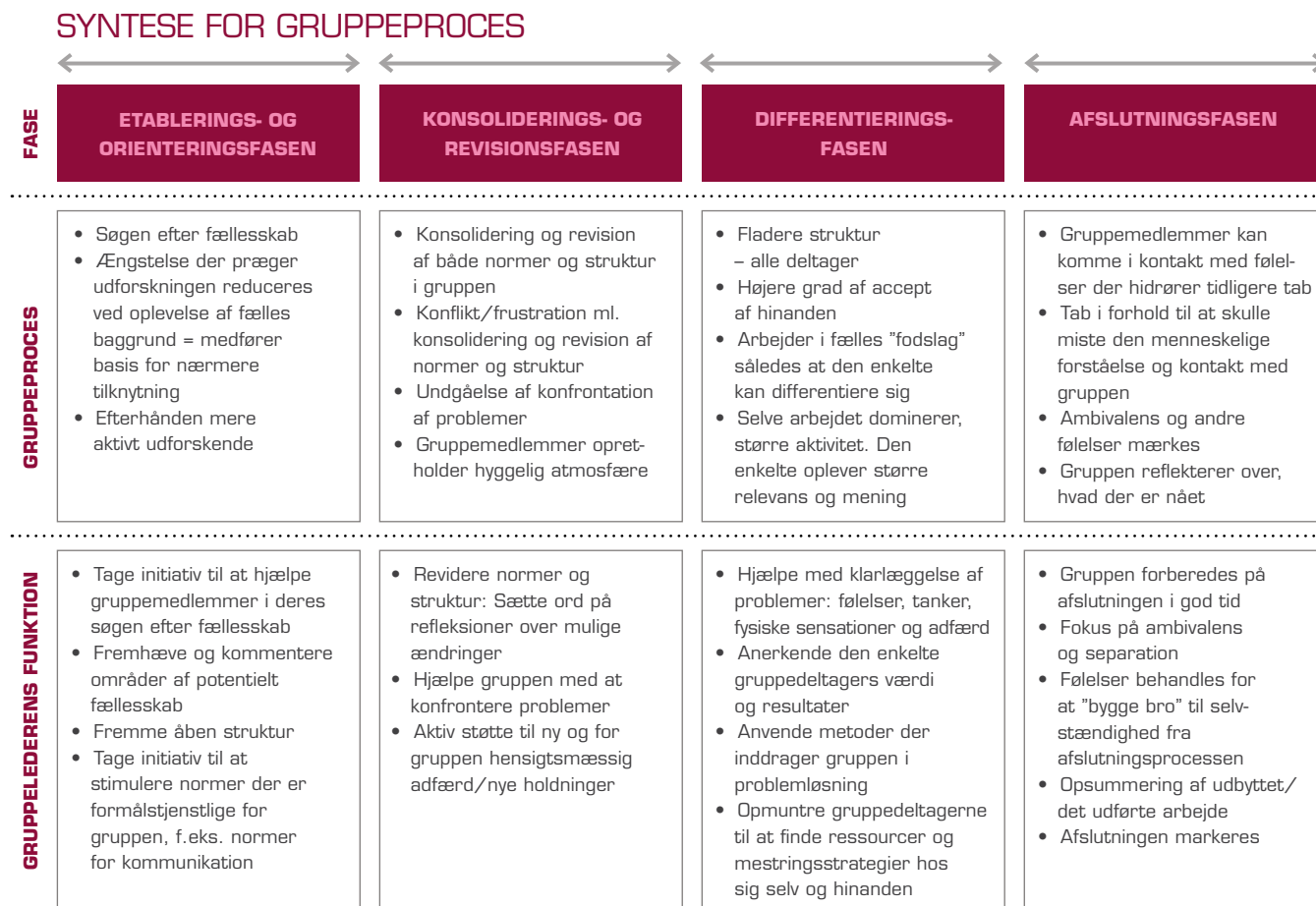
9)

Eksponering er en metode i adfærdsterapien. Rationalet er, at man udsættes for det man normalt undgår (på grund af angst eller ubehag) med det sigte at få en ny erfaring med, at det ikke er så farligt som ens tanker, følelser og kropslige reaktioner bilder én ind.

1.7 Gruppeudviklingsteorier

Vi har valgt at følge nedenstående model inspireret af Ken Heap (Heap 2005), som har sammensat en model for gruppeudvikling baseret på egne erfaringer med grupper og på forskellige teoretikere.

Selv om hver gruppe er unik, og det kan virke meningsløst at sammenligne en gruppes livsforløb med en andens, kan vores tilgang til gruppeforløbet sammenfattes i en syntese for gruppeproces, som illustreret i nedenstående figur.



Figur 1.7: Frit fra Ken Heap, af Liselotte Kaae Veistrup

”Vores model er enkel og genspejler processer, som alle grupper typisk kommer igennem. Den tilbyder en forståelse af gruppeudvikling samt interventionsmuligheder for gruppelederne.

Gruppeudviklingsteorien kan bruges som en hjælp til at være opmærksom på de forandringer, der sker i gruppen. Dette kan betyde, at gruppelederne hurtigere registrerer, reagerer og evaluerer på den udvikling, der sker i gruppen. Det er selvfølgelig vigtigt, at gruppelederne ikke kommer til at bruge gruppeudviklingsteorien som en forudsigelse for, hvad der kommer til at ske i gruppen, men mere som hjælp til bevidstgørelse og dermed redskab i processen.

Syntesen i ovenstående model er i princippet rammen for gruppeprocessen. Trods det indbyggede faseforløb, kan det i praksis rumme en række 'loops' tilbage til tidligere faser. Dette kan f.eks. være nødvendigt, hvis man i konsolideringsfasen oplever, at et gruppemedlem bliver utryg, hvorfor man må vende tilbage til forrige fase for at forstærke arbejdet med gruppetilknytning og dermed tryghedsaspektet. Muligheden for sådanne 'loops' er i figuren illustreret ved pilene, der går begge veje” (Fra logbog, af Liselotte Kaae Veistrup).

I gruppeforløbene med kvinderne i KABS har vi vægtet at arbejde meget synligt og beskrivende med gruppens normer, forstået som de bevidste og ubevidste ”spilleregler” kvinderne sætter for samværet og processen i gruppen. Vi har løbende undersøgt, og dermed synliggjort, hvad der er gældende her. Hvad er en god og tryk gruppe for jer? Hvordan kan man beskrive et rart samvær? Er det ens for alle, og hvordan tager man hensyn til alle? Hvordan udvikler gruppen sig, og er vi f.eks. blevet klogere efter de første tre gange? m.v.

Vi har løbende skrevet kvindernes refleksioner ned på plancher, der hang i grupperummet. Således har vi ikke som gruppeledere nedsat regler for deltagelse eller for samværet i gruppen, men været facilitatorer for en undersøgende, inkluderende og nuanceret fælles beskrivelse af processen i gruppen. Dette har vi anset for at være meget væsentligt, både i forhold til det reelle arbejde der skulle udføres i gruppen, og i forhold til at optimere rammerne for netværksdannelse kvinderne imellem.

Endvidere har vi især brugt tid og energi på gruppestarten og gruppeafslutningen med henblik på at imødekomme de mange forbehold og dilemmaer, kvinderne kunne føle (Mere om netop disse faser i næste del af rapporten).



DEL 2

FORBEREDELSE TIL GRUPPEFORLØBENE

2

FORBEREDELSE TIL GRUPPEFORLØBENE

I denne del af rapporten gives først nogle indledende overvejelser om tilrettelæggelsen af gruppeforløbene. Herefter beskrives formålet med gruppetilbuddet samt rammer, struktur og forberedelse til gruppestart. De erfaringer vi gjorde os, og de udfordringer vi mødte i visitationen og rekrutteringen af gruppedeltagere, opsummeres. Til slut gives en kort generel beskrivelse af de kvinder, der deltog, hvad angår alder, misbrugshistorie, behandlingserfaring m.v.

Som pilotmodel har vi valgt at afholde to gruppetilbud à 12 gange til kvinder i misbrugsbehandling (KABS). Kvinderne var stort set ikke psykiatrisk udredt, og alle havde et aktivt stofbrug.

Vi ønskede at udvikle et tilbud til de af vores kvindelige brugere i KABS' regi, hvis stofbrug kunne tænkes at fungere som selvmedicinering af de psykologiske konsekvenser af tab og traumer. De fleste terapeutiske behandlingstilbud er målrettet de stoffri. Kvinderne skal således kunne opgive deres måske væsentligste mestringsstrategi/selvmedicinering, før de har adgang til relevant behandling. Altså mødes kvinderne med krav om stoffrihed, før de er kvalificeret til hjælp. Magter kvinderne ikke umiddelbart dette, bliver de oftest bortvist fra behandlingstilbud.

Vi betragtede overordnet vores opgave i gruppeforløbene som:

- 1) At modellere en tryk gruppeproces, der kunne give kvinderne mulighed for at dele erfaringer med hinanden og få inspiration og konkrete værktøjer til at skabe eller fastholde netværk.
- 2) At identificere og analysere hverdagens vanskeligheder, gamle måder at mestre dem på samt udvikle nye handlestrategier.
- 3) At hjælpe med at adressere og sortere i, hvilke tidligere erfaringer der har dannet grobund for problemerne. Altså: Hænger nuværende vanskeligheder sammen med tab eller traumer? Hvordan kan vi forstå det?

2.1 Formål og behandlingsmål

Formålet i "Fra tab til trivsel" er at give traumatiserede stofbrugende kvinder mulighed for at påbegynde bearbejdelsen af deres tab og traumer i en professionel behandlingsramme, der ikke kræver, at de opgiver deres væsentligste mestringsstrategi (stofferne), før de har identificeret og afprøvet nye, der virker. Dette sker med afsæt i de problemer og plagsomme følelser, kvinderne aktuelt oplever mest nærværende i deres hverdagsliv. Mestring af og trivsel i hverdagslivet er således et helt afgørende fokus fra starten af terapien.

Behandlingsmålet er ikke stoffrihed i sig selv. Men formodningen er, at kvindernes stofbrug vil reduceres i behandlingsperioden, når de arbejder med at identificere værdier og retning i deres liv samt identificerer og træner nye mestringsstrategier.

Det er vores mål gennem dette behandlingstilbud at give kvinderne et reelt "frit valg" i forhold til deres stofbrug ved, at de ikke længere er tvunget til at selvmedicinere sig for at undertrykke de psykologiske konsekvenser af deres tidligere tab og traumatiske oplevelser.

Målet er endvidere at kunne tilbyde et behandlingstilbud direkte i den ramme og kontekst, kvinderne fortsat befinder sig i efter terapiens ophør. Dermed ønsker vi at tage højde for at "kompetencer er kontekst-baserede". Hvis kvinderne skal have en mulighed for at vedligeholde nye kompetencer og mestringsstrategier, er det vigtigt, at de identificeres og trænes i det hverdagsliv, kvinderne skal være i efter behandlingen. Med præcis de udfordringer (og ressourcer) dette hverdagsliv byder på; f.eks. partners misbrug, at tackle en behandlingshverdag (KABS, psykiatri, m.v.), hjemmeboende børn, ensomhed m.v.

Behandlingsmålene i "Fra tab til trivsel" formulerede vi som følgende:

1. Netværksskabende strategi:

- At kvinderne finder fællesskab med andre kvinder, der har haft tab/traumatiske oplevelser med mulighed for at dele erfaringer med hinanden, så den enkelte kvinde ikke står alene med sine symptomer.
- At kvinderne bliver bedre til at fastholde og vedligeholde sociale kontakter, der er meningsfulde for dem.
- At kvinderne i forhold til tidligere bliver bedre til at søge relevant støtte og hjælp i det professionelle og private netværk: Kommune, KABS (både behandlere og andre brugere), hos familie og venner.

2. Indsigtsgivende strategi:

- At øge kvindernes bevidsthed om egne ressourcer og kompetencer.
- At udvikle samt løbende uddybe og beskrive en fælles forståelsesramme (kognitiv sagsformulering) i samarbejde med kvinderne, der belyser problemerne i de specifikke hverdagssituationer i eventuel sammenhæng med tidligere tab og traumatiske oplevelser.

3. Adfærdsmæssig strategi:

- At identificere, afprøve og træne nye konkrete mestringsstrategier i forhold til de vanskeligheder den enkelte kvinde oplever i sit hverdagsliv. Følgevirkningerne af tab og traumatiske oplevelser vil ofte være at finde inden for områderne: PTSD, stress, angst, depression og "oplevede relationelle trusler".
- Stoppe eller reducere brug af illegale stoffer anvendt som selvmedicinering.

2.2 Rammer og struktur

2.2.1 Gruppeforløbene

Pilotprojektet har bestået af to gruppeforløb à 12 gange. Hvert gruppemøde har varet 3½ time.

Det første gruppeforløb er blevet fulgt op af individuelle samtaler for de af kvinderne, der ønskede dette. Enten hos én af gruppelederne eller hvis det drejede sig om støtte til konkrete tiltag, hos kontaktpersonen. Det længste individuelle forløb strakte sig over 1½ år med i alt 24 samtaler.

Det andet gruppeforløb blev fulgt op af tre efterfølgende gruppemøder med en måneds interval og med individuelle opfølgninger pr. telefon undervejs.

Der deltog seks kvinder i første forløb og fem kvinder i andet forløb. Det drejede sig om ti forskellige kvinder, idet en kvinde faldt fra i første forløb, men meldte sig igen og gennemførte i andet forløb.

(Mere om fremmøde og frafald i *Del 4, 4.1*).

2.2.2 Rammerne

Pilotprojektets to gruppeforløb "Fra tab til trivsel" blev afholdt i KABS, Gentofte afdeling. Gruppen havde til huse i kælderen, hvor der tidligere har været keramik- og billedkunstværksted. Rummet er derfor behæftet med mange gode minder for flere af kvinderne i afdelingen.

Gruppetiden var fra kl. 10 - 13.30 hver fredag, med indlagte pauser fra kl. 10.50 - 11.00 og igen fra kl. 11.45 - 12.15. Der blev serveret kaffe, the og frugt fra kl. 10 samt varm mad fra afdelingens café i pausen fra kl. 11.45 - 12.15.

2.2.3 Gruppelederne

Der har til hver gruppesession været to ligestillede gruppeledere, (det vil sige ikke en primær og co-terapeut), Liselotte Kaae Veistrup og Tine Lydolph. Begge har en terapeutisk efteruddannelse i kognitiv adfærdsterapi på tre år og en ACT uddannelse på 1½ år.

Gruppelederne har gennem hele forløbet modtaget supervision og sparring fra Erling Groth, psykolog og behandlingsleder i Oasis¹⁰.

2.2.4 Struktur på hver session

Under planlægningen af gruppeforløbene havde vi flere overvejelser om, hvorvidt vi skulle lave en gruppemanual. Det viste sig hurtigt at være uhensigtsmæssigt med en fast manual, når ønsket var at justere forløbene fleksibelt efter kvindernes individuelle behov.

Der blev ved hver session skrevet en dagsorden på tavlen. De første gange blev den præsenteret og formuleret af gruppelederne. Efter 3. session blev indholdet nøje aftalt med og justeret af gruppedeltagerne. Denne procedure med at sætte en dagsorden i fællesskab viste sig at være tidskrævende og ikke helt enkel, idet mange ting indledningsvis skulle reflekteres i gruppen, før dagsordenen kunne sættes. Herefter styrede vi som gruppeledere, at den blev overholdt.

Overordnet fulgte vi strukturen i forløbet, som vises på side 60. Men inden for denne ramme tegnede de to gruppeforløb sig forskelligt. Det varierede således, hvordan gruppen bedst kunne lide at arbejde, og hvilke

¹⁰

Oasis er et rehabiliteringscenter for traumatiserede flygtninge og torturoverlevende. www.oasis-rehab.dk

fælles emner de var mest optagede af. Fra gang til gang forberedte vi i fællesskab, hvad og hvordan næste session omtrent skulle forme sig, hvorved kvinderne fik mulighed for at forberede sig på de svære ting, de ønskede hjælp til. Denne forberedelse blev altid understøttet af telefonkontakt til os gruppeledere mellem sessionerne.

Der blev opsummeret hver gang fra foregående session, dels så evt. fraværende gruppedeltagere kunne følge med, og dels så alle fik mulighed for at give feedback og komme med refleksioner over sidste gruppemøde. I hver session skrev vi alt ned på plancher: Når vi identificerede og analyserede hverdagssituationer sammen, når vi forklarede (teggede og fortalte) om metoden eller om "teori", når vi præsenterede nye øvelser, eller når vi samlede op på kvindernes styrkesider og ressourcer. Hensigten med at skrive alt ned var at sikre en fælles forståelse af det, vi arbejdede med samt at give tid til refleksion over de følelsesmæssigt vanskelige hverdagssituationer.

Ved afslutning af hver session brugte vi fem minutter på, at hver gruppedeltager nedskrev en enkelt sætning om, hvad netop denne kvinde hæftede sig ved og ville tage med sig fra dagens session. Til slut læste hver deltager sin sætning op for gruppen.

Rammerne, den fælles styrede struktur og den kognitive adfærdsterapeutiske metode var ens fra gang til gang. Til gengæld varierede de kognitive adfærdsterapeutiske redskaber afhængigt af gruppen og problemstillingerne.

2.3 Mål, dokumentation og evaluering

I det følgende gennemgås nogle overordnede opstillede mål for pilotprojektet, og det beskrives, hvordan evaluering og dokumentation af gruppeforløbet er grebet an, samt hvordan det gik.

Mål for KABS:

1. At få udviklet et gruppetilbud til traumatiserede stofbrugende kvinder i KABS, der sikrer en høj deltagelse.
2. At få opsamlet viden om, hvad der skal til for at et sådant gruppetilbud er attraktivt for kvinderne at møde op til. Her tænkes et fokus på rammer, rekruttering m.m.

3. At give anbefalinger om, hvad der skal til for at kunne implementere et sådant gruppertilbud i KABS eller lignende organisation.

Mål for gruppeforløbet:

1. At mindst 50 % af kvinderne møder op.
2. At kvinderne angiver, at være tilfredse med forløbet >5 (på skala fra 0-10).
3. At kvinderne har en tryk og rar oplevelse af samværet i gruppen og oplever "at blive taget alvorligt" >5 (på skala fra 0-10).

Hvad angår målene for KABS, anses de for at være opfyldt med udarbejdelsen af indeværende rapport. Erfaringer og opsamlet viden om gruppertilbuddets attraktionsværdi for kvinderne, samt anbefalinger for implementering af dette, synliggøres i rapporten. Disse har taget udgangspunkt i den ugentlige logbog, der undervejs blev ført af gruppelederne. Retningslinjerne for logbogen var følgende:

- Hvor mange mødte op? Begrundelser for udeblivelser.
- Blev det planlagte program gennemført? At beskrive ugens gruppearbejde samt eventuelle afvigelser fra den planlagte dagsorden. Hvad? Hvorfor?
- Gruppeledernes refleksioner. At beskrive og opsamle gruppeledernes overvejelser, observationer og refleksioner undervejs i gruppeforløbet. Relevante eksempler og casebeskrivelser fra arbejdet i gruppen. Beskrivelser af sammenhængen mellem gruppearbejdet/gruppens proces og kvindernes individuelle målsætning.
- Refleksioner over den kognitive teoretiske metodetilgang. At beskrive og opsamle erfaringer med metodetilgangen i gruppeforløbet.
- Kontakt mellem sessionerne. Dokumentation af antallet af telefon-kontakter og sms'er mellem gruppemøderne samt beskrivelse af indholdet i disse.

Målene for gruppeforløbet er blevet bedømt ved fremmødedokumentation og ved en kvalitativ evaluering (se *Del 4*), som blev gennemført med hver enkelt kvinde ud fra interviewguide efter gruppens afslutning (se bilag 4).

Kriteriet for høj deltagelse anses for opfyldt, hvis mere end 50 % af kvinderne møder op. Vi har anslået dette som høj deltagelse, målgruppen taget i betragtning, da kvinderne er aktivt stofbrugende, og da hensigten har været at rekruttere kvinder, der ikke har så jævnlig kontakt med afdelingen.

Fra fremmøderegistreringen ses, at mere end 50 % af kvinderne mødte op. Fra de individuelle evalueringer ses, at kvinderne angav at være tilfredse med forløbet med point fra 8-10, på skala fra 0-10 og angav at føle sig taget alvorligt med point fra 9-10, på skala fra 0-10.

Der blev for alle kvinderne afholdt et fælles overleveringsmøde med deres kontaktperson og én af gruppelederne. Disse møder havde fokus på det gennemførte arbejde i gruppeforløbet, de individuelle målsætninger, nye ønsker og heraf eventuelle suppleringer til deres behandlingsplan. Møderne tog udgangspunkt i individuelle evalueringssamtaler, der blev gennemført for otte af de ti kvinder efter gruppeforløbets afslutning.

Ud over ovenstående beskedne målsætninger satte vi nogle behandlingsmål for forløbene, som ligeledes blev vurderet ved evalueringssamtalerne. I forhold til den netværksskabende strategi, fandt vi, at kvinderne lykkedes med:

- At være sammen med andre kvinder og dele erfaringer, svære oplevelser såvel som glæder.
- At flere kvinder fik et forbedret forhold til kontakter i deres netværk, som de fandt meningsfulde.
- At flere kvinder blev klar over, hvilken hjælp de havde brug for, og hvor de evt. kunne få den.

I forhold til den indsigtsgivende strategi fandt vi, at kvinderne lykkedes med:

- At få en øget bevidsthed om deres egne ressourcer.
- At få en fælles forståelsesramme, der ud fra deres egne sammenhængsforklaringer kunne belyse hverdagsproblemers relation til tidligere tab og traumer.

I forhold til den adfærdsmæssige strategi, fandt vi, at kvinderne lykkedes med:

- Alle kvinderne fik identificeret og afprøvet nye konkrete mestringsstrategier. Disse blev trænet ved, at kvinderne gav sig selv relevante opgaver mellem sessionerne. Opgaverne og det ønskede udbytte af dem blev klarlagt efter grundig forberedelse i gruppen.
- Flere kvinder reducerede stofforbruget i takt med, at de fandt andre mulige løsninger på de problemer, de selv fandt vigtigst at løse. En kvinde blev stoffri.

I tredje del af rapporten vises eksempler på dette gennem cases.

2.4. Rekruttering og individuel gruppeforberedelse

En stor andel af kvinderne i KABS har traumatiske oplevelser med sig i bagagen, jævnfør fokusgruppeundersøgelsen i KABS, 2007 og andre undersøgelser om kvinder i stofbrug. Nogle af kvinderne har meget gamle traumatiske oplevelser og erfaringer, der måske har præget deres tillid og ”væren i verden”, og diagnostisk ville kunne forstås som PTSD type 2, på personlighedsforstyrrelsesspektret eller som forsinkede eller kroniske sorgreaktioner. Andre kvinder har mere nyligt været udsat for tab eller traumatiske oplevelser.

Gruppeforløbene er tiltænkt dem alle, idet hvert gruppeforløb indholdsmæssigt skulle forme sig efter gruppedeltagernes sammensætning og behov (i stedet for omvendt).

Pilotprojektet har været selvisiterende. Rekruttering til gruppetilbuddet har taget udgangspunkt i kvindernes egen oplevelse af at have brug for/ lyst til lige netop dette tilbud samt en oplevelse af at kunne vedkende sig målsætningen for gruppeforløbet (se folder, bilag 1).

Vi foretog således ikke en decideret screening eller sortering af kvinderne, men for at de kunne træffe deres valg på det bedst mulige grundlag, var det naturligvis afgørende, at 1) vi foretog flere og grundige forsamtaler med kvinderne og 2) behandlerne i KABS var så bekendt som muligt med tilbuddets indhold, så de ligeledes på kvalificeret vis kunne reflektere sammen med kvinderne om tilbuddets relevans.

At screene eller sortere kvinderne ud fra systemkendte tab og traumer i journalerne ville ikke give mening. Dels er kvindernes tab stort set ikke beskrevet i journalerne, dels kan man ikke ud fra tabenes karakter alene sige noget om pågældende kvindes vanskeligheder i hverdagen, jævnfør at det er individets forståelse og fortolkning af en situation, der i sidste ende er afgørende for traumatisering (*afsnit 1.3.2*).

Med hensyn til aktivt stofmisbrug afviste vi på forhånd ingen til forsamtalerne. Vi talte meget med kvinderne om, hvorvidt de ville være i stand til at møde fast en gang om ugen uden at være påvirket på en måde, så de ikke ville kunne indgå i gruppen, lytte, være aktive og give respons til de andre kvinder. Et par enkelte kvinder sagde selv fra her, men ville meget gerne have lov til at vende tilbage til et senere gruppeforløb. Nogle

kvinder ”tog chancen” med vores og kontaktpersonens opbakning, og klarede rent faktisk fint at nedsætte stofforbrug/alkoholindtag, så det var muligt for dem at deltage aktivt i gruppen.

2.4.1 Hvordan blev rekrutteringen grebet an?

Fem uger før gruppestart holdt projektleder møde med de tre afdelingsledere for at præsentere resultater og pointer fra fokusgruppeundersøgelsen og informere om de tre kvindetilbud i Projekt Kvindeedukation¹¹, med særligt fokus på dette gruppetilbud ”Fra tab til trivsel”. Skriftlig information om de tre tilbud samt folder om ”Fra tab til trivsel” blev sendt ud til medarbejderne på Gentofte afdeling.

Fire uger før gruppestart mødte de to gruppeledere op til et morgenmøde i Gentofte afdeling for at informere medarbejderne om gruppetilbuddet, om formål, målgruppe og indhold. Endvidere blev der givet information om den individuelle gruppeforberedelse af kvinderne to uger før gruppestart.

Tre uger før gruppestart samlede afdelingsleder en liste over umiddelbart interesserede kvinder, der fik besked om at kunne møde den ene gruppeleder til en forsamtale (individuel gruppeforberedelse) ugen efter.

To uger før gruppestart tilbragte projektleder (den ene af gruppelederne) fire dage i Gentofte afdelings café med henblik på individuelle gruppeforberedelsessamtaler. Kun én kvinde havde været interesseret i en fast tid for denne samtale. Således blev der for de fleste kvinder aftalt samtale, når de kom efter medicin eller pr. telefon samme dag. For nogle gjaldt det, at deres kontaktperson talte med dem om gruppeforløbet først.

De fleste udtrykte forbehold mod pres om deltagelse ved invitation til forsamlingen. Her blev det vigtigt at pointere, at denne samtale ikke på nogen måde var forpligtende i forhold til deltagelse i gruppen.

De individuelle samtaler, ud over den første snak i cafeen, varede ca. 1½ time. Nogle kvinder fik to samtaler med en uges interval, alle blev fulgt op flere gange med samtaler pr. telefon og sms inden gruppestart (se skema over dette i *afsnit 4.1*).

11]

På et styregruppemøde for projekt Kvindeedukation i december 2007 blev det på baggrund af fokusgruppeundersøgelsen besluttet at afprøve tre tilbud i et pilotprojekt: En Kvindeklub, kvindegrupperne ”Kvindeliv” (netværkstilbud) samt ”Fra tab til trivsel” (Se bilag 1, 2 og 3).

2.4.2 Hvad prægede særligt for samtalerne?

Ifølge Ken Heap (Heap 2005) er den individuelle gruppeforberedelse, hvor tilbuddet om gruppemedlemskab gives, ikke nogen enkel rutine-procedure. Denne samtale indebærer indledningen af et kontaktforhold, og den er vigtig, fordi der gives "smagsprøver" på de holdninger og værdier, der vil præge gruppelederens rolle i gruppen (Heap 2005:86). Det primære formål med samtalen er at formidle målsætningen og indholdet af gruppeforløbet til de potentielle gruppemedlemmer på en måde, så de kan foretage et velinformeret valg af, hvorvidt de vil tage imod eller afslå tilbuddet. Her er kommunikationen særlig betydningsfuld. Selvom målsætning og tankegang er klar hos gruppelederne, skal det grundigt overvejes, hvordan det kan formidles i et så tydeligt og dagligdags sprog som muligt.

Kvinderne i KABS har, som tidligere beskrevet, mange blandede erfaringer og dilemmaer i forhold til behandlingssystemet. Det betyder, at de i højere grad end så mange andre målgrupper har brug for at identificere egen rolle og eventuelle risici ved at indgå i et samarbejde. Det ville de sandsynligvis bruge meget energi og tid på at vurdere ved første samtale.

Her blev det understreget for os, hvor vigtigt det ville være at lave en ærlig, sandfærdig og forståelig fremstilling af gruppeforløbets formål og indhold, hvor vi ikke blev fristet til at sælge gruppeforløbet eller overtale til deltagelse, men i stedet tilbød og motiverede. Vi planlagde derfor at give mulighed for flere samtaler med hver enkelt kvinde med tid til at gentage samt tid til at lytte til de mange forbehold og bekymringer ved at deltage uden at være for ivrige efter at afhjælpe disse forhindringer.

At tage kvinderne alvorligt med deres bekymringer og forbehold uanset, hvad disse måtte være, er væsentligt og en konkret måde for gruppelederne at vise, hvilke holdninger og værdier der præger deres rolle (Heap 2005).

Forbehold og bekymringer om deltagelse handlede også for nogle kvinder om et "udtrættet" og kritisk forhold til behandlingssystemet. Her spidsede vi ører, da der ofte lå megen værdifuld information i deres fortællinger. Pågældende kvinder opleves af systemet ofte som besværlige, men deres mod og kraft til at "brække sig" kan også ses som en stor ressource. Det er gruppeledernes generelle erfaring, at netop disse kvinder ofte kan bidrage med mangfoldige og nuancerede refleksioner, som de eksempelvis via et gruppeforløb kan bruge positivt i deres eget hverdagsliv.

Forsamtalerne blev også brugt til at synliggøre den enkelte kvindes mere eller mindre skjulte forventninger og hjælpe med at justere disse. Eksempelvis: "Jeg vil gerne finde en tæt bedste veninde, jeg har ingen overhovedet", er måske ikke en forventning, der med sikkerhed kan opfyldes, og den kan dermed risikere at give stor skuffelse og sorg samt en negativ behandlingserfaring, hvis det ikke lykkes.

Men måske kan mindre gøre det? Og måske kan man gennem dette gruppeforløb få ideer til, hvordan man kan tackle venindeløshed? (Gennem identificering af mestringsstrategier og erkendelse af, at ensomhed og isolation kan være en belastningsreaktion efter tab og traumer).

I alle samtaler/telefonsamtaler var refleksioner over bekymringer, forbehold og forventninger ved gruppedeltagelse således de mest gennemgående emner. Samtidig var det ikke emner, kvinderne selv bragte på bane; mange sagde bare umiddelbart ja til deltagelse, når de i samtalen følte sig inviterede. Men når vi først gav plads og spurgte mere indgående til deres forbehold, hvad der eksempelvis kunne være vanskeligt eller dårligt ved deltagelse i gruppen, fyldte det rigtig meget i samtalerne.

På den måde fik vi dels en fælles nyttig information om både forbehold og forventninger; noget der ubelyst senere sagtens kunne betyde et frafald. Dels fik vi givet en forsmag på, hvad der ville præge vores rolle som gruppeledere; at vi ville tage netop de "små" hverdagsbekymringer meget alvorligt og underkaste dem fælles undersøgelse.

2.4.3 Hvad lagde kvinderne særligt vægt på, når de sagde ja til deltagelse?

For kvinderne var det særlig vigtigt, hvilke andre kvinder der havde sagt ja til deltagelse. Det var kendetegnende for alle, at de kendte kvinder i KABS, de under ingen omstændigheder ønskede at sidde i gruppe med på grund af gamle konflikter eller oplevet ubehag ved at være sammen. De fik derfor alle mulighed for at høre, hvem der var inviteret. De lagde også stor vægt på kontakten til gruppelederen, der varetog forsamtalerne, større vægt end på indholdet af gruppeforløbet. Alle, der sagde ja, gav udtryk for en vurdering af gruppelederen og den foreløbige relation: "Du har virket sød", "Det har været rart at tale med dig, derfor vil jeg gerne være med". Én af kvinderne ønskede umiddelbart slet ikke deltagelse, men dukkede alligvel op til forsamtalen, fordi

hendes kontaktperson havde talt varmt for det. For hende drejede det meste af samtalen sig om hendes kæledyr, og da samtalen var slut, ville hun gerne deltage. Adspurgt, hvad det var, der havde fået hende til at blive interesseret og ændre mening, fortalte hun ligeud, at hun ønskede at høre gruppelederens mening om et emne, der var vigtigt for hende. Da gruppelederen efter hendes vurdering havde optrådt lyttende og empatisk, havde hun mod på at melde sig til gruppen. Indholdet af gruppeforløbet fyldte således meget lidt her, mens den første kontakt var altafgørende.

Vores erfaringer med samtalerne bekræfter, at den individuelle gruppeforberedelse er en vigtig indledning af kontaktforholdet, fordi der gives "smagsprøver" på de holdninger og værdier, der vil præge gruppeledernes rolle i gruppeforløbet.

Det bekræfter også, hvorfor det i KABS vil være utilstrækkeligt blot at rundsende/uddele en folder om tilbud, og hvorfor det ikke er nok at orientere om tilbud ved indskrivning i behandlingen. Der er et stort behov for at vurdere relationen til dem, der står for et givent tilbud, hvilket også var en pointe fra fokusgruppeundersøgelsen (Ludvigsen og Lydolph 2007). Det fortæller også noget om, hvor vigtigt det er, at behandlerne/kontaktpersonerne kender til indholdet af tilbuddet: Hvis kvinderne ikke bruger så meget tid på at vurdere indholdet af gruppeforløbet ved den individuelle gruppeforberedelse, er det vigtigt, at de kan få hjælp til dette af deres kontaktperson og fortløbende sammen reflektere over relevansen af eventuel deltagelse.

At kvinderne ikke hæfter sig så meget ved indholdet af tilbuddet, kan også tolkes som, at der ikke er nok forskellige (gruppe)tilbud at melde sig til, så "man ønsker bare at være med", når der endelig kommer et tilbud.

2.4.4 Opsummering af udfordringerne ved rekruttering og den individuelle gruppeforberedelse

Udfordringen og de erfaringer vi gjorde os med rekruttering og kontinuitet i behandlingen af kvinderne, kan samlet opsummeres som følgende:

- Kvinderne har et mere eller mindre aktivt stofbrug.
- Kvindernes ofte vanskelige livssituation og helbredssituation kan afstedkomme akutte problemstillinger, der forhindrer dem i at møde op til aftalte gruppetilbud.
- Kvinderne har store forbehold og mistillid til systemet samt en ekstrem relationel sårbarhed over for behandlere og andre brugere, hvilket kan afstedkomme udeblivelse og fravær fra et påbegyndt tilbud.
- Nye projekter, tiltag og involverede personer (behandlere som brugere) ses an før den enkelte kvinde tør involvere sig. Møder man ikke kvinderne og fuldt accepterer deres fortolkningsrammer, er det ikke muligt at skabe rammer for en varig forandring.
- Der kan være forskellige barrierer, der forhindrer kvinden i at tage imod relevante tilbud. Barriererne kan have afsæt i tidligere traumatiske hændelser. Afdækkes disse ikke nænsomt, det vil sige arbejdes der for hurtigt og urealistisk med forandringsplaner, risikerer man, at kvinderne kobler sig fra behandlingen.

De første erfaringer fra pilotprojektet Fra Tab til Trivsel peger på, at rekrutteringen og kontinuiteten i behandlingen lader sig gøre ved:

- En længere intensiv ”opvarmningsfase”: En aktivt opsøgende rekrutteringsfase/relationsarbejde i KABS’s afdelinger/kvindernes hjemlige opholdssteder, hvor kvinderne inviteres til at identificere forbehold og bekymringer ved deltagelse i behandlingen samt håb og ønsker om forandring. Herunder en tydeliggørelse af tilbuddets rammer, indhold og intentioner.
- Minimum to forsamlinger før kvinden kommer til det egentlige tilbud. Her arbejdes der fortsat på at etablere tillid og undersøge tilbuddets relevans for kvinden samt afdække graden af kvindens motivation og lyst til at tage imod tilbuddet.
- Intensiv og respektfuld opsøgning/opfølgning undervejs i behandlingsarbejdet (via sms, telefonsamtaler eller møder) – dette er især vigtigt i opstartsfasen af behandlingstilbuddet.
- Et fortløbende samarbejde med kvinderne under gruppeforløbet med det formål at identificere hindringer for et godt udbytte. Dette gøres ved at invitere kvinderne til at evaluere og give feedback på deres deltagelse i og opfattelse af behandlingen og behandlerne. Fokus er således særligt de besværligheder i forløbet, som kvinderne måske ikke uopfordret vil bringe frem. Det er herefter et fælles ansvar (kvinder og behandlere) at finde løsninger, der fremmer kvindernes tryghed og lyst til deltagelse.

2.5 Oversigt over gruppeforløbene

Her gives en kort og generel oversigt over indholdet af gruppeforløbene og dermed processen.

Vi indledte gruppeforløbene med (endnu) en snak om formålet med gruppen, kvindernes og gruppeledernes forventninger og om, hvad der skal til for at skabe et trygt og udbytterigt forløb i lige denne gruppe.

Fra start til slut i gruppeforløbet tages der udgangspunkt i helt konkrete situationer fra kvindernes hverdagsliv, både hvad angår psykoedukation om metoden, identificering af ressourcer og vanskeligheder, træning af mestringsstrategier m.v. Endvidere er der gennem hele forløbet en løbende fælles diskussion og synliggørelse af de normer, gruppen udvikler, eksempelvis normer for kommunikation og samvær.

GRUPPESTART: SESSION 1-2

- Præsentation af gruppedeltagere og gruppeledere, genforhandling af gruppeforløbets målsætning. Identifikation af gruppedeltagernes normer og "spilleregler", herunder hvordan feedback skal forme sig imellem gruppedeltagere, såvel som mellem gruppeledere og gruppedeltagere.

ARBEJDSFASEN: SESSION 3-10

- Psykoedukation om metoden, den kognitive forståelsesmodel, med udgangspunkt i kvindernes individuelle problemstillinger. Dermed også hvordan tab og svære hændelser kan have indflydelse i hverdagslivet, selvom det er fortidige oplevelser (session 3).
- Identifikation af deltagernes belastningsreaktioner i hverdagen ud fra typisk vanskelige situationer i hverdagen (session 4).
- Identifikation af gruppedeltagernes individuelle målsætning for gruppeforløbet (session 5).
- Forskellige kognitive metoder som redskaber (session 6-10).
- Identifikation af ressourcer, mestringsstrategier og værdier, som hænger sammen med deltagernes individuelle målsætning for gruppeforløbet og med arbejdet og processen i gruppen (session 6-10).

AFSLUTNING: SESSION 11-12

- Identifikation/opsummering af deltagernes udbytte af forløbet samt identifikation af reaktioner i forhold til at skulle slutte samt nyttige strategier til at håndtere dette.
- Diplom med ressourcer og mestringsstrategier, som kvinderne selv udvælger og skriver ind i deres diplom.

2.6 Beskrivelse af gruppedeltagerne

I følgende afsnit gives nogle oplysninger om kvinderne, der deltog i pilotprojektet. Data er hentet i KABS' journaliseringssystem KLABS, og kan være med til, i hvert fald på udvalgte områder, at give et billede af de kvinder, som deltog. I lige så høj grad kan det dog sige noget om, hvilke oplysninger man generelt vægter at journalisere, og dermed også noget om de oplysninger, der reelt overses.

Nedenstående skema fortæller om kvindernes alder, deres misbrug, behandlingserfaring, børn, boligsituation og systemkendte tab og traumer.

KVINDE/ GRUPPEDELTAGER	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. ALDER	33 år	35 år	47 år	47 år	48 år	49 år	50 år	57 år	57 år	58 år
2. MISBRUG Hvilke stoffer? (både tidligere og nuværende)	Heroin, kokain, amfetamin, hash	Heroin	Heroin, alkohol, speed, hash	Heroin, LSD, speed, stesolid	Metadon, alkohol	Heroin, hash + alt andet	Heroin, metadon + alt andet	Heroin, alkohol, hash, amfetamin	Heroin, metadon, hash, amfetamin, stesolid	Heroin, alkohol
Hvor mange års misbrug?	18 år	7 år	37 år	33 år	6/31 år	34 år	?	46 år	44 år	30 år
3. BEHANDLINGSERFARING Hvor mange år i behandling? Antal x i døgntilrettelæggelse Psykologbehandling	11 år Min. x 1 Modtaget samtaler	3 år 0 Modtaget samtaler	17 år 2 -	20 år Min. x 9 Modtaget samtaler	6 år 0 Modtaget samtaler	12 år Min. x 2 Modtaget samtaler	15 år Min. x 2 ?	12 år ? ?	10 år 1 Modtaget samtaler	26 år Min. x 1 Modtaget samtaler
4. PSYKIATRISK UDREDNING Hvilke diagnoser?	Depression	-	-	? Udefineret angsttilfælde	Depression	Depression, stofpsykose	Depression	Stofpsykose	? Udefineret angsttilfælde	Borderline / skizofren paranoid
5. BØRN Antal hjemmeboende børn Antal udeboende børn Erfaringer med anbringelse af børn?	0 1 Ja	0 0 Nej	0 1 Ja	0 1 Ja	2 0 Nej	0 1 Nej	0 2 Ja	0 2 Nej	0 0 Nej	0 2 Nej
6. BOLIG Har egen bolig	Ja	Nej	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
7. SYSTEMKENDTE TAB OG TRAUMER	?	?	Partners død	?	?	?	?	?	?	?

Tabel 2.6

2.6.1 Kvindernes alder

Der var en bred spændvidde på kvindernes alder, og dermed også livssituation og erfaringer; fra 33 år til 58 år, med en median på 48½ år.

2.6.2 Kvindernes misbrug

Hvilke stoffer?

Alle har haft et blandingsmisbrug, følgende stoffer var beskrevet: Heroin, metadon, stesolid, hash, amfetamin, kokain, LSD, speed. Alle, på nær én, har eller har haft heroin som et primært stof i en længere periode. Ingen var stoffri ved gruppeforløbets begyndelse.

Hvor mange års forbrug/misbrug har kvinderne?

Alle kvinder har et mangeårigt misbrug bag sig (med debut fra 10-årsaldren og op); spændvidden var her fra 7 år til 46 år, med en median på 33 år.

2.6.3 Kvindernes behandlingserfaring

Hvor lang behandlingserfaring?

Ligeledes har alle kvinderne, på nær én, mange års erfaring i behandlingssystemet; fra 3 til 26 år med en median på 12 år. Det er dog bemærkelsesværdigt i sammenligning med de mange flere år, kvinderne har haft et forbrug/misbrug.

Antal gange i døgnbehandling

Syv af de ti kvinder havde været i døgnbehandling minimum én gang.

Psykologbehandling

Syv af de ti kvinder har på et tidspunkt i deres liv modtaget psykologbehandling i form af samtaleterapi. Alt fra en til flere samtaler og i flere omgange.

2.6.4 Psykiatrisk udredning

Hvilke diagnoser

Én kvinde har fået stillet diagnosen borderline/paranoid skizofren af psykiater. Det er svært at sige, ud fra journalerne, hvor resten af "diagnoserne" stammer fra: To kvinder angives at have en ikke nærmere defineret angstlidelse, fire kvinder angives at have en depression. Egen læge har for nogle af kvindernes vedkommende konstateret en depression. For tre af kvinderne er der intet angivet, og ingen udredning har fundet sted.

I relation til arbejdet med kvinderne i grupperne var diagnoserne ikke umiddelbart genkendelige; eksempelvis havde nogle af kvinderne med en diagnosticeret depression i langt højere grad tegn på angst (eksempelvis socialangst, generaliseret angst), og nogle af de "angste" kvinder havde ubearbejdede sorgreaktioner og symptomer på svære forstyrrelser i følelseslivet grundet tidligere traumatiske oplevelser.

2.6.5 Børn

Hjemmeboende/udeboende/voksne børn?

Otte kvinder havde børn, heraf havde seks voksne børn og to havde børn under 18 år. To kvinder havde ingen børn.

Hvor mange har fået anbragt deres barn, frivilligt eller ved tvang?

Fire kvinder havde erfaring med én eller flere tvangsfjernelser eller frivillige anbringelser af deres børn.

2.6.6 Bolig

Hvor mange kvinder har egen bolig?

Ni ud af ti havde egen bolig.

2.6.7 Systemkendte tab og traumer

Der var generelt et fravær af beskrivelser af de mange tab, kvinderne havde oplevet i deres liv.

I journalerne fandt vi alene følgende type tab beskrevet: 1) Registrering af tidligere fjernelse af børn hos flere af kvinderne 2) Registrering af partners dødsfald hos én af kvinderne.

Gennem gruppeforløbene fandt vi følgende tab og traumatiske oplevelser: Tab af kærester (dødsfald), tab af veninder (dødsfald), tab af kæledyr (dødsfald), tab af forældre/omsorgsgivere (egen erfaring med at blive fjernet fra hjemmet), voldtægter (barn, ung, voksen), incest (barn), fysisk og psykisk afstraffelse (barn og ung/voksen i parrelationer) og fysisk mishandling i misbrugslivet/prostitutionsmiljøet.

At kvindernes tab og traumer således ser ud til at være underbeskrevne i journalerne, kan på flere måder være problematisk i behandlingsarbejdet og den tværfaglige koordination.

Mange af kvinderne kan have store vanskeligheder som følge af disse tab, og i en travl behandlingshverdag med stor tværfaglig koordination er der risiko for, at disse vanskeligheder forbliver usynlige eller adresseret til "almindelig umulig stofmisbrugeradfærd". Der er også risiko for, at kvinderne fejlagtigt bliver rubriceret som nogle af de mere velfungerende brugere, hvis en del af deres mestringsstrategi er "at isolere sig/at trække sig"; altså hvis de holder sig for sig selv, rimeligt passer deres substitutionsbehandling og ikke forårsager postyr og ballade i behandlingen.

Denne diskrepans mellem kvindernes svære erfaringer og den manglende beskrivelse af disse i journalerne forekommer endvidere problematisk, hvis det forholder sig, som pilotprojektets hypotese siger, nemlig at en stor del af kvindernes stofmisbrug kan være en selvmedicinering og dermed mestring af tidligere tab og traumatiske oplevelser.

Det var vores erfaring gennem de to gruppeforløb, at kvinderne generelt var mindre "velfungerende" end indtrykket var fra journalerne, og for flere af kvinderne gjaldt det, at deres stofmisbrug begyndte i forbindelse med et traumatisk tab.



DEL 3

BESKRIVELSE AF METODE GENNEM CASEEKSEMPLER

3

BESKRIVELSE AF METODE GENNEM CASEEKSEMPLER

I det følgende gives en gennemgang af udvalgte fokusområder fra den kognitive adfærdsterapi og ACT, som vi oplever, har været særligt væsentlige for vores arbejde med grupperne. Disse underbygges med caseeksempler fra "Fra tab til trivsel" (gruppeforløbene + de individuelle samtaler) med det formål at give et indblik i metoden og indholdet af de to gruppeforløb. De syv fokusområder er således ikke en dækkende beskrivelse af den kognitive adfærdsterapeutiske metode og ACT, men et lille udpluk.

I gruppeforløbene har vi arbejdet med en individuel og fleksibel tilpasning af hvert forløb, frem for en fast manual, således at indholdet er blevet formet ud fra gruppens sammensætning og kvindernes ønsker.

De caseeksempler, der i det følgende bliver brugt, er lavet ud fra en sammenfatning af vores erfaringer fra typiske arbejdssituationer i gruppeforløbene. Desuden trækker vi på erfaringerne fra arbejdet med kvindenetværksgrupperne i KABS (se folder, bilag 2). Caseeksemplerne er lavet om for at sikre anonymiteten og kan derfor ikke kobles direkte med fakta om kvinderne, jævnfør tabellen i afsnit 2.6.

3.1 Fokus på indsigt og samarbejde

Kognitiv terapi er en indsigtsgivende terapiform (Tingleff 2006). Indsigt henviser til det helt centrale forhold i den kognitive adfærdsterapi, at klienten løbende og detaljeret får indsigt i, hvorfor der arbejdes, som der gør, og hvordan denne teoretiske tilgang tilbyder et perspektiv på, hvorfor man har det, som man har det.

Den kognitive terapeut forholder sig naturligvis til en grundlæggende udviklings/forståelsesmodel samt diverse specifikke modeller og metoder, men disse forklares og tilbydes klienten som et muligt værktøj for det terapeutiske arbejde. Ved hjælp af dette samt den meget strukturerede form (der laves hver gang en fælles aftalt dagorden, fælles aftalt mål)

gøres rammerne for gruppeforløbet tydelige og gennemsikkelige for gruppedeltagerne. Vi vurderer, at den stramme struktur og de faste rammer, som den kognitive metode fordrer, har haft stor betydning for, at kvinderne fandt tryghed og tillid til at begive sig ind i gruppearbejdet.

Der tilstræbes også er en detaljeret indsigt i og analyse af de konkrete situationer, kvinden finder problematiske i sin hverdag – og evt. arbejdes senere i forløbet med, hvilke tidligere erfaringer disse hænger sammen med.

I samarbejdet med klienten tilstræbes en bevidst undersøgende, ikke-fortolkende indfaldsvinkel, som understøttes af den sokratiske dialog, den kontinuerlige opfordring til feedback på arbejdet; det åbne fælles samarbejde. Man kan sammenligne en kognitiv adfærdsterapeut med ”en antropolog i det terapeutiske felt”, det vil sige undersøgende i forhold til den andens perspektiv og reflekterende over sin egen rolle og position.

Således er man i den kognitive adfærdsterapeutiske tilgang forpligtet til at undersøge og udforske klientens egne sammenhængsforklaringer, da disse helt konkret er udgangspunktet for interventioner. Ligeledes er man som terapeut forpligtet til at dele og være bevidst undersøgende omkring sine egne fortolkninger. Igennem dette arbejde kan en ny fælles forståelse for klientens problemstillinger løbende udvikles og alliancen styrkes (Beck 2006).

I relation til samarbejdet mellem gruppeleder og gruppedeltager vil der altid være en fare for, at gruppedeltagerens adfærd ses som et udtryk for deres kliniske billede, f.eks. misbruger, borderline personlighedsforstyrrelse m.v., og at eventuel negativ feedback fra gruppedeltagerne ses som ”modstand”, der hænger sammen med deres problematik. Da vi har ønsket at tage højde for dette i gruppeforløbene, nuanceres her det mere diffuse begreb ”klientens modstand”.

”Modstand” kan der være mange gode forklaringer på, og den kan dække over mange ting, der kræver gruppelederens undersøgelse og opmærksomhed hos den enkelte gruppedeltager. Eksempelvis:

- Behov for validering
- Utryghed ved forandring
- Forandring uforenelig med gruppedeltagerens moral og værdier
- Tidligere dårlige erfaringer med behandling/gruppesamvær
- Ved ikke, hvad der er god gruppedeltageradfærd/ved ikke, hvad der forventes
- Kan ikke overskue konsekvenserne ved at "åbne sig"
- Kan ikke håndtere de stærke følelser, der aktiveres ved en mere aktiv deltagelse i gruppen

Med hensyn til gruppelederens ansvar, det vil sige gruppeledelsen og styring af gruppeprocessen, kan ligeledes nævnes punkter, der kan gemme sig under begrebet "klientens modstand":

- Manglende validering af den enkelte gruppedeltager
- Ikke taget højde for den enkelte deltagers forventninger og tidligere gruppeerfaring
- Ikke modelleret, hvad der er god gruppeadfærd
- For abstrakte, uvedkommende interventioner
- Ufuldstændig psykoedukation (om metoden, der benyttes)
- U hensigtsmæssig fordeling af taletid mellem gruppedeltagerne
- Utrygt emotionelt klima i gruppen – det opleves ikke ok at græde/grine etc.

(Udarbejdet på baggrund af kursusmateriale fra Sisse Sander Strange 2008).

3.1.1 Caseeksempel

SOFIE, 37 ÅR
MISBRUG: 10 ÅR
BEHANDLINGSERFARING: 2 ÅR
BØRN: INGEN

I gruppeforløbet blev en konkret vanskelig situation udredt med en kvinde, Sofie. Hun oplevede det at være alene og kede sig meget svært – og fik følelser, der langt oversteg den umiddelbare vurdering af ”fare” i situationen. Hun blev meget urolig, angst og kunne ende med at være dybt nedtrykt og gjorde sig generelt mange anstrengelser for at undgå dette. Det kunne ikke altid lykkes, og når hun så var alene og syntes/tænkte, at hun ikke kunne håndtere det, blev det til en højrisikosituation for stofbrug.

Hendes oplevelser i den konkrete situation kategoriserede vi i første omgang i diamanten, som vi forinden havde præsenteret for kvinderne med eksempler, formål m.v. (psykoedukation om metode).

Sofie havde selv ønsket at tage pågældende problem op. Det var et eksempel på en typisk vanskelig situation, hun gerne ville kunne løse bedre (uden stofbrug), og som hang sammen med hendes individuelle målsætning med gruppeforløbet:

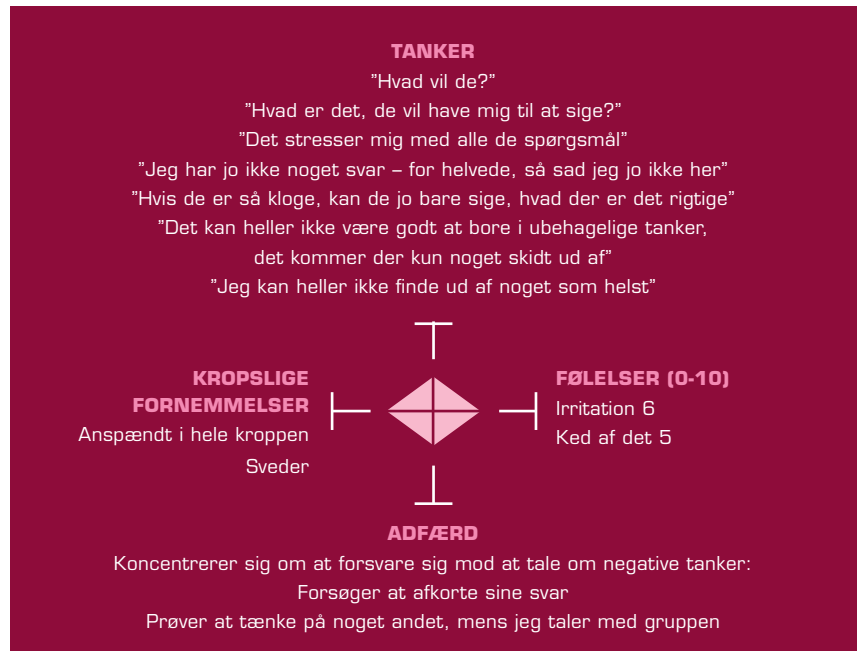
- At få undersøgt og konkretiseret mine ressourcer og styrkesider
- At få andre mestningsstrategier end stoffer til at håndtere håbløshed og frustration
- Herunder at kunne udholde at undersøge negative tanker og antagelser i situationer, hvor håbløshed og frustration er stor
- At kunne vurdere og evaluere disse tanker/antagelser realistisk

Sofie havde følgende konkrete mål i relation til at være i behandling i KABS:

- At finde en bolig
- At komme i arbejde
- At blive stoffri

Vi oplevede dog, at Sofie med alene-situationen var vagtsom og anspændt i processen. Så vi tog straks et par skridt ud af processen og spurgte hende, om hun følte ubehag ved at blive spurgt? Hun bekræftede dette, og da vi efterfølgende spurgte om, hvordan hun havde oplevet det ubehageligt, forklarede hun, at hun alligevel var blevet bange for og i tvivl om, hvad vi ville med vores spørgsmål. Skulle hun føres et bestemt sted hen via vores spørgsmål? Til en bestemt konklusion?

Og kan der være noget farligt ved at beskæftige sig så meget med ubehagelige tanker? (Kommer der så flere af dem?) Efter at have spurgt om lov, førte vi Sofies tanker ind i diamanten:



Figur 3.1.1

Vi forklarede her, efter hendes billigelse, rationalet i at arbejde på denne måde (psykoedukation om den kognitive forståelsesmodel og diamanten). Vi afslørede hermed, at den form for ”konklusion”, vi sad inde med, ikke var et *færdigt bedste svar* eller bestemte tanker om/vurderinger af hendes situation. Hvis noget sådant skulle opstå, ville vi spørge hende og absolut være villige til at ændre eller justere en sådan eventuel vurdering. Vi skulle sammen i gruppeforløbet undersøge mange konkrete situationer, med henblik på inspiration og ideer til, hvordan de kunne løses.

Desuden fik vi i gruppen en meget nyttig fælles viden om Sofies betænkkeligheder ved at skulle beskæftige sig med egne negative automatiske tanker. Dette var noget flere af kvinderne kendte – forgæves forsøg på undgåelse og kontrol over tanker. Set i et traumeperspektiv er det almindeligt at værge sig mod stærke negative følelser og tanker, og sandsynligvis har det engang tjent til beskyttelse og mestring. Problemet er, at det efter et stykke tid ikke længere virker efter hensigten.

Sofie var efterfølgende synligt lettet og havde mod på at fortsætte identificeringen og analysen.

Dette er, hvad man i kognitiv adfærdsterapi blandt andet forstår ved feedback og løbende at give indsigt i metoden, som et tilbud. Det er ikke nok at fortælle om metoden *inden* starten af et forløb, ligesom det ikke er nok at spørge til, hvordan samtalen oplevedes *efter* hver samtale. I et samtaleforløb er terapeuten ansvarlig for med jævne mellemrum at ”træde ud af processen” og tale om konteksten. Hvordan er det at tale om? Er det ok? Er jeg på rette spor med mine spørgsmål? Er emnet det rette? Ligesom der psykoedukeres om metoder og deres rationale løbende.

3.2 Fokus på den sokratiske dialog

Den sokratiske dialog er et gennemgående princip i den kognitive adfærdsterapi og er betegnelsen for det fælles undersøgende samarbejde mellem klient og behandler. Sokratisk dialog er opkaldt efter den græske filosof Sokrates, som kaldte sin egen metode for *majeutik* (jordemoderkunst); ”at forløse sit åndelige afkom”.

Sokratisk dialog betyder "undervisning ved hjælp af spørgsmål" (Mørch og Rosenberg 2005:33) og i kognitiv adfærdsterapi er sokratisk dialog en undersøgende proces, der omfatter følgende faser (Padesky 1993, i Mørch og Rosenberg 2005:34):

- Indsamling af data
- Undersøgelse af data
- Revurdering af data
- Planlægning af ændringer på baggrund heraf

Den sokratiske dialog farver hele den terapeutiske relation i kognitiv adfærdsterapi og udgør et væsentligt alternativ til rådgivning og tolkninger. Spørgsmålene tager som regel afsæt i et aktuelt konkret problem, og fører derefter klienten "rundt om" dette, så nye synsvinkler kan opstå, samt information, der aktuelt ligger uden for klientens synsvinkel, kan opfanges med henblik på at se på det aktuelle problem med nye øjne (Mørch og Rosenberg 2005:34).

Den sokratiske dialog bruges også ved de mange opsummeringer i terapien, hvor der er lejlighed til at justere klients og terapeuts tolkninger af, hvad der foregår, eksempelvis:

"Har jeg forstået det her rigtigt?", "Hvad tænker du om det, jeg har skrevet her/genfortalt?", "Er der noget, jeg ikke har fået med/fanget i forståelsen af det, du fortalte?", "Stemmer det her overens med din måde at se tingene på?", "Er det sådan her, du selv ville formulere det?" osv.

3.2.1 Caseeksempel

JONNA, 45 ÅR
 MISBRUG: 33 ÅR
 BEHANDLING: 10 ÅR
 BØRN: 3

Et eksempel på en *manglende* anvendelse af den sokratiske dialog kan være Jonna, der i en tidligere terapeutisk sammenhæng ikke havde kunnet "knække" et ofte stillet spørgsmål (af terapeuten): "Hvad er det, der gør, at du tænker, at du har fortjent at blive behandlet sådan?" (Jonna havde oplevet vold og krænkelse i barndommen og voldtægter som voksen). Bag dette spørgsmål gemmer sig sandsynligt en omsorgsfuld intention om at ændre Jonnas syn på sig selv, beroende på viden om, at vold og krænkelse i barndommen ofte giver stor skyld- og skamfølelse hos klienter. Men denne formulering vakte ingen genkendelse hos Jonna, og hun følte sig utilpas ved ikke at kunne besvare spørgsmålet. Hun blev optaget af, at hun ikke kunne give det "rigtige" svar. For sådan tænkte hun egentlig ikke om sig selv, at hun havde *fortjent* det. Tværtimod syntes hun, at hun havde prøvet på at kæmpe. Herefter var hun gledet ud af behandlingen.

Med den sokratiske dialog ville spørgsmålene lyde: *Hvad* tænker du egentlig om det? *Hvad* er det mon for en opfattelse/mening de oplevelser, du har været udsat for, har skabt for dig? *Hvad* mon det betyder for dig, og hvad mon det betyder i din hverdag i dag? Det vil sige at de ville undersøge og afdække det individuelle syn/konstruktion og sammenhængsforklaring – som terapeuten ikke kender på forhånd. Heller ikke på baggrund af teori om viden om konsekvenser af vold i barndommen.

At kvinden følte sig så ramt af en formulering, *kan* tolkes som en ekstrem relationel sårbarhed, som *kan* være et produkt af tidligere traumatiske oplevelser. Men dette understreger kun nødvendigheden af at møde hende med spørgsmål og formuleringer, som minimerer risikoen for misforståelser eller som her, ophører af behandlingen.

Selv ved konsekvent anvendelse af den sokratiske dialog kan det naturligvis ikke udelukkes, at man "træder i spinaten". Det vigtige her må så være en metodetilgang, der fordrer selvevaluering og løbende undersøgelse af klientens tolkninger (feedback).

3.3 Fokus på identifikation og analyse i hverdagssituationer/tanker og følelsers indhold, form og funktion

Med den kognitive adfærdsterapeutiske metodetilgang tages der udgangspunkt i kvindernes egen kontekst og forståelsesramme. Det situations-specifikke og hverdagsrelaterede indeholder kilden til det hele – til den nutid og fremtid, der gerne vil forandres og til den fortid, der eventuelt efterfølgende skal reflekteres over, fortælles i et nyt lys og heles.

Det bliver derfor lige præcis vigtigt at starte i de konkrete, hverdagsrelaterede situationer, hvor de selv oplever problemerne udspille sig, uanset hvor ubetydelige disse situationer måtte lyde i behandlerens øre. Herefter belyser man sammen – forsigtigt og respektfuldt – dels indholdet af situationen (indhold i tanker, følelser, kropslige fornemmelser og adfærd), dels betydningen af situationen og sammenhængen til andre vanskeligheder/områder i kvindens liv.

I gruppeforløbene har vi således både koncentreret os om indholdet af problemerne (som er mere kognitivt adfærdsterapeutisk) og det kontekstuelle, hvordan problemerne relaterer sig til andre ting i kvindens liv, altså deres funktion (som er mere ACT).

I takt med at problemsituationer belyses, formuleres i samarbejde med hver enkelt kvinde en individuel målsætning for forløbet. Ofte med god hjælp fra de andre kvinder i gruppen; gruppens hjælp, feedback og dynamik inddrages i alle processer.

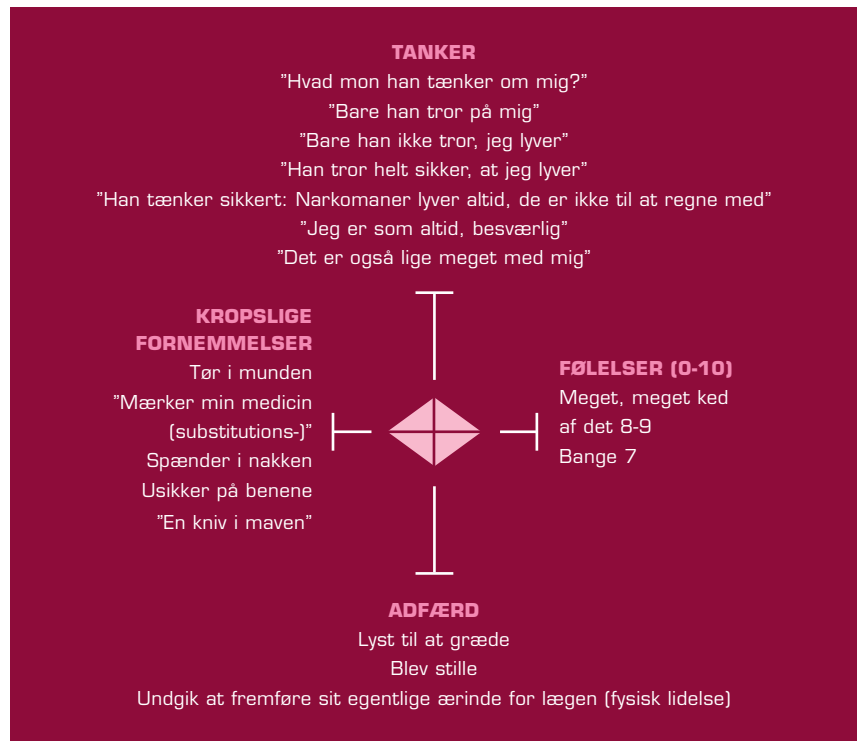
3.3.1 Caseeksempel

BENTE, 53 ÅR
MISBRUG: 40 ÅR
BEHANDLINGSERFARING: 9 ÅR
BØRN: 1

Dette eksempel er fra gruppens arbejde med at finde og analysere typiske vanskelige situationer, kvinderne ønskede belyst.

Bente fortalte, at hun i mange år havde tænkt, at så længe hun følte sig så "utilpas" i sin hverdag, ville hun ikke rigtig have mod på nogen forandringer i sit liv. Og alligevel havde hun stadig et lille håb om at få det "bedre". Efter at have arbejdet to og to i gruppen med at sortere og finde de typisk vanskelige situationer frem, valgte hun en konkret situation som et typisk eksempel på, hvordan hun kunne føle sig utilpas. Hun havde ikke på forhånd nogen fornemmelse af sine tanker i situationen, men bare at hun fik det "møg dårligt". Hendes bedste mestring var ofte stofferne, "for at få det lidt på afstand".

Situationen var et besøg hos den praktiserende læge, hvor hun var afhængig af at få lægens hjælp, råd og eventuelle behandling omkring sin fysik. Diamanten så således ud:



Figur 3.3.1

Det var meget sårbart for Bente at blive spurgt sokratisk om, hvad der egentlig foregik i situationen. Og det tog lang tid at finde frem til. Hun blev ked af det, men blev mødt meget validerende og med stor genkendelse fra de andre kvinder efter en runde med feedback fra gruppen.

Vi (gruppelederne) deltog med validering og senere psykoedukation om den kognitive forståelse af tankers funktion; hvordan man har en tendens til at opfatte dem som sande og reagere på dem som eneste sandhed.

Endvidere talte vi om, hvor svært det er at registrere sine tanker/antagelser, hvor man oplever stærke følelser eller problematiske situationer. Det kræver øvelse og træning, som er en stor del af gruppeforløbet. At registrere sine tanker og antagelser er første forudsætning for at kunne arbejde med en evaluering og forandring af disse.

Den mening Bente tillagde situationen (jeg er besværlig, det er lige meget med mig), var det, der gjorde hende så uendelig ked af det. Lægen, som hun havde det ok med, spillede her ikke den store rolle. Med hjælp fra gruppen og os kom Bente selv med realistiske eksempler på situationer, hvor hun var værdifuld, modsat besværlig, og hun kommenterede selv afsluttende, at hun egentlig ikke *synes*, at hun havde opført sig særlig besværligt hos lægen, det var bare sådan det *føltes*.

Set udefra kan der være mange forskellige mulige årsager til Bentes antagelse ”jeg er besværlig, det er lige meget med mig”. Det kan dreje sig om tidligere erfaringer med læger/behandling, med stigmatisering som stofbruger, med relationer i et ulige magtforhold, med ”at stikke en plade” og ikke være ok med det eller med traumatiske hændelser/episoder som barn, hvor hendes forståelse af situationerne var ”det er lige meget med mig, jeg er besværlig” m.v.

Bente kom senere i forløbet med sin egen sammenhængsforklaring, som hun havde tænkt og reflekteret over i løbet af gruppeforløbet, efter det blev tydeligt, at den samme grundlæggende antagelse var på spil i mange forskellige konkrete situationer. Hun fortalte kort og helt overordnet om traumatiske oplevelser som barn med vold og manglende omsorg/nærhed, og at hun havde oplevet at føle sig til besvær og ikke være noget værd i mange situationer. Dette gjorde imidlertidig ikke hendes fortid til vores fokus for intervention. Det tjente derimod til Bentes, gruppeledernes og gruppens forståelse og indsigt samt yderligere validering af hendes oplevelse af vanskeligheder i hverdagssituationerne. Arbejdet lå stadig i de konkrete vanskelige situationer, hvor disse antagelser var på spil; at identificere virksomme og nye mestringsstrategier.

Det skal her tilføjes, at arbejdet med at ændre på grundlæggende negative antagelser om sig selv tager lang tid og kræver træning langt ud over, hvad man kan nå i et gruppeforløb på 12 gange.

I afsnit 3.7 gives et eksempel på dette arbejde gennem 1½ års samtaler.

3.4 Fokus på kreativ håbløshed og undgåelsesstrategier

Efter mange og grundige analyser af de hverdagssituationer kvinderne bringer frem som vanskelige, ser man fælles på de typiske mestringsstrategier. Disse kan være mangeartede, eksempelvis at isolere sig, bekymre sig, skære sig, bruge flere stoffer, give andre ”det glatte lag”, sulte sig m.v. (Hayes og Strosahl 2004, i Rikke Kjeldgaard 2008:2). Her afdækkes, om der er mestringsstrategier, der er mere typiske end andre. Hvorvidt stof-ferne kunne være et eksempel på det.

Endvidere afdækkes, hvad mestringsstrategierne søger at løse. Tjener de som undgåelse af bestemte følelser eller tanker, der opleves vanskelige eller ubærlige? – og hvilke?

I fællesskab udforsker man, hvorvidt disse strategier på sigt har medført en bedring, og hvorvidt kvindens ofte store anstrengelser med de nuværende mestringsstrategier har bragt hende nærmere den tilværelse, hun gerne vil leve. Man ser også på, hvad strategierne har kostet kvinden i forhold til tid, energi, sundhed, vitalitet og sociale relationer (Rikke Kjeldgaard 2008:2).

Udtrykket ”kreativ håbløshed” refererer således til, at kvinden bringes til at se det håbløse i sin agenda. Her er det vigtigt at bemærke, at det ikke er kvinden, der er håbløs, men strategierne der ikke synes at fungere i forhold til det, de er udviklet til at løse (Rikke Kjeldgaard 2008:2).

I arbejdet med at afdække typiske mestringsstrategier/undgåelsesstrategier er det en helt grundlæggende terapeutisk intervention at validere kvinderne. Validitet betyder, at noget har relevans og er meningsfyldt i en bestemt sammenhæng på baggrund af kendsgerninger, logik, alment vedtagne regler eller på baggrund af et mål eller målopfyldelse. Validering af et andet menneske vil sige, at man tilkendegiver, bekræfter og bestyrker den anden i, at hun/han er troværdig, forståelig, rimelig, logisk eller funktionel (Kåver og Nilsson 2004:127).

Når man validerer et menneske, drejer det sig således om at hjælpe kvinden til at se sin adfærd som fuldt forståelig og måske som en nødvendig og ”intelligent” beskyttelse, set i lyset af hendes fortolkning af den situation, hun konkret var i. Eller set i lyset af den type situationer og tidligere erfaringer, mestringsstrategierne er født af.

3.4.1 Caseeksempel

ANNA, 29 ÅR
MISBRUG: 9 ÅR
BEHANDLINGSERFARING: 3 ÅR
BØRN: 0

Det foregående caseeksempel beskrev en situation, hvor Bente var på besøg hos lægen. Her oplevede hun en stor følelsesmæssig belastning. I lyset af denne blev hun valideret på sin "automatreaktion": at undgå at fremføre sit vigtige ærinde om sit helbred hos lægen. Denne type undgåelse "at opgive sit ærinde, at trække sig" har tjent som klog, logisk og intelligent mestring i tidligere situationer, og det er vigtigt, at Bente forstår og bliver valideret på denne pointe. Der er ikke noget forkert ved hende i situationen, men mestringen "at opgive sit ærinde, at trække sig" tjener ikke længere sit formål og er ikke længere beskyttende i situationen, hvor hun behøvede hjælp og behandling fra lægen.

"At opgive sit ærinde, at trække sig", som viste sig at være generelt for Bente i mange situationer, var således den "håbløse strategi", der ikke løste for Bente, hvad den var udviklet til at løse. Den kostede hende derimod en masse på kontoen; sundhed, vitalitet og sociale relationer, og den bragte hende ikke nærmere det liv, hun faktisk ønskede sig og de værdier, hun havde.

I gruppeforløbet brugte vi *meget* tid på validering af den enkelte kvinde og hendes ikke virksomme strategier, både fra gruppelederne, men ligeså vigtigt, fra de andre kvinder.

En anden kvinde, Anna, oplevede ofte kropslig og følelsesmæssig alarm på en bestemt tanke, der nagede hende: "Jeg kan ikke tage beslutninger". Dette fyldte rigtig meget for Anna. Tanken, som hun oplevede dybt ubehagelig, og betydningen af den; "jeg undgår at træffe valg", oplevede hun som faretruende i sit liv, hvis stoffrihed skulle opnås og vedligeholdes. Anna oplevede, at det, der oftest væltede hende, var hendes manglende evne til at beslutte sig. Vi undersøgte derfor, hvad det betød for hende ikke at kunne beslutte sig. Igen ved at finde en typisk konkret situation på denne manglende beslutsomhed.

Situationen var en alene-situation, en almindelig eftermiddag og aften.



Figur 3.4.1

Gennem denne proces blev særligt to områder tydelige:

1. De "håbløse strategier" bestod i forsøg på undgåelse og kontrol over tanker. Anna oplevede ingen kontrol, derimod det stik modsatte, hvilket også er pointen i ACT; at de negative tanker pressede sig mere og mere på under hendes anstrengelser for at holde dem borte. Endvidere var det en "håbløs strategi" at forsøge helt at undgå at være alene. Ofte var hun alene.
2. Mangel på realistisk evaluering af tanker som "alle andre har altid noget, de har lyst til", "jeg har spildt mit liv, og kan kun finde ud af at gå i panik", "jeg skal beslutte fremtiden nu", eller de endnu mere belastende konklusioner og antagelser som "jeg duer ikke til noget", "jeg er håbløs". Realistisk evaluering af sådanne negative automatiske tanker og på sigt forandring af grundlæggende negative antagelser er en grundsten i den kognitive adfærdsterapi.

Disse to områder arbejdede vi med den pågældende dag.

Annas måde at forstå denne og mange andre situationer, var altid som udgangspunkt at lave en belastende tolkning af egen manglende evne til at kunne beslutte sig om hele sit liv, og derefter tage skylden på sig: "Jeg er håbløs, duer ikke til noget".

Dette affødte generelle refleksioner i gruppen over, hvilke kriterier hver enkelt havde for dét at træffe en beslutning. Det var et emne, der optog alle.

Eksempelvis: Hvor lang tid skal en beslutning være gældende? Er det i orden at beslutte noget på trods af tvivl? Kan man handle på trods af tvivl? Har man ret til at være usikker og i tvivl og så alligevel stå fast på sit valg/sin beslutning? Har man ret til at beslutte noget, som føles godt for én selv, selvom det er ubekvemt for andre? Hvornår ville det være ok, og hvornår er det ikke ok? Osv. Kvinderne deltog aktivt og meget interesserede i diskussionen og gav udtryk for, at de ikke havde tænkt over de individuelle, ofte ubevidste "regler" for dét at træffe en beslutning.

Vi gik videre med en fælles identificering af fordele og ulemper for Anna og gruppen ved at beslutte selv, modsat at "lade stå til" og lade tilfældigheder og omgivelser træffe ens valg. Disse lød:

At beslutte selv:

Fordele:

- Være på forkant med situationerne
- Kan planlægge selv
- Giver større selvsikkerhed (at turde gøre det viser, at man har mod)
- Man får mulighed for selv at vælge (noget man virkelig ønsker sig)
- (Undgår vildt meget stress ved at "lade stå til", ikke at beslutte selv)

Ulemper:

- Så er det ens egen skyld (hvad der sker efterfølgende)
- Bange for at tage fejl (for så er det min skyld og giver en voldsom følelsesmæssig reaktion: Ked af det hed, angst og tanker som "jeg er dum", "jeg duer ikke til noget")
- Tingene bliver hurtigt mere indviklede (på grund af ovenstående!)

Kvinderne gav udtryk for mange ahaoplevelser ved at reflektere over emnet "At tage en beslutning". Og vi tænker, at det giver mening at træde et skridt tilbage og ikke kun se på fordele/ulemper ved den enkelte situation, men også på fordele/ulemper ved overhovedet at træffe valg. Det var tydeligt, at kvinderne var meget berørte af skyldproblematikken, her kan tidligere erfaringer, traumatiske oplevelser eller stigmatisering i samfundet/i behandlingssystemet have spillet en rolle.

Vi identificerede de fælles antagelser/tanker om "at tage en beslutning", som kunne have en betydning for kvindernes mulighed for handling i forhold til at beslutte noget og skrev dem ned:

"Beslutninger er for hele livet".

"Når man starter på noget, skal man gøre det færdigt – ellers er man ikke et ordentligt menneske".

Disse antagelser kunne kvinderne godt se var svære at leve op til. For alle mennesker. Og det kunne betyde en handlingslammelse og angst for at føre noget ud i livet. Altså en regel/strategi, der ikke løser det, det er meningen, den skal løse og som dermed er uhensigtsmæssig. Efter at have set på fordele/ulemper identificerede vi derfor i fællesskab nogle alternative antagelser/tanker og nye mulige strategier (mestringsstrategier) ved hjælp af sokratisk dialog. Disse lød:

"Hvis man ikke fejler, lærer man ingenting".

"Når man fejler, bliver man klogere".

"Jeg tager en beslutning, til jeg tager en anden".

"Jeg øver mig bare".

"Beslutninger behøver ikke at være perfekte og for hele livet".

"Det vigtigste er at handle".

"Jeg må gerne være usikker, efter jeg har taget en beslutning. Det betyder ikke, at det var forkert at vælge, eller at jeg straks skal tage en anden beslutning".

Som hjemmeopgave reflekterede kvinderne over, hvilke handlinger i hvilke konkrete situationer disse nye antagelser kunne inspirere til?

3.5 Fokus på ressourcer og værdier

I de to gruppeforløb har der været to meget gennemgående temaer i interventionerne: Validering og at identificere ressourcerne i givne situationer eller områder i kvindens liv. Til dette har gruppen været uundværlig; der er ingen tvivl om, at de andre gruppemedlemmers refleksioner, feedback og bidrag til at belyse en kvindes ressourcer, har betydet noget særligt positivt. At blive set fra sin gode side og mødt varmt og positivt af andre kvinder, hvis erfaringer ligner ens egne, har i betydningsfuld overgået vores, gruppeledernes, feedback.

Endvidere har vi i gruppeforløbene arbejdet med identificering af værdier; at finde frem til, hvad der opleves meningsfuldt for hver enkelt kvinde her i livet. Mange af kvinderne havde som udgangspunkt ingen idé om, hvad deres værdier egentlig var. I hvert fald ikke på en måde så de kunne fortælle om det. I takt med, at vi i gruppen analyserede problemsituationer og senere skulle identificere nye og alternative strategier, blev det vigtigt at afstemme disse med, hvad kvinden egentlig ønskede at forfølge i sit liv.

Det kan dog være særdeles smertefuldt og sårbart at beskæftige sig med, hvad der virkelig betyder noget, hvis der ikke har været ret meget til stede af det i ens liv. Det kan derfor aktivere stor tabsfølelse og tristhed at tale om. Mange af kvinderne kunne komme i tanke om mange situationer, hvor de har oplevet nederlag. Situationer, som måske netop har betydet, at ønsker/drømme og værdier er blevet lagt på is. Det har fremmet en strategi eller en norm, at "hvis jeg er ligeglad, bliver jeg ikke såret" og

dermed også: "Det er faretruende at beskæftige sig med sine virkelige ønsker". Vi har fundet det meget vigtigt at respektere denne sidstnævnte "regel" ved at validere kvinderne på, at deres livsvilkår har været så vanskelige, at de ikke kunne forfølge deres værdier. Det er i øvrigt vores erfaring, at man risikerer, at kvinderne kobler sig fra behandlingen, hvis man arbejder for hurtigt og urealistisk med forandringsplaner og ikke afdækker værdier såvel som problemstillinger meget nænsomt.

Det er vigtigt at sondre mellem værdier og målsætning. Det er karakteristisk ved værdier, at de er procesorienterede og betegnende for den proces, der forgår her og nu, når man lever sit liv i overensstemmelse med det, der er betydningsfuldt for én.

Værdier er ikke operationelle og konkrete. Hvis et menneske eksempelvis sætter pris på at hjælpe andre mennesker eller gerne vil være en kærlig mor, er det ikke "målbart", hvornår dette er opfyldt; det vil sandsynligvis altid være af betydning for personen (Hayes, 2008).

Mål er derimod resultatorienterede, konkrete og opnåelige begivenheder, der kan realiseres eller fuldføres. Hvis mål forveksles med værdier/retninger, er videre fremskridt ikke mulige, når man har nået dem.

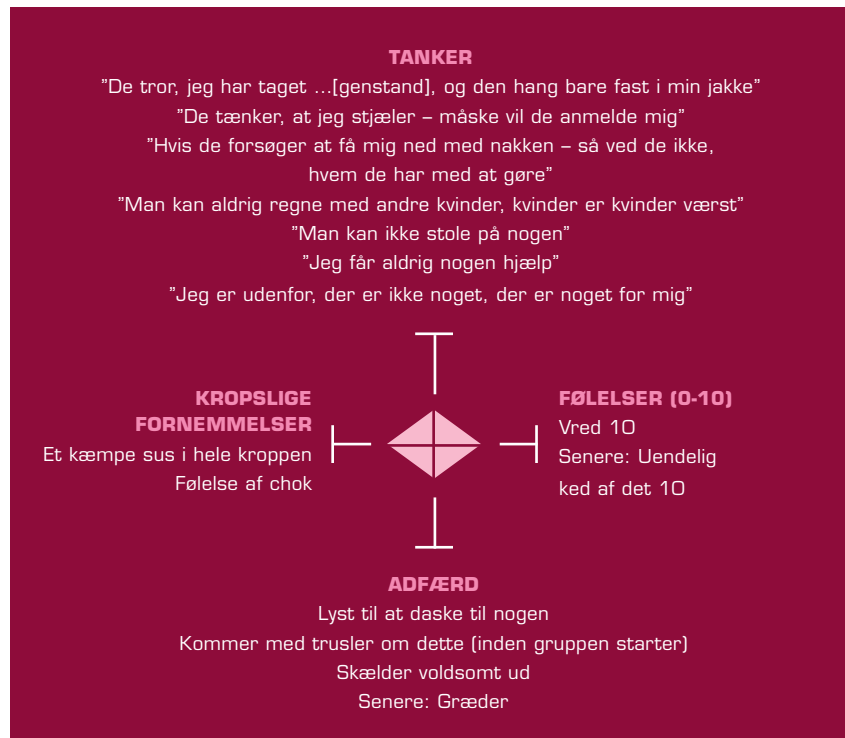
Det er derfor af stor væsentlighed ikke kun at identificere mål, når man arbejder med mennesker med komplekse problemstillinger, for ellers er risikoen stor for at de opnåede mål efterfølges af depression og tab af livsretning. For hvad nu? Var det bare det? Og er det så et tegn på, at jeg igen ikke duer til noget, hvis jeg ikke oplever "forløsning", når jeg har nået mit mål? (Hayes 2008).

Det er vigtigt, at sondringen mellem værdier og mål er klar og bevidstgjort for både kvinde og terapeut. Hvis dette er tilfældet, kan målsætning være glimrende og styrkende i behandlingsarbejdet (Hayes 2008).

3.5.1 Caseeksempel

DORTE, 56 ÅR
MISBRUG: 46 ÅR
BEHANDLINGSERFARING: 8 ÅR
BØRN: 2

Dorte startede sit forløb i gruppen (1. og 2. gang) med en stor vrede til de andre kvinder og til gruppelederne. Der blev skældt meget voldsomt ud. I forhold til de andre kvinder var hun vred, fordi hun følte sig beskyldt for tyveri. Gruppelederne var hun vred på, fordi hun følte sig snydt over at være blevet lokket til et gruppeforløb, der skulle være rart og trygt, og så viste sig slet ikke at være det. Da det påvirkede hele gruppen, tog vi situationen op i plenum, efter tilladelse fra Dorte og gruppen. Følgende var, hvad vi kunne belyse og skrive fælles ned som Dortes oplevelse:



Figur 3.5.1

I identificeringsprocessen var validering og sokratisk dialog igen vigtige elementer. Vi fik lov til at belyse Dortes oplevelse, da hun følte, at vi tog "hendes parti" gennem 100 % at interessere os for netop hendes oplevelse. Vi betvivlede ikke hendes oplevelse og følelser i situationen, men tog dem meget alvorligt. Og nu stod det skrevet sort på hvidt.

I gruppen havde ingen af de andre kvinder opdaget situationen, hvor en genstand hang fast i Dortes jakke, og da vi belyste de andre kvinders oplevelse på samme måde og lige så alvorligt, var det Dortes tur til at lytte. I stedet for kun at blive en diskussion om de tre øverste tanker: "De tænker, jeg stjæler..." m.m., var der nu mulighed for, at kvinderne kunne finde fællesskab omkring de fire nederste tanker. Disse var affødt af følelsen af at være udenfor, ikke at kunne stole på nogen, frygten for at stole på andre kvinder (kvindegrupper) m.v., og set fra denne vinkel var der meget i situationen, der kunne genkendes og valideres fra de andre kvinder.

Vi hjalp som gruppeledere til med styring af processen og med mange spørgsmål til det generelle og alment menneskelige niveau. Vi endte med at få mange flere ting skrevet ned på vores fælles planche om "normer i gruppen", ting som fx: hvordan skal vi så have det her i gruppen? Hvordan skal vi beskrive det, I netop sidder og taler om?

Under denne snak om normer og ud fra de nye måder at anskue situationen på, gav flere af kvinderne feedback til Dorte om, at hun var utrolig modig, at hun turde vise alle sine følelser, vise sin sårbarhed, turde være både vred og ked af det foran alle de andre. Endvidere sagde de, at de syntes, at hun var en "kæmper": At hun kæmpede for sin ret til et "rart" gruppeforløb, som hun følte, hun var blevet stillet i udsigt. Der var flere kvinder, der gav udtryk for aldrig at ville turde dette. De oplevede hende også kærlig, efterfølgende.

For alle gruppedeltagerne blev der samlet på ressourcer og konkrete eksempler på disse gennem gruppeforløbet, som til sidst mundedes ud i et lille diplom. Her nedskrev de deres 1) Mål for gruppeforløbet, 2) Nye mestringsstrategier og 3) Ressourcer

Dortes ressourcer, som de andre kvinder havde talrige eksempler på, lød i slutningen af gruppeforløbet således:

Ressourcer:

- Ikke bange for at fylde
- Kærlig
- Omsorgsfuld
- Modig, tør kaste sig ud i nyt
- Ærlig
- En kæmper, en overlever

Gennem gruppeforløbene var vi hele tiden meget opmærksomme på at få synliggjort og nedskrevet ressourcer. Ikke for at tilsidesætte eller bagatellisere de store vanskeligheder kvinderne stod med, men netop for at give mod og energi nok til at turde belyse de problematiske situationer, de kæmpede med. Vi nedskrev kun kvindernes indbyrdes feedback på ressourcer ud fra en tese om, at det var mere autentisk at få feedback fra ligestillede kvinder end fra behandlere. Til gengæld hjalp vi med at lede efter og forsøge at afdække styrkesider gennem vores spørgsmål og styring af processen.

Når vi identificerede nye handlestrategier, var ressourcerne også altid med som inspiration til dette arbejde: Hvis du skulle bruge dit mod og din omsorgsfuldhed i denne situation, hvad kunne du så gøre? Kunne du gøre noget anderledes? Hvad ville du så tænke på? Hvad ville du sige? Ville der komme noget bedre ud af det? Hvad ville være det svære ved det? M.v.

3.5.2 Caseeksempel

KIRSTEN, 52 ÅR
MISBRUG: 36 ÅR
BEHANDLINGSERFARING: 14 ÅR
BØRN: 2

En anden kvinde, Kirsten, havde også identificeret ressourcer og konkrete eksempler på disse. Kirsten havde imidlertid svært ved at finde frem til nogle personlige livsværdier - altså hvad der virkelig betød noget for hende. Ligeledes var det også svært for hende at finde de rette ord til at formulere sig om det.

Og der var brug for at finde frem til, hvilken type aktiviteter hun brød sig om, hvis hendes isolation skulle brydes. Vi blev ved med at lede, ligesom det var en fortsat opgave for hende mellem sessionerne at arbejde på en liste over, hvad der oplevedes rart. Er der tidligere erfaringer med rare aktiviteter? Nuværende? Er der noget andre mennesker foretager sig, der virker dejligt? Hvilke råd og forslag ville du give til en anden kvinde/en veninde?

En af de sidste gange i gruppen kom Kirsten stolt med sin liste, som hun havde brugt lang tid på at lave derhjemme. En liste over ting hun kunne lide i sit liv, hvor hun oplevede tilfredshed eller måske glæde, og som dermed var et udtryk for nogle af Kirstens værdier. Listen lød ordret således:

- At gå i haven og ordne et bed for derefter at se en stor bunke ukrudt samle sig og ligge ved siden af stien.
- At rydde op i redskabsrummet og feje for derefter at se den største bille jeg nogensinde har set løbe henover gulvet med sit flotte, blanke skjold.
- At dufte til kaprifolien, når den lige er vandet; den dufter så intenst.
- At gå hen til affaldsspenden og se den samme fine edderkop sidde i sit samme hjørne som altid. Jeg tror, at den bor der.
- At vaske op med lille... [familiemedlem] og fortælle ham, hvor dygtig han er.

- At fortælle...[familiemedlem] hvor glad jeg er for, at han også elsker at være i haven.

En af de andre kvinder lyttede og kommenterede særligt opmærksomt og blev i pausen inviteret ud i samme have. Vi tænker, at hun her fik øje på Kirstens særlige ”kvaliteter” og værdier, som hun følte et stort fællesskab med.

Da Kirsten havde læst sin liste op, blev der hurtigt suppleret på ”ressourcelisten” fra de andre: Poetisk, kreativ, utrolig god til at formulere sig m.v.

Dette affødte videre ideer til nye handlestrategier for Kirsten, som hun formulerede sådan: ”At skrive, evt. digte, at lave en lille ”bog” om min have, evt. med fotografier, som jeg elsker at sidde og ordne. At finde nogen at dele det med”.

Vores bidrag var, sammen med kontaktperson at undersøge: Hvilke aktiviteter/fællesskaber kan man opsøge, når man interesserer sig for at drive have? Er der haveforeninger, man kan være medlem af? Findes der noget i min hjemkommune? Hvad vil jeg have brug for af støtte for at tage sådanne skridt? Hvad vil forhindringerne kunne være? Hvilke ressourcer har jeg, der kan hjælpe mig? Hvad vil et sådant skridt kunne betyde i mit liv i øvrigt? Lille betydning? Stor betydning? M.m.

Kirsten følte sig sandsynligvis set fra sine gode sider samt støttet i noget, hun oplevede værdifuldt og fik dermed ideer, mod og energi til at forfølge det.

3.6 Fokus på praktiske eksperimenter, arbejdet med hverdagssituationer

En anden vigtig pointe i kognitiv adfærdsterapi er, at klienten lærer at fortsætte arbejdet fra terapien, både mellem sessionerne og efter terapiens ophør; at klienten får indsigt i metoderne i en grad, at den kan blive sin egen terapeut. Hvorvidt klienten klarer sig uden fortsat støtte til metoden, er naturligvis afhængig af graden af vanskeligheder klienten har og længden af forløbet. I forhold til problemernes omfang hos kvinderne i vores gruppeforløb, er et 12 ugers gruppeforløb kun at betragte som en forsmag og begyndelsen på en længere proces; afhængigt af hvad hver enkelt kvinde havde som mål for forløbet. Dog er det realistisk på de 12 uger at få analyseret mange vanskelige situationer, identificeret ”hvad der er på spil” og få trænet enkelte nye måder at håndtere dette på.

Hovedvægten i et kognitivt adfærdsterapeutisk forløb lægges på udvikling af analyserende evner hos klienten. Dette gøres både gennem rent kognitive metoder og gennem adfærdseksperimenter, praktisk træning i den virkelige verden (Tingleff 2008). Adfærdseksperimenter er således også en gennemgående metode i kognitiv adfærdsterapi; eksperimenter, der skal give mulighed for at afkræfte negative antagelser og tanker på alle niveauer (Mørch og Rosenberg 2005).

Formålet med den praktiske ”træning” under gruppeforløbene var derfor en helt målrettet implementering i hverdagen af den indsigt, kvinderne havde opnået i gruppen. Når hverdagssituationerne var analyseret, forstået i sammenhæng med andre livsområder og alternative strategier identificeret, kom spørgsmålene og forberedelsen: Hvordan og hvornår kan det komme til udtryk i hverdagen? Hvilken situation i nær fremtid ville kunne tjene som øvelse på de nye mestringsstrategier? Hvad vil kvinden helt specifikt være tilfreds med i den givne situation, og hvad er formålet i den givne situation? Hvad vil kunne støtte et godt resultat? Hvad vil der ske, hvis det ikke går helt som planlagt? Hvilke tanker, følelser, kropslige fornemmelser og adfærd kunne spænde ben? Og hvad vil interventionen så være til dem? Osv.

Grundig forberedelse og evaluering af, hvad kvinderne afprøvede, var væsentligt for, at de rent faktisk fik handlet på det, vi arbejdede med i gruppen. Flere gange førte "afprøvningen" endvidere til større indsigt og bevidsthed om, hvad der var på spil i hverdagssituationerne, og dermed et bedre grundlag for atter nye og alternative mestringsstrategier.

3.6.1 Caseeksempel

MARIANNE, 47 ÅR
MISBRUG: 31 ÅR
BEHANDLINGSERFARING: 13 ÅR
BØRN: 3

En af kvinderne i gruppen, Marianne, havde ud over tab og traumer i barndom og ungdom, mistet en kæreste et par år forinden. Han døde i armene på hende, trods hendes ihærdige og fortvivlede forsøg på genoplivning. Det var ifølge hende selv det værste tab i hendes liv. Hun fik ikke psykologisk hjælp til bearbejdelse af dette tab, der rippede op i følelser, hun på ingen måde havde "råd" til at mærke. Tidligere erfaringer fra barndommen (vold) havde lært hende, at det er farligt og livstruende at reagere med ukontrollable følelser som sorg og gråd. Set fra barnets perspektiv var undgåelse af sorg og gråd således også en logisk, intelligent mestring af traumatiserende hændelser. Engang havde det tjent som hendes beskyttelse.

Således overladt til sig selv var den bedste mestring, hun havde som voksen, et konsekvent forsøg på undgåelse af de svære følelser efter kærestens død. Og da den mest effektive mestring og undgåelse af sorg for hende var stoffer, kastede hun sig ud i et stort blandingsmisbrug, der endte med indlæggelse på en lukket psykiatrisk afdeling.

Hendes mål for gruppeforløbet var følgende:

- "At forstå og afdække faresignaler på at få det dårligt/få en depression samt få ideer til andre måder at mestre dette på end stofferne".
- "At identificere mine egne forhindringer (tanker, følelser, adfærd) for at få et socialt netværk med henblik på på sigt at bryde min isolation. At få ideer og nye mestringsstrategier til dette".

Ressourcelisten lød:

- Er tydelig, ved hvad du vil
- Er god til at sætte grænser
- Hensynsfuld og omsorgsfuld
- En overlever
- God til at lytte til andre

- Blid
- Har mange ressourcer til at være social

Igen blev listen ikke brugt til at forklejn, at Mariannes oplevelse af egne ressourcer uden for ”gruppens fire vægge” ofte var helt omvendt. At det f.eks. var svært i nogle situationer at sætte grænser over for andre mennesker. Men hun havde succes med det i gruppen, og det blev set og bemærket af de andre kvinder, og os gruppeledere, som en kompetence, en styrkeside, hvilket vi sammen bevidstgjorde og betragtede som første skridt til at overføre denne kompetence til hverdagslivet.

Marianne arbejdede blandt andet med en liste over faresignalerne til at få det dårligt. Første skridt til at kunne forandre noget bestod i at kunne genkende og opfange de indledende signaler på dette. Hun blev efterhånden opmærksom på de tidlige tanker, følelser og kropslige fornemmelser. Disse var tunghed og træthed i kroppen dagene forinden, tanker som ”Jeg er alene; kommer aldrig videre, jeg kan heller ingenting”, følelsen af tristhed og herefter isolation og aflysning af aftaler til følge. Videre igen fik Marianne tanker som ”jeg er fuldstændig alene”, og ”hvad er det for et liv, jeg duer ikke til noget” som affødte en uendelig ked af det hed. Og ”uendelig ked af det” var for Marianne lig med fare, som hun reagerede på med sin gamle automatik, nemlig undgåelse. Primært ved hjælp af stoffer.

Hun lærte undervejs i gruppeforløbet i flere situationer med held at analysere, hvad der skete tidligt i processen og handle anderledes. At tage kontakt til andre, eksempelvis kontaktperson i behandlingen og fortælle om ”det svære”, hvilket for hende tog brodden af ked-af-det-heden og farligheden, og dermed gav hende flere valgmuligheder i situationen. At finde eksempler på, at hun faktisk ikke var så fuldstændig alene; der var flere, der ønskede hendes selskab og omvendt. At hun havde flere modbeviser på tanker som ”jeg kommer aldrig videre”, ”jeg kan heller ingenting”, og at hun nogle gange kunne anvende disse i de kritiske situationer.

Ved juletid blev ked-af-det-heden og ensomheden midlertidigt meget voldsom, og hun brugte alle sine penge på stoffer en weekend. Herefter havde hun ingen penge til at betale husleje, og da det tidligere havde været et stort problem i forhold til boligselskabet, frygtede hun nu at blive sat ud. Tanken om dette gav massiv aktivering af gamle negative antagelser som ”jeg er intet værd”, ”jeg svigter altid”, ”jeg er uduelig”. Den almindelige rækkefølge af begivenheder ville herefter være at drukne sig

i stoffer julen over og at lade stå til i forhold til huslejen.

Vi samlede hende op i gruppen ved at reflektere over anvendeligheden af hendes nye strategier, som var:

- "At bede om hjælp (og det tør jeg, fordi jeg har erfaring fra gruppen om, at de lytter til mig, tager mig alvorligt og ikke fordømmer mig)".
- "At tale med nogen om, at det jeg tænker/oplever er svært (og det tør jeg gøre, da mine tanker og opfattelse af mig selv ikke er endegyldige sandheder; fordi jeg tænker, at jeg intet er værd, er det ikke nødvendigvis sandt. Jeg har også beviser for det modsatte)".
- "At tage tyren ved hornene og handle, hvis det er noget, der har betydning for mig (og dermed er i overensstemmelse med mine værdier; jeg vil kæmpe for det, der giver mening i mit liv, også selvom det byder på potentielt ubehagelige følelser, tanker og kropslige fornemmelser)".

Vi sammenstillede dem med hendes ressourcer for at lade os inspirere til, hvad hun rent faktisk skulle stille op? Hjulpet af vores spørgsmål og støtten fra de andre kvinder, fandt hun frem til følgende:

- At skrive et brev til boligforening, forklare sig og bede om huslejeudsættelse.
- At låne penge i banken til julen (julegave til voksen søn var vigtig og et bevilliget overtræk var reelt en mulighed).

Vi fulgte op på hendes opgave pr. telefon de følgende dage, og stoltheden var stor, da begge dele lykkedes. Hun havde både fået udsættelse af husleje og et bevilliget overtræk.

Pointen i et sådant praktisk eksperiment er som først beskrevet ikke blot at *gennemføre* en ny handling, men også at den kommer til at fungere som en *bevidstgørelse* i forhold til at afkræfte gamle negative grundantagelser som f.eks. "Jeg er ingenting værd" og gamle undgåelsesstrategier som f.eks. "Ked-af-det-hed og ensomhed = fare = jeg kan ikke tackle det".

Hvis det alene gjaldt gennemførelsen af en ny handling, ville vejen være noget kortere med en rådgivning og en pædagogisk "tagen i hånden".

Marianne fik her én meget bevidst erfaring med at anvende sine nye strategier ved egen kraft, trods ked af det hed og skyldfølelse over

weekendens stofbrug. Dermed handlede hun til fordel for sine værdier: At have et hjem/en base, at være en god mor. Sammenhængen mellem hendes tidligere erfaringer, hvor det engang var god og klog mestring for hende at undgå gråd, og hvad det kan koste hende i dag at tjene undgåelsen (miste sit hjem, svigte sin søn) er naturligvis vigtig at pointere. Men det er ikke årsagerne/de tidligere erfaringer, vi har brugt mest tid på i gruppeforløbene. Det har derimod været analyse, træning og håndtering af de hverdagssituationer, der går galt på grund af karakteren og fortolkningen af disse tidligere erfaringer.

I gruppeforløbene har vi ofte anvendt assertionstræning gennem rollespil med henblik på at forøge den interpersonelle effektivitet for kvinderne. Kvinderne medbragte mange interaktive situationer, de oplevede svære i forhold til egne reaktioner, eller hvor de ganske enkelt ikke vidste, hvad de skulle stille op i situationerne.

Vi har brugt almindeligt rollespil såvel som modellæring. Sidstnævnte består i, at en kvinde fungerer som instruktør for sin egen situation og instruerer to andre kvinder i at rollespille den situation, som er vanskelig for hende.

3.6.2 Caseeksempel

BETTINA, 46 ÅR
MISBRUG: 26 ÅR
BEHANDLINGSERFARING: 12 ÅR
BØRN: 2

Et eksempel på dette var Bettina, der oplevede et stort problem med en behandler. Bettina følte sig talt ned til, ikke hørt og var samtidig afhængig af hjælp og information. Hendes nuværende strategi havde været at råbe af pågældende behandler og derefter trække sig. Situationen var typisk og almindelig for hende; hun gennemgik den igen og igen i sit hoved og følte sig rigtig dårligt tilpas, vred og ulykkelig mange dage efter. Hun tog ekstra metadon.

I gruppen blev situationen først analyseret ved hjælp af diamanten, og kvinden blev valideret på sine følelser og på at have kæmpet med de midler, hun nu oplevede at have til rådighed i situationen. Ligesom der blev reflekteret over, hvorvidt det var en situation, der var værd at arbejde videre med, når vi nu ikke havde pågældende behandler til stede.

En del af kvindens målsætning i gruppeforløbet var: "At få nye strategier til "at vinde tid inden kamp"

Første vigtige forberedelse til rollespillet var at finde frem til målet med situationen. Hvad var det, hun gerne ville have ud af situationen/samtalen? Hvad var mon hendes vigtigste behov? Hvad ville være realistisk at kunne få ud af denne samtale? Var der udækkede behov, der skulle indfries et andet sted? Og hvor kunne det være? Hvornår ville vi vide, at situationen var en succes?

Målene blev til sidst:

- At få en forklaring på en bestemt problemstilling
- At blive taget alvorligt. Dette føler jeg, hvis jeg får tid til at fremføre mit ærinde og får taletid uden at blive væsentligt afbrudt eller selv at give op. Her er det nødvendigt at få en samtale på ca. 30 min.

Disse mål blev skrevet på en planche, så rollespillet hele tiden kunne justeres og fokuseres efter målene. Inden vi gik i gang, psykoedukerede vi om principperne i assertiv kommunikation til inspiration. Ligeledes brainstormede vi på gode formuleringer og andre nyttige tricks, kvinderne kunne anvende i rollespillet. Herefter instruerede Bettina tilfreds to andre kvinder i rollespillet, som blev gennemspillet mange gange, med hende selv som instruktør. Det var hele tiden nødvendigt at justere rollespillet efter målet med situationen. Der var meget hurtigt andre mål og forventninger, der blandede sig i øvelsen. De rollespillende kvinder var ivrige med at give feedback, eksempelvis: "Når du siger det på den der måde, får jeg ikke lyst til at hjælpe dig, men når du forklarer mig, hvad det betyder for dig og siger, hvad du føler, vil jeg gerne gøre noget lige med det samme".

Bettina endte med selv at rollespille sin egen situation og fik praktisk træning i, hvordan hun rent faktisk kunne få, hvad hun gerne ville have i stedet for at ende med følelsen af dyb krænkelse og såret-hed. Følelser, der igen kunne aktivere et helt modus af belastningsreaktioner. Vi fulgte op på hende i dagene efter pr. telefon og sms, og det viste sig, at hun rent faktisk havde haft held med at benytte de nye strategier i en situation. Dette fik hende til at ønske sig mere af denne træning.

Principperne for at lave rollespil i gruppen kan sammenfattes på følgende måde:

- Analyse af situation
- Validering og opmuntring
- Afklaring og identificering af mål med situationen
- Psykoedukation om assertiv kommunikation
- Brainstorm over gode formuleringer og nyttige tricks til den valgte situation
- Rollespil; mange gentagelser
- Evaluering og planlægning af øvelsen uden for gruppen

På trods af kvindernes store forbehold første gang vi introducerede rollespil, var der ofte høj stemning og masser af grin i gruppen under disse øvelser. Det blev hurtigt mange af kvindernes favoritøvelse.

3.7 Fokus på en samlet sagsformulering med henblik på opnåelse af en større psykologisk fleksibilitet

I arbejdet med kvinderne skaber vi undervejs en fælles forståelsesramme af deres problemstillinger, en såkaldt sagsformulering. Denne udvikles i et løbende samarbejde og tager afsæt i deres egne sammenhængs- og årsagsforklaringer på de problemer/lidelser, de har og oplever. Sagsformuleringen er således en indsigtsgivende metode, idet kvinderne i samarbejde med terapeuterne får mulighed for at forstå, hvordan de aktuelle problemer vedligeholdes gennem etablerede tanke- og adfærdsmønstre. Sagsformuleringen er en subjektiv anamnese (Needleman 1999, i Mørch og Rosenberg 2005:32), der indfanger kvindens egen forståelse af, hvilke tidligere forhold og erfaringer der har betydning for nuværende problemer. Endvidere synliggør den grundlæggende antagelser, heraf affødte mestringsstrategier m.v. I sagsformuleringen ordnes disse oplysninger af terapeuten i overensstemmelse med den kognitive model.

En god sagsformulering giver terapeuten mulighed for at undersøge, sammenstille og med klienten adressere vidt forskellige arter af problemer, der kan opstå i et terapiforløb. Herunder også problemer, der kan opstå i kontakten mellem terapeut og klient. Eksempelvis vil en grundantagelse som "Jeg kan ikke stole på andre mennesker", sandsynligvis kunne blive trigget og være aktiv i relationen til terapeuten.

En fælles udarbejdet sagsformulering, en undersøgende tilgang og en villighed fra terapeutens side til at justere sine indtryk eller justere på sagsformuleringen vil også give en forøget chance for, at ansvaret for relationelle problemer mellem terapeut og klient ikke automatisk placeres hos klienten. Den kan være med til at synliggøre, at der kan være mange grunde til en klients modvillighed, det vil sige forhindre, at klientens adfærd automatisk fortolkes som en bekræftelse af klientens "diagnose".

3.7.1 Caseeksempel

SANNE, 50 ÅR
MISBRUG: 25 ÅR
BEHANDLINGSERFARING: 11 ÅR
BØRN: 1

En af kvinderne, Sanne, fortsatte med individuelle samtaler efter gruppeforløbets afslutning. Hun fik 24 samtaler fordelt på 1½ år, kombineret med åben telefon mellem sessionerne til nødsituationer. I dette forløb var sagsformuleringen netop et styringsredskab for den fælles forståelse af hendes vanskeligheder og hendes fremskridt. Sagsformuleringen blev af terapeuten præsenteret for hende efter ca. tredje individuelle samtale. Herefter blev den i fællesskab udbygget, justeret og sammenholdt med de vanskeligheder og fremskridt, Sanne kom med fra gang til gang. Således blev den også et redskab til at forstå sammenhængen mellem de mange forskellige og akutte hverdagssituationer, hun kom med. Fordelen ved dette var, at hun ikke blev bedt om at gemme f.eks. et netop overstået skænderi med en anden bruger – crise du jour – til et andet rum/en anden samtale. Hvis det var en svær situation at tackle for hende, kunne det gøres til udgangspunktet for dagens samtale, uden at overblikket eller meningen med terapien forsvandt.

En fælles dagsorden, der altid blev lavet som det første, tjente til at sortere i, hvilke situationer der var vigtigst at tage op, og hvilke emner situationerne relaterede sig til. Efterhånden som terapien skred frem blev det endvidere reflekteret, hvordan man kunne forstå det i forhold til sagsformuleringen? Er der noget nyt på spil? – så sagsformuleringen skal udbygges? Eller er det velkendt stof?

Undervejs i det individuelle terapiforløb blev det mere og mere klart for kvinden, hvad temaet i de svære hverdagssituationer var, og hvilke grundantagelser og leveregler der var på spil. Hun kunne ligeledes selv i stigende grad analysere situationerne, samt validere sig selv, og dermed mindske den følelsesmæssige alarm. Dette betød igen, at hun kunne anvende nye mestringsstrategier, det vil sige tackle situationerne på en anden måde med et helt andet resultat, og dermed steg hendes selvværd også.

Sagsformuleringen er således dels taget med for at vise, hvordan Sannes vanskeligheder med at løse specifikke hverdagssituationer knytter sig til de situationer, hvor der er mere på spil; gamle leveregler og negative grundantagelser. Dels for at vise, hvordan den meget konkrete identifikation af leveregler og aktive negative grundantagelser gav større mulighed for genkendelse i hverdagssituationer. Derudover giver det et samlet billede af en kvindes forløb: Gruppeforløb + individuel fortsættelse.

Følgende sagsformulering er således en blanding af gruppeforløbet og den individuelle terapi, ligesom fakta igen til dels er fiktive.

Sagsformuleringen indeholder følgende punkter:

- 1. Problemliste**
- 2. Højrisikosituationer (for stofbrug)**
- 3. Værdier**
- 4. Mål**
- 5. Begivenheder og erfaringer betydende for dannelse af de negative grundantagelser**
- 6. Grundantagelser**
- 7. Leveregler**
- 8. Typiske og kritiske situationer, hvor leveregler og grundantagelser spiller ind og er styrende; vises ved hjælp af "Diamanten"**
- 9. Nye leveregler/strategier**
- 10. Hjemmeopgaver udført gennem forløbet**
- 11. Udvikling i forhold til problemliste og mål**

1. PROBLEMLISTE

Sammen med Sanne blev følgende problemer identificeret, og de blev skrevet op i prioriteret rækkefølge i forhold til betydningen af at få dem løst.

- | | | |
|---|---|---|
| <ul style="list-style-type: none">• Følelser, særligt vrede og sorg, der fylder for meget i hverdagen i forhold til hjælpeløse dyr ("verdens uretfærdighed"). Disse kan aktiveres af tilfældige triggere, som at se TV, høre noget i radioen, se et glimt af noget på en bustur m.v.• I mange perioder deprimeret: Kan ikke stå ud af sengen, får ikke købt ind/lavet mad/spist. | <p>Aflyser i sådanne perioder aftaler som f.eks. tandlæge, læge, KABS og sociale aktiviteter.</p> <ul style="list-style-type: none">• Anfald af panikangst, når jeg er ude og er sammen med andre mennesker, skal tage bussen, skal købe ind m.v. Isolerer mig derhjemme som beskyttelse mod og løsning på dette, aflyser diverse aktiviteter. Har blandt andet afbrudt en jobprøvning nogle gange. | <ul style="list-style-type: none">• Konflikter i relation til andre mennesker, f.eks. andre brugere i KABS, kommunen m.v.: Oftest ikke åbenlyse konflikter, men situationer hvor jeg føler mig trådt på, afvist og uretfærdigt behandlet, med stor vrede og ked af det hed til følge.• Somatiske problemer: Rygsmerter, tandproblemer, får ikke spist nok eller ernæringsmæssigt tilstrækkeligt. |
|---|---|---|



2. HØJRISIKOSITUATIONER (FOR STOFBRUG)

Vi identificerede ligeledes, hvilke situationer der for Sanne særligt var risikable i forhold til stofbrug som mestring.

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none">• Situationer, hvor følelsen af og tanker om "verdens uretfærdighed" bliver vakt. F.eks. når Sanne hører, ser eller fornemmer noget om dyr, der ikke bliver behandlet ordentligt.• Situationer, hvor Sanne bliver nødt til at bede om hjælp hos andre, eksempelvis skal tale med kommune om betaling af tand- | <p>lægeregning, bliver nødt til at søge læge på grund af somatisk lidelse m.v.</p> <ul style="list-style-type: none">• Situationer, hvor Sanne føler sig afvist og dårligt behandlet i forhold til andre mennesker og føler sig uforstående og vred over andres reaktioner. |
|--|---|

Hvad disse risikosituationer mere specifikt kan udløse af tanker, følelser og handlinger, vises med tre eksempler på kritiske situationer ved hjælp af diamanten senere i sagsformuleringen.



3. VÆRDIER

Vi arbejdede med forskellige metoder i gruppen og senere individuelt for at fremdrage, hvad Sanne værdsatte her i livet, og hvad der i hendes øjne havde betydning for et meningsfuldt liv. Hun formulerede det som følgende:

- Jeg vil gerne huskes som én, der gør en kærlig indsats for "dyr i nød". Jeg vil gerne gøre en forskel for nogle dyr, der ikke har haft det godt.
- Det er vigtigt for mig at have nogle tætte relationer, og at de er præget af troværdighed, op-rigtighed og tillid.
- Det giver værdi for mig at have et aktivt liv, hvor jeg kan være til hjælp, eller nogen har brug for mig, og hvor jeg kan bruge de erfaringer og styrkesider, jeg har. Dette med hensyntagen til mine smerter, og hvad jeg magter i hverdagen.
- Jeg vil gerne passe på mig selv og spise sundt, så jeg har energi og overskud i min hverdag.
- Det er meget værdifuldt for mig at være i tæt kontakt med naturen, at bruge min sanselighed og opmærksomhed og føle mig i ét med naturen. Nogle af de tidligste positive erindringer, jeg har fra mit liv, er naturoplevelser.



4. MÅL

I forhold til ovennævnte værdier satte Sanne følgende mål:

Terapeutiske mål:

- At identificere nye og andre strategier end stofferne til at håndtere ubehagelige følelser, tanker og erindringer.
- Herunder særligt at kunne håndtere "verdens uretfærdighed" i situationer, hvor vrede, sorg og magtesløshed affødt af dette bliver vakt.

- som igen ledte videre til mere konkrete mål:

Langsigtede konkrete mål:

- At reducere mit sidemisbrug, min metadondosis og trappe ud af benzodiazepiner.
- På langt sigt at kunne arbejde frivilligt nogle timer om ugen.
- At blive mere klar over, hvad jeg positivt kunne tænke mig, at mit liv skal dreje sig om, indeholde i hverdagen.

- At få bedre kontakt til min familie, særligt min søn, så jeg kan tale med ham og besøge ham, uden at vi hele tiden har konflikter.

Kortsigtede konkrete mål:

- At gennemføre en jobprøvning dette efterår.
- At reducere mit sidemisbrug.



5. BEGIVENHEDER OG ERFARINGER

- med betydning for dannelse af de negative grundantagelser:

Sanne har gennem sin opvækst været udsat for gentagen vold fra faderens side. Vold, der har været udøvet uden forudsigelighed og uden særlig optrapning af vrede, og Sannes oplevelse/fortolkning har været stor meningsløshed og uretfærdighed. Desuden havde Sanne et meget stort tab som 17-årig, da hendes mor døde.

Hun fik ikke mulighed for at sørge, isolerede sig og i øvrigt var det her, hendes misbrug startede som en mestrings til at undertrykke og fortrænge sorgen. Hun prøvede af al kraft at efterleve "at være dygtig, ikke at græde, at være stærk". Disse begivenheder har ifølge Sanne været afgørende for udviklingen af

følgende grundantagelser og levereregler:

6. NEGATIVE GRUNDANTAGELSER

"Jeg er ikke noget værd"

"Andre mennesker svigter"

"Verden er uretfærdig og uforudsigelig"

7. LEVEREGLER

"Jeg skal altid klare mig selv, aldrig være til besvær og aldrig bede andre om hjælp, ellers er jeg ikke noget værd"

"Kun hvis jeg altid er 100 % ærlig selv, er jeg noget værd (og bliver aldrig svigtet)"

"Hvis jeg altid er på forkant og aldrig begår fejl, vil der aldrig ske "ulykker" og uretfærdig behandling"

"Hvis jeg altid kæmper hårdt for retfærdighed, vil verden blive et retfærdigt sted at være i"

8. TYPISKE OG KRITISKE SITUATIONER

- hvor grundantagelser og leveregler spiller ind og er styrende; "Diamanten"

Grundantagelser og leveregler bestemmer indholdet i specifikke situationer, hvad angår: Tanker, følelser, adfærd og kropslige fornemmelser.

Nedenfor gennemgås tre typiske kritiske situationer, hvor Sannes ovenstående grundantagelser og leveregler spiller

ind og er styrende, og hvor konsekvenserne kortlægges ved hjælp af diamanten.

Figur 3.7.1

Tre typiske kritiske situationer, hvor ovenstående grundantagelser og leveregler spiller ind og er styrende:

3.7.2 Situation 1

Sanne møder en fremmed hundelufter på gaden, der rykker hårdt i snoren til hunden. Hunden piber lidt. Hundelufteren går videre, og Sanne går videre; der bliver ikke sagt noget. Sanne skynder sig hjem, isolerer sig derhjemme og kommer ikke uden for døren den næste uge. Lader f.eks. også skraldespanden blive indenfor. Hun er deprimeret, føler stor angst for at gå ud og får anfald af panikangst. Sanne tager ekstra medicin/stoffer for at udholde det.



Figur 3.7.2

Aktive levereregler i situation 1:

- "Hvis jeg altid kæmper hårdt for retfærdighed, vil verden blive et retfærdigt sted at være i".
- "Hvis jeg altid er på forkant og aldrig begår fejl, vil der aldrig ske "ulykker" og uretfærdig behandling".

Aktive grundantagelser i situation 1:

- "Jeg er ikke noget værd".
- "Verden er uretfærdig og uforudsigelig".

I situationen med hundelufteren var Sanne som udgangspunkt ikke klar over, hvad hun tænkte, eller hvad hendes fortolkning af situationen var. Men hun var fuldstændig bevidst om, hvad hun følte – særligt vreden – og var nogenlunde opmærksom på sin kropslige reaktion. Ved også at identificere tankerne og sammenstille dette med, hvad hun så gjorde for at løse situationen (adfærd), fik vi i fællesskab et langt tydeligere billede af, hvad der skete.

De tanker og den mening, hun tillagde situationen, affødte en følelsesmæssig reaktion, som hun efterhånden i forløbet vurderede var langt større, end situationerne berettigede til. I kognitiv adfærdsterapi er dette netop en indikator for, at en leveregel muligvis ikke har kunnet efterleves, og at en negativ grundantagelse derfor er aktiv med sit følelsesmæssige indhold.

Således identificerede vi i denne situation en aktiv, negativ grundantagelse: "Jeg er ikke noget værd" og "Verden er uretfærdig og uforudsigelig".

Disse blev aktive med hele deres følelsesmæssige indhold, da Sanne ikke kunne overholde sine gamle levereregler: "Hvis jeg altid kæmper hårdt for retfærdighed, vil verden blive et retfærdigt sted at være i". Hun passerede ganske enkelt hundelufteren på gaden og kæmpede dermed ikke for retfærdighed. Hun reddede ikke hunden, som i hendes øjne led frygteligt. Endvidere var hun uforberedt på situationen og overtrådte hermed: "Hvis jeg altid er på forkant og aldrig begår fejl, vil der aldrig ske "ulykker" og uretfærdig behandling".

Grundantagelserne er i Sannes tilfælde sandsynligvis primært skabt efter faderens behandling af hende gennem opvæksten. Levereglerne er opstået som hendes forståelse og bedst mulige mestring af disse erfaringer. I forsøget på at *være* noget værd og forhindre de negative antagelser i

at være sande, blev disse leveregler dannet:

- ”Jeg skal altid klare mig selv, aldrig være til besvær og aldrig bede andre om hjælp – ellers er jeg ikke noget værd”.
- ”Hvis jeg altid er 100 % ærlig selv, er jeg noget værd (og bliver aldrig svigtet)”.
- ”Hvis jeg altid er på forkant og aldrig begår fejl, vil der aldrig ske ”ulykker” og uretfærdig behandling”.
- ”Hvis jeg altid kæmper hårdt for retfærdighed, vil verden blive et retfærdigt sted at være i”.

Det er helt individuelt, hvilke leveregler et menneske udvikler; to mennesker kan være udsat for samme hændelser og udvikle helt forskellige leveregler. Fælles er dog, at levereglerne er kendetegnet ved stor rigiditet og manglende fleksibilitet og dermed i virkeligheden ofte umulige at leve op til.

I denne situation var der for Sanne efterfølgende tre fokuspunkter for intervention:

1. Realistisk evaluering af tanker. F.eks. ved vi, om hunden dagligt lider frygteligt? Hvilke beviser er der, ud over et ryk i snoren? Hvilke ulemper er der ved at tro på sin umiddelbare følelse af sandhed; ”hunden lider, jeg kan mærke det”? Er der nogen fordele?
2. Hvilke leveregler er overtrådt? Hvilke negative grundantagelser kommer til syne? Det lange træk med identificering af nye leveregler og eksperimenter, der kan skabe og bekræfte positive grundantagelser.
3. Hvad er de væsentligste undgåelsesstrategier her? Hvad koster denne undgåelse Sanne, målt med hendes værdier? (jævnfør *afsnit 3.4* om kreativ håbløshed og undgåelsesstrategier).

3.7.3 Situation 2

Sanne har en aftale med en bekendt om at gå i biografen. Hun aflyser dog med en undskyldning om en anden aftale, da lysten til en biograftur alligevel ikke er særlig stor. Sanne føler sig mellemfornøjet og tænker, at det er klogest at blive hjemme. Om aftenen er hun alene og tænker på det igen og igen.



Figur 3.7.3

Aktive leveregler i situation 2:

- ”Kun hvis jeg altid er 100 % ærlig selv, er jeg noget værd (og bliver aldrig svigtet)”.

Aktive grundantagelser i situation 2:

- ”Jeg er ikke noget værd”.

I denne situation overtrådte Sanne en regel om *aldrig* at fortælle en usandhed. En logisk og forståelig regel set i lyset af hendes fortids forsøg på at mestre/mindske uforudsigelige tæv fra faderen; ”han *siger*, at jeg er fuld af løgn – hvis jeg *aldrig* lyver, slår han måske mindre”.

Ud fra situationen var der to forskellige fokuspunkter, der blev underkastet en undersøgelse:

1. Evaluering og nuancering af levereglen: ”Kun hvis jeg altid er 100 % ærlig selv, er jeg noget værd (og bliver aldrig svigtet)” samt grundantagelsen: ”Jeg er ikke noget værd”.

Vi reflekterede over levereglen med udgangspunkt i følgende spørgsmål: Skal man altid fortælle sandheden? Er der undtagelser? Er man oplysningspligtig om alt til andre mennesker? Hvornår er det meget vigtigt/hvornår er det mindre vigtigt? Hvad er en hvid løgn? Hvad er en slem løgn (for Sanne)? Hvordan kunne en ny regel være? Hvad ville fordelene ved en ny regel være? Hvad ville ulempen være? Hvis man var et menneske, der ikke havde noget imod at stikke en hvid løgn, hvordan ville situationen så have været? Ville det give andre muligheder for handling? Hvad ville der på den anden side ske ved at sige lige ud ”Jeg har ikke lyst”?

Vi arbejdede med grundantagelsen ”Jeg er ikke noget værd” med henblik på beviser for det modsatte. Hvilke beviser er der i dag for, at Sanne er noget værd, selvom hun fortæller en usandhed? Eksempler på dette? Og er det en rimelig evaluering af et menneske i den givne situation? At arbejde hen imod mere positive grundantagelser er en proces, der strækker sig gennem hele forløbet.

2. Identificering af undgåelsesstrategierne: I dette tilfælde aflyser Sanne en aftale, bliver hjemme og tager ekstra metadondosis. Her tog vi udgangspunkt i følgende spørgsmål: Hvad er det, Sanne

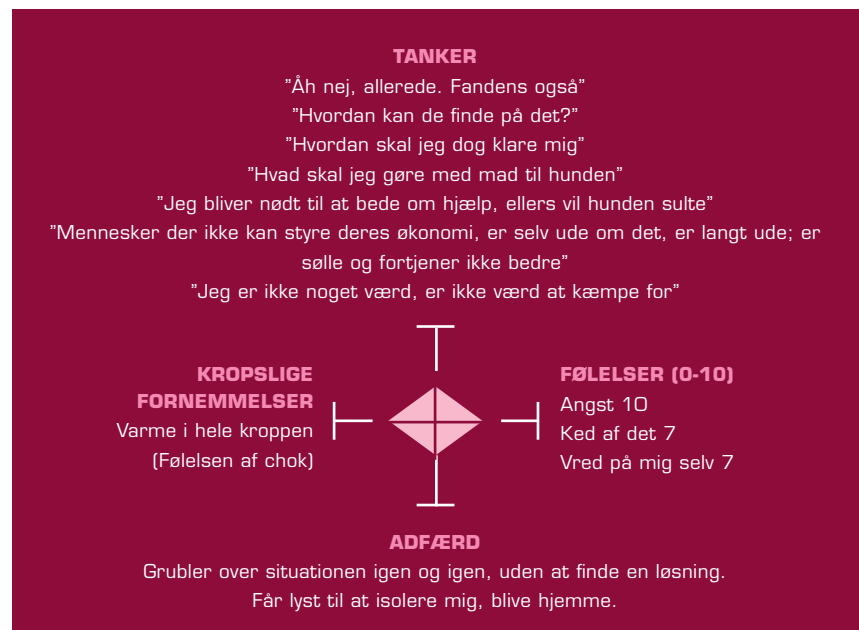
undgår ved at blive hjemme? Virker det i forhold til det, hun prøver at undgå? (det vil sige ubehagelige følelser som skyld, ensomhed).

Fungerer situationen? Ville der have været en gevinst ved at gå i biografen, trods mellemfornøjelse? Er det et kriterium at være ”rigtig glad” for at kunne nyde aktiviteter?

Er der brug for at afprøve anden handling? Her kan alternativ handling understøttes af eksperimenter (mindfulness øvelser m.v.) i og uden for sessionerne med henblik på at rumme og acceptere ubehagelige følelser.

3.7.4 Situation 3

Sanne får en sms fra sin bank lige efter den 1. i måneden. Der står 20 kr. til resten af måneden – resten er opslugt af gammel gæld. Selvom sms'en er en aftalt service, opleves det at modtage den som en kold og barsk personlig afvisning.



Figur 3.7.4

Aktive levereregler i situation 3:

- ”Jeg skal altid klare mig selv, aldrig være til besvær og aldrig bede andre om hjælp, ellers er jeg ikke noget værd”.

Aktive grundantagelser i situation 3:

- ”Jeg er ikke noget værd”.
- ”Verden er uretfærdig og uforudsigelig”.

Sanne bliver i denne situation klar over, at hun må bede om hjælp for at klare måneden for sig selv og sin hund. Det aktiverer stort ubehag og angst, da det altid har været væsentligt i hendes liv at klare sig selv, ikke at være besværlig. Igen er det værd at huske, at der i Sannes liv er reelle erfaringer med at være besværlig = farligt = tæv. Dette kan bruges til at validere Sanne på sit store ubehag.

Hendes nuværende livssituation passer imidlertid dårligt med ovenstående leveregel, da hun er i stofmisbrugsbehandling, og grundet andre livsvilkår ofte er nødt til at bede om hjælp, og dermed – set med hendes øjne – være besværlig. Derfor får hun det ofte psykisk dårligt, da hun i mange ”be’ om hjælp-situationer” har selvforståelsen: ”jeg er ikke noget værd”.

Fokus for intervention i denne situation blev:

1. Undgåelsesstrategi: Hvad skal undgås her? Hvad bliver gjort?
Virker det? Sanne ville gerne af al kraft undgå følelsen af at være ked af det, angst og selvbebrejdende, og som løsning ruminerede hun, gennemgik situationen igen og igen, havde kun lyst til at isolere sig for at slippe af med de ubehagelige følelser. Hvis følelserne ikke skulle undgås, men bare have lov til at være der, hvad kunne nye handlinger så være?
Sannes værdier taget i betragtning, hvad ville så være vigtigt at gøre i denne situation? Ubehag eller ej?
2. Problemløsningsstrategier: I langsomt tempo at gennemgå de forskellige faser i problemløsningen. Her fandt Sanne bud på nye handlinger, som hun på trods af følelsesmæssigt ubehag fik gjort.
3. Evaluering af aktiv grundantagelse: Er man værdiløs som menneske, hvis der står 20 kr. på kontoen? Kan der være gode grunde? Og kan der være ”dårlige” grunde, og så kan man alligevel være noget værd?

Eksempler på Sannes værdi? (positiv dagbog, nedskrevne ressourcer fra gruppeforløbet m.v.).

3.7.5 Nye levereregler/strategier

Undervejs i forløbet blev der i fællesskab identificeret nye levereregler. Disse nye levereregler rummer større fleksibilitet og derved flere handlemuligheder i de enkelte situationer med mulighed for, at Sannes positive grundantagelser aktiveres:

- "Jeg er noget værd".
- "Jeg er et kærligt menneske" .
- "Jeg er et oprigtigt menneske" m.v.

Samtidig er det vigtigt, at de nye levereregler ikke står i for stor kontrast til de gamle, og dermed bliver urealistiske, men mere er en nuancering og opblødning af gamle uvirksomme regler:

- Det er godt at kunne klare sig selv, men indimellem har jeg lov at bede om hjælp og råd hos andre.
- Det er godt at være ærlig, og jeg ønsker at være det i livets store forhold, men indimellem kan man godt komme med en lille hvid løgn.
- Det er godt at være på forkant og forberedt, men indimellem kan jeg uden "at tænke mig om" gå ud i verden. Jeg kan alligevel ikke sikre mig 100 % imod at blive svigtet eller imod, at ulykkelige hændelser sker.
- Verden er nogle gange ond og uretfærdig, jeg kommer aldrig til at forstå det, men jeg kan ikke redde hele verden, og det er ikke altid min tur til at hjælpe. Jeg har aftjent min værnepligt.

Sannes nye erkendelse, større psykologiske fleksibilitet og erfaring gennem talrige hverdagssituationer kan opsummeres på følgende måde:

"Jeg kan godt acceptere og rumme ubehagelige følelser. En følelse er bare en følelse og bliver ikke ved med at være lige stærk. Ligesom en tanke bare er en tanke og ikke nødvendigvis en sandhed om mig. Jeg kan i mange situationer undersøge og evaluere mine tanker. Når de alligevel overvælder mig, skal mine tanker og følelser ikke forstyrre mig så meget, at jeg ikke i store træk kan forfølge, det der er værdifuldt for mig og giver mening i mit liv."

Gennem træning i mange forskellige hverdagssituationer og talrige specifikke analyser ved hjælp af diamanten, har Sanne afprøvet de nye leveregler med følgende for øje: Hvis denne regel var sand for mig, hvad ville så være muligt at gøre i situationen? Ville det give ideer til nye løsninger?

Når man indleder arbejdet med nye leveregler, *føles* de naturligvis ikke sande fra start. Sanne blev her ansporet til at undersøge og afprøve en given leveregel, *som om* den var sand i en situation, og så først bagefter vurdere effekten og virkningen. Det vil sige ikke at bruge sine følelser som eneste sandhedsvidner.

Hyppige og grundige refleksioner om rammerne og konteksten for det arbejde Sanne lavede, var sandsynligvis medvirkende til, at hun fandt mod til at afprøve nye handlinger i situationer, hvor hendes følelser i den grad stred hende imod. Ligesom den åbne telefon sandsynligvis også var med til at give hende tryk nok i perioderne mellem samtalerne, hvor hendes følelser fortalte, at ”det her er helt forkert, jeg bør gøre, som jeg plejer”.

3.7.6 Hjemmeopgaver

Hjemmeopgaver blev løbende noteret gennem forløbet med det formål at have overblik over afprøvede interventioner mellem sessionerne med henblik på evaluering af disse. I løbet af gruppeforløbet og de individuelle samtaler arbejdede Sanne med følgende opgaver mellem sessionerne:

- Diamanten (identificering og analyse af diverse situationer)
- Problemløsningsstrategier/beslutningstræning
- Fordele/ulempeskemaer
- Positiv dagbog (beviser for, at jeg er værdifuld)
- Arbejde med personlige rettigheder
- Mindfulnessøvelser/visualiseringsøvelser
- Ugeskemaer, lyst/mestring
- Ugeskemaer, aktiviteter
- At arbejde med afsked til afdøde ved hjælp af breve og formuleringer
- Identificere/afprøve nye mestringsstrategier og udføre adfærdseksperimenter.
- Identificere/afprøve nye leveregler, gennem de nye mestringsstrategier og udførte adfærdseksperimenter.

3.7.7 Udvikling i forhold til problemliste og målsætning

Sanne deltog i gruppeforløbet og fik efterfølgende 24 individuelle samtaler gennem 1½ år. Det sidste halve år havde Sanne en samtale om måneden suppleret med en snak pr. telefon indimellem.

I løbet af denne tid fik Sanne en række nye strategier til at håndtere ubehagelige følelser, det vil sige andre strategier end eksempelvis medicin og stoffer. Hun kunne magte mange situationer, hvor ”verdens uretfærdighed” i hendes øjne var på spil. F.eks. kunne hun gå forbi hunde, der åbenlyst ikke trivedes, uden at lide under det flere dage/ uger efterfølgende samt se TV og høre radio med muligt indhold af overgreb mod dyr, som tidligere havde trigget hende. Hun isolerede sig ikke i samme grad, havde fået flere ideer til fremtidige aktiviteter, var påbegyndt nogle og arbejdede meget bevidst med konflikterne i forhold til andre mennesker.

Rigtig mange af situationerne kunne hun tackle anderledes eller vende tilbage til, så evalueringen ikke pr. automatik blev ”det er mig, der er noget galt med, jeg er ikke noget værd”. Hun havde fået en bedre kontakt til sin søn og haft samvær befriet for konflikter og skænderier, til stor glæde for begge.

Hun fik ikke længere ukontrollable angstanfald, når hun kørte i bus eller købte ind og kunne dermed uden nævneværdige problemer benytte offentlige transportmidler samt købe ind efter behov. Hun havde ikke haft nogle perioder med klinisk depression og deraf handlingslammelse. Hun havde gennemført en jobprøvning og var blevet udredt lidt bedre i forhold til somatisk lidelse. Hendes oplevelse af smerter grundet denne somatiske lidelse var aftaget væsentligt.

Med hensyn til stof- og medicinforbrug er hun trappet ud af benzodiazepiner, ud af sidemisbrug og i gang med at overveje sin metadondosis i samarbejde med læge og kontaktperson.

Sanne følte sig generelt meget mere glad i sin hverdag og var naturligvis stolt over, hvad hun foreløbig har opnået.



DEL 4

AFRUNDING OG ANBEFALINGER

4

AFRUNDING OG ANBEFALINGER

I denne del af rapporten evalueres først på fremmøde og kontakter mellem sessionerne. Herefter gives et indblik i kvindernes udsagn fra de individuelle evalueringssamtaler. Kvinderne italesætter her emner som eksempelvis den relationelle sårbarhed. Der gives en sammenfatning af og konklusioner fra det samlede datamateriale og afslutningsvis opstilles anbefalinger for implementering af gruppeforløbene.

4.1 Refleksioner over fremmøde og kontakt mellem sessionerne. Hvor mange kvinder mødte op?

Gennem gruppeforløbene dokumenterede vi dels fremmøde, dels antallet af kontakter mellem sessionerne.

Følgende skema viser antal tilmeldte kvinder, deres fremmøde samt hvor mange telefon- og smskontakter, der har været mellem hver session.

1. GRUPPEFORLØB - FREMMØDE

SESSION NR.	FAST TILMELDTE KVINDER	FREMMØDE	FREMMØDE FOR KVINDE 1-6, DER ALLE VAR FAST TILMELDTE EFTER 3. SESSION
FØR GRUPPESTART	Åbent forløb, 8 interesserede		
1	Semiåbent forløb	3	2, 4 + én anden kvinde
2	Semiåbent forløb	5	1, 2 ,3 ,5 ,6
3	Semiåbent forløb	6	1, 2, 3, 4 + to andre kvinder
4	6	3	4, 5, 6
5	6	4	2, 3, 5, 6
6	6	3	2, 4, 5 kvinde 1 udmeldt (nu 5 tilmeldte)
7	6	3	2, 4, 6 kvinde 5 udmeldt (nu 4 tilmeldte)
8	6	4	2, 3, 4, 6
9	6	2	2, 4
10	6	4	2, 3, 4, 6
11	6	3	2, 4, 6
12	6	3	2, 4, 6

2. GRUPPEFORLØB - FREMMØDE

SESSION NR.	FAST TILMELDTE KVINDER	FREMMØDE	FREMMØDE FOR KVINDE 1-5, DER ALLE VAR FAST TILMELDTE EFTER 3. SESSION
FØR GRUPPESTART	Åbent forløb, 8 interesserede		
1	Semiåbent forløb	6	1, 2, 3, 4, 5 + to andre kvinder
2	Semiåbent forløb	4	2, 3, 4, 5,
3	Semiåbent forløb	5	1, 4, 5 + to andre kvinder
4	5	1	2
5	5	5	1, 2, 3, 4, 5
6	5	5	1, 2, 3, 4, 5
7	5	4	2, 4, 6 kvinde 3 udmeldt (nu 4 tilmeldte)
8	5	4	1, 2, 4, 5
9	5	3	1, 4, 5
10	5	3	1, 2, 5
11	5	2	2, 4
12	5	3	1, 4, 5

1. GRUPPEFORLØB - KONTAKTER MELLEM SESSIONERNE

SESSION NR.	TELEFONKONTAKT	SMS-KONTAKT	BREVE
FØR GRUPPESTART	7	12	
1	9	13	
2	9	6	3
3	8	4	1
4	5	5	
5	2	5	
6	3	6	
7	3	7	
8	7	2	
9	2	6	
10	2	7	
11	2	2	1
12	5	8	1
I ALT	61	83	6

2. GRUPPEFORLØB - KONTAKTER MELLEM SESSIONERNE

SESSION NR.	TELEFONKONTAKT	SMS-KONTAKT	BREVE
FØR GRUPPESTART	16	10	
1	11	5	
2	2	12	
3	4	4	
4	6	0	
5	6	1	
6	7	0	
7	8	0	
8	3	2	
9	2	2	
10	4	3	
11	4	4	
12	5	8	
I ALT	78	51	0

4.1.1 Refleksioner over frafald og afbud

Vi startede begge gruppeforløb op med otte interesserede kvinder. For at finde dem havde vi kontakt og/eller forsamtaler med mindst det dobbelte antal kvinder. Ud af de otte medtog vi nogle kvinder, der var meget usikre på, om de ønskede at deltage, men da vi ønskede at give dem muligheden, valgte vi et åbent forløb de tre første gange. Deres usikkerhed bestod primært i forbehold mod at skulle dele erfaringer med andre kvinder i behandlingen samt egen usikkerhed om, hvorvidt de kunne møde frem til de 12 gruppesessioner.

Efter det åbne forløb, hvor kvinderne fik tid til at beslutte om de ønskede deltagelse, fortsatte gruppen med seks henholdsvis fem fast tilmeldte kvinder (første henholdsvis andet gruppeforløb). Under det åbne forløb, var der to henholdsvis tre kvinder, der meldte fra, for norges vedkommende efter blot en halv time. Begrundelserne var følgende: Ubefrag ved samvær med de andre kvinder (f.eks. føle at man ikke har noget til fælles med de andre tilstedeværende), usikkerhed om indholdet af gruppearbejdet (f.eks. bekymring for om de værste (barndoms)minder nu skal genopfriskes), for stofpåvirket til at ville kunne deltage regelmæssigt (ifølge kvindens egen vurdering). På trods af forsamtaler og forudgående kontakt oversteg bekymring og forbehold lysten til at deltage for disse i alt fem kvinder.

En af kvinderne, der sprang fra efter 3. session, udtrykte, at hun ikke kunne vente, til det blev mere konkret og dermed noget for hende. Hun ville gerne springe fællesskabet over. Hun udtrykte også før gruppestart et stort ubehag ved at skulle deltage i en gruppe med andre kvinder. Vi inviterede hende alligevel med henblik på i fællesskab at se det an. Kvinden havde nyligt haft en ubehagelig oplevelse i en selvhjælpsgruppe, ”der kørte af sporet”, hvilket igen kan bekræfte betydningen af tidligere behandlingserfaringer. Kvinden udtrykte senere, at hun måske alligevel kunne tænke sig et næste forløb, da hun kunne høre på de andre kvinder, at gruppearbejdet var meget ”konkret”. Dette kom hun dog ikke til, men hun ”varmede op” og kom seks måneder senere videre i et andet af projektets tilbud: En netværksgruppe for kvinder, ledet af sygeplejersker.

En anden kvinde sprang fra efter 5. session, da hun oplevede sig selv for fysisk syg til at deltage. Her hørte vi fra de andre kvinder, at hun fandt indholdet i gruppen for overvældende. Måske var det for ubehageligt at tale om egne følelser og tanker, også selvom disse ikke drejede sig om indholdet af selve traumerne, jævnfør at traumatiske oplevelser kan medføre et kronisk forsvar mod indre sensationer; tanker, følelser, ønsker og behov m.m. Måske var der andre gode grunde. Dette havde hun ikke mod til selv at fortælle om, men vi henvendte os til hende og medgav opbakning til, at hun passede på sig selv og på bedste vis tog sit ubehag alvorligt. Endvidere søgte vi en afklaring af, hvilken kontakt eller opfølgning hun kunne tænke sig fra os eller fra sin kontaktperson. Hun blev synligt meget lettet, og således har vi forhåbentligt ikke bidraget til (endnu) en ubehagelig behandlingserfaring.

En kvinde sprang fra første gruppeforløb efter 7. session, da hun fik tilbud om at komme i en længe ventet døgnbehandling. En anden kvinde sprang fra det andet gruppeforløb efter 7. session, da hendes unge søn blev indlagt med en alvorlig sygdom.

4.1.2 Refleksioner over kontakt mellem sessionerne

I de to gruppeforløb blev der i alt foretaget 139 telefonsamtaler. Hertil skal mindst lægges det firedobbelte i forsøg, hvor kvinderne ikke har svaret eller været til rådighed. 134 sms'er er i alt blevet sendt.

Det har således været et omfattende arbejde mellem hver session at pleje og vedligeholde den aftalte kontakt med kvinderne. I starten af gruppeforløbet drejede samtalerne sig primært om forbehold og bekymringer ved at deltage, herunder følelsen af og frygten for ikke at passe ind og være forkert. Det kan således ses som et udtryk for en meget stor følelsesmæssig sårbarhed beroende på tidligere erfaringer. Sådanne kan være tidligere traumatiske oplevelser, der har givet et kronisk forsvar mod oplevede relationelle trusler som f.eks. følelsen af afvisning, af at blive forladt, at føle sig opslugt eller kontrolleret. Eller det kan være erfaringer med behandlingssystemet og/eller de andre kvinder i behandlingen. Sidstnævnte erfaringer kan også sagtens have karakter af traumer.

Mange af kvinderne udtrykte, at den indledende kontakt var helt essentiel for deres fremmøde. En af kvinderne i evalueringen fortæller, at det fik hende til at føle sig så vigtig; at det ikke ville blive det samme, hvis hun ikke kom. Senere i gruppeforløbet drejede samtalerne sig tillige om små dagligdags ting, hvad de lavede, hvordan det var gået siden sidst, men væsentligst var stadig relationen kvinderne imellem og relationen til os gruppeledere. Ligeledes bekymringer om at skulle fortælle noget vigtigt i gruppen og ikke mindst, hvordan dette skulle gøres. At få reflekteret og vendt disse problemer, uden at vi som gruppeledere pegede på den rigtige løsning, gav kvinderne støtte og mod til at komme. Tillige drejede samtalerne sig om "akuthjælp" til de nye mestringsstrategier, som trænedes i hverdagslivet mellem gruppesessionerne. Kvinderne fik dermed mulighed for en akut vejledning i de situationer, der var vanskelige.

I det første gruppeforløb fik de kvinder, der havde fødselsdag, et lille brev fra os alle i gruppen. Da dette var en kilde til meget stor glæde, udvidede vi dette ritual, så fødselsdagskvinderne i det andet forløb i stedet blev fejret med kage, en lille gave og et kort fra gruppen. Derfor er der ingen breve noteret i skemaet over andet gruppeforløb.

4.1.3 Hvad gik kvinderne videre til efter gruppeforløbene?

I det første gruppeforløb fik kvinderne tilbud om efterfølgende individuelle samtaleforløb, hvilket tre kvinder gjorde brug af. I det andet gruppeforløb var tilbuddet tre gruppeopfølgninger, da vi på dette tidspunkt ikke tidsmæssigt kunne nå at fuldføre individuelle samtaleforløb i pilot

projektet. Det bedste viste sig at være gruppeforløb efterfulgt af individuelle samtaleforløb.

I forhold til de målsætninger kvinderne arbejdede med i grupperne, forsøgte vi at videregive og bygge bro til andre behandlingstilbud i KABS. De tilbud, kvinderne konkret blev koblet til undervejs eller efter ”Fra tab til trivsel”, var følgende: Kvindenetværksgruppe, mindfulness træning, kreativt værksted og struktureret tilbagefaldsforebyggende kursus.

4.2 Sammenfatning af gruppedeltagernes udbytte: kvindernes udsagn

Det har været vores hensigt med evalueringssamtalerne:

- At give indblik i, hvad der evt. skal justeres i forhold til senere gruppeforløb
- At synliggøre, hvad kvinderne kunne og ville arbejde videre med i den øvrige behandling

Vi gennemførte otte individuelle evalueringssamtaler à 1- 1½ times varighed efter interviewguide (se bilag 4). To af kvinderne var det ikke muligt at få fat i på tidspunktet for evalueringen. Efter tilladelse fra kvinderne blev evalueringssamtalerne optaget og efterfølgende transskriberet.

De individuelle evalueringssamtaler er et arbejdsredskab i forhold til behandlingen, men bidrager tillige med interessante oplysninger til nærværende rapport. Således italesætter kvinderne den relationelle sårbarhed, samt hvad der er vigtigt for dem i behandlingen, ligesom de reflekterer over deres stofbrug og over betydningen af at se sig selv i et nyt lys.

4.2.1 Kvindernes udsagn:

Vi oplevede kvinderne meget positive og aktivt deltagende i den individuelle evaluering. De udtrykte tilfredshed med at være vigtige sparringspartnere i forhold til evaluering af gruppeforløbene og ville gerne reflektere over deres eget positive udbytte af dette forløb, såvel som over mangler og uindfrie forventninger. Naturligvis kan man ikke se bort fra kvindernes mulige ønsker om at gøre gruppelederne tilfredse og dermed undgå ubehag ved at fremføre kritikpunkter, selvom vi sammen med kvinderne reflekterede over dette inden samtalerne.

Der er brugt citater fra syv ud af de otte samtaler. Nogle citater er for forståelsens skyld let redigeret fra tale til skriftsprog, uden at indholdet eller betydningen af det sagte er ændret.

Fra de individuelle evalueringer har vi udledt følgende fire emner, som vi ser som gennemgående i kvindernes fortællinger:

- Den relationelle sårbarhed
- At være i en kvindegruppe, adskilt fra mændene og resten af behandlingen
- Refleksioner over eget stofbrug og stofbehandling
- Betydningen af at se sig selv i et nyt lys

Disse emner illustreres i det følgende med citater fra evalueringssamtalerne.

4.2.2 Den relationelle sårbarhed

Den følelsesmæssige sårbarhed i relationen til gruppelederne og til de andre kvinder var stor for gruppedeltagerne. Det svære kunne eksempelvis bestå i at tro på den gode og oprigtige kontakt til hinanden. Mødet med denne form for kontakt i grupperne fik flere af kvinderne til at reflektere over, om der kunne være tale om fælder eller skuespil. Dette bekræfter for os, hvor afgørende det er at afsætte megen tid i foramtalerne og opstarten af grupperne til at reflektere og vurdere disse oplevede risici for kvinderne.

Frygten for eksempelvis at blive irettesat eller blive betvivlet på sine forklaringer var noget, kvinderne spekulerede over, og som kunne få dem til at trække sig fuldstændigt. Følelsen af at blive taget alvorligt og blive mødt

med tillid var både noget af det gode ved gruppeforløbene, men også noget af det rigtig svære.

Kvinde: [...] *Det er svært at forklare. Jeg er ikke vant til at blive taget alvorligt.*”

Interviewer: *”Nej...?”*

Kvinde: *”Så tænkte jeg, at der måske lå en fælde i det, fordi...I var så søde (griner).”*

Interviewer: *”Der var en fælde?”*

Kvinde: *”Ja (griner). Fordi når folk er sådan meget søde over for mig, så tror jeg altid, der ligger noget bagved. Det slipper jeg nok aldrig helt.[....]Altså, jeg kunne ikke sådan forestille mig, at I pludselig ville vende jer om og sige ”Du er fuld af løgn”, eller ”Det er ikke rigtigt, hvad du siger”, men...Vi er så vant til at blive irettesat. Så...”*

Interviewer: *”Mm..”*

Kvinde: *”Det har været svært.”*

Interviewer: *”Så overvejede du, hvad du skulle fortælle os i starten?”*

Kvinde: *”Nej, jeg overvejede nogle gange, om jeg slet ikke skulle sige noget som helst.[...]”*

Fordi det var nemmere. Fordi det var så svært. Hvad skulle vi tage fat i, altså hvor...hvordan skulle jeg gribe det an. Altså, det var ligesom en stor hårbold, hvad ende skulle jeg tage fat i? [...]Og så...om jeg så også kunne være sikker på, at der ikke stak noget ud. Altså, at man fik det i hovedet igen, på en eller anden måde.”

At kvinderne ofte bruger meget energi på at afkode ”hvad forventes der her?” i forhold til ”hvad kan jeg selv få ud af det her?”, er der også flere eksempler på i evalueringssamtalerne.

Kvinde: [...] *I har ikke krævet eller pålagt os nogle forventninger [i gruppeforløbet]. Mange bliver sådan efterhånden: ”Åh, hvad er det nu, vi skal sige. Hvad er det bedste at sige nu.”*

Man tænker hele tiden på, hvad det er folk forventer, og det gør mig bange, hvis jeg ikke kan regne det ud. I gruppen her kunne vi ikke sige noget forkert. Uanset hvad vi sagde, var det ikke forkert, og det er hamrende vigtigt.”

Vi fik således bekræftet, at relationen til behandleren og kvindernes sårbarhed i forhold til, hvad der forventes er meget væsentlig at tage højde for i tilrettelæggelsen af tilbud. Ligesom viden om, at mange af kvinderne ofte vil gå langt for at levere det, de tror, der forventes af dem i behandlingssammenhæng og i hvert fald bruger meget tid på at spekulere over det.

Eksempelvis var kvinden i nedenstående citat meget forpint over at skuffe psykiateren med, at medicinen ikke virkede efter hensigten.

Kvinde: *"Det aller aller første indtryk jeg havde med psykiatrien, det var hos en psykiater. Og når hendes øh... det var med piller. Og når de ikke virkede...så blev hun vred. "Det plejer at virke". Så fik jeg nogle andre, og så fik jeg det dårligere og dårligere. Så til sidst så var jeg så forgiftet, så... tog jeg... dem alle sammen på én gang og tænkte, så dør jeg heldigvis."*

Her tog hun tog skylden på sig som "den dårlige patient", der igen svigter ved at være ubehandelig og dermed årsag til et andet menneskes vrede og skuffelse. At kvinden tolker situationen på denne måde kan være en medvirkende faktor til, at hun forsøgte at tage sit eget liv.

En af måderne vi i gruppeforløbene forsøgte at tage højde for den relationelle sårbarhed hos kvinderne, var at tage dem alvorligt med deres tvivlrådighed og forsigtighed. Både angående deres deltagelse, men også angående deres ønsker og mål for arbejdet i gruppen.

De blev således ikke afkrævet et klart svar om deltagelse i gruppen før start, og det viste sig at være en rigtig prioritering. Kun et par enkelte kvinder var ved forsamtalerne sikre på, at det var en god idé for dem at deltage. Ligesom det for nogle tog lang tid, måske halvdelen af gruppeforløbet, inden vi sammen kunne formulere, hvad den individuelle målsætning kunne være. Der var brug for overvejelse og masser af tryghed, før kvinderne ærligt kunne sige noget om, hvad de egentlig – og specifikt – ønskede hjælp til.

Interviewer: *"Men kan man godt blive sådan lidt forskrækket over det der ord?[tab]"*

Kvinde: *"Jamen, det var det, der gjorde, at jeg først tænkte: "Nå, men så er det nok ikke lige noget for mig, fordi...altså, det kan godt være, at jeg har haft en masse tab, men det er ikke noget, jeg vil arbejde med nu."*

Interviewer: *"Nej, okay."*

Kvinde: *"Nu er mit liv gået videre, ik? Så...[...] I første omgang tænkte jeg: "Nej, det er nok ikke lige mig."*

Interviewer: *"Men hvordan tænker du så, at det alligevel har været passende?"[...]*

Kvinde: *[...]Altså det var jo netop ved at høre om de andre ting, ik?[...] Ikke at være låst fast på en bestemt måde, altså: "Nu har du sagt, hvad du vil arbejde med, basta."*

Den relationelle sårbarhed kommer også til udtryk i gruppen, kvinderne imellem. De bruger megen tid på at vurdere, hvordan de andre kvinder i gruppen fungerer og har det. Det er for mange kun muligt at koncentrere sig om sig selv og egne problemstillinger, hvis de oplever, at der bliver taget kærligt hånd om alle de andre kvinder i gruppen.

Kvinde: *"Når man ellers har siddet i gruppe har det været sådan noget lidt diffust noget og ikke altid lige rart. Når man har hørt om, at de andre havde det dårligt... så har jeg tænkt, at jeg skulle måske give pladsen til nogle andre, for de har det værre. Men sådan var det ikke her, alle var med, og jeg behøvede ikke at tage hånd om de andre. Fordi... I var der, og det var helt trygt. Jeg behøvede ikke at bekymre mig, jeg fik ikke brug for det der omsorgsen, jeg har. Jeg kunne koncentrere mig om mig selv. Men jeg har kunnet mærke, at jeg har brugt mig selv hver gang. Lidt ligesom når man har været hos tandlægen, ikk? Og alligevel ikke, mere måske et savn hver gang, når jeg gik hjem, og man savner jo ikke ligefrem tandlægen [...]. Jeg blev positivt overrasket, fordi jeg kunne mærke på de andre, at de også fik noget ud af det. Så det bekræftede ligesom også, at det, jeg følte, var okay. Jeg troede virkelig ikke, at det ville blive til noget, at de andre ville møde op. Det, at vi var fælles om det, betyder det hele. Hvis de andre ikke havde haft det godt, havde det heller ikke været godt for mig. I har også været så ægte. Jeg tror simpelthen ikke, det kan være skuespil?"*

Kvinden her "tror simpelthen ikke, at det kan være skuespil", og viser hermed samtidig sin lille nagende tvivl. Kan hun mon stole på sin fornemmelse af, at kontakten var ægte og oprigtig? Denne lille tvivl og følelsesmæssige sårbarhed, oplevede vi som noget helt generelt hos kvinderne.

4.2.3 At være i en kvindegroupe, adskilt fra mændene og resten af behandlingen

Igennem de otte evalueringssamtaler fortæller kvinderne på forskellig vis, at de ikke ville have meldt sig til gruppeforløbet, hvis der havde været mænd til stede. Flere af kvinderne reflekterer over, at det i en blandet gruppe ville have været svært at være åben nok om sig selv og over oplevelsen af, at mænd ofte kommer til at overtage eller definere rammerne for gruppen og behandlingen:

Interviewer: "Hvordan kunne du forestille dig, at det her tilbud "Fra tab til trivsel" kunne udvikle sig? Hvad kunne være godt, når man sådan er kvinde i behandling her i KABS?"

Kvinde: "Mm...det tror jeg nok, det er meget godt, at vi kun er kvinder i sådan en gruppe her. Men det er jo også igen det her, at jeg føler, at...mænd de tager altid styringen på en eller anden måde."

Interviewer: "Ja?"

Kvinde: "Og jeg føler mig ikke så tryk ved at betro mig til mænd. Øh...så meget. Det er nogle meget få, jeg har to mandlige venner, som jeg kan betro mig til."

Interviewer: "Tror du, det havde set anderledes ud, hvis der havde været mænd til stede hernede?"

Kvinde: "Det tror jeg faktisk [...]. Jeg ved faktisk ikke hvordan. Altså...jeg tror ikke, vi ville være så åbne om vores svagheder."

Bekymringen for hvad mændene muligt kunne tænke om én, hvis man først bredte sig ud og brugte en masse taletid om vigtige og private emner, betød rigtig meget i kvindernes vurdering af, om de ville foretrække en kvindegruppe. Dette var noget, mange havde erfaringer med; at føle sig affærdiget eller føle sig "for meget", hvis de tog taletid i caféen eller i andre rum, hvor der var mænd til stede. En sådan bekymring om eller følelse af affærdigelse var noget, der kunne få kvinderne til at trække sig og opgive deres ærinde:

Kvinde: "At man kunne godt kunne føle, at mændene så tænkte "øj, helt ærligt", ik? Altså og "gud, hvor tager de [kvinderne] meget tid" og sådan noget... "de der kvinder", ik, og... "lad os nu komme videre, lad os nu komme ud og... sejle kajak."

Interviewer: "Og betyder det noget for ens lyst til at tage den tid eller at snakke om det?"

Kvinde: "Helt sikkert. Jamen, også rundt i cafeen [caféen i KABS], hvor jeg kunne se nogle, der sad og tænkte "ahh, bliv nu færdig", ik. Det er virkelig noget, der...kvæler enhver lyst til at sige noget som helst. Så stopper man meget hurtigt."

Følelsen af at blandede kvinde- og mandegrupper kan indeholde et præg af konkurrence mellem kønnene, og dermed noget ekstra man skal bruge sin energi på, gjorde, at nogle kvinder ikke ville have overvejet deltagelse i en blandet gruppe.

Kvinden her nævner, at der for hende ville være tale om en "helt anden strategi" for deltagelse, hvis der havde været mænd til stede i gruppeforløbet:

Interviewer: "Så det ville være noget helt andet?"

Kvinde: "Ja, noget helt andet. Ja, for søren da. Så havde det været mere sådan konkurrencepræget og... "nå, hun siger sådan. Nu er det min tur, og nu skal jeg overgå hende, fordi jeg skal spille op til drengene", ik [...]. For det første ville jeg slet ikke sidde og græde. [...]"

Altså de[mændene] vil køre op og sådan noget, "heup, mand". Muskler og sådan noget, ik. Det ville være en helt anden strategi. Nej. Jeg ville ikke have meldt mig. No. No, no."

Mange af kvinderne havde dog også tidligere negative erfaringer med kvindegrupper eller med samvær og venskab med andre kvinder, hvilket gav dem store forbehold over for deltagelse i gruppen. Men håbet om fællesskabet med andre kvinder lokkede heldigvis også, og da gruppen først kom i gang, oplevede alle langt større tryghed og glæde ved samværet end forventet.

Kvinderne pointerer vigtigheden af frit at kunne nævne oplevelser og erfaringer, der hidrører eksempelvis fra prostitution eller vold i parforholdet uden at skulle tage sig i agt og passe på. Denne agtpågivenhed ville særligt være på spil i blandede grupper med både mænd og kvinder:

Kvinde: "Jeg tror, at det er nemmere...det undrer mig egentlig, at jeg siger det, for det har jeg altid ment, at man kan ikke stole på en kvinde (hoster)...men jeg føler faktisk, det har været nemmere at sige hvad som helst [i en kvindegruppe]. Der kan være sådan nogle ting også, hvis der kommer sådan nogle ting på bordet: Problemer med prostitution og alt muligt, ik. Der er mange, tror jeg, der ikke ville snakke om det i en fællesgruppe."

Flere af kvinderne nævner også det positivt overraskende ved at se de kvinder, de kun har et indtryk af fra behandlingen i KABS og caféen i KABS, fra en helt anden side – og opleve sig selv i en anden rolle. Hvilket kan have betydning for det grundlæggende syn på sig selv:

Kvinde: "Det har været meget mere frit, end jeg regnede med. Jeg regnede med, at det ville være rigtig ubekvemt. At man sådan hele tiden skulle veje sine ord og tage sig i agt for, hvad man sagde. Men det var slet ikke sådan, jeg var egentlig ikke nervøs for at sige nogen ting. At de andre kvinder kan være så forskellige fra facaden, have problemer og være sarte. Jeg kan rigtig godt lide dem. Det vigtigste, jeg har opdaget var, at jeg kan fungere i virkeligheden. Jeg troede, at jeg var totalt asocial."

4.2.4 Refleksioner over eget stofbrug og stofbehandling

Selvom formålet med gruppeforløbet ikke direkte har været stof-frihed, fortæller de fleste af kvinderne om, at de undervejs i processen har mindsket eller stoppet deres sidemisbrug. Ligesom de også fortæller, at der er brug for at fortsætte arbejdet fremover, hvis forandring og udvikling i forhold til stofbrug skal holdes ved lige. Når kvinderne lykkes med at mestre det, de selv oplever som allermest vanskeligt i deres hverdag, er det ikke nødvendigt i samme grad at dulme sig med medicin eller stoffer. Og det har for flere af kvinderne vakt en lyst og et håb om at kunne bedre sit liv.

Interviewer: "Har forløbet her ændret dine tanker om det [stofforbruget] eller øget din opmærksomhed på det – eller gjort noget andet?"

Kvinde: "Altså, det har gjort, at mit sidemisbrug, det har ikke været så stort."

Interviewer: "Mm."

Kvinde: "Og det har faktisk været helt stoppet i en periode."

Interviewer: "Mm."

Kvinde: "Og ...det er jeg glad for."

Interviewer: "Har det givet dig mod eller håb, eller har det givet dig nogle tanker?"

Kvinde: "Ja, det er faktisk derfor, jeg kan se, at jeg måske nok kan holde, komme ud af det, på et tidspunkt. [...] Ja, det er sådan kommet i anden række, ik? Før der var jeg sådan øh...jeg skulle sådan sikre mig, at jeg havde noget, hvis jeg fik det dårligt. Sådan har misbrugere det jo meget. Vi har det sådan, at vi skal have et lille lager (griner), hvis det pludselig...Men nu har jeg så oplevet, at jeg har kunnet komme igennem nogle dage, hvor jeg overhovedet ikke har haft noget som helst andet end det, jeg får her. Og det er jo gået alligevel."

Interviewer: "Ja, så hvad er kommet i første række?"

Kvinde: "[...]"Jamen, der er kommet det der med at ville arbejde med mig selv, ik?"

At gruppetilbuddet har været for de aktivt stofbrugende kvinder uden et mål eller pres om, at de skulle sætte stofbruget på dagsordenen, blev nævnt som en befrielse, som fik lige netop disse kvinder til at sige ja til tilbuddet. De fortæller om det belastende i at have haft så mange nederlag, når målet alene er stoffrihed. Endvidere om det rare ved at have et "frirum" fra snak om og fokus på stoffer i behandlingen såvel som i forholdet til de andre brugere:

Interviewer: "Har det betydet noget og i givet fald hvad har det betydet, at vores fokus ikke i første omgang har været jeres stofforbrug?"

Kvinde: "Det har bare været en lykke, lykke, lykke. For ligeså snart du kom ud i det, gik op ad trappen og så ud af rygerummet. Et eller andet sted, jamen så er der jo ikke andet end piller og så...nej, jeg har kun syntes, det var en befrielse, at man for én gangs skyld ikke skulle snakke om stoffer. Det har jeg hørt rigeligt til alle de år, okay?"

Interviewer: "Ja."

Kvinde: "Jeg har været narkoman i mange, mange år."

Interviewer: "Ja...hvad hvis det havde været sådan et tilbud, [...] om at nu skal man blive misbruket kvit, eller nu skal man trappe ned eller?" [...]

Kvinde: "Jamen, det ville jeg ikke have meldt mig til, fordi jeg har haft så mange nederlag, at jeg kan ikke tage det mere, tror jeg ikke."

Interviewer: "Nej."

Kvinde: "Altså, ikke nu i hvert fald. Det kan godt være, at jeg kan om et stykke tid. Jeg ved ikke hvornår, altså, det kan være lige pludselig...men i hvert fald ikke nu."

Interviewer: "Nej."

Kvinde: "Altså, fordi at jeg har fået så mange år i trynen, så... Og det er altså ikke sjovt, når man virkelig føler inderst inde, at "nu skal det være", og så ikke kan klare den alligevel. Det er ikke dejligt. Det er simpelthen rigtig rædselsfuldt. 100 procent rædselsfuldt."

Efter rigtig mange år som stofbruger, fortæller kvinden her, at det er rædselsfuldt at føle sig mislykket i behandlingen, når stoffrihed ikke lykkes. Hun har absolut ikke lyst til at melde sig til et tilbud, hvor formålet er stoffrihed/stofreduktion. Alligevel bløder hun det lidt op; "det kan godt være, at jeg kan om et stykke tid", vakler lidt frem og tilbage, lidt bange for at stå fast på sin mening. Dette har også været typisk i forløbene, at kvinderne har været nervøse for at holde fast ved det, de selv synes. Hvilket kan henlede opmærksomheden på, hvor let vi i behandlingssystemet kan komme til at manipulere dem til ting, de reelt ikke har lyst til.

Generelt taler kvinderne om deres sult efter tilbud, hvor man kan arbejde intensivt med sig selv uden et fælles overordnet mål, der handler om stoffer. Endvidere om det positive ved, at de har haft plads og særligt tid til at reflektere over deres egne mål; at de ikke skulle fastsætte eller aftvinges dem fra start af, men netop kunne lytte og lade sig inspirere af de andre kvinder.

Kvinde: "Det, der har været så godt, er, at det jo ikke er kvinder med de samme fælles mål. Det er sådan, altså... fra traume til trivsel. Og det kan jo være hvad som helst, ik? Og det har det jo også været. Vi har jo virkelig haft hver vores... selvom vi har kunnet kende ting i hinandens, ik. Der har vi haft hver vores ting. Og det er jo gået fantastisk, og normalt har man det jo med at samle netop folk, som har samme mål... med et eller andet, ik... [...] Ja, for det er individuelt, ik. Altså....det er totalt individuelt i vores gruppe her, ik. Og det er også det, der er min holdning, ik? Vi er alle sammen forskellige."

Interviewer: "Ja."

Kvinde: "Vi er alle sammen også forskellige steder i vores liv. Der vil bare aldrig være et tidspunkt, hvor man kan samle en gruppe og sige: I er lige præcis her, og det er det, I skal for at komme dertil. Og det har man troet, at man kunne, ik? [...] Så det er det, jeg synes, der har været helt suverænt ved det her. Det er netop, at... det har været individuelt. Vi har hver haft vores. Og alligevel har man kunnet lytte og så alligevel lære noget af de andres..."

Gamle erfaringer med behandling betyder rigtig meget for kvindernes syn på og lyst til behandlingen i dag, uanset hvor gamle disse erfaringer måtte være:

Kvinde: [...] "Al den behandling jeg har været i, har været...der skal man alle sammen stå op klokken seks om morgenen, og der skulle gøres en masse rent. Hvis der ikke blev rent nok, så blev alle ens ting smidt på gulvet. Så skulle man gøre rent igen og... sådan nogle ting, ik. For hvis man er narkoman... så skal man lære at stå op om morgenen, skal lære at gøre rent, ik. For det kan man ikke."

Interviewer: "Mm..."

Kvinde: "Ingen af os har nogensinde levet regelmæssigt". Det er ikke rigtigt. Altså for eksempel sådan én som mig. Jeg har haft et arbejde. Jeg har altid stået op om morgenen."

Interviewer: "Ja."

Kvinde: "Jeg ved godt, hvordan man gør rent og... så bliver det ulideligt. Når det hele bliver blandet sammen og sådan noget."

Mange af kvinderne har smertelige erfaringer dels med egne nederlag, dels med det de har oplevet som nedværdigende eller ydmygende behandling. De fremhæver det paradoksale i at have været nødt til at indrette sig under formål, de ikke har oplevet relevante for deres problemstillinger, således at "det hele bliver blandet sammen".

4.2.5 Betydningen af at se sig selv i et nyt lys

Betydningen af at se sig selv i et nyt lys handler om at blive anerkendt for sine gamle strategier; at få øje på, at disse strategier er udviklet af en grund. Dermed opstår muligheden for at se på sig selv fra en helt anden vinkel, nemlig som et kompetent menneske, der har handlet efter bedste evne i stedet for at føle sig mislykket i andres såvel som i egne øjne. Således betød det meget for kvinderne at finde ud af, at gamle og uvirksomme mestringsstrategier ikke har været anvendt, fordi man er et dårligt eller dumt menneske, men tværtimod fordi de engang har tjent som beskyttelse, og dermed været en helt logisk adfærd.

Kvinde: *"Den der diamant dims, den har været rigtig god. Fordi... det har været godt at se sammenhængen mellem, hvad man gør og tænker. At se at det negative kan vendes til noget positivt - at der måske er en logik i ens adfærd og måske noget positivt. Jeg har taget mig i at bruge det, i alle mulige hverdagssituationer i forhold til mig selv. Altså, jeg kan bedre styre det, der kører, og så føler jeg mere ro. Følelsen er bedre. [...] Jeg har også prøvet at forklare nogen andre det, hvad det er, jeg har lært."*

At kvinderne trods mange års behandling ikke har fået det udbytte og den forandring i deres liv, de kunne have ønsket sig, vendes næsten altid indad og bliver til selvbebrejdelser og negative konklusioner om dem selv. At få evalueret disse negative forestillinger om det altomfattende ansvar, og dermed også se sig selv i et nyt lys, betød særlig meget for mange af kvinderne:

Interviewer: *"Hvad har overrasket dig selv mest i forhold til, hvad du troede, du kunne?"*

Kvinde: *"Den virkning det havde på mig. Jeg var så tæt på at forestille mig, at der ikke var noget, der hjalp på mig. At det var mig... at jeg var sådan en særlig sårbar én, der altid kun kunne se de negative ting. Men så oplevede jeg, at jeg selv kunne ændre tanker og følelser, så tingene ikke gjorde så ondt. Det har virkelig overrasket mig."*

Til spørgsmålet om, hvad der har betydet mest i gruppeforløbet, svarer en anden kvinde, at hun har fået øje på, at det slet ikke er så tosset, sådan som hun har handlet. (Her drejer det sig om "de gamle leveregler", som er beskrevet i caseeksemplerne i tredje del af rapporten):

Kvinde: "At I var stabile, at I var der hver gang, og at I var så engagerede og forberedte. Det synes jeg simpelthen var godt. Det gjorde mig tryk, at det ikke var sådan noget...høvså..."

Jeg følte mig velkommen og tryk. Det er vel egentligt underligt, vi sidder der, som en flok aktive narkomaner, og alligevel er der en stemning af at kunne bruge hinanden. Det, at I kunne se ressourcerne, I kunne vende de der negative oplevelser af sig selv til noget positivt. Så sådan fik jeg det også... at det slet ikke var så tosset, sådan som jeg har handlet [...]."

Endvidere nævner hun, hvor meget det betød, at gruppelederne var velforberedte, engagerede og stabile. Generelt blev dette nævnt af kvinderne som afsmittende på deres eget engagement, og som helt afgørende for at føle sig trykke og taget alvorligt.

Når svære fortællinger om tab eller tidligere oplevelser skulle rundes af i gruppeforløbene, var det også vigtigt at se på kvindernes historie i et nyt lys og fremdrage deres egne ressourcer til at mestre "det svære":

Kvinde: "[...] Og man har altid haft det godt, når man gik hjem. Det ville have været forferdeligt, hvis nu...altså jeg har undret mig over, at det kunne ske, at der ikke er nogen, der er gået fuldstændig knust hjem, for der har alligevel været nogle ting, der er dukket op som...man ikke har lyst til at tænke på, ik?"

Interviewer: "Mm..."

Kvinde: "Og der har det været suverænt. Det har det sgu."

Interviewer: "Hvad har det gjort, at I ikke har behøvet at gå knuste hjem, tænker du?"

Kvinde: "Jamen, jeg synes, I er meget gode til...I har netop ikke gjort det der med at: "Nej, nu skal vi videre", men på en eller anden måde fået afrundet, når der har været nogle lidt tunge ting. Og så gået over til at snakke om, hvad man kan gøre, ik? Altså...hvad kan man gøre for at undgå det? Og hvad kan man gøre ved det? Sådan så det altid er endt med, at man...har en idé om, hvad man egentlig kan gøre ved det. Den der...tunge ting, man har snakket om."

Afrundingen blev af kvinderne evalueret som meget væsentligt for trygheden og for, at ingen gik "knust hjem". Her var balancen vigtig; mellem på den ene side ikke at afbryde kvinderne og på den anden side at runde snakken af med en konkret identificering af, hvad man kan stille op med al den indre ubehag. At identificere hvordan og med hvilke ressourcer, kvinderne kunne håndtere ubehaget, hvis ikke de skulle efterlades til deres ofte bedst kendte mestringsstrategi: stoffer og medicin.

4.3 Konklusioner og sammenfatning

4.3.1 Den relationelle sårbarhed

I de to gruppeforløb oplevede vi den relationelle sårbarhed som et betydeligt omdrejningspunkt. Vi fik således bekræftet, hvad der i forordet nævnes som typiske vanskeligheder for den traumatiserede klient, særligt hvad angår: 1) Et kronisk forsvar mod oplevede relationelle trusler, f.eks. kritik, afvisning, at blive forladt eller at føle sig opslugt og kontrolleret, 2) Et kronisk forsvar mod indre oplevelser i form af følelser, tanker, fysiske sensationer, ønsker og behov (jævnfør forord).

Eksempler fra gruppeforløbene viste, at kvinderne havde brug for grundigt at overveje risici ved at ønske sig noget, udtrykke behov, beslutte noget m.v. samt risici ved at udforske egne (negative) tanker.

I forsamtalerne var relationen ligeledes det, der primært blev vurderet af kvinderne. Indholdet var i første omgang mindre væsentligt. Dette understreger som tidligere omtalt vigtigheden af en god tværfaglig koordination; at kontaktpersonerne, den daglige kontakt, kender til tilbuddet og kvalificeret kan reflektere med kvinderne om relevansen af gruppedeltagelse.

I kvindernes individuelle evalueringer af gruppeforløbet ses også refleksioner over relationen samt deres sårbarhed i behandlingen som et helt gennemgående fokus. Frygten for at blive irettesat, betvivlet eller bedraget i kontakten til de andre kvinder eller gruppeledere, var konstant på spil for kvinderne. Måden, vi håndterede dette på i gruppeforløbene, var dels at tage kvinderne meget alvorligt med deres egne sammenhængsforklaringer, uanset ordlyden af disse. Dels gennem en vægtning af forsamtaler og telefonkontakt mellem sessionerne, hvor megen tid blev brugt på at reflektere og vurdere disse oplevede risici for kvinderne. Dette uden at levere et færdigt bedste svar og uden forudindtagne årsagsforklaringer på deres oplevelse af "fare".

Selvom arbejdet med gruppen bekræfter, at de relationelle trusler i høj grad er i spil for kvinderne, tænker vi ikke, at metodetilgangen alene skal rette sig mod at skabe den gode relation. Den gode relation er en grundlæggende forudsætning for det arbejde, den kontrakt, der skal etableres mellem gruppeledere og gruppedeltagere, men kan ikke isoleret set katalysere forandring. Hertil kræves specifikke værktøjer, og de kognitive metoder med udgangspunkt i det hvedagsrelaterede og situations-specifikke har her vist sig særdeles anvendelige.

4.3.2 Metoden

Med den kognitive adfærdsterapeutiske metodetilgang tages der udgangspunkt i kvindernes egen kontekst og forståelsesramme. Det bliver lige præcis vigtigt at starte i de hverdagsrelaterede situationer, hvor de selv oplever problemerne udspille sig. Den kognitive terapeutiske metode fordrer, at netop det specifikke indhold i de konkrete situationer undersøges nøje med den sokratiske dialog som et gennemgående værktøj. Den fælles udarbejdelse af en sagsformulering bliver et redskab til at kunne adaptere alle de akutte hverdagssituationer – *la crise du jour* – så kvinderne ikke afvises på det, der er vigtigt for dem at arbejde med og finde løsninger på.

Vi har endvidere arbejdet med en fast struktur og en fælles nedskrevet dagsorden hver gang.

Ved en session gik vi 30 minutter over tiden uden at have aftalt dette, hvilket vi fornemmede en reaktion på (men ikke udforskede). Næste gang mødte kun to kvinder op og bekræftede det ubehagelige ved, at "tiden bare gik", uden vi tilsyneladende tog notits af det. Hvis rammerne flyder, hvad kan så ikke også flyde? At rammer og struktur er tydelige og fælles aftalt er således en absolut forudsætning for at skabe et trygt rum.

Formuleringerne, vi nedskrev undervejs i gruppeforløbene, var altid kvindernes egne. Det er helt afgørende, at ens egne ord og sætninger bliver anvendt, at de ikke bliver omsat eller omfortolket af gruppelederne, og dermed mister deres særlige mening og betydning for den enkelte. Det duer således heller ikke, at gruppelederne omsætter deltagernes formuleringer til billedsprog eller metaforer ud fra den betragtning, at ethvert menneske vil tillægge sådanne en forskellig betydning.

Vi mener, at ovennævnte faktorer er væsentligt medvirkende til den høje grad af tryghed, "at blive taget alvorligt" samt kvindernes store tilfredshed med det konkrete arbejde, som de giver udtryk for i evalueringerne. Denne metodetilgang tager tillige langt hen ad vejen højde for de dilemmaer og risikovurderinger, kvinderne kan have i forhold til behandlingssystemet.

4.3.3 At blive taget alvorligt

"At blive taget alvorligt" har i dette gruppeforløb, såvel som i fokusgruppeundersøgelsen (Ludvigsen og Lydolph 2007), været noget, kvinderne ofte

har udtalt sig om. Vores erfaringer med de to gruppeforløb har været, at dette – at blive taget alvorligt – handler om at blive mødt med respekt for de (negative) erfaringer, kvinderne har. Erfaringer hidrørende fra privatlivet såvel som behandlingssystemet. Sidstnævnte er naturligvis summen af deres tidligere erfaringer og ikke nødvendigvis direkte relateret til nuværende behandlingsforløb i KABS. Kvinderne har ofte en lang og blandede behandlingskarriere bag sig.

I gruppeforløbet var der eksempler på kvinder, der med beskrivelsen af deres hverdagsproblemers karakter havde følt sig affejt i behandlingssystemet med ”en fjollet forklaring” eller ”en dårlig undskyldning” for deres stofbrug. En sådan reaktion fra et behandlersystems side kan evt. bygge på bagvedliggende forforståelser som eksempelvis: ”Misbrugere mangler selverkendelse” (og derfor er deres forklaringer overfladiske – en slags overspringshandling – og de skal hjælpes til erkendelse af det egentlige problem), ”Misbrugere er manipulerende” (og derfor skal man ikke lytte for meget til, hvad man kunne opfatte som bortforklaringer, man må stå fast og ikke lade sig manipulere). Sådanne fortolkninger kan have den konsekvens, at kvindernes her og nu-problematikker ikke bliver taget alvorligt på trods af, at det måske er her, hele kimen til forståelse og forandring ligger.

4.3.4 Ressourcer og værdier

I gruppeforløbene oplevede vi på resourcesiden megen overlevelseskraft, et stort ”drive” og masser af humor og omsorg for hinanden. Vi har ledt bevidst efter ting i kvindernes liv, de kunne bruge som støtte for håb og motivation til at forandre. Hvad har gjort, at de ikke bare har givet op? Hvad gør, at de f.eks. kommer til gruppen? Er der beviser i deres liv for, at det ikke er lige meget, om de gør noget eller lader være?

En væsentlig tilgang til kvinderne har været den konkrete identificering af deres ressourcer; her har de andre gruppedeltageres bidrag, feedback og refleksioner haft den største betydning. At blive set fra sin gode side af de andre gruppemedlemmer var helt afgørende for at finde mod og kræfter til at dykke ned i problematiske situationer.

Da kvinderne næsten altid vender mangelfuld succes i behandlingen indad til selvbebrejdelser og negative konklusioner om sig selv, anser vi det for en væsentlig del af gruppeforløbet at identificere kvindernes personlige livsværdier. I en verden der kan opleves broget og kaotisk, er

personlige livsværdier konsistente, og når disse bliver styrende for retningen i behandlingen, optimeres relevans og mening i de mål, kvinderne sætter sig. I denne kontekst er eksempelvis målet at blive stoffri således blot en definition på noget, man ikke vil have, i stedet for en definition på, hvad man gerne vil have i sit liv.

Således var den konkrete formulering af værdier – hvad hver enkelt kvinde egentlig ønskede at forfølge i sit liv – et vigtigt styringsredskab for nye og alternative strategier; den værdibaserede handling.

4.3.5 Kønsoptdelt behandling

Projekt Kvindeedukation har haft til formål at etablere behandlingstilbud for kvinder samt at finde måder at skærme de svageste kvindelige brugere i forhold til den øvrige brugergruppe. I evalueringssamtalerne med de otte kvinder fortæller de alle på forskellig vis, at de ikke ville have meldt sig til gruppetilbuddet, hvis der havde været mænd til stede. Dog havde flere også negative erfaringer med kvindegrupper; at deltage i en kvindegruppe både lokkede og skræmte dem. Håbet om et fællesskab med andre kvinder lokkede mest, og alle kvinderne evaluerer større tryghed og glæde ved samværet end forventet.

Begrundelserne for at foretrække kønsoptdelt behandling var flere. Ved mænds tilstedeværelse oplever kvinderne i højere grad at skulle tage sig i agt for, hvad de siger, særligt hvis oplevelser og erfaringer hidrører prostitution, partnervold m.m. Denne tagen-sig-i-agt er naturligvis ikke hensigtsmæssig i et forløb, der fordrer stor tryghed og tillid. Endvidere nævnes oplevelsen af, at mænd ofte kommer til at definere rammerne og overtage styringen i grupperne samt bekymringen for, hvad mændene muligt kunne tænke om én, hvis man frit bredte sig ud og brugte taletid om vigtige og private emner. Bekymringen alene kunne få kvinderne til at trække sig og opgive deres ærinde. Endelig nævnes følelsen af et konkurrencepræg mellem kønnene i blandede grupper, som dermed ville være noget ekstra, man skulle bruge sin energi på.

Således bekræftes projektets antagelse om, at der er et behov for mulighed for kønsoptdelt behandling, hvis et tilbud om at bearbejde tab og traumer skal være attraktivt for denne målgruppe af kvinder.

4.3.6 Koblingen til tab og traumer/ en anden vinkel på misbrugsbehandling

I *første del* af rapporten refereres til tal fra Center for Rusmiddelforskning, der peger på den meget store andel af stofbrugere, der har PTSD eller lider af personlighedsforstyrrelse. Erfaringerne fra Projekt Kvinde-
edukation, gruppeforløbene "Fra tab til trivsel" samt kvindenetværks-
grupper i KABS er, at mange kvindelige brugere dels har haft traumatiske
tab som udløsende faktor for deres stofbrug, dels at stofbruget ofte fungerer
som selvmedicinering af de psykologiske konsekvenser af tab og traumer. I
første del af rapporten diskuteres endvidere anvendelsen af diagnoser
inden for personlighedsforstyrrelsesspektret og det mulige overlap til diag-
nosen PTSD, Type 2 (gentagne tidlige traumer). Man kan rejse spørgsmål
om, hvorvidt vi i misbrugsbehandlingen også "fejldiagnosticerer og fejl-
behandler" en række af vores brugere ved ikke at relatere kvindernes
mange tab til deres aktuelle vanskeligheder og adfærd, herunder stofbrug.

Klinikere, der har behandlet traumeoverlevende, foreslår andre diagnose-
betegnelser end de gængse inden for personlighedsforstyrrelses-
spektret, eksempelvis "Personlighedsforandring på baggrund af katastrofal
erfaring". Hvis man antager, at diagnostiske betegnelser primært tjener som
arbejds- og koordineringsredskaber behandlere imellem, frem for en
objektiv sandhedsvurdering, ville denne nuancering af diagnostikken
måske hjælpe med behandlersystemets opmærksomhed på disse
"katastrofale erfaringer". Og dermed også i højere grad tage højde for
dem i behandlingen.

I gennemgangen af traumatisering (*første del*) peges også på, hvordan
torturoverlevende angiver ødelæggelsen af sociale relationer som væsent-
ligste kilde til traumatisk stress og sorg efter et traume. Hvis mestringen af
tab og traumer endvidere omfatter stofbrug, og et "misbrugsliv" i sig selv
betyder frafald af støttende sociale forhold, kan traumatiseringsgraden
øges. Dette svækker muligheden for naturlig heling og øger risikoen for,
at lidelsen bliver et vedvarende træk i måden at møde verden på; med
mistillid, undgåelse, aggression og manglende livslyst.

Der er beskrevet bemærkelsesværdigt lidt i journalerne om de tab og
traumer, som de ti kvinder, der deltog i gruppeforløbene, havde med
sig. Hvis tendensen er, at kvindernes tab og traumer overses i behand-
lingen, risikerer denne i sig selv at blive et "invaliderende miljø", fordi
kvindernes vanskeligheder ikke forstås, afvises eller bagatelliseres, og fordi

problemløsning og behandlingsmetoder simplificeres i forhold til arten af vanskeligheder. Og dermed overlades kvinderne endnu mere til sig selv og "bedst mulige mestring", eksempelvis fortsat stofbrug.

Projektleders egne erfaringer med kvinderne i Projekt Kvindeedukation og erfaringer fra flere behandlere i KABS er, at mange kvinder tilsyneladende aldrig rigtig formår at ramme "den rigtige dør/det rigtige rum" til samtale om voldsomme begivenheder i deres liv, tidligere såvel som nuværende. Ofte består en behandlingsstrategi alene i at hjælpe dem med at sætte grænser for, hvad de melder ud og til hvem, "at passe på sig selv", hvilket også er en væsentlig og vigtig strategi.

Problemet er bare, at nogle kvinder af forskellige årsager aldrig ankommer til dette rigtige rum, til den type samtale, der kan rumme og hjælpe med at sortere i de traumatiske oplevelser. Disse kvinder risikerer som nævnt ovenfor at møde afvisning på afvisning i behandlingssystemet. Dette kan komme til udtryk ved, at de bliver ved med at overvælde personale og måske andre brugere i forsøget på "at finde en løsning", hvilket kan afstedkomme yderligere afvisninger.

En af årsagerne til, at kvinderne ikke når her til kan være, at mange terapeutiske tilbud kræver stoffrihed. En anden årsag kan være, at "tab og traumebehandling" ikke virker appellerende for kvinderne, hvis ikke deres hverdagsvanskeligheder kan bearbejdes. Det kan virke for faretruende og uigennemskueligt at skulle direkte i gang med at bearbejde tab og traumer. I henhold til dette har vi i behandlingsmetoden lænet os op af erfaringer og ekspertviden fra Oasis' mangeårige behandling af torturoverlevende. Her ligger forandringsperspektivet i at skabe *små ændringer*, der på sigt forbedrer klienternes evne til at indgå i sociale relationer, uden det måske er muligt helt at fjerne følgerne af de svære traumer. I behandlingen adresseres traumerne ikke direkte, det er ikke altid nødvendigt at tale specifikt om dem for at få det bedre. I nogen sammenhænge kan klienterne endda få det værre, såfremt det ikke sker på en nænsom og indfølelse måde.

Blandt andet på baggrund af ovenstående fandt vi det væsentligt at tilbyde et gruppeforløb for kvinder, der ikke var stoffri og med en metode, der ville kunne imødekomme, hvad lige præcis de kom med af fortællinger. At uanset hvilket fokus kvinderne havde, ville de i gruppeforløbene efter vores vurdering have ramt den rigtige dør; der var ikke problematikker, som skulle gemmes til andre rum eller andre samtaler. Alle ti kvinder, der

deltog, havde tab og traumer med sig i bagagen, hvilket efter vores vurdering havde præget dem på forskellig vis, med negative grundantagelser og uhensigtsmæssige leveregler til følge. I det konkrete gruppearbejde lod vi dog stå åbent, hvorvidt de problemsituationer, de ønskede løst, præcist hang sammen med deres tidligere tab og traumer. Vi lod kvinderne vurdere dette, jævnfør at et individs *fortolkning* af en traumatisk hændelse er det væsentlige, ikke selve traumets karakter.

Med det lille materiale in mente – ti kvinder – kan man opsummere, at ”Fra tab til trivsel” bidrager med noget nyt på følgende områder:

- Der er ikke krav om, at kvinderne skal være stoffri for at kvalificere sig til hjælpen. Stoffrihed er ikke et mål i behandlingen med mindre, det er kvindernes eget mål.
- Kvindebehandling, målgruppen ”ikke stoffri kvinder” samt tab og traumer, er ikke en kombination, vi er stødt på.
- Begrebet tab og traumer defineres og forstås meget bredt i ”Fra tab til trivsel”, det vil sige ikke primært som seksuelle overgreb. Flere af kvinderne har overgrebsproblematikker bag sig, men vi arbejder ikke ud fra en forforståelse om, at disse traumer nødvendigvis er dem, der giver den største lidelse i kvindens nuværende hverdagsliv, og dermed er det primære behandlingsfokus.
- Metodegrundlag og teoriforståelse er fra den kognitive adfærdsterapi og fra ACT (Acceptance and Commitment Theory). På ”behandlingsmarkedet” har de fleste nuværende tilbud en psykodynamisk/gestalt-terapeutisk teoriforståelse. Teoretisk baggrund betyder noget for forståelsen og fortolkningen af kvinderne, deres problemstillinger og psykiske lidelser. Således tager den kognitive metode udgangspunkt i en nøje undersøgelse af de konkrete, situationsspecifikke og hverdagsrelaterede problemstillinger.

4.3.7 Implementering og forankring

På trods af vores forventninger om et stort ressourcebehov til disse to gruppeforløb, overraskede det os alligevel at bruge så meget tid på samtaler og kontakt mellem sessionerne. Vi anså det dog hurtigt som en helt essentiel del af processen. Kvindernes feedback vedrørende dette var meget positiv; de oplevede det blandt andet meget afgørende for succes at kunne få en direkte vejledning, når de trænede nye strategier. På baggrund af dette anbefaler vi ligeledes, at der oprettes en særlig støtte-

kontaktpersonsordning for kvinderne, mens de går i gruppeforløbet og som støtte efter afslutning af gruppen. Dette vil kunne hjælpe kvinderne meget specifikt i forhold til at træne nye strategier og forfølge, hvad der er værdifuldt i deres liv; den værdibaserede handling.

Rekrutteringen var også en tidskrævende proces; mange af kvinderne syntes umiddelbart, at 12 uger var meget lang tid at forpligte sig til et behandlingstilbud. Trods dette dilemma vil vores anbefaling være, at gruppeforløbene forlænges, da 12 uger kun kan betragtes som en forsmag, kvindernes vanskeligheder taget i betragtning.

Vores intention om individuelle kognitive efterforløb for de kvinder, der ønskede dette, viste sig at være meget relevant. I arbejdet med at afslutte grupperne og sikre deltagernes fokus på, hvad de bragte med sig af "nyt", er der også tændt et håb og ønske hos nogle om at arbejde videre med denne metodeltilgang i bestræbelserne på at nå længere med deres mål. Det vil her være helt oplagt at have forskellige muligheder at tilbyde, eksempelvis individuelle kognitive adfærdsterapeutiske forløb eller andre relevante gruppeforløb.

4.4 Anbefalinger i forbindelse med implementering

Anbefalinger og vigtige fremtidige fokuspunkter i forhold til implementering af gruppetilbuddet bliver her opsummeret i punktform, vedrørende henholdsvis gruppelederne, indhold i gruppeforløbet, ledelsesstrategi og efterværn.

Gruppelederne:

- Det anbefales, at to kvindelige gruppeledere kører gruppen, og at der afsættes 2 x 10 timer ugentligt til dette. Der er dels et stort arbejde i forhold til rekruttering og i forhold til kontakt mellem sessionerne. Dels sikres stabiliteten med to gruppeledere, da der vil være stor sårbarhed for kvinderne i forhold til aflysninger. Ud over dette er der forberedelse og opgaver i tværfaglige sammenhænge. Vi anbefaler, at gruppestørrelsen er max otte deltagere.

- Det anbefales, at gruppelederne har en psykoterapeutisk uddannelse (psykoterapeut eller psykolog) med vægt på kognitive adfærdsterapeutiske kompetencer, gerne inspireret af acceptbaserede tilgange. Vi har prioriteret en individuel og fleksibel tilpasning af hvert enkelt gruppeforløb frem for en manualbaseret tilgang. Dette fordrer en psykoterapeutisk uddannelse, hvor man frit kan veksle mellem de terapeutiske redskaber.
- Ud over almindelig journalføring, anbefales gruppelederne forpligtet til løbende at give information om det generelle indhold og arbejde i gruppen til resten af behandlerne på stedet. Dette kan eksempelvis ske ved morgenmøder, personalemøder eller én til én, til kontaktpersoner, der har nytte af at være mere specifikt vidende om forløbet. Gruppens arbejde kan eksemplificeres ved caseeksempler.

Gruppeforløbet:

- At kvinderne kan starte i tilbuddet på trods af stofbrug og manglende psykiatrisk udredning. Hvis stoffrihed og rette psykiatriske vurderinger skal komme først, er det meget muligt, at disse kvinder aldrig får et relevant tilbud.
- At der arbejdes med en individuel og fleksibel tilpasning af hvert enkelt gruppeforløb frem for en fast manual, således at indholdet formes ud fra gruppens sammensætning og kvindernes ønsker.
- At der fokuseres på identificering og analyse af de konkrete hverdagsituationer, kvinderne angiver som vanskelige, med henblik på at udvikle nye mestringsstrategier. At fokus holdes på nutidige udfordringer trods kvindernes ofte voldsomme tidligere erfaringer.
- At kvinderne støttes til at omsætte gruppearbejdet og de nye færdigheder til deres hverdag gennem et tilbud om åben telefonvagt mellem sessionerne. Dermed gives kvinderne mulighed for en akut vejledning i afprøvning af nye mestringsstrategier i de vanskelige hverdagsituationer.
- At gruppeforløbene forlænges til mindst 20 uger og opfølgningen dels består i minimum to gruppesessioner, dels består i individuel kognitiv terapi. Længden af sidstnævnte skal tilpasses kvindens mål for forløbet. I det individuelle forløb anbefales det at give mulighed for vejledning via en "nødtelefon" hos terapeuten.
- At der etableres en særlig støttekontaktpersonsordning, der kan hjælpe kvinderne på hjemmebane med at forfølge de nye mål og arbejde med de nye strategier, der identificeres i gruppeforløbet.

Ledelsesstrategi:

- Som en afgørende forudsætning for implementering anbefales det, at der udarbejdes en fælles og konkret formuleret strategi for afdelingsledelsens ansvarsområder og delagtiggørelse i gruppeforløbets implementering og fortsættelse.
- Det anbefales, at der udarbejdes en fælles og konkret strategi for, hvordan kvinderne gives videre i behandlingen, samt hvordan deres arbejde i gruppen samles op. Dermed også en synliggørelse af ansvarsområder i den tværfaglige koordination.
- Det skal gøres klart, hvad man i behandlingen kan tilbyde kvinderne efter gruppeforløbet. Hvilke tilbud har man, eller kunne man oprette, som ville være relevante for disse kvinder? Disse refleksioner skal indgå allerede i visitationen af kvinden. Kontaktpersonerne anbefales forpligtet til at være koordinerende i forhold til at følge op på den kvinde, der har deltaget.

Efterværn:

- At der tages højde for planlægning af et efterværn for kvinderne, således at kontakten ikke brydes brat efter afslutning af enten gruppeforløb eller efterfølgende individuelt forløb. At der gives mulighed for individuelle samtaler og telefonkontakt i dette efterværn.
- Ideer til et efterværn. Her nævnes tilbud, kvinderne i evalueringen har angivet for interessante. Nogle er eksisterende i KABS, andre er ønsket i KABS:
 - Gruppelederstyrede kvindenetværksgrupper
 - Kvinde "daghøjskole", eksempelvis tre dage om ugen, med sociale såvel som kreative aktiviteter for kvinder i stofbrug
 - "Fra tab til trivsel 2" gruppetilbud
 - Støttegruppe for stoffri kvinder. KABS har ikke aktuelt et efterværn for stoffri brugere. "Hvad skal jeg videre i mit liv og hvordan?"
 - Stoffri dagbehandling
 - Individuelle kognitive adfærdsterapeutiske forløb med fokus på hverdagslivet
 - Særlig støttekontaktpersonsordning



LITTERATURLISTE

LITTERATURLISTE

Agervold, M. (2008)

Relapse Prevention Training: A Cognitive-Behavioral Approach based on Self-Efficacy Theory
The Haworth Press.

Beck, Judith S. (2006)

Kognitiv terapi – teori, udøvelse og refleksion
Akademisk Forlag, København.

Dahl, Helle og Mads Uffe Pedersen (2008)

Kvinder og køn: Stofbrug og behandling
Center For Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet.

Hayes, Steven C. (2008)

Slip tanketyranniet
Dansk psykologisk Forlag, Virum.

Heap, Ken. (2005, 3.reviderede udgave)

Gruppemetode inden for social- og sundhedsområdet
Hans Reitzels Forlag, København.

Herman, J.L. (1992)

"Trauma and recovery"
A new diagnosis, chapter 6
Basic Books, New York.

Ianev, Pernille og Peter Berliner (2006)

Evidens, praksis og forandring
Nordiske udkast, nr. 1
Syddansk Universitetsforlag, Odense.

Jensen, Betina Nørgaard og Mie Thompson (2006)

Børn og PTSD – en teoretisk og empirisk belysning af reaktioner og behandling
Specialeopgave
Institut for Psykologi, Københavns Universitet.

Kjeldgaard, Rikke (2008)

Acceptance and Commitment Therapy

www.actdanmark.dk

Kåver, Anna og Åsa Nilsson (2004)

Grundbog i dialektisk adfærdsterapi

Dansk psykologisk Forlag, Virum.

Ludvigsen, Kathrine Louise Bro og Tine Lydolph (2007)

At blive taget alvorligt – en rapport over stofbrugende kvinders syn på behandling og hjælp

KABS VIDEN, Glostrup.

Mørch, Merete, Nicole K. Rosenberg og Peter Elsass (2002)

Kognitive behandlingsformer – Kognitiv terapi, social færdighedstræning, psykoedukation og kognitiv optræning

Hans Reitzels Forlag, København.

Mørch, Merete og Nicole K. Rosenberg (2006)

Kognitiv terapi – modeller og metoder

Hans Reitzels Forlag, København.

Noter fra 3-årig kognitiv adfærdsterapeutisk uddannelse

Kognitivt Psykologcenter, København.

Pedersen, Mads Uffe (2005)

Udvikling af misbrug og afhængighed af rusmidler

Aarhus Universitetsforlag, Aarhus.

Rasmussen, Susan Møller og Rikke Kjeldgaard (2008)

"Acceptance and Commitment Therapy. På vej?"

Psykolog Nyt, nr. 4.

Rose, Sheldon (Oversat og bearbejdet af Ulla Wattar 2007)

Kognitivt gruppearbejde i praksis – øvelser med eksempler

Kognitivt Psykologcenter, København.

Strange, Sisse Sander (2008)

Kursusmateriale til gruppelederkursus i KABS.

Taggard Nielsen, Ole (2008)

Om ACT

www.danskselskabforact.dk

Taylor, Steven (2006)

Clinicians guide to PTSD. A cognitive-behavioral approach

The Guilford Press, New York.

Tingleff, Henrik (2008)

Kognitiv terapi, Metoder i hverdagen 1

Kognitivt Forlag, København.

Hjemmesider:

www.oasis-rehab.dk

www.oligo.dk

www.redcross.dk

www.danskselskabforact.dk

www.actdanmark.dk



BILAGSLISTE

BILAG 1

Folder om gruppeforløbet "Fra tab til trivsel"

BILAG 2

Folder om Kvindenetværksgrupperne

BILAG 3

Folder om Kvindeklubben

BILAG 4

Interviewguide til evaluering



Projekt Kvindesedukation

</

Hvem er gruppen for? Gruppen er for dig og andre kvinder, der har lyst til et gruppeforløb, hvor der skal sættes fokus på nutid, fremtid og muligheder. Gruppen er for dig, der har oplevet traumatiske ting i dit liv. Det kan være som barn, som helt ung – eller for ganske nylig. Det kan være alle mulige slags oplevelser; lige fra skilsmisse, tab af vigtige personer i dit liv til vold og overgreb. Alle i gruppen skal føle sig trygge. Derfor har både gruppedeltagere og gruppeledere tavshedspligt.	Hvad kan gruppen hjælpe med? Gruppen vil kunne hjælpe dig med: 1) At finde et fællesskab med andre kvinder, der har haft svære oplevelser 2) At du bliver bedre til at få øje på alt det, du klarer godt 3) At du lærer nogle enkle metoder til at klare det, du føler dig belastet af i din hverdag 4) At få viden om, hvordan vi som mennesker reagerer, hvis vi er udsat for traumatiske oplevelser 5) Vi har som mål, at det skal være trygt og rart at komme i gruppen Gruppemøderne kommer til at bestå af små oplæg fra vores side og en masse fælles diskussioner og øvelser. I kommer selvfølgelig til at bestemme, hvad vi skal tale om, så det bliver noget, der er relevant for jer. Sted : KABS Gentofte Tid : Fredage fra kl 10 – 13	Hvor og hvornår? Gruppen starter den 28. marts og forløber over 12 uger med afslutning den 27. juni. Hvem er vi? Tine Lydolph, Projekt Kvindeudduktion i KABS, Tlf : 21 74 88 11 Liselotte Veistrup, Kognitiv terapeut. Arbejder til daglig på Hillerød hospital.
KABS.DK Gruppeløb i samarbejde med Hillerød Hospital	KABS.DK Gruppeløb i samarbejde med Hillerød Hospital	KABS.DK Gruppeløb i samarbejde med Hillerød Hospital



"Det jeg savner allermost, det er at møde kvinder, som er i samme situation som mig selv, de andre forstår det ikke rigtig. Jeg savner virkelig at have nogen at tale med om de der små hverdagsting."

"En fortrolig gruppe, hvor man føler, altså, at ens grænser bliver respekteret og man bliver hørt".

"Sådan nogle ting som 'hvad gjorde du for at komme videre' – der ville kvinderne virkeligt kunne hjælpe hinanden."

"En gruppe, hvor man også kan gå ud og gå nogle ture, spise sammen, gå i biografen – et eller andet."

Citater fra kvinder i KABS.



Not yet approved: Existing Forecasts

Kvindegrupperne "Kvindelig" er et tilbud, der udgår fra Projekt Kvindeedukation og er dermed et af de tilbud kvinderne i KABS pegede på i fokusgruppeundersøgelsen i efteråret 2007.



Ein vielmehr als 100-jähriges Unternehmen

Projekt Kvindeedukation



Netværks- Kvindegruppe

Kvindeliv



Author's address: Diering Research

Hvem er gruppen for? Gruppen er for dig og andre kvinder i KABS, der har lyst til at mødes én gang om ugen i en netværksgruppe, hvor man kan tale om de små og store hverdags ting. Det er kvinderne i gruppen, der bestemmer, hvad der skal tales om. Gruppelederne står til rådighed med deres viden og sørger for, at det er et rart og trygt sted at komme. Der vil også være mulighed for aktiviteter, f.eks. spising, biograftere, spændende oplæg eller andre ting, vi sammen finder på. Alle i gruppen skal føle sig trygge. Derfor har både gruppedeltagere og gruppeledere tavshedspligt.	Hvad kan gruppen hjælpe med? Gruppen vil kunne hjælpe dig med: At finde fællesskab med andre kvinder At få mulighed for at dele små og store hverdags ting med andre kvinder i en tryk, lukket gruppe At få ideer og inspiration til hverdagslivet gennem de andre kvinder i gruppen "Jeg har ikke haft en kæreste i lang tid. Hvis jeg får en, så tænker jeg: "Hvad så, skal jeg fortælle ham, at jeg er narkoman den første dag?" Det ville jeg gøre, sådan er jeg, lægger kortene på bordet. Men det er en problematik for mig. Hvad skal jeg gøre? Hvad skal jeg sige? Hvad skal jeg holde kæft med?" Citat fra kvinde i KABS.	Hvor og hvornår? Sted: KABS _____ afdelingen Tid: _____ dage kl. _____ Gruppen starter op _____ Gruppen vil være en lukket gruppe på max 10 kvinder. Gruppen slutter ikke: Når, eller hvis, du ikke ønsker at deltage mere, er der en anden kvinde, der får din plads. Hvem er vi? Sygeplejerskerne i de tre afdelinger: Gentofte, Glostrup og Hvidovre Hvis du er interesseret eller gerne vil høre nærmere kan du kontakte: I _____ afdelingen: Sygeplejerske _____ Tlf.: _____
KABS.DK Kommunikation, Samarbejde og Netværk	KABS.DK Kommunikation, Samarbejde og Netværk	KABS.DK Kommunikation, Samarbejde og Netværk

Tilmelding 	Vi inviterer via sms/telefon: Er du interesseret i at blive inviteret til Kvindeklubben så sms/ring til klublederen med dit navn og nummer. Herefter vil du få sms/opkald når kvindeklubben mødes.	KABS.DK Er udklaret Dine Kæmpe
	Kvindeklubben er et samarbejde mellem Projekt Kvindeedukation og Projekt Den aktive café.	KABS.DK Er udklaret Gæstfri Kæmpe
Projekt Den aktive café og Projekt Kvindeedukation 	Kvindeklubben i KABS	KABS.DK Er udklaret Dine Kæmpe

Hvem er kvindeklubben for? Kvindeklubben er for alle kvinder indskrevet i KABS, der har lyst til at deltage. Kvindeklubben er et åbent hus, hvor vi kan mødes, tale sammen, hygge os og indimellem lave forskellige aktiviteter (uden mændene). Hver gang serveres der kaffe/te/saft og en let anretning. Kvindeklubben kræver ingen tilmelding: Du inviteres via sms eller ringes op, hvis du ikke har mobiltelefon. Du dukker op, hvis du har lyst. KABS.DK Erhvervsnet Bistand Erhvervsnet	Hvad sker der i Kvindeklubben? I har selv indflydelse på, hvilke aktiviteter der skal være i kvindeklubben. Det kan evt. være: Udflugter: F.eks. museumsbesøg, sightseeing i København m.v. Forkæl dig selv: F.eks. make-up dag, "få-lækkert-hår dag" m.v. Oplæg: Fra f.eks. Familievinklen, sygeplejerskerne, Cadgjuristen, eller om ernæring og livsstil m.v. Aktiviteterne vælges ud fra jeres ideer og ønsker. KABS.DK Erhvervsnet Bistand Erhvervsnet	Hvor og hvornår? Sted: KABS _____ Tid: _____ fra kl _____ Klubleder/kontakt: _____ Tlf: _____ Alle i Kvindeklubben har tavshedspligt KABS.DK Erhvervsnet Bistand Erhvervsnet
--	--	---

Interviewguide

1. I hvor høj grad føler du dig taget alvorligt i gruppeforløbet? (0-10)
2. I hvor høj grad føler du dig tilfreds med gruppeforløbet? (0-10)
3. Hvad har betydet mest for dig i gruppeforløbet? Hvorfor? Hvad har det givet dig? Hvordan kan du få øje på det i din hverdag? (Tanker, følelser, krop, adfærd).
4. Hvordan har du oplevet det at sidde i en gruppe i forhold til dine forventninger? (Fællesskabet). Hvad er det vigtigste, du har opdaget ved at være i en gruppe?
5. Hvad har betydet mindre for dig i gruppeforløbet? Hvad tænker du om det? Når det har været mindre vigtigt, hvordan har det så været at gøre det? At være en del af det?
6. Er der noget du har savnet? Noget du synes, der skal være mere af i de næste gruppeforløb?
7. Hvad har overrasket dig selv mest i forhold til, hvad du troede, du kunne?
8. Er der noget af det, vi har arbejdet med i gruppeforløbet, du kunne tænke dig at arbejde videre med i fremtiden? Hvad tror du, at det ville betyde for dig i din hverdag, hvis du kunne få det løst?
9. Hvad tænker du om gruppeforløbets tema og navn: "Fra tab til trivsel"? Er det passende? Dækker det over gruppeforløbets indhold? Fordele/ulemper?
10. Har det haft nogen betydning og i givet fald hvilken, at det har været et tilbud kun for kvinder?