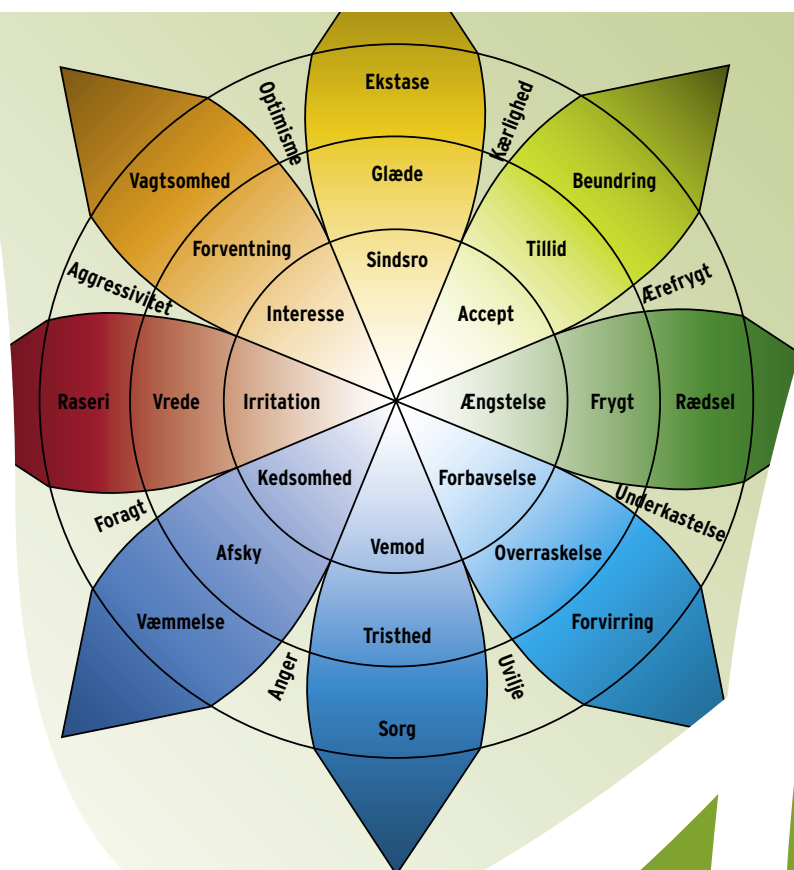


Grundlag, metode & effekt

Det teoretiske grundlag for det psykoterapeutiske arbejde og klassifikation af klientgruppen ved CETT Region Syddanmark



Af Jens Hardy Sørensen • Februar 2007

1. INDLEDNING	side 4
2. KLASSIFIKATION AF KLIENTGRUPPEN.....	side 5
2.1 Klassifikationsgruppe fem (laveste funktionsniveau)	side 5
2.2 Klassifikationsgruppe fire (lavt funktionsniveau).....	side 7
2.3 Klassifikationsgruppe tre (mellemste funktionsniveau)	side 8
2.4 Klassifikationsgruppe to (højt funktionsniveau).....	side 8
2.5 Klassifikationsgruppe et (højeste funktionsniveau).....	side 9
2.6 WHO's diagnosesystem til beskrivelse af reaktioner.....	side 10
2.7 Traumetype og personlighedstype	side 10
3. DET TEORETISKE GRUNDLAG FOR DET PSYKOTERAPEUTISKE ARBEJDE	side 14
3.1 Terapeutiske tilgange	side 15
3.2 Om traumers virkning på klient og behandler	side 21
3.3 Om brug af tolk i psykoterapi	side 22
3.4 Kategorialaffekternes betydning.....	side 23
3.5 Dissociation og traumer	side 24
3.6 Neurobiologiske aspekter ved traumer og terapi.....	side 28
3.7 Faktorer som medvirker til udvikling af PTSD.....	side 34
3.8 Behandlingsstrategi for traumebehandling	side 37
3.9 Traumbearbejdning	side 41
3.10 Virkningsmekanismer i psykoterapi.....	side 43
4. MONITORERING OG EFFEKTMÅLING	side 45
4.1 RME; Reading the Mind in the Eyes test	side 49
4.2 LEAS; Levels of Emotional Awareness Scale	side 49
4.3 AMT; Autobiographical Memory Test	side 50
4.4 Plutchiks indeks over tilstande og emotioner	side 50
4.5 Vurdering af Plutchiks indeks over tilstande og emotioner.....	side 50
4.6 Relateringsdomæner.....	side 51
4.7 Fokus i fremtidig indsats	side 52
5. REFERENCER.....	side 53
6. BILAG.....	side 68

1. Indledning

Nærværende rapport er udarbejdet med det formål at dokumentere og beskrive det faglige, teoretiske grundlag for det psykoterapeutiske arbejde ved Center for Traume- og Torturoverleverere (CETT), som fra januar 2007 er en del af psykiatrien i Region Syddanmark. Rapporten er en uddybning og en nuancering af CETTs strateginotat fra 2005 og beskriver grundlaget for den psykologiske diagnostik og klassifikation på CETT, som danner udgangspunkt for en differentieret og struktureret behandlingsindsats. Der er med andre ord ikke tale om en manual, der i detaljer beskriver den adækvate behandlingsindsats for de forskellige klassifikationsgrupper. Derimod har det været vores bestræbelse at sikre, at det videnskabelige grundlag, den psykoterapeutiske behandling på CETT hviler på, er velbeskrevet, veldokumenteret og eksplicit. Dette tror vi giver det bedste udgangspunkt for fremtidige faglige drøftelser såvel internt på CETT som eksternt i forhold til nuværende og fremtidige samarbejdspartnere.

"Psykologisk behandling, grundlag, metode og effekt. Det teoretiske grundlag for det psykoterapeutiske arbejde og klassifikation af klientgruppen ved CETT" er udarbejdet af chefpsykolog Jens Hardy Sørensen, som har været tilknyttet CETT i en årrække. Rapporten er gennemarbejdet af hele psykologgruppen ved CETT, hvilket har medført en række konstruktive ændringsforslag, som har bidraget til rapportens endelige udformning. Jens Hardy Sørensen er specialist og supervisor i psykoterapi. Han har siden sin kandidatgrad i 1974 fra Århus Universitet interesseret sig for og arbejdet med klinisk psykologiske fagområder både i forskning og i klinisk praksis og har bl.a. været adjunkt og ekstern lektor i klinisk psykologi og psykiatri ved Århus Universitet, hvor han blev tildelt et treårigt forskningsstipendium (kandidatstipendium). Jens Hardy Sørensen er klinisk uddannet på Psykiatrisk Hospital i Risskov og var i en længere årrække chefpsykolog ved et efterbehandlingssted for psykiatriske patienter i Århus Kommune. Han er nu tilknyttet Syddansk Universitet, Klinisk Institut, fagområde for psykiatri, som ekstern lektor og beskikket censor ved de sundhedsvidenskabelige uddannelser i Danmark. Jens Hardy Sørensen har publiceret bogen "Affektregulering i udvikling og psykoterapi", Hans Reitzels Forlag, 2006.

Rapporten foreslår metoder anvendt, som har sit faglige udspring i mange forskellige traditioner og skoler. Men dens overordnede forståelsesramme har sit faglige udspring i moderne psykodynamisk teori og praksis, i tilknytningsforskning samt i moderne neurobiologisk forskning. Det betyder, at begreber som tilknytning, mentalisering og affektregulering fylder mindst lige så meget i rapporten som begreberne traume og eksil. Det er ikke ligegyldigt, hvilken psykisk konstitution der udsættes for traumatiserende hændelser. Måden at håndtere traumatiserende hændelser på er rent psykisk nært forbundet med tidligt indlærte måder at håndtere psykisk stress på. Mennesker reagerer forskelligt på de samme stimuli. Der er derfor stor variation i, hvordan et påført krigs- eller torturtraume kommer til udtryk og dermed også variation i den adækvate psykologiske intervention.

Området traumebehandling i Danmark er karakteriseret ved stor individuel metodefrihed i den psykologiske behandling. En metodefrihed, som til tider gør, at den faglige drøftelse og udveksling mangler et fælles udgangspunkt. CETT betragter derfor nærværende rapport – og den psykologiske klassifikation – som et bidrag til udvikling af en sikker faglig forståelse af traumebehandling. Det er vores håb, at vi herigennem kan være med til at styrke kvaliteten af den samlede behandlingsindsats i Region Syddanmark. Det er ligeledes vores forhåbning, at et sådant udviklingsarbejde kan ske i samarbejde med de øvrige behandlingscentre i regionen, ligesom vi vil bestræbe os på at indgå nære samarbejdsrelationer med eksisterende forskningsinstitutioner.

*Centerchef Marianne Lauritzen
Vejle, den 15. februar 2007*

2. Klassifikation af klientgruppen

For at differentiere og kvalificere behandlingsindsatsen ved CETT har vi udarbejdet "klassifikation af klienter med behandlingsbehov"¹⁾. Som grundlag for klassifikationen beskrives som omtalt klienternes forskellige funktionsniveauer, og på den baggrund peger vi på et fagligt begrundet forslag til klinisk relevante retningslinjer. Funktionsniveauerne et til fem (med fem som det laveste funktionsniveau) er udarbejdet på grundlag af (foreløbigt) 15 kriterier, der fagligt og videnskabeligt er veldokumenterede. Udover funktionsniveau beskrives traumetype og personlighedstype for yderligere at kvalificere og nuancere den terapeutiske intervention. Personlighedstype i relation til emotionsteori er på videnskabeligt grundlag bl.a. beskrevet af Plutchik, 2000, 2003 og Panksepp, 2004.

I Strateginotatet fra oktober 2005²⁾ har CETT inddelt klienterne i fem klassifikationsgrupper. Klassifikationerne er sket på et fagligt velbegrundet og veldokumenteret grundlag og gør det muligt at opstille et hierarki af funktions- og interventionsformer. Det konkluderes i notatet, at det for klassifikationsgruppe fire og fem (de to laveste niveauer) er mest relevant med en støttende og strukturerende terapeutisk behandlingsindsats, der overvejende ydes lokalt dvs. fortrinsvis i hjemmet eventuelt i regi af CETT. Den adækvate interventionstype for klassifikationstyperne et, to og tre (højeste og mellemste niveauer) vil være en mere kurativ og individuel terapeutisk indsats på CETT. Nærværende papir er en uddybning og en nuancering af Strateginotatet fra 2005.

Det bemærkes, at vores vurderinger af behovet for intervention ved hver af de fem klassifikationsgrupper er udtryk for en generel vurdering af de pågældende gruppers konkrete behov. Vi beskriver med andre ord grundlaget for den indsats CETT yder, hvorimod den samlede indsats påhviler såvel region som kommune.

I det følgende beskrives de fem klassifikationsgrupper. Klassifikationen er udarbejdet på grundlag af psykologiske redskaber, og der arbejdes p.t. med at udarbejde fysioterapeutiske og sociale klassifikationer, der skal supplere og nuancere den psykologiske klassifikation.

2.1 Klassifikationsgruppe fem (laveste funktionsniveau)

En person i gruppe fem er på det laveste niveau af funktionsmåder med de tilsvarende interventionsformer. Personen har et tvingende stort behov for at blive følelsesmæssigt reguleret af andre og har fraværende eller lille evne til at regulere sig selv følelsesmæssigt. Personen har en psykotisk personlighedsorganisation og har ingen eller ringe evne til at give og modtage følelsesmæssig kommunikation i samvær med andre (se bilag 1 og 2).

En person med en psykotisk personlighedsorganisation (Kernberg, 1986, 2005) er ikke nødvendigvis manifest psykotisk. En manifest psykotisk person falder uden for CETT's regi, hvorimod en psykotisk organiseret person (funktionsniveau fem) kan behandles på CETT med henblik på opbygning af

¹⁾ Se "Strategi for tilpasning til efterspørgsel og afvikling af venteliste", internt dokument, kap.5 (strateginotatet)

²⁾ "CETT Vejle Amt. Strategi for tilpasning til efterspørgsel og afvikling af venteliste til behandling på CETT, Center for Traume og Torturoverlever. Internt dokument"

³⁾ "Anaklitisk", vedrørende tilknytning til andre objekter, i modsætning til narcissistisk tilknytning. "Anaklitisk depression" ses f.eks. hos spædbørn efter en længerevarende afbrydelse af den tidlige tilknytning til moderen; udtrykket er opr. indført af den am. psykolog R.A. Spitz om modersavn.

øget evne til selvregulering for bl.a. at forsøge at forhindre manifesterede psykotiske udbrud. Personen er sandsynligvis ubearbejdet (U), desorganiseret (D)/afvisende (Ds1) eller undgående (A) i forhold til tilknytning (Goodman, 2002) og anvender primitive forsvar som de fire hovedformer for dissociation, benægtelse, projektion m.fl. (Gabbard, 2004, 2005) (se bilag 2).

De laveste funktionsniveauer er derudover karakteriseret ved PTSD-symptomer, symptomer og "røde" signaleffekter som frygt/rædsel, aggression, vagtsomhed, emotionel smerte, anaklitisk depression³⁾, primær depressiv reaktion (hjælpeløshed: manglende evne til autoregulering; håbløshed: manglende evne til interaktiv affektregulering), fortvivlelse, affektfobi, smertefobi samt manglende kategoriale-motioner og affektbevidsthed (Fosha, 2000; McCullough et al., 2003; Schore 2006) (se bilag 3). På "Reading the Mind in the Eye" testen (Baron Cohen 2004) vil personen sandsynligvis score lavt (sandsynligvis under 11), og niveauet for emotionel bevidsthed vil sandsynligvis ligge omkring 0 og 1 (LEAS, Lane et al., 1990). Den fremtidige forskning ved CETT vil kunne korrigere og kvalificere disse estimater for scoring for de fem klassifikationsgrupper.

En person i klassifikationsgruppe fem vil i mange tilfælde have et tvingende stort behov for psykofarmakologisk behandling (Se bilag 3).

Den fagligt adækvate interventionstype vil være opbygning af autoregulatoriske færdigheder, psykoedukationelle interventioner, psykoedukation, ADL-træning⁴⁾, adfærdstræning og ingen eller meget begrænset fokusering på overføring. Sensorimotorisk kropsterapi. Der tilbydes supportativ terapi med lav eller ingen traumbearbejdning, og formen på interventionen skal være alliancearbejde, råd, vejledning, ros, opfordring, opmuntring, anerkendelse og eventuelt en vis reparentificering (Allen, 2004, 2005; Linehan, 1993, 2004; Rockland, 1989) (Se bilag 4).

Personen kan have behov for løbende kontakt, fortrinsvis i hjemmet, med støtte, kontakt og træning.

I forhold til denne klientgruppe kan psykoedukative grupper være relevant. Grupperne kan indeholde programmer om PTSD-symptomer, smerte og smertetakling, sociale relationer, elementer fra undervisning i "mindfulness" færdigheder (fx Segal et al., 2002), i symptom- og emotionsteori og i følelsesregulering – den dialektiske adfærdsterapi (DAT) (fx Allen, 2004, 2005; Linehan, 1993, 2004; Rockland, 1989). Et meget anvendeligt mentaliseringsbaseret psykoedukationelt ti-sessioners program er udviklet gennem en årrække på Menningerklinikken med henblik på alvorligt traumatiserede (Allen, 2004, 2005; Allen & Fonagy, 2006). Programmet omfatter bl.a. sessioner, hvor der fokuseres på traumer, invaderende symptomer, 90/10-reaktioner (se senere), kropslige reaktioner, mentaliseringsbegrebet, identitet, depression, surrogat coping, gentagelsestvang, behandling af traume og håb.

Forholdet mellem indre tilstande (overføringen) og den ydre realitet er stærkt forskudt hen imod overføringen, hvor terapeuten forholdsvis ukritisk accepterer klienten, klarificerer, opfordrer og opmuntrer (se bilag 5 og 6). Forholdet mellem supportative og eksplorative interventioner er tilsvarende forskudt: 90/10 (fx Rockland, 1989) (se bilag 1).

Det skønnes ud fra de hidtidige erfaringer, at ca. 20 % af klienterne tilhører denne gruppe.

I behandlingen bør der være fokus på at beskrive relationsformerne til klienten (og hvor det er muligt mellem forældre og børn). Der bør endvidere være fokus på samarbejdet med det øvrige behandlingssystem og klienten med det sigte at komme med forslag til relevante tiltag og intervention. Det skal tilstræbes at inddrage familie, netværk, lokalsamfund og det øvrige behandlingssystem så meget som muligt. Det må anbefales, at man i behandlingen er opmærksom på den psykofarmakologiske behandling, som i samarbejde med egen læge/psykiater bør følges og støttes.

⁴⁾ Træning i almindelig daglig livsførelse.

2.2 Klassifikationsgruppe fire (lavt funktionsniveau)

Klassifikationsgruppe fire repræsenterer et lavt niveau af funktionsmåder og tilsvarende interventionsformer. Personen i gruppe fire har et stort behov for at blive følelsesmæssigt reguleret af andre, og evnen til at regulere sig selv følelsesmæssigt er forholdsvis lille. En person i gruppe fire vil have en borderlinelav personlighedsorganisation (Kernberg, 2005; Kernberg & Caligor, 2005), og følelsesmæssigt vil personen enten smelte sammen med eller skarpt adskille sig fra andre (sort/hvid) (se bilag 1 og 2). Tilknytningsmønsteret i denne gruppe vil sandsynligvis være: 1. ubearbejdet (U), desorganiseret (D) eller 2. utryk, fraværende (E2, E3), krævende og/eller vred, overdreven afhængighed (C) eller 3. afvisende (Ds2, Ds3), undgående (A).

Dominerende forsvar vil sandsynligvis være projektion, dissociation, acting out, somatisering og skizoid fantasi (primitivt forsvar) (se bilag 2).

Personen vil have symptomer på PTSD, symptomer og "røde" signaleffekter: frygt/rædsel, aggression, vagtsomhed, emotionel smerte, anaklitisk depression, primær depressiv reaktion (hjælpeløshed: manglende evne til autoregulering; håbløshed: manglende evne til interaktiv affektregulering), fortvivlelse, separationsangst, affektfobi, smertefobi samt manglende kategorialemotioner og affektbevidsthed (se bilag 3). På "Reading the Mind in the Eye" testen vil personen sandsynligvis score forholdsvis lavt (sandsynligvis mellem 11 og 18 (Malins et al., 2003)), og niveauet for emotionel bevidsthed, som det måles med LEAS, vil sandsynligvis ligge omkring 1-2.

Som det fremgår af bilag 2, er det refleksive funktionsniveau (mentaliseringssevnen) for denne klientgruppe defineret til ca. 3. Slade et al., 2000 (her refereret efter Schechter, 2003) har fundet, at det refleksive funktionsniveau lå forholdsvis konstant lavt i en gruppe af traumatiserede kvinder, hvis symptomatologi, alvorlighed af traume og psykopatologihistorie i øvrigt varierede stærkt. Det refleksive funktionsniveau (som er det samme som empatiniveau og mentaliseringssevne) vurderes på en femtrinsskala fra 0 til 9 (Fonagy et al. 1997; Slade et al., 2000) jf. bilag 2. Den undersøgte gruppe på 41 traumatiserede mødre havde en reflektiv funktionsscore fra 0 til 5 med et gennemsnit på 3,2. Dette empiriske fund viser et forholdsvis lavt mentaliseringsniveau hos disse traumatiserede kvinder. Et mentaliseringsniveau, der i denne sammenhæng ville placere dem i klassifikationsgruppe fire.

Personen vil sandsynligvis have stort behov for psykofarmakologisk behandling (se bilag 3).

Den adækvate interventionstype vil være psykoedukation, opbygning af autoregulatoriske færdigheder (Allen, 2004, 2005), kognitiv adfærdsterapi, (CBT, f.eks. Beck, 1976, 2005), dialektisk adfærdsterapi (DAT) (f.eks. Linehan, 1993; Kåver og Nilsson, 2004), mindfulness træning (f.eks. Segal et al., 2002), psykosocial færdighedstræning, supportativ dynamisk terapi (Rockland, 1989), kognitiv skemafokuseret terapi (Young, 2003; Young et al. 2003) og mentaliseringsbaseret terapi (Bateman & Fonagy, 2004), sensorimotorisk kropsterapi (Ogden et al., 2006). Det førnævnte mentaliseringsbaserede psykoedukationelle program for traumatiserede (Allen, 2004, 2005) kan være velegnet for klientgruppen fra klassifikationsgruppe fire. Terapien skal have begrænset fokusering på overføring og begrænset interaktiv affektregulering. En vis traumbearbejdning kan eventuelt ske i terapiens senere faser (se bilag 4).

Interventionsformen bør være: Alliancearbejde (især i forhold til PTSD-symptomer (Rotchild, 2004)), adfærdseksponeering, vejledning, opfordring, opmuntring, anerkendelse, empatisk validering, opmuntring til at elaborere, klarificering, kortlægning, begrænset reparentificering, begrænset konfrontation samt mentalisering. Forholdet mellem indre tilstande (overføring) og den ydre realitet er meget forskudt hen imod overføringen. Forholdet mellem supportative og eksplorative interventioner er tilsvarende forskudt: 65/35 (Rockland, 1989 (se bilag 1)).

Indsatsen kan organiseres som individuel terapi og gruppeterapi. Eventuelt adfærdstræning i grupper eller individuelt. Det skønnes ud fra de hidtidige tal, at ca. 60 % af de henviste klienter tilhører denne gruppe.

I behandlingen bør der være fokus på at beskrive relationsformerne til klienten (og hvor det er muligt mellem forældre og børn). Der bør endvidere være fokus på samarbejdet med det øvrige behandlingssystem og klienten med det sigte at komme med forslag til relevante tiltag og intervention. Det skal tilstræbes at inddrage familie, netværk, lokalsamfund og det øvrige behandlingssystem så meget som muligt. Det må anbefales, at man i behandlingen er opmærksom på den psykofarmakologiske behandling, som i samarbejde med egen læge/psykiater bør følges og støttes.

2.3 Klassifikationsgruppe tre (mellemste funktionsniveau)

Klassifikationsgruppe tre udgøres af personer med et middel funktionsniveau og repræsenterer samtidig den mest komplicerede og komplekse klientgruppe i forhold til intervention/behandling. Personer i klassifikationsgruppe tre karakteriseres ved at have et middelstort behov for at blive følelsesmæssigt reguleret af andre og samtidig en middelstor evne til at regulere sig selv følelsesmæssigt. En person i gruppe tre vil have en borderlinehøj personlighedsorganisation (Kernberg & Caligor, 2005). Følelsesmæssigt vil personen være karakteriseret ved at være selvcentreret og/eller sympatiserende empatisk (Sørensen, 2006; Gammelgaard, 2000) og sandsynligvis have en tilknytningsform, som er: Utryg/fraværende (E1) – C for børn, eller afvisende (Ds4), undgående (A) (se bilag 1 og 2).

I modsætning til gruppe fire vil personer i gruppe tre sandsynligvis have mere modne forsvarsstrategier som idyllisering, projektiv identifikation, regression, idealisering, introjektion, forskydning, intellektualisering og rationalisering.

En person i gruppe tre vil udvise PTSD-symptomer, symptomer og en blanding af "røde" og "grønne" signalaffekter, ligesom der vil være (ofte dysregulerede) kategoriale emotioner til stede (Fosha, 2000) (se bilag 3). Skamreaktion (flovhed) – i modsætning til klassifikationsgruppe fire. Den refleksive funktion og mentaliseringsevnen er middel. På "Reading the Mind in the Eye" testen vil personen sandsynligvis score omkring 17-21 (Fonagy & Stein, 2001), og niveauet for emotionel bevidsthed (LEAS) vil sandsynligvis ligge omkring 3.

Adækvate interventionstyper er: Skemafokuseret terapi (SFT) (Young et al., 2003) og overføringsfokuseret terapi (TFT) (Kernberg, 1986; Clarkin et al. 1999, 2006; Koenigsberg et al., 2000), gennemgang af traumet, eksponering, responsprævention og interaktiv regulering af klientens dysregulerede affekter (den samlede overføring) via terapeutens autoregulering (Allen, 2004; Yeomans et al. 2002; Fosha, 2000; Schore, 2003 a og b, 2006). Herudover opbygning af autoregulatoriske færdigheder og især opbygning og nuancering af interaktive affektregulatoriske færdigheder i forhold til tilknytningspersoner. Adækvate interventionsformer er: Mentalisering, klarificering, konfrontation, observation, overføringsfortolkning og eksponering (se bilag 4).

Indsatsen kan være individuel terapi og i visse tilfælde terapi i gruppe. Forholdet mellem indre tilstande (overføringen) og den ydre realitet er forskudt hen imod realiteterne. Forholdet mellem supportative og eksplorative interventioner er tilsvarende fordelt: 35/65 (Rockland, 1989; Yeomans et al., 2002) (se bilag 1).

Det skønnes ud fra de hidtidige tal og erfaringer fra visitation, at ca. 10 % af klienterne tilhører denne gruppe. Langt hovedparten i denne gruppe behandles individuelt.

2.4 Klassifikationsgruppe to (højt funktionsniveau)

På et højt niveau i klassifikationen finder vi i gruppe to personer med et relativt højt funktionsniveau – personer, der oftere har været forholdsvis velfungerende før de(t) påførte krigs- og torturtraume(r).

Hvad angår følelsesmæssig regulering vil personer i gruppe to således oftere have et forholdsvist mindre behov for at blive reguleret af andre og større evne til at regulere sig selv, og personlighedsorganisationen i gruppe to vil være neurotisk. Personens empatiniveau vil være forholdsvist højt, hvorfor han/hun vil være i stand til selvregulering og til både at være ens med og forskellig fra den anden person (accept af følelsesmæssig og behovsmæssig forskellighed). Tilknytning vil sandsynligvis være sikker (F1, F5, -B hos børn).

Personer i gruppe to udviser sandsynligvis modne forsvar som seksualisering, reaktionsdannelse, fortrængning, humor og askese (Gabbard, 2004, 2005).

Personen karakteriseres af PTSD-symptomer, symptomer og få "røde" signalaffekter, flere "grønne" signalaffekter og af tilstedeværelsen af flere regulerede/dysregulerede kategorialemotioner og affektbevidsthed (se bilag 3). Der ses tydelig skamreaktion og flovhed. Personen kan fortryde, angre, undskylde og vise taknemmelighed i nære, tilknyttede relationer – ifr. bilag 6. Den reflektive funktion og mentaliseringsevnen er højere end på de foregående niveauer. På "Reading the Mind in the Eye" testen vil personen sandsynligvis score omkring 20-26 (kvinder omkring 26, og mænd omkring 22 (Baron-Cohen, 2004)). LEAS scoren vil sandsynligvis ligge omkring 3-4.

I gruppe to vil der typisk være et mindre behov for psykofarmakologisk behandling.

De adækvate interventionstyper vil primært være traumefokuseret terapi (Allen, 2004; Fosha, 2000; Rothschild, 2004; Schore, 2006), eksponering af traumet (kognitivt og adfærdsmæssigt), interaktiv affektregulering af de traumerelaterede dysregulerede emotioner via terapeutens autoregulering samt en vis fokus på overføring. Den tilhørende adækvate interventionsform er klarificering, konfrontation, eksponering, mentalisering samt en vis overføringstolkning. Forholdet mellem den indre, subjektive verden og den ydre realitet er meget forskudt til realitetssiden, og forholdet mellem supportative og eksplorative interventioner er tilsvarende 20/80 (se bilag 1).

Det skønnes, at under 5 % af klienterne tilhører denne gruppe. Klienterne i denne gruppe tilbydes individuel behandling

2.5 Klassifikationsgruppe et (højeste funktionsniveau)

På højeste niveau i gruppe et klassificeres personer med et højt funktionsniveau. Personer i gruppe et har fungeret godt på alle niveauer før krigs- og torturtraumet og har tilsvarende god prognose for behandling. Personer i gruppe et vil således have et optimalt/normalt behov for at blive følelsesmæssigt reguleret af andre og tilsvarende optimal/normal evne til at regulere sig selv. Denne persons personlighedsorganisation vil man betegne som sund. Personens empatiniveau vil være højt og sammenligneligt med det, vi ser i gruppe to, blot endnu mere modent.

Tilknytningen i gruppe et vil være sikker (F2, F3, F4 – B for børn), og forsvarerne modne som altruisme, anticipation og sublimering.

En person i gruppe et er karakteriseret af symptomer på PTSD, af tilstedeværelsen af få "røde" signalaffekter og en klar dominans af "grønne" signalaffekter (Fosha 2000). Samtlige kategorialemotioner vil være til stede, heraf nogle dysregulerede på grund af traumer (bilag 3). Personen vil have høj affektbevidsthed. Den reflektive funktion og mentaliseringsevnen er på de højeste niveauer. Scoren på "Reading the Mind in the Eye" testen vil sandsynligvis ligge på omkring 26-30 (kvinder 28, mænd 26 (Baron-Cohen et al., 2001)). LEAS vil ligge omkring 4-5 (Lane & Garfield, 2005).

En person i gruppe et vil sandsynligvis have et lille eller fraværende behov for psykofarmakologisk behandling.

På grundlag af personens høje personlighedsorganisations- og funktionsniveau er den adækvate interventionstype traumefokuseret terapi med høj bearbejdning, nøje gennemgang (faktuelt, kognitivt) af de kritiske og centrale elementer i traumet, eksponering og responsprævention, interaktiv affektregulering af de kritiske emotioner via terapeutens autoregulering og begrænset fokusering på overføring. Interventionsformen bør være klarificering, konfrontation, eksponering, mentalisering og begrænset overføringstolkning. Forholdet mellem supportative og eksplorative interventioner vil generelt være 5/95 med mere supportativ tolkning omkring traumet.

Indsatsen vil være gruppe- eller individuel terapi. Det skønnes, at under 5 % af klienterne tilhører denne gruppe.

Det skønnes endvidere, at ca. 20 % af samtlige henviste klienter afvises som ikke tilhørende CETTs målgruppe.

2.6 WHO's diagnosesystem til beskrivelse af reaktioner

Klientgruppen af svært traumatiserede flygtninge er typisk kendetegnet ved følgende diagnoser:

F 43.0	Akut belastningsreaktion	F 45	Somatoforme tilstande
F 43.1	Posttraumatisk belastningsreaktion	F 23.x1	Akutte og forbigående psykoser. Se ICD-10 diagnoselisten.
F 43.2	Tilpasningsreaktion	F34.1	Dysthymi
F 62.0	Personlighedsændring efter katastrofeoplevelse		
F 44	Dissociative tilstande eller forstyrrelser (konversionstilstande)		

Info

I DSM-IV diagnosekriterierne indeholder definitionen på traume både objektive og subjektive aspekter: De objektive aspekter ved traume er observerbare og målbare af andre (hvordan en begivenhed ser ud udefra), og de subjektive aspekter indeholder personens individuelle indre oplevelser (hvordan begivenheden føles og bearbejdes indvendigt). For at opfylde diagnosekriterierne må personen have et bestemt antal symptomer fra hver kategori. I DSM-IV defineres en traumatisk begivenhed som en, i hvilke personen oplevede eller var vidne til en begivenhed, som indebar aktuel eller truende død eller alvorlige skader eller en trussel mod egen eller andres fysiske integritet (den objektive del), og som indebar intens frygt, hjælpeløshed eller rædsel (den subjektive del). Traumatiske begivenheder er ud fra denne definition sammenfaldet mellem de objektive og de subjektive kriterier.

Af disse definitioner kan man udlede de to afgørende generelle principper: Den subjektive erfaring og oplevelse af de objektive begivenheder konstituerer traumet. Årsagerne kan ikke udledes af symptomerne, da ikke alle symptomer kommer fra traumet

Denne ensartede og fælles beskrivelse af symptomer er uundværlig, når vi skal kommunikere mellem og på tværs af faggrupper. De siger imidlertid ikke noget entydigt om funktion, struktur og behandlingstype.

2.7 Traumetype og personlighedstype

De ovennævnte fem klassifikationsniveauer afspejler klientens personlighedsorganisationsniveau (Kernberg, 2005), empatiniveau (Baron-Cohen, 2004; Lane, 2000; Gammelgaard, 2000; Sørensen, 2006) og

niveauet for refleksiv funktion (Fonagy et al. 1998). Et andet evidensbaseret mål for det samme fænomen er Blatt's skala til beskrivelsen af kvaliteten af objektrepræsentationer (Blatt, 2004; Levy & Blatt, 1999). Klassifikationsniveauerne er udtryk for tilknytningskvaliteten ("breddegraden" på relationsfeltet i Sørensen, 2006, p. 50). I behandlingsarbejdet er det afgørende for behandlingsindsatsen herudover at fokusere på tilknytningstypen. Bl.a. Fonagy et al. (2006) lægger vægt på denne skelnen mellem tilknytningskvaliteten (kvaliteten af den interpersonelle interpretative mekanisme – IMM) og tilknytningstypen (Fonagy, 2006, p. 164). Tilknytningstypen er "længdegraden" på relationsfeltet og er forbundet med temperamentstype (Kagan, 1994; Cloninger, 2004, ICF s. 66) og personlighedstype, evt. personlighedsforstyrrelse/psykisk sygdom – jf. skema 3. De relationsformer, klienten indgår i med andre såvel i nære relationer som i den terapeutiske relation, informerer om placeringen på relationsfeltet og dermed om vedkommendes tilknytningskvalitet og personlighedstype.

Udover disse to hovedparametre, tilknytningskvaliteten og personligheds- / tilknytningstypen er det vigtigt at skelne mellem flere typer traumer, som bl.a. Terr (1991), Rothschild (2004) og Sørensen (2005) gør opmærksom på. Rothschild opdeler traumeofre i flere typer:

- Type I: De der har været udsat for enkeltstående traumatiske oplevelser
- Type II: De der er blevet traumatiseret gentagne gange (s. 100)
- Type II A: Mennesker med multiple traumer med en stabil opvækst, gode ressourcer og evne til at holde traumebegivenhederne adskilte
- Type II B som i narrativet glider fra den ene begivenhed over i den næste uden klart at kunne skelne

Info

Type II B opdeler Rothschild i yderligere to grupper: Type II B (R): Mennesker med tryk opvækst, men med så voldsomme traumer, at deres modstandskraft er nedbrudt. Og Type II B (nR): Mennesker med gentagne traumer og med relationelle barndomstraumer, som aldrig har opbygget nogen modstandskraft. Ud fra en beskrivelse af tilknytningskvalitet, personligheds-/tilknytningstype og traumetype kan man udvide og systematisere Terrs og Rothschild's typologi (en type, som Rothschild f.eks. ikke nævner, er en traumetype, T I, som personlighedsorganisatorisk er på lavt niveau). Det vil sige, at tidligere relationelle traumer og belastninger vil medføre øget sårbarhed over for senere choktraumer. Hvis der fokuseres på personlighedsorganisationsniveau og traumetype, fås følgende oversigt:

SKEMA 1:

Personlighedsorganisationsniveau	1	Type I (1)	Type II A (1)	/	Type II B (R) 1	/
	2	Type I (2)	Type II A (2)	/	Type II B (R) 2	/
	3	Type I (3)	Type II A3/B3	/	/	/
	4	Type I (4)	/	/	/	Type IIB (nR)4
	5	Type I (5)	/	/	/	Type II B(nR)5
		Type I	Type II A	/	Type II B (R)	Type II B (nR)

Ud over psykisk funktionsniveau og traumetype, er det som nævnt vigtigt for terapien at beskrive personlighedstypen. Har vedkommende histrioniske træk, eller udviser han/hun træk som ængstelig, tvangspræget, skizoid, narcissistisk, hypoman, trist osv.? Indikatorer på personlighedstyper kommer bl.a. fra overføringen under det strukturelle interview, som er en del af visitationssamtalen:

- Hvilke kategorialemotioner og følelser besidder klienten, og hvilke afværger han?
- Hvilke forsvarsformer er aktuelle i situationen?
- Hvordan behandler klienten sine oplevelser af terapeuten?
- Hvordan forholder klienten sig til terapeutens kortlægning, klarifikation, konfrontation og tolkninger?

SKEMA 2:

I skema 2 er vist sammenhængen mellem de underliggende kategorialemotioner, overføringstyper og personlighedstype/-forstyrrelse.

Overføringstype, personlighedstype	Kategorialemotion	
Obsessiv/kompulsiv Nysgerrig, ordentlig, kontrollerende	Interesse/årvågenhed	1
Borderline Ubeslutsom, impulsiv, emotionel ustabil	Overraskelse/vagtsomhed	2
Dependent/undvigende Sky, forsagt, nervøs	Frygt/rædsel	3
Narcissistisk/antisocial Kværulantisk, gnaven, kritisk, sarkastisk	Vrede/raseri	4
Hypomani Social, generøs, imødekommende	Glæde/ekstase	5
Dysthymi Tungsindig, apatisk, ensom	Tristhed	6
Histrionisk Tillidsfuld, tolerant, tilfreds	Accept/"blind" tillid	7
Skizoid/paranoid Fjendtlig, hånlige, trodsige, kritiske	Afsky	8

SKEMA 3:

Temperament (jfr. ICF s. 66: b126), relationstype, personlighedstype og kategorialemotion:

Klassisk	Cloninger 2004	Relationstype	Personlighedstype	Kategorialemotion
Sangvinsk	Novelty seeking. Høj BAS. Dopamindrevet	Det Givende	Narcissistisk Obsessiv/kompulsiv Hypoman	Aktiv vrede Nysgerrighed Aktiv glæde
Kolerisk	Reward dependence. Noradrenalindrevet	Det Delende	Hypoman Histrionisk Ængstelig/passiv	Passiv glæde Accept Passiv frygt
Melankolsk	Harm avoidance. Høj BIS. Serotonindrevet	Det Modtagende	Ængstelig/aktiv Evasiv Borderline Trist-synlig smerte	Aktiv frygt Overraskelse Aktiv tristhed
Flegmatisk		Det Adskillende	Trist – passiv (lede) Skizoid/paranoid Passiv aggressiv	Passiv tristhed Afsky Passiv vrede

Traumets art og den personlighed, traumet virker ind på, udgør traumetyper. Traumetyper er vigtig at kende, fordi den afgør, hvilke behandlingsformer og hvilke terapeutklient relationer der er mest velegnede. Om dette forhold skriver Rothschild:

”En af grundene til, at man altid bør vurdere klientens traumetype, er, at de alle har forskellige terapeutiske behov, særligt med hensyn til det terapeutiske forhold og overføringen i terapien. Normalt kræver mennesker med Type I og Type IIA mindre bevågenhed omkring det terapeutiske forhold, og de udvikler en mindre intens overføring mod terapeuten. Mange har allerede internaliseret de ressourcer, som ellers kunne være opstået inden for rammerne af et længerevarende, overføringsfokuseret terapeutisk forhold. Dette betyder ingeniende, at overføringsproblematikker ikke vil opstå i terapien, men med denne type klienter er det terapeutiske forhold skudt i baggrunden og deres behov for at arbejde med de specifikke traumatiske erindringer er det primære. Efter de afklarende samtaler og undersøgelser kan Type I og Type IIA hurtigt gå i gang med at arbejde direkte med deres traumatiske oplevelse(r), der har fået dem til at opsøge terapi.

For Type IIB er (gen)opbygning af klientens ressourcer via det terapeutiske forhold en forudsætning for at kunne tage fat på de traumatiske erindringer på en mere direkte måde. Med Type IIB(R) kan den terapeutiske forhold hjælpe klienten med at blive fortrolig med de ressourcer, hun engang har kendt, men mistede kontakten med på grund af de traumatiske oplevelsers komplekse og overvældende natur. Med Type IIB (nR) kan det terapeutiske forhold udgøre selve terapien, med opbygning af de ressourcer og den modstandskraft, som klienten aldrig har udviklet” (Rothschild, 2004, s. 101).

Psykologen vurderer klientens personlighedsorganisationsniveau (refleksiv funktionsniveau – empatiniveau), personlighedstype og traumetype. Disse vurderinger samles for at tilrettelægge niveau og type for intervention og behandling. Psykologens indledende undersøgelse og vurdering kan resumeres i skema 4.

SKEMA 4 (psykolog):

Psykologisk funktionsniveau (Personlighedsorganisationsniveau (evt. STIPO-score), empatiniveau, refleksiv funktionsniveau, mentaliseringsniveau)	Traumetype Type I, Type IIA, Type IIB (R) Type IIN (nR)	Personlighedstype Dominerende:I Underliggende:II (evt. dybereliggende; III, IV)
Psykologens vurdering	Psykologens vurdering	<input type="checkbox"/> 1. Nysgerrighed <input type="checkbox"/> 2. Overraskelse <input type="checkbox"/> 3. Frygt <input type="checkbox"/> 4. Vrede <input type="checkbox"/> 5. Glæde <input type="checkbox"/> 6. Tristhed <input type="checkbox"/> 7. Accept <input type="checkbox"/> 8. Afsky

3. Det teoretiske grundlag for det psykoterapeutiske arbejde

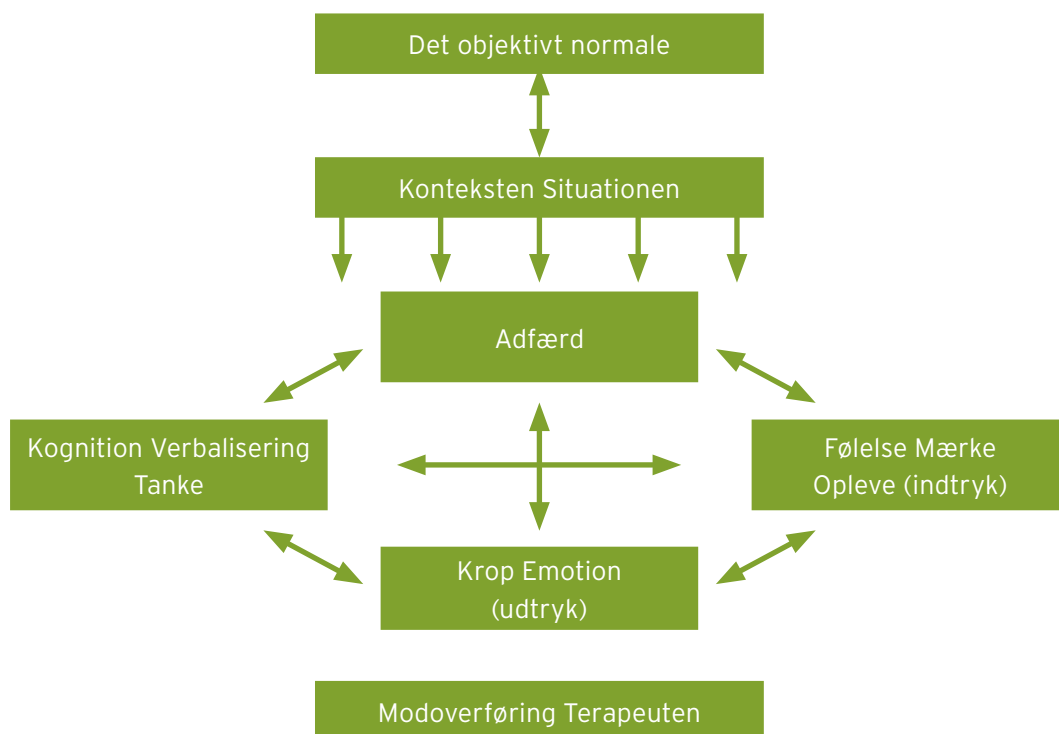
I det følgende gives en generel oversigt over terapiformer og deres relevans i forhold til CETT og klienternes funktionsniveau. I det foregående og i bilag 1, 2 og 3 beskrives klienterne i fem klassifikationsgrupper, som er opstillet på grundlag af et hierarki af funktions- og interventionsniveauer.

De terapi- og interventionsformer, der omtales i dette papir, lægger vægten forskelligt mellem hovedkomponenterne i relationsformerne. Hovedkomponenterne er:

- Det objektivt menneskeligt normale
- Kontekst, situation (oplevelse af og forestilling om situationen)
- Adfærd
- Føle, mærke, opleve (indtryk)
- Krop, emotion (udtryk)
- Kognition, verbalisering, tanke (se fig. 1)

Info

FIGUR 1



I alle menneskelige relationer er de i fig. 1 viste elementer indvævet og inkorporeret, men med forskellig vægtning afhængig af relationsformen eller udvekslingens art. I samtlige relationsformer (udvekslingsformer) er der et givende element (adfærd – handling), et adskillende element (kognition), et delende sammenføjende element (følelse – udtryk) og et modtagende perceptuelt element (kropsfornemmelse

– indtryk). Følelse (høj subjektivitet) og kognition kan placeres overfor hinanden på et kontinuum eller en subjektiv akse, og handling kan placeres på et kontinuum med kropsfornemmelse modsat. Denne akse kan betegnes som en objektiv akse med høj objektivitet, der hvor adfærdselementet eller handleelementet er højest. Disse akser, som er umiddelbart til at erkende i den terapeutiske relation (det epistemologiske niveau), er det muligt at placere på et todimensionalt felt, som er defineret af to akser med det ontologiske behov for at modtage interaktiv affektregulering ud af X-aksen og det ontologiske behov for at give interaktiv affektregulering op ad Y-aksen. Relationsformerne med deres forskellige vægtning af elementerne og deres placering på udvekslingsfeltet er beskrevet i Sørensen, 2006 (se bilag 5 og 6). Det er al diagnostiks mål at kende og erkende relationsformerne mellem klient og andre – specielt relationsformerne i nære tilknyttede relationer, herunder relationen til terapeuten. Behandlingens mål er at styrke og integrere elementerne i klientens relationer.

Begrebet "Det objektivt menneskeligt normale" (det psykisk sunde) kan beskrives som individers alderssvarende evne til selvregulering (evnen til situationsafhængigt at forskyde balance mellem og til at veksle mellem interaktiv affektregulering og autoregulering). Det vil sige den alderssvarende evne til kongruent at spejle affektens temporale, intensitetsmæssige (arousalmæssige) og spatiale aspekter. Eller sagt på en anden måde med en lettere omskrivning af Aristoteles fra den Nikomachæiske Etik: Enhver kan have en følelse eller ingen følelse. Men at have den rigtige følelse over for den rette person, i det rette omfang, på det rette tidspunkt, med det rette formål og på den rette måde – det er ikke let. Op imod denne normalitetsstandard (grund) holdes situationen (figur), adfærd, tanke, følelse og kropsreaktioner (fig. 1). Det betyder, at det psykisk sunde hos den voksne er evnen til situationsrelevant at generere og regulere samtlige kategorialemotioner (der er definerende for relationsformerne) med deres kognitive, kropslige, udtryksmæssige og handlemæssige komponenter.

3.1 Terapeutiske tilgange

Generelt fokuserer træningen i dagligdags færdigheder (ADL) på adfærden uden udforskning af klientens dybere intentionalitet. Adfærdsterapien fokuserer især på adfærd og situationer (stimulusrespons), men lader følelser, krop og tanke ligge. Den forholder sig ikke til det objektivt evolutionsbetingede normale. Her arbejdes med information og edukation i traumer, traumereaktioner, PTSD-symptomer og lignende. Der arbejdes med klarifikation af klientens daglige (evt. maladaptive) adfærdsmønstre i forhold til symptomer og plager. Terapeutisk arbejdes der med indarbejdelsen af mere adaptive handlemønstre, gode vaner og ritualer i forbindelse med bekæmpelsen af symptomerne.

For de tungeste klienter i klassifikationsgruppe fem er relationsformen til klienten domineret af "symbiose" tæt på at smelte sammen kombineret med en ren adskillende "holden tilbage", "aflukket" og faktisk påpegnings af indlysende forhold (se fx fig. 6 i Sørensen, 2006). Terapeutrelationen er præget af en ikke-realtetskorrigerende dipolær (tilstands-) holdning med ubetinget accept og tillid på den ene side og en blank, faktisk forholdemåde på den anden. I Fonagy's terminologi (Fonagy et al. 2002) er der en kontingensmaksimering med accept og tillid og en venlig helt faktisk konstatering som centrum og med en stimulus-respons kontingens tæt på 100 %. Der er tale om en konkret (ikke-intentionel) spejling af verbale udtryk, ansigtsudtryk, krop og situation (jf. Fig. 1). Disse højkontingente, konkrete spejlinger er blevet benævnt "kontaktrefleksioner" (Prouty & Cronwall, 1990; Sommerbeck, 2004, 2006). Prouty nævner en række typer kontaktrefleksioner (her ifølge Sommerbeck, 2006, p. 14-15):

- Situationsreflektioner: Terapeuten reflekterer den virkelighed eller den konkrete situation, der omgiver klienten, og som klienten er eller formodes at være opmærksom på i øjeblikket ("solen skinner i dag", "der er stille i huset i dag" osv.). Denne type refleksion fremmer fælles realitetskontakt.
- Kropsreflektioner: Terapeuten reflekterer klientens kropsudtryk og bevægelser ved kropsimitation og/eller ved verbal refleksion ("du kigger lige frem for dig", "du sidder og synker sammen" osv.). Man kan gå ude i byen sammen med klienten og sige: "Vi går og har det godt sammen her på gaden" osv.. Kropsrefleksioner fremmer klientens realistiske kropsbillede og realitetskontakt.
- Ansigtsreflektioner: Terapeuten reflekterer det, han ser eller aflæser i klientens ansigt ("der er tårer i dine øjne", "du smiler", "du ser vredt på mig" osv.). Hvis denne mere emotionsnære refleksion frembringer en ændring, kan ændringen også reflekteres. "Du trak på skulderen, da jeg sagde, du så vred ud, og nu smiler du" osv. En gryende affektbevidsthed faciliteres gennem ansigtsreflektioner.
- Ord for ord – og gentagne refleksioner: Terapeuten reflekterer ordret større eller mindre dele af det, klienten siger, og som ligger i retning af noget forståeligt og normalt. Denne type refleksioner dirigerer og reforcerer klientens verbale kommunikation i retning af det forståelige og normale og væk fra det private og idiosynkratiske.

Relationsformerne i kontakreflektioner er således fjernt svævende mellem "indgå i symbiosen" (ubetinget accept) i relationsfeltets sammenføjende del, "påpege" (neutralt og lidenskabsløst) i relationsfeltets adskillende del og "kortlægge" (svag, spørgende interesse) i relationsfeltets givende del – jf. fig. 6 i Sørensen, 2006. Terapeuten må ikke forvente at få noget tilbage fra klienten. Terapeuten er således sammen med klienten på en måde, der intet kræver af klienten. Terapeuten skal holde sig væk fra relationsfeltets modtagende del. Det er en måde at opbygge kontakt på med klienter, som opleves som værende "ude af kontakt". Terapeuten er således eneansvarlig for "kontakten", og de nævnte relationsformer er faciliterende samtidig med, at man arbejder med ADL-træning og adfærdstræning.

Den samlede terapeutiske indsats for de dårligst fungerende klienter på niveau fem er således gennemsyret af denne konkrete, højkontingente spejling (kontakreflektion) med de tilhørende relationsformer (van Werde, 2005). Kontakreflektion er anvendelig, når relationen er ikke-intentionel, og terapeuten ikke kan indleve sig empatisk i klientens oplevelsesverden. Hvis relationen befinder sig på et højere empatiniveau og med aflæselige intentioner og med selvekspressive og narrative klienter, hvor en mere empatisk refleksion og mentalisering er mulig sammen med klienten, vil kontakreflektioner meget let kunne opfattes som latterliggørende og ydmygende.

Som supplement til den relationelle behandling for klienter på de laveste funktionsniveauer, er et direkte sensorimotorisk **kropsterapeutisk arbejde** overfor den traumatiseredes sensorimotoriske reaktioner (invaderende billeder, lyde, kropsfornemmelser, fysiske smerter, følelsesløshed m.v.) indikeret og frugtbart (Ogden et al., 2006). Forløberne for de manglende limbiske og paralimbiske emotioner og blandinger af emotioner og den præfrontale finregulering af emotionerne, er netop uregulerede kropsfornemmelser og handleimpulser på hjernestamme og diencephalonniveau (Lane & Garfield, 2005).

Den kognitive adfærdsterapi (CBT) fokuserer især på situation, adfærd og tanker, men lader følelser og krop ligge. Adfærd og automatiske tanker relateres til den situation, som udløser den. Den kognitive terapies grundlægger A.T. Beck siger, at han gennem sit arbejde kom frem til, "at det var tankeforstyrrelse, der var kernen i psykiatriske syndromer som depression og angst. Denne forstyrrelse kom til udtryk i en systematisk fejlfortolkning (forvrængning) af bestemte oplevelser. Ved at påpege disse skævvredne tolkninger og ved at foreslå alternativer – altså mere rimelige forklaringer – kunne jeg fremkalde en næsten øjeblikkelig lindring af symptomerne" (Beck, A.T., 2006 i Beck, J.S. 2006 p.7). I den kognitive terapi bliver klienten gjort opmærksom på virkningen af selvkritiske og pessimistiske

tankemønstre. "Terapeuten og klienten drøfter, hvad man kunne forestille sig af forskellige alternative tanke- og handlemønstre" (Berge og Repål, 2004 p. 11). Det er karakteristisk for den kognitive adfærdsterapi, at relationsformer som "drøfte", "påpege", "foreslå" og "gøre opmærksom på" er fremtrædende. Disse relationsformer er forholdsvis neutrale og adskillende (se fig. 6 i Sørensen, 2006). Emotioner, følelser og kropsreaktioner bliver underbetonet. Kognitive adfærdsterapeutiske interventioner skønnes velegnede til klientgrupperne fra niveau fire og fem.

Ligeledes er **den dialektiske adfærdsterapi (DAT)** velegnet til disse klientgrupper. Den dialektiske adfærdsterapi fokuserer på situation, tanke og følelser, men lader i et vist omfang kropsreaktioner og det objektivt normale ligge. Terapien indbefatter bl.a. psykoedukation om grundfølelsernes funktion og mestring. Indlæring af færdigheder er et centralt punkt i DAT. Der undervises typisk en gang ugentlig i gruppe af to til tre timers varighed. Herudover får hver klient én times individuel terapi om ugen. Færdighederne kan f.eks. deles op i moduler af 1-2 måneders varighed (Linehan, 2004). Et modul omhandler træning i mindfulness (evnen til målrettet tilstedeværelse og fokusering). Et andet modul omfatter relationsfærdigheder. Et tredje omhandler "holde ud" færdigheder, og et fjerde følelshåndtering (genkendelse, identificering og kontrol af følelser). Disse mere psykoedukationelle interventionsformer med tilføjelse af edukation i specielle traumerelaterede emner (se Kjærgaard (rapport), 2005) skønnes relevante for klienter ved CETT på funktionsniveau fem, fire og tre. Der er påvist en vis behandlingseffekt af DAT i forhold til suicidaladfærd og symptomreduktion hos borderline personlighedsforstyrrede (Linehan et al. 1993, 2006; Verheul et al, 2003), men ikke i forhold til dybereliggende personlighedsændringer. Det tyder på, at DBT (og MBT) er velegnede terapiformer over for klienter på lavere funktionsniveauer med bl.a. svære parasuicidale problemer, hvor SFT og TFT er mere velegnede over for bedre personlighedsorganiserede klienter (Giesen-Bloo et al., 2006). Udover de terapeutiske teknikker er relationsformerne en afgørende faktor (jf. bilag 4 og afsnit 3.10 Virkningsmekanismer i psykoterapi).

Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) er en eksponeringsbaseret terapi, som kombinerer øjenbevægelser, traumer, hukommelsesgenkaldelse og verbalisering. Det er en eklektisk kognitiv adfærdsterapi, som integrerer eksponering med kognitiv restrukturering. EMDR protokollen, som den er udformet af Shapiro (1995), omfatter identificering af traumatiske kernescener og de hermed forbundne emotioner og fysiologiske, kropslige fornemmelser. Terapeuten identificerer negative tanker i forbindelse med kernescenen og hjælper klienten med at formulere mere positive tanker. På en skala fra 1 til 10 vurderer klienten sit subjektive ubehag, og ligeledes på en skala fra 1 til 10 vurderer klienten rigtigheden af de positive tanker. Disse vurderinger giver et fingerpeg om klientens ubehag og vurdering af de positive tanker i selve sessionen mellem øjenbevægelsesfaserne og mellem de enkelte sessioner. Selve desensitiveringen skrider frem ved at bede klienten om at erindre den traumatiske begivenhed samtidig med, at klienten med blikket følger terapeutens finger, som bevæges horisontalt i en rolig rytme foran klientens ansigt. Dette varer 10 til 40 sekunder. Efter denne del skal klienten slippe den traumatiske begivenhed og verbalisere, hvad der falder ham ind. Når det subjektive niveau for ubehag falder på skalaen fra 1-10, skal klienten erindre den traumatiske begivenhed i forbindelse med de positive tanker i fasen med øjenbevægelserne. Herved skulle der ske en desensitivering af de traumatiske erindringer samtidigt med flere positive og adaptive tanker. Denne procedure blev demonstreret ved EMDR-foreningens seminar med Siegel i 2003 i København.

Hvis denne procedure sammenholdes med relationsformernes hovedelementer i fig. 1 fremgår, at der stilles store krav til klientens integrative kapaciteter: Erindringsbilledet af den traumatiske situation skal forbindes med emotionen i situationen (følelse, mærke, opleve (indtryk)) og de kropslige udtryk. Disse elementer skal ydermere forbindes med klientens negative tanker (kognition, verbalisering, tanke). Selve EMDR protokollen forudsætter således en forholdsvis høj sammenbinding mellem relationsformernes hovedelementer, hvilket netop er et af de afgørende problemer for klienter på funktionsniveau fire og fem. Som det fremgår af fig. 2-5 (og som det omtales andetsteds) er de alvorligste PTSD-symptomer hos klienter på især niveau fire og fem netop forbundet med en manglende inte-

gration og udvikling af relationsformernes hovedkomponenter. Dette gælder "visuelle flashbacks" (fig. 2), "panikanfald" (fig. 3), "undgåelse" (fig. 4), "vagsomhed" (fig. 5) og de forskellige former for dissociation. For langt hovedparten af klienterne ved CETT skønnes det, at en så hurtig og målrettet eksponering af centrale dele af traumet vil medføre et eller flere af de ovennævnte symptomer, som ville umuliggøre en sådan procedure. *"Dissociative defenses also complicate EMDR and require special adaptations of the protocol"* (Allen et al., 1999, p. 340). EMDR inkorporerer velkendte elementer og teknikker fra den kognitive adfærdsterapi. Shapiro har koncentreret sig om øjenbevægelsernes betydning frem for de mange velkendte og konventionelle aspekter ved behandlingen. Dette har bl.a. medvirket til at gøre metoden kontroversiel blandt klinikere og forskere.⁵⁾

Forskning har ikke kunnet støtte hypotesen om øjenbevægelsernes eller andre bilaterale stimuleringers specielle terapeutiske betydning (Cahill et al., 1999). Her citeres Cahill efter Allen (2004):

"What is effective in EMDR is not new, and what is new is not effective" (p. 619). Not only have the eye movements not been demonstrated to add to effectiveness, but also a recent study raised a question as to the unique contribution of the cognitive intervention (Cusack & Spates, 1999). Thus Cahill and colleagues' conclusion is representative: "Our opinion is that the important procedural variable is repeated exposure to the traumatic memory under conditions of safety" (p. 29)".

Disse vurderinger peger igen på det generelle standpunkt fremført her, at det er relationen i kombination med teknikken, der er den afgørende terapeutiske komponent. Det er klientens perception af kontrol og evne til selvregulering under samtalen om de traumatiske begivenheder (med de mere eller mindre udstillede fragmenterede relationskomponenter i den anledning), der er den terapeutiske helende og forandrende komponent. Set i dette lys kunne det meget vel tænkes, at EMDR-proceduren kan anvendes i den bredere relationelle og affektregulatoriske ramme. Der kan fx være den fordel ved EMDR, at den på en forholdsvis mere afgrænset og kortvarig måde eksponerer dele af et omfattende traume i mere tolerable doser end en længerevarende eksponering, der kan være vanskelig både for klient og terapeut (Pitman et al., 1996). Selve proceduren med øjenbevægelser kunne ligeledes tænkes at have en betydning for både klientens og terapeutens "grounding". Det skaber en roligere situation med en vished om, hvad der proceduremæssigt skal ske, hvilket uvægerligt vil modvirke dissociation og andre symptomer i terapisesionen (Allen et al., 1999).

EMDR ser ud til at være lige så effektiv som andre kognitive adfærdpsykologiske interventioner, og lige så effektiv som andre eksponeringsbaserede terapier, men komponenten med øjenbevægelserne er muligvis overflødig (Davidson & Parker, 2001; Maxfield & Hyer, 2002). Som Connor & Batterfield (2003) konkluderer i deres oversigtsartikel: *"Most EMDR studies have been small, with variable methodological quality and outcomes"* (p. 257).

Af de førnævnte grunde skønnes EMDR egnet som en teknik sammen med en generel relationsfokuseret terapi for klienter på funktionsniveau et og to og de bedst fungerende på niveau tre. EMDR skønnes uegnet for klienter på personlighedsorganisationsniveau (og dermed empati og mentaliseringsniveau) fire og fem.

Den kognitive mindfulness terapi fokuserer mere på her og nu oplevelser af tanke, følelse og krop i fig.6. Andres intentioner i situationen underbelyses, ligesom det objektivt normale. Denne terapiform træner klienterne i nærvær og fokuserings skift over for tanker, følelser og kropslige fornemmelser (Segal et al., 2002). Disse skift er med til at skabe en decentrering i relation til belastende erfaringer, i hvilke negative tanker eller følelser kan anskues som mere neutrale begivenheder i sindet, snarere end som "selv". Denne del af den kognitive terapi har hentet inspiration i zenbudhistiske traditioner. Elementer fra denne terapiform kan sammen med DAT anvendes over for klienter på de laveste funktionsniveauer (se også Nilsonne, 2005).

Info

Gestaltterapien har et stærkt og relevant fokus på uoverensstemmelser mellem oplevet følelse (indtryk) og udtrykt emotion og kropslige reaktioner (udtryk).

Den **skemafokuserede terapi (SFT)** er en videreudvikling af den førnævnte traditionelle kognitive adfærdsterapi. Elementerne fra CBT kombineres med dele af gestaltterapien, objektrelationsteoriene og psykoanalysen (Young, 2003; Young et al., 2003). Der anvendes mere emotionsnære og emotionsfokuserede teknikker, og selve den terapeutiske relation sættes mere i fokus. Ligeså fokuseres mere på at udforske barndommen og den senere opvækst som kilde til selvnederlags livsmønstre og symptomer. SFT skønnes egnet for klienter ved CETT på funktionsniveau fire og eventuelt tre. SFT har vist sig effektiv over for behandling af borderline personlighedsforstyrrelser med hensyn til symptombedring, men især med hensyn til ændringer og modninger i personlighedsstrukturen og evnen til affektregulering (Giesen-Bloo et al, 2006). Giesen-Bloo et al. 2006 fremhæver, at de effektive ingredienser i SFT over for patienter med BPD kan være modellens gennemsigtighed, terapeutens "reparentificerende" holdning i forhold til klientens tilknytningsproblemer, de mange konkrete håndgrib og strategier, som giver klienten struktur og kontrol samt muligheden for inden for visse grænser at kontakte terapeuten imellem sessionerne.

Den emotionsfokuserede terapi (Greenberg) har et lignende fokus på emotioner og en vis analyse af situationen, men lader overføring/modoverføring og det objektivt normale ligge. Greenberg (2002, 2004) betoner emotionernes ofte ubevidste informationsbearbejdning af situation og kontekst, emotionernes information om den ydre verden (andre mennesker), om vores meningsoplevelse, vores behov og vores værdier. Han betoner, at vi skal lære af vores emotioner snarere end at kontrollere og undgå dem; at klienten kan lære af deres egne kropslige fornemmelser og begynde at handle fornuftigt ud fra dem og i lighed med indholdet i Aristoteles' formaning at udtrykke emotioner, som er passende i konteksten. Den skemafokuserede og den emotionsfokuserede terapi anvender relationsformer og teknikker, som sandsynligvis kan gavne klienter på niveau fire, tre, to og et.

Fælles for de nævnte terapiformer er, at de ikke eksplicit forholder sig til den emotionelle udveksling eller til relationen mellem klient og terapeut.

Den supportative psykodynamiske terapi vægter empatisk validering af personens indre tilstande og lader situationen og det objektivt normale ligge i skyggen. Rockland (1989) forholder sig klart til situationen og det objektivt normale, men lader det i vid udstrækning ligge på grund af klientens lave personlighedsorganisationsniveau, der ved en konfrontation med situationen og det normalt sunde vil vække en så dysreguleret overføring i den terapeutiske situation, at den ikke interaktivt lader sig regulere. Denne terapiform og dens tilhørende relateringsformer (evt. i kombination med teknikker og metoder fra adfærdsterapi og kognitiv terapi) er velegnede til klienter fra funktionsgruppe fem og fire.

Symptom-kontekst-terapien, som den er formuleret af Luborsky & Crits-Cristoph (1998), forbinder symptomer, situation og det normale og fokuserer i et vist omfang på overføring/modoverføring. Hans analyseredskaber til at forstå symptomer i konteksten er en frugtbar tilgang over for klienter, som ofte har svært ved at forstå deres symptomer.

Symptomer og psykosomatiske reaktioner er oftest dét, der motiverer klienter for psykoterapi. Luborsky fokuserer på symptomer og reaktioner, som de optræder i selve terapien. Metoden fokuse-

rer på, hvilke temaer, emotioner og relationsformer, der fremkalder symptomer og psykosomatiske reaktioner i selve terapien sammenlignet med en symptomfri kontekst. Klienten bliver herigen-nem bedre i stand til at identificere temaer, som fremkalder symptomerne. Sådanne mere kurative metoder skønnes at kunne anvendes for de bedste klienter på funktionsniveau tre og for klienter på funktionsniveau to og et.

Den mentaliseringsbaserede terapi, som den er udformet af Fonagy og Bateman, fokuserer på at identificere egne og andres tilstande og intentioner (Bateman & Fonagy, 2004). Det er en terapiform, som er biased mod en kognitiv "Theory of Mind"-tankegang uden en klar fokusering på affekter (spe-cielt i her og nu terapisituationen). Terapiformen vægter en kognitiv forståelse af tilstande, følelser og tankemønstre (kognition m.v. som regulatorer; dorsolateral frontalcortex og hippocampus, se Schore-forelæsning, 2005), men underbelyser oplevelsen og erfaringen af emotionerne (orbitofron-talcortex og amygdala), som skal reguleres i terapien via terapeutens tilstande. Dette aspekt er langt mere fremtrædende hos Fosha, som vægter kropsfornemmelser, følelser, tanker og handling i selve terapisituationen. En meget grundig, inspirerende og velafbalanceret gennemgang af mentaliserings-baseret terapi med en mere klar fokusering på emotioner og affektregulering findes i Allen & Fonagy (2006). Et centralt begreb er "mentalizing emotionality": Mentalisering samtidig med tilstedeværelsen af en emotionel tilstand, dvs. at føle og tænke over en tilstand samtidig. Den mentaliseringsbaserede terapi er udviklet til klienter på borderlineniveau, altså klienter fra funktionsgruppe fire og eventuelt tre. En behandling af de mere traumespecifikke forstyrrelser i regulering af følelser, i mentaliserings-evne og i det psykiske forsvar og af den terapeutiske indsats over for disse forstyrrelser er foretaget af Varvin (2003). Et mentaliseringsbaseret behandlingsprogram til regulering af de mere traumespe-cifikke forstyrrelser er som tidligere nævnt udarbejdet af Allen og medarbejdere (Allen, 2004, 2005). Her arbejdes med en lang række traumespecifikke autoregulatoriske strategier og sammensætning af enkeltstrategier til samregulering af brudfladerne i relationsformernes hovedkomponenter: Regulering af tanker, regulering af følelser (indtryk), regulering af impulser og sanseoplevelser (udtryk, krop) og regulering af adfærd.

Effekten af MBT-behandling er bl.a. vist ved en reduktion af selvdestruktiv psykopatologisk funktion hos BPD (Bateman og Fonagy, 1999, 2001) og ikke ved en påvist ændring i den underliggende person-lighedsstruktur (Giesen-Bloo et al., 2006).

Den overføringsbaserede terapi (TFT) er udviklet af Kernberg og hans gruppe (Kernberg et al., 1992; Clarkin et al., 1999; Koenigsberg et al., 2000; Clarkin et al., 2006) og sigtede oprindeligt på behandlin-gen af borderline personlighedsforstyrrelser og de mere alvorlige DSM-IV akse II personlighedsforstyr-relser (borderline, histrionisk, narcissistisk, paranoid, skizoid og skizotypal) og andre personer, som er struktureret på et borderline organisationsniveau. I gruppens senere arbejder inddrages komplikatio-ner med co-eksisterende psykopatologier, tidlig traume/dissociation, erotisk overføring m.v., og der fo-kuseres eksplicit på psykofarmakologisk behandling i kombination med psykoterapi. Behandlingens ho-vedfokus er overføringen i terapisituationen (og mindre på relationer uden for terapien). Overføringen bringes op til overfladen og præsenterer og tydeliggør for klienten de internaliserede objektrelationer, som udgør vedkommendes relation til sig selv og til andre. Dette sker gennem en stadig klarifikation, konfrontation og tolkning af objektrelationerne med deres indbyggede billede af en selv, af den anden og den forbindende (dysregulerede) affekt. Unormalitet, symptomer og sygdom klarificeres og kon-fronteres. Forsvarsstrategier kan evt. diskret påpeges, men konfronteres ikke. Terapeuten er solidarisk med den (mulige) sunde del af klienten, og symptomer og usunde relationer kan gøres til egodystome modstandere af klientens sunde livsudfoldelse og udvikling. Objektrelationernes forbindende affekt (som oftest ligger skjult under forsvar hos klienter på funktionsniveau 3) kan aflæses på relationsfeltet i Sørensen, 2006, fig. 5 og 6. Denne terapiform, som i sin natur er kurativ, stiller store krav til terapeu-ens selvreguleringsevne og egner sig især til klienter på funktionsniveau tre.

Ud fra Kernberg gruppens forskning og nyere empirisk effektforskning synes TFT velegnet til klienter på funktionsniveau tre og mindre velegnet til klienter på funktionsniveau fire, hvor SFT viser sig velegnet. Det bemærkelsesværdige er, at både TFT og SFT har en klar effekt på udvikling og modning i personlighedsstruktur og evne til affektregulering (bl.a. klare forbedringer med hensyn til forladthedsfølelse, impulsivitet, affektiv ustabilitet, tomhedsfølelse og vrede) – ud over klare symptomforbedringer – efter et til tre års behandling (Giesen-Bloo et al., 2006).

Ud over forskellige faser i terapien er der temaer i terapien, som er fælles for traume- og torturoverlevende, der lever i et nyt land. Disse universelle temaer omfatter frygt for at tabe kontrol over raserifølelse og angst, skam over hjælpeløshed forårsaget af krigstraumer og tortur, raseri og sorg over det pludselige tab af fremtidsplaner, skyld over at have overlevet m.v. Sådanne temaer udspiller sig i overføring og modoverføring. Det vil sige, at der er to hovedstrømme i overføringen. Dels overføring (og den tilsvarende modoverføring) hidrørende fra klientens personlighed og eventuelle personlighedsforstyrrelse (Clarkin et al., 1999) og dels en traumespecifik overføring med udspring i traumespecifikke temaer som de ovennævnte. Overføring fra eventuel personlighedsforstyrrelse blandes med den traumespecifikke overføring og transmitteres til terapeuten ad flere kanaler: Gennem affekter, forsvar, somatiske tilstande, ego tilstande, ubevidste erindringer og kognitiveperceptuelle processer (Wilson & Drozdek, 2004, kap. 11).

3.2 Om traumers virkning på klient og behandler

Klienten bearbejder virkningen af traumerne gennem sin unikke personlighed og evt. personlighedsforstyrrelse. Ensartede traumatiske begivenheder påvirker en person forskelligt afhængigt af personlighedstype. De forskellige mønstre hos klienten påvirker terapeuten på forskellige måder og udgør vigtige dele af modoverføringen. Wilson (2004) og Wilson & Thomas (2004) påpeger, hvordan ikke-kongruente modoverføringsaktioner kan have en patogenetisk konsekvens, som kan give sig udslag på i hvert fald følgende seks måder:

- Ophør eller afbrydelse af behandlingsprocessen
- Fiksering i en bestemt fase af behandlingen
- Regression i egoets og sikkerhedens tjeneste
- Intensivering af overføringen
- Acting out og
- Dissociation som forsvar.

Info

Terapeutens modoverføring eller relationsformer i terapien udgør et væsentligt element i overføringen (relationsformerne) i supervisionen. Der er en klar parallelitet mellem terapeutens modoverføring i terapien og hans overføring i supervisionen. Herudover er der overføringsdelen i supervisionen, der stammer fra terapeutens egen personlighedsstruktur. Supervisionen bør benytte både den bevidste verbale fremlægning (Kernbergs kanal et), terapeutens ofte ubevidste nonverbale udtryk, som det fremgår af videomateriale (Kernbergs kanal to) og terapeutens egne tilstande (modoverføringen i terapien – Kernbergs kanal tre). Supervisionen kan således give terapeuten indsigt og affektregulering via mundtlig fremlæggelse af og videomateriale fra sessionerne (Clarkin et al., 1999, 2006; Kernberg et al., 1992).

Der er god evidens for, at traumatiserede klienter med udifferentierede objektrelationer og lavt personlighedsorganisationsniveau behandles med supportative interventioner, mens klienter med differentierede objektrelationer og højere personlighedsorganisationsniveau behandles i henhold til

traumefokuserede og mere ekspressive behandlingstilgange (Wilson & Drozdek, 2004; Wilson & Thomas, 2004; Wilson, 2004). I tråd hermed er det blevet empirisk påvist, at kvaliteten af objektrelationer er en prædiktor for terapiudbytte hos personer med PTSD (Ford et al., 1997).

Klienterne fra gruppe tre, to og et kan i højere grad behandles i kurativ retning med en kortlægning, klarificering, konfrontation og fortolkning af traumerne, af symptomer og kropsfornemmelser, af emotioner og følelser, af tanker og verbalt udtryk og af adfærd i forhold til fortidige og nutidige situationer – alt sammen på baggrund af og holdt op imod det objektivt normale. Det vil sige, at der i den kurative terapi fokuseres samtidigt på alle komponenter ved relationsformerne, som er vist i fig. 1. Der fokuseres direkte på udveksling og relation mellem terapeut og klient (f.eks. Fosha, 2000; Kernberg 2005; Lichtenberg, 2005; Wilson, 2004; Wilson & Thomas 2004). Indsigt og især reparation og opbygning af selvregulering hos klienten via terapeutens evne til selvregulering og mentalisering er en afgørende helbredende faktor for klienterne i disse grupper (se f.eks. Schore, 2003a, 2003b). Som Allen formulerer det, er vi alle "in the same boat":

"Of course we clinicians must mentalize to foster mentalizing in our patients. It is through our own mentalizing that we engage our patients in the process of mentalizing (and conversely, through their mentalizing that they engage us in the process). We are in the same boat with our patients. We, too, must rely on an intact social brain, a secure attachment history, and an optimal level of arousal. We bring to the session our developmental competence, and our current state of mind (based on our feeling of security and level of arousal at the moment) may or may not be conducive to mentalizing performance. We, too, know the "biology of being frazzled" as our prefrontal cortical functioning goes offline, giving way to our limbic propensities to fight, flight or freeze responses. When our patients retreat from mentalizing, for example, by drawing us into re-enacting traumatic attachment relationships, they provide us with direct experience of the biology of being frazzled. We, too, may feel threatened and unsafe. Plainly, the process of exploring the mental world requires a sense of safety and security for both parties, a sense of mutual trust. It takes two to mentalize therapeutically". (Allen, 2003 p. 105)

En grundig gennemgang af terapeutens modoverføringsreaktioner, medfølelsestræthed og vikarie-rende traumatisering og behandling heraf er foretaget af Wilson & Thomas, 2004 og Rothchild, 2006.

3.3 Om brug af tolk i psykoterapi

Et vigtigt forhold i arbejdet med traumatiserede flygtninge, der ikke taler tilstrækkeligt dansk til at kunne undvære tolk i terapisesionerne, er den nonverbale kommunikation mellem tolk og klient. Opgaven må være, at tolken udtrykker det verbale og kognitive indhold i terapien samtidig med, at den nonverbale kommunikation er domineret af terapeuten og klienten. Tolken skal være placeret i lokalet, så han/hun har den samme afstand til klient og behandler og således, at ansigtskontakt til begge er mulig, men mindsket. Den nonverbale kommunikation fra tolken bør i videst muligt omfang synkroniseres med terapeutens og klientens nonverbale, emotionelle kommunikation. Ved at tale om det, ved at øve sig, ved at kende hinanden og emotionelt svinge sammen skal terapeut og tolk forsøge i videst mulige omfang at synkronisere deres tilstande og emotioner (relationsformer) i forhold til klienten – alt sammen under terapeutens "fører an" og tolkens "følger efter" (jfr. Fosha, 2000; Sørensen, 2006). Hvis tolken "fører an" eller på anden måde kaprer, overtager eller styrer relationen i terapien, må terapeut og tolk efterfølgende arbejde med problemet, eller tolken må udskiftes. En stabil, langvarig og kendt relation mellem terapeut og tolk er langt at foretrække frem for skiftende tolke, som eventuelt på uforudsigelige måder kan indgå i andre relationsformer med klienten end den, terapeuten lægger og "fører an" med. Affektsynkroni mellem terapeut og tolk og mellem tolk og klient må være det optimale. Dette tydeliggør de store krav, der stilles til tolkens følelsesmæssige ressourcer og empatiske evner, da tolken ideelt set skal kunne balancere mellem relationen til behandleren og relationen til klienten på en måde, som er loyal over for begge.

3.4 Kategorialaffekternes betydning

Et helt centralt element i den mere kurative (strukturforbedrende) terapi er fremkaldelsen af kategorialaffekterne og reguleringen af den i klientterapeutdyaden. Det, vi møder i den daglige klinik med PTSD-klienter, som er personlighedsorganiseret på niveau fem, fire og til dels tre, er dog ikke kategorialemotioner med de karakteristika, de har (med deres udløsende perciperede situation, deres kognition, deres oplevede følelsetilstand, deres åbenlyse adfærd og handling, deres kropslige og fysiske fornemmelser, deres ansigtsmæssige og kropslige udtryk og deres effekt eller indbyggede intention). Det, vi derimod oftest møder, er symptomer, (røde) signalaffekter og forsvar, som blokerer adgangen til de livgivende, meningsgivende og retningsgivende vitalitetsaffekter og kategorialemotioner. Når vi i terapien (specielt med klienter fra kategori tre, to og et) går igennem symptomer, signalaffekter og forsvar, er det, der møder os, de smertefulde, dysregulerede kategorialaffekter.

Det er terapeutens opgave via sin egen evne til autoregulering i dyaden at hjælpe klienten til bedre at regulere og modificere disse til tider voldsomme dysregulerede tilstande og kategorialemotioner for klienten. I denne del af terapien er der ikke tale om kognitive evner eller indsigt i årsager til tilstandene. Der er tale om terapeutens ordløse evner til autoregulering af sine egne vitalitetsaffekter og kategorialemotioner i nærvær af – og til tider under angreb fra – klientens dysregulerede affekter. Det, der karakteriserer samtlige klienter i psykoterapi, er deres vanskeligheder med affektregulering. Personens specielle vanskeligheder med affektregulering karakteriserer ham og er medvirkende til at beskrive forstyrrelserne i personligheden. Hvilke kategorialemotioner er væk? Hvilke er dysreguleret? Hvilke er velreguleret? Det er fraværet af kropsligt integrerede og regulerede kategorialemotioner, som er et hovedproblem for mange klienter. Schore, Stern og Fonagy understreger alle her i bogen fejl og mangler i den dyadiske affektregulering som en af hovedkilderne til psykopatologi, Fosha (2000, 2004,b) gør det samme.

PTSD er som alle andre psykiske lidelser og problemer forbundet med regulering af kategorialemotioner, der som nævnt er forudsætningen for subjektets oplevelse af mening og retning. Emotioner er forbundet med psykopatologi på fire måder:

- Når nogle kategorialemotioner er ekstreme (underregulerede)
- Når nogle kategorialemotioner er fraværende eller begrænsede (overregulerede)
- Når (stærke) emotioner er i konflikt
- Når der er manglende forbindelse mellem komponenterne i den emotionelle kæde: Perciperet situation, kognition, følelse (indtryk), deres åbenlyse adfærd og handling og deres fysiske, kropslige fornemmelse (udtryk) (Plutchik, 2000, 2003).

Info

Disse reguleringsproblemer og brud i BASK-I modellens komponenter bevirker fragmentering, meningsløshed og retningsløshed i livet (jf. Fig. 1-5 og bilag 3). De defensive strategier – for at undgå de smertefulde dysregulerede kategorialemotioner – inkluderer ifølge Valliant (1993), Fosha (2000) og Conte & Plutchik (1995) de formelle forsvar, som opererer intrapsykisk (fortrængning, benægtelse, reaktionsdannelse osv. (Se tabel 4 & 5 (Plutchiks) i Sørensen, 2006)). De defensive strategier involverer også mere primitive former, som har til formål at manipulere realiteten (fx eksternalisering, projektion, projektiv identifikation, somatisering, introjektion, splitting m.fl. – se Kjølbye, 2001). De defensive strategier involverer også operationer i selve den relationelle kontakt – såkaldt taktiske forsvar. De inkluderer undgåelse af øjenkontakt, mumlen, stillingskift, kropspanser m.fl. – se Della Selva, 2001.

Affekter, som netop mangler kategorialemotionernes kvaliteter (især de kropslige komponenter og handletendenserne), kan også fungere som forsvar. Det kan være en mere hul "ked af det", en ikke

ægte smilen (hvor øjenomgivelserne ikke "smiler"), en uforløst vrede i form af konstant brok, en evindelig ironi og sarkasme (se fx Greenberg, 2002). I sådanne tilfælde, hvor kategorialeemotionerne optræder mere som symptomer, mangler de, ud over kvaliteterne, også objektrettethed. Emotionernes og forsvarets niveauer er ud fra et neuroaffektivt udviklingspsykologisk perspektiv foretaget af Hart, 2006.

Gode eksempler på kategorialeemotionernes kropslige, fysiske fornemmelser og deres ansigtsudtryk findes i Rothschild, 2004, p. 76-77, og en oversigt over deres handletendenser, kognitive komponenter og oplevelsesmæssige kvaliteter samt handlemæssige effekt (deres mening i forhold til situationen) findes i Plutchiks tabeller (se Sørensen, 2006, p. 45, 58 og 59).

3.5 Dissociation og traumer

De generelle elementer i relationsformerne genfindes i den mest udbredte videnskabelige model for dissociationsreaktioner, den såkaldte BASK model, som beskriver de mulige brudflader i bevidsthedens sammensætning (Braun, 1988; Ross, 1997). Modellen henviser til brud mellem adfærd (Behaviour), affekt (Affect), fornemmelse (Sensation) og erindring, viden og kognition (Knowledge). I forhold til den ovenstående generelle model (fig.1) for relationernes hovedbestanddele, ses BASK-modellens elementer ikke i forhold til oplevelsen af eller forestillingen om en situation. Adfærd, affekt, (krops)fornemmelse og kognition skal altid ses i forhold til en situation (som igen skal ses i forhold til det objektivt normale) for at give mening – både for klient og terapeut.

Denne del af den samlede forståelse er inddraget i den af Levine fremsatte SIBAM model (Sensation, Image, Behaviour, Affect og Meaning) (Levine, 1992, 2003; se også Rothschild, 2004). Det, Levine benævner "Image" – forestillingsbilledet, repræsenterer netop en oplevelse af eller forestilling om en situation. Det samlede billede – en BASK-I model – udgør meningen eller betydningen. Den fulde mening og betydning af disse fem grundelementer i relationsformerne kommer kun frem ved at holde dem op mod det objektivt menneskeligt normale.

Hovedsymptomerne ved kronisk PTSD – flashbacks, panikanfald, undgåelse, vagtsomhed m.fl. – kan forstås som adskillelse (splits) eller dissociation mellem relationsformernes normalt sammenhængende elementer.

Hvis vi kaster et blik på fig. 2-5 ser vi, hvori PTSD-symptomerne består ud fra en dissociations-synsvinkel (se også Rothschild, 2004):

FIGUR 2

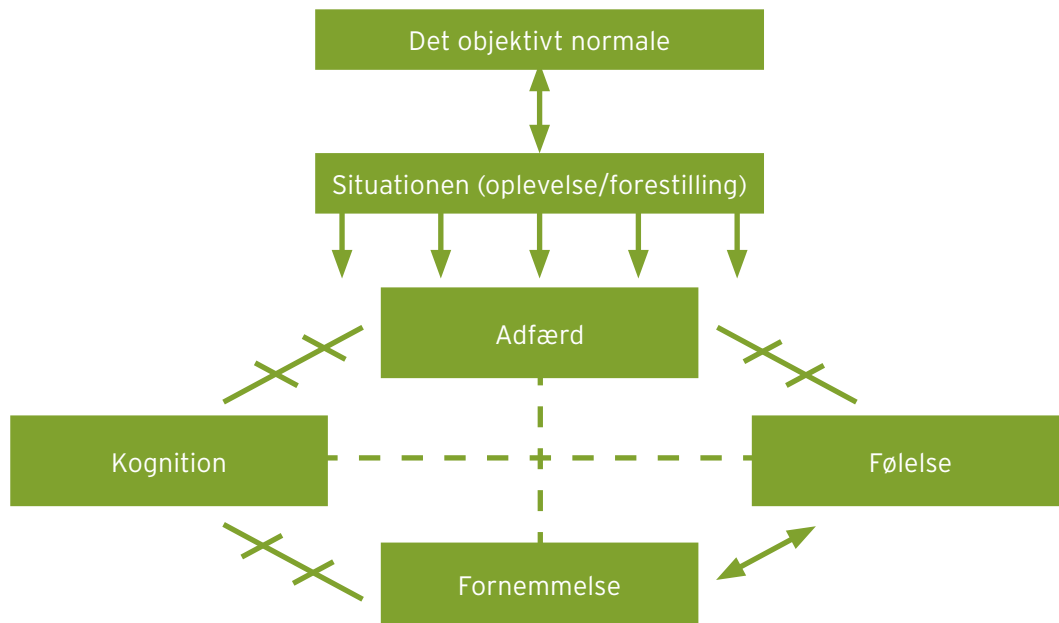


Fig. 2. De to BASK-I elementer i "visuelle flashbacks": Følelser og fornemmelser er dissocierede fra kognition, adfærd og situation.

FIGUR 3

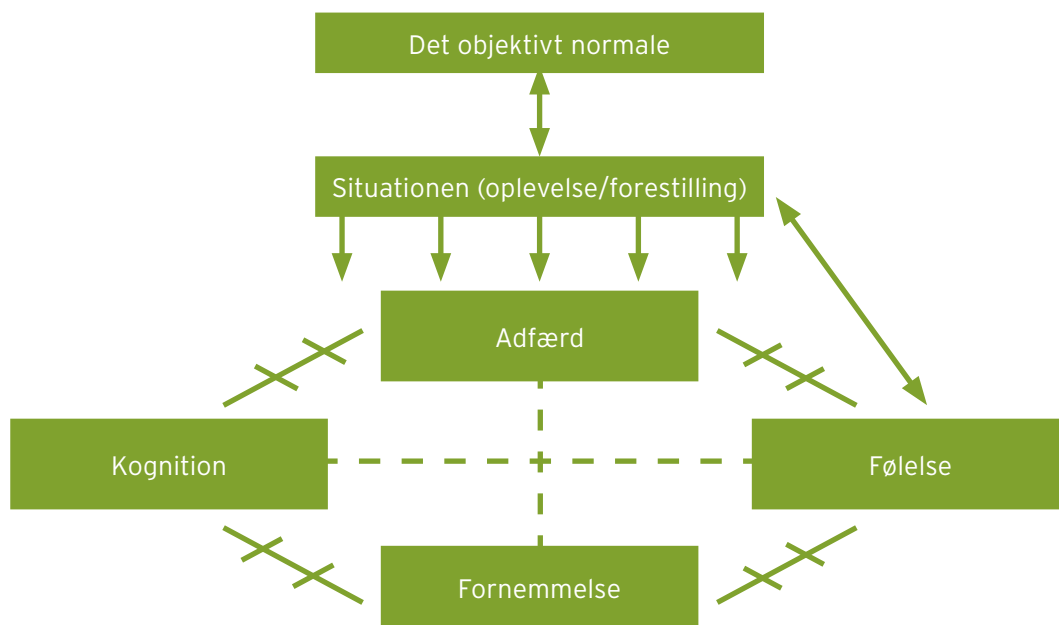


Fig. 3. De to BASK-I elementer som indgår i PTSD-symptomet "panikanfald": Voldsomme (angst)følelser er forbundet med oplevelser af eller forestillinger om bestemte situationer, men dissocieret fra adfærd, kognition og fornemmelse.

FIGUR 4

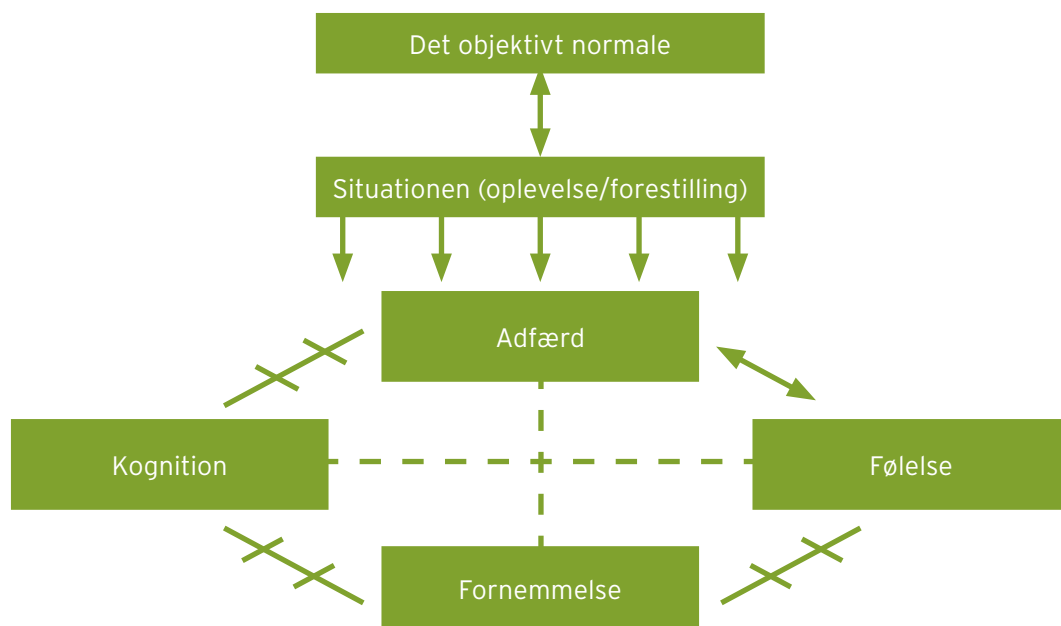


Fig. 4: De to BASK-I elementer som indgår i PTSD-symptomet "undgåelse": Voldsomme (frygtsomme) affekter er forbundet med adfærd uden meningsfuld forbindelse til situation, kognition og fornemmelse.

FIGUR 5

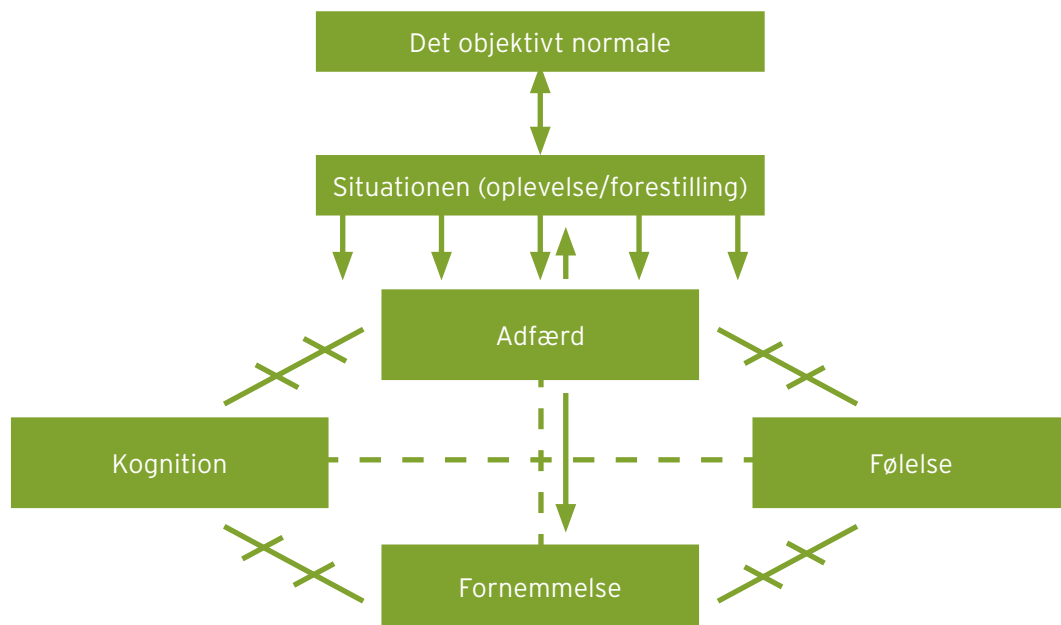


Fig. 5. Ved PTSD-symptomet "vagsomhed" opstår vagsomhed, chok og forvirring i bestemte situationer, uden at klienten kan forbinde den med bestemte følelser eller bestemte tanker. Situationerne, som fremkalder vagsomheden, er langt fra altid bevidste for klienten.

Hvert element kan også stå alene: Løbske tanker (fx paranoia) uden forbindelse (for subjektet) til situation, adfærd, følelse og fornemmelse. Voldsomme (kropslige) fornemmelser (fx somatisering) uden forbindelse for personen til følelser (kategorialemotioner), adfærd, kognition og situation.

Meget tyder på, at der er et hierarki og en sammenhæng mellem de forskellige PTSD-symptomer. De er ikke uforbundne eller sideordnede. Af de ovennævnte symptomgrupper ved PTSD ser det ud til, at undgåelsessymptomerne – herunder (kategorial)affektfohi – er de mest centrale (Beck et al., 2006). Dette stemmer med, at hovedingrediensen i den mere kurative behandling er arbejdet med gradvist at vænne PTSD-klienten til at erindre og konfrontere sig med traumatiske erindringer med henblik på at se sine minder i øjnene – at imødegå undgåelser. Klienten lærer i den rolige terapisisituation gentagne gange at gennemleve de uhyggelige, smertefulde og meningsløse minder bid for bid. Dette bevirker efterhånden en desensivering af de (angst)undgående symptomer, og erindringerne bliver mere klare og nøgterne og forståelige.

Virkningsmekanismen ser ud til at være en præfrontal inhibering og modulering af amygdalaaktiveringen (gennem klientens perception af en tryk relation) og en hippocampal inhibering af amygdala gennem de bevidste, eksplicite, deklarative erindringer om traumat (jfr. Fig. 6). Der er en vis indre sammenhæng med den generelle undgåelse af visse steder, tanker, følelser osv. og de øvrige PTSD-symptomer. Flashbacks, invaderende tanker og erindringer skyldes i vid udstrækning en generel og udifferentieret "fortrængning" (dvs. en generel inhibition fra de parahippocampale områder, fra gyrus cinguli anterior m.fl. af limbiske strukturer) uden en bevidst og nuanceret oplevelse, modulering og regulering via de mediale præfrontale områder – specielt orbitofrontalcortex (mPFCv). Denne unuancerede og uintegrerede "fortrængning" truer hele tiden personen med gennembrud (invasion, flashbacks, panikanfald m.v.) og en helt dysreguleret og smertefuld tilstand. Denne tilstand er en aktivering af tilknytningssystemet, en aktivering af separationsangsten, som styres af det basale emotionelle system som Panksepp (1998, 2001) benævner paniksystemet (se også tabel 6 og 7, samt side 112-114 i Sørensen, 2006). Det er den absolut forståelige undgåelse eller "fortrængning" af denne tilstand – undgåelse af smerte, dysregulerede affekter, kropstilstande, tanker og handlinger ude af situationel kontekst – der ser ud til at være det centrale PTSD-symptom, der i vid udstrækning betinger de øvrige PTSD-symptomer (Beck et al., 2006).

Beck et al. påviste, at personer der led af PTSD i forhold til personer, som ikke led af PTSD og som havde været udsat for sammenlignelige traumedoser, i særlig høj grad var tilbøjelige til at hæmme eller fortrænge følelser og tanker og minder om de traumatiske begivenheder, så disse aldrig blev fordøjet, reguleret og integreret med de øvrige elementer i psyken, det være sig inter- eller intrapsykisk (Beck et al., 2006).

Behandlingen i forbindelse med traumbearbejdning i grupperne et til tre bør have som hovedsigte at udvikle og styrke relationsformernes enkelte elementer for senere at frembringe sammenhæng og integration mellem elementerne i BASK-I modellen. Det overordnede behandlingsmål er således – til tider smertefuldt – hukommelsesarbejde, som rædsel og smerte har splittet: En fornemmelse af og erindring om situationer, adfærd, tanker, følelser og (krops)fornemmelser. Erindring om barndom, opvækst, tilfangetagelse og tortur samt nærvær og erindringer om ankomst til Danmark. Uden en samlet og integreret erindring er der ingen samlet identitet, ingen vitalitetsfølelse, intet fremtidsmål, intet nærvær og ingen relationel intimitet. En person, som ikke hænger sammen indvendigt og i sine relationer, er hjælpeløs, håbløs, mangler handlekraft, retning og mening.

Derfor er traumebehandlingens overordnede sigte – specielt for disse grupper – integreret erindringsarbejde, det vil sige erindring og integration af BASK-I elementerne i relationsformerne. Dissociation opleves af klienterne og fremtræder som depersonalisation, derealisation, amnesi, identitetskonfusion og identitetsforandring (Spiegel, 1997). Det er diagnostikkens opgave at beskrive klientens relations-

former, bruddene og den eventuelt manglende udvikling i deres grundelementer. Tilsvarende er det behandlingens mål at hele disse brud gennem erindringsintegration, modning og individuation af de enkelte relationskomponenter Jf. Varvins grundige og caseeksemplificerende gennemgang (Varvin, 2003). Ud over traumer og traumatisering sættes forståelsen af klientens vanskeligheder ind i en bredere sammenhæng, hvor forhold ved flugten og livet i eksil udgør en vigtig forståelsesramme for behandling (Varvin (2003) del I og III).

Definitioner på psykologiske traumer kan således ikke fastlægges ud fra konkrete begivenheder, begivenhedernes voldsomhed, varighed m.v. Ikke alle smertefulde og rædselsvækkende situationer er traumatiserende. Den mest accepterede og brugbare definition er fremsat af McFarlane og de Girolamo i van der Kolk et al., 1996. De beskriver fordelingen af og årsagen til posttraumatiske reaktioner hos mennesker og fremhæver, at ud over det rædselsvækkende og smertefulde er traumatiske situationer "begivenheder som ødelægger vores eksisterende måder at skabe mening i vores handlinger, strukturere vores opfattelse (perception) af andre menneskers handlinger og vores begrebsrammer for interaktion med verden i det hele taget. Dette er delvist bestemt (determineret) af vores evne til at anticipere, beskytte og kende os selv" (p. 32). Det er subjektets meningsdannelse over for egne reaktioner, andres handlinger og mening i verden, som nedbrydes.

Det fremgår af definitionen på traumatiserende begivenheder, hvor stor betydning den forudgående personlighedsstruktur har. Der er som nævnt store individuelle forskelle på, hvad der skal til for at nedbryde den enkelte persons menings- og værdiopfattelse angående selv, andre og verden. En person med svagt organiseret personlighedsstruktur og usikker tilknytning oplever hurtigere hjælpeløshed og håbløshed end en person med høj personlighedsorganisation og sikker tilknytning. Der er god videnskabelig evidens for en indre og ofte forekommende sammenhæng mellem traume, dissociation og desorganiseret tilknytning (Liotti, 2004).

Dissociationers adaptive værdi er, at den tillader personen psykisk at overleve under katastrofale begivenheder. Når de traumatiserende begivenheder ophører, er den invaliderende virkning imidlertid en gentagelse og fastbrænding af de adskilt fungerende neurale netværk. Uden terapeutisk hjælp fortsætter de dissociative episoder, som forringer modningsmulighederne af de neurale netværk. Specielt invaliderende – set ud fra et psykoneurobiologisk perspektiv – er problemer, som udvikler sig i forbindelse med:

- Højere neurale kredsløbs manglende kontrol over lavere kredsløb (cortikale, orbitofrontale, parahippocampale områders manglende kontrol over især limbiske strukturer)
- Forstyrrelser i autonom regulering fx primitiv parasympatisk regulering af dorsale motoriske nukleus
- Hukommelse, både eksplicit og procedural hukommelse
- Integration af kropslige fornemmelser (somatisk dissociation)
- Selvfornemmelse
- Affekt og motivation
- Forstyrrelser i endokrin- og immunsystem regulering
- Forstyrrelser i kognition og søvn (Scaer, 2005)

Info

Se også Aposhyan, 2004; Howel, 2005; McCollough et al., 2003; Ogden et al., 2006; Van der Hart et al., 2006; Vermetten et al., 2007)

3.6 Neurobiologiske aspekter ved traumer og terapi

Traumer har en gennemgribende påvirkning af udskillelsen af stressfølsomme neuro-hormoner såsom noradrenalin, cortisol m.fl. Disse stresshormoner påvirker forskellige områder i hjernen, som er involve-

ret i hukommelse, specielt amygdala og hippocampus (Se f.eks. Schore, 2003, 2005). Amygdala modtager – via thalamus – sensorisk information fra de fem sanser, tilskriver emotionel betydning til begivenheder og videregiver den emotionelle vurdering til hippocampus. I overensstemmelse med amygdalas vurdering af begivenhedernes betydning, aktiveres hippocampus i større eller mindre grad, organiserer det nye input og integrerer det med allerede eksisterende information om lignende sensoriske begivenheder. Under normale affektregulerede forhold fungerer systemet effektivt og konsoliderer erindringer i overensstemmelse med deres emotionelle prioritet.

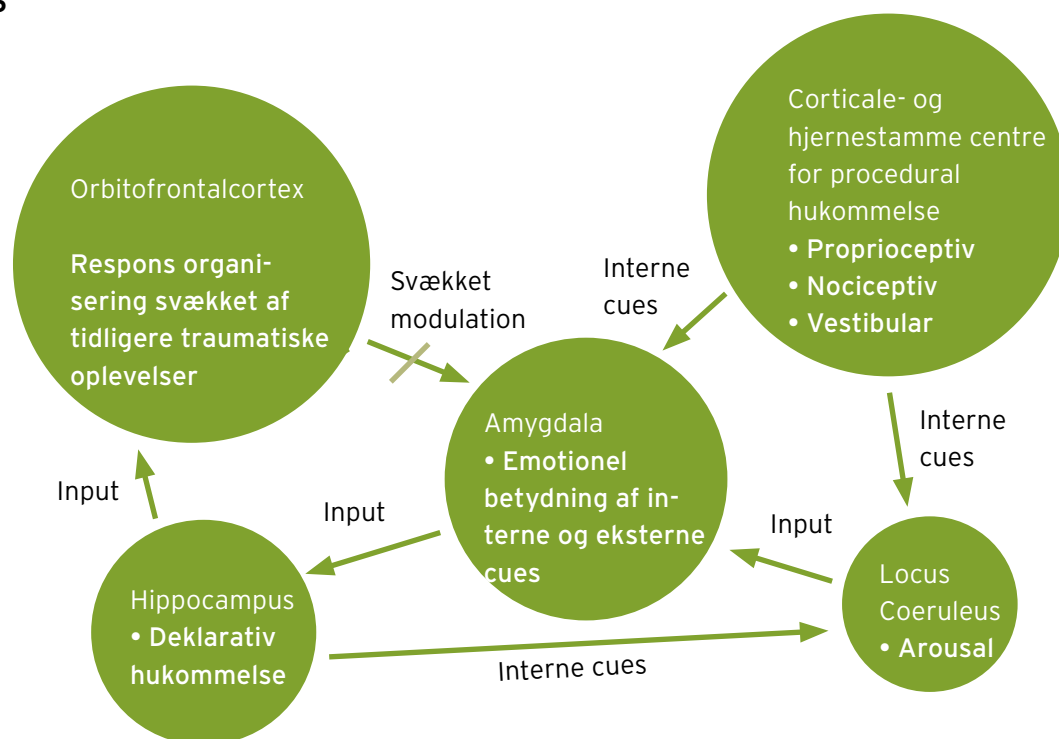
Under traumatiske omstændigheder med bl.a. høj neurohormonal stimulering sker et sammenbrud. Overvældende emotionel betydning registreret af amygdala bevirker en dæmpning af hippocampal aktivering, således at dele af det traumatiske ikke bliver brugbart organiseret af hippocampus eller bliver integreret med andre hukommelsesspor. Dette resulterer i, at større eller mindre dele af de traumatiske erindringer ikke bliver opbevaret som dele af et sammenhængende hele, men som isolerede sensoriske billeder og kropslige fornemmelser, som ikke er lokaliseret i tid eller i en situation eller integreret med andre begivenheder. En overaktiv og sensitiveret amygdala fastholder et menneske i en tilstand af vagtsomhed med aktivering af det sympatiske nervesystem med hurtig vejrtrækning, skælven, koldsved og årvågenhed (jf. figur 6).

Den almindeligt integrerede hukommelse kan modificeres af fremtidige begivenheder og gennem sprog. Her overfor står den traumatiske hukommelse, som består af kaotiske fragmenter, som er afskåret fra modulering af senere erfaringer. Sådanne hukommelsesfragmenter er ordløse, stedløse og evige. Hjernens opbevaring af erindringer er isolerede og anonyme stumper af intense emotioner, tanker, fornemmelser, handlinger og billeder (af situationer). Amygdalamedierede hukommelser er lettere at reaktivere end de bedre integrerede og de, der er modificeret af hippocampus og den cerebrale cortex. Dette er en af årsagerne til, at traumer "huskes" og dukker op på upassende tider og steder. Situationer i nutiden, som på en eller anden måde har en sensorisk lighed med den traumatiske, kan reaktivere den amygdalabaserede hukommelse. De opdukkende fornemmelser og emotioner har intet sprog, som forbinder dem med oplevelsen af den traumatiserende begivenhed. De har ingen betegnelse, som forbinder dem med noget, fordi de altid har været helt uden sprog. De tilhører ikke nogen narrativ, ingen tid, intet sted, ikke en historie om begivenheder, som klienten kan fortælle om sit traumatiske liv. De er i en kontekstfri form og udsigelige.

Bl.a. på grund af vores neurologiske opbygning betyder en gradvis gennemlevelse sammen med en anden (i modsætning til genoplevelse alene) en konfrontation med tidligere begivenheder og en udholdelse af (alle) de tilhørende rædsler. Det betyder at gennemleve følelser, som om de værste mareridt er gået i opfyldelse, og som om rædslerne er vendt tilbage. Denne heroiske rejse – på trods af hjernens automatiske advarsler og smertefulde emotioner – er en forudsætning for at integrere de mange elementer til en samlet, meningsfyldt og livfuld identitet og tilværelse.

Terapeutens primære funktion på denne rejse – som klienten skal informeres om (psykoedukation) og selv være indstillet på at gennemføre og have personlighedsmæssige ressourcer til – er at være affektregulator og at fokusere på integration af de dissocierede elementer. Terapeuten affektregulerer klienten interaktivt via sin egen evne til autoregulering (se f.eks. Ford et al., 2005; Schore, 2003; Wilson, 2004; Wilson & Thomas, 2004; Sørensen, 2005; Sørensen, 2006). Denne interaktive affektregulering (via terapeutens autoregulering) indlæres (eller internaliseres) ubevidst i klientens frontal cortex. Det ser ud til, at især højre orbitofrontal cortex internaliserer denne interaktion og udøver en modulerende funktion over for den overaktive amygdala, som orkestrerer en lang række PTSD-symptomer. Amygdala kan være overaktiv både som følge af tidlige relationelle traumer og senere tilkomne choktraumer – eller en kombination. Tilsvarende er højre orbitofrontal cortex' svækkede modulerende kapacitet over for amygdala formentlig en kombination af tidlige relationelle tilknytningstraumer og senere tilkomne choktraumer. Scaer (2001) har skitseret en model, hvor orbitofrontal cortex' modulerende rolle fremgår (se figur 6).

FIGUR 6



Teoretisk model af arousal/hukommelsesantændelse (kindling) ved post traumatisk stress forstyrrelse. Indprentning af deklarativ og procedural hukommelse for den traumatiske begivenhed som følge af den manglende fuldendelse af integration, fører til en gentagelse af et antændt (kindled) neuralt loop, som indbefatter locus coeruleus, amygdala, hippocampus og hjernestammen, og corticale centre for procedural hukommelse. Interne hukommelses-cues, både deklarative og procedurale medvirker til at forstærke arousal. Forringelsen i den modulerende påvirkning af en dårligt udviklet højre orbitofrontalcortex som følge af tidligere livs-traumer kan forstærke denne proces. (fra Scaer, 2001, p. 46)

Locus coeruleus i hjernestammen er af Krystal et al. (1989) blevet kaldt hjernens traumecenter. Locus coeruleus medierer via noradrenalin det sympatiske nervesystems respons overfor stress og er den centrale komponent i "fight-or-flight" responsen (se Allen, 2004 p. 140 ff.). Både noradrenalin (NE), Locus coeruleus (LC) systemet og det serotoninbaserede (5-HT) dorsale raphe nucleus (DRN) system i hjernestammen har stået centralt i udforskningen af stress, depression og angst. DRN forsyner cortikale og limbiske strukturer med serotonin. I en undersøgelse af Amat et al. (2005) blev det påvist, at ukontrollabel stress selektivt aktiverer DRN 5-HT neuronerne. Den intense aktivering af ukontrollabel stress i dette system er en nødvendig og tilstrækkelig forudsætning for indlært hjælpeløshed. Lignende resultater er rapporteret for LC, og forandringerne i DRN og LC under ukontrollabel stress er muligvis forbundne (Amat et al., 2005). Det interessante i denne sammenhæng var, Amatt et al.'s påvisning af, at den ventrale mediale præfrontale cortex (mPFCv) kunne modulere og neddæmpe stress/depression/frygt responsen fra DRN (mPFCv) er det samme som orbitofrontalcortex. Amst et al fremhæver, at krigsveteraner med PTSD udviser forøget amygdala-aktivitet og reduceret mPFCv aktivitet, når de ser kampscener, sammenlignet med veteraner uden PTSD. De påpeger, at perciperet kontrol aktiverer mPFCv, der via et serotoninbaseret signal modulerer limbiske- og hjernestammeprocesser. Disse processer er forbundet med ukontrollerbar stress, depression og angst, som det kan ses hos personer med PTSD. Disse fund stemmer overens med Scar's model i fig. 6, men fremhæver frontalcortex' direkte indflydelse på serotonin-systemet i hjernestammen. Amat et al., 2006 har ydermere kunnet påvise, at tidligere erfaringer med stresskontrol blokerer for adfærdsmæssig og DRN-aktive-

ring over for senere opdukkende ukontrollabel stress, og at mPFCv spiller en afgørende rolle i denne beskyttelsesmekanisme.

Kernen i den terapeutiske virkningsmekanisme – uafhængig af terapiteknik – ser ud til at være klientens perception af kontrol over det for ham ukontrollable via terapeutens evne til sikker (tryk) auto-regulering i den terapeutiske situation. Klientens perception af kontrol huskes (ubevidst) og oplagres i mPFCv, som neddæmper stress-reaktionen fra bl.a. DRN. Amat et al.'s forskningsresultater er i overensstemmelse med mange tidligere eksperimentale psykologiske fund, som viser, at den betingede ikke-bevidste frygtindlæring ikke slettes af den emotionelle hukommelse ved udslukning af frygt-responsen. Ved udslukning af de ydre angstmanifestationer (f.eks. aktiv avoidance hos dyr) forbliver frygtsystemet næsten ligeså aktivt, som da dyret udviste fuld frygt-angst respons. Frygt-angst systemet er bl.a. beskrevet af Le Doux, 1996, 2002; Panksepp, 1998, 2004. Se også tabel 6 og 7 samt s. 106 – 109 i Sørensen, 2006. Forskellen er en indlært aktivitet i frontallapperne forårsaget af perciperet kontrol og ikke-fare. Den automatiske forbindelse mellem situation og frygt/vagtsomhed (jf. figur 5) bevares, men outputtet fra systemet kan inhiberes af frontallappernes ventromediale og orbitofrontale dele, som bl.a. Amst et al. har vist. (Se også Solmes & Turnbull, 2004, p. 137-139, og Solms, 2006 for en mere almen behandling af emnet).

Amygdala udviser hyperaktivitet over for traumerelaterede stimuli hos PTSD-patienter: krigsveteraner med PTSD udviste forøget blodgennemstrømning i amygdala, medens de forestillede sig kampsituationer sammenlignet med situationer, hvor de forestillede sig neutrale situationer (Liberzon & Phan, 2003).

Et konsistent fund hos PTSD-klienter med billeddannende teknikker (fMRI og PET-scanninger) er mangler i hippocampal struktur og funktion. Bremner et al., 2003, har således fundet en mangel i hippocampal aktivering og 16 % mindre volumen hos kvinder, som havde været seksuelt misbrugt og led af PTSD i forhold til kvinder, der havde været sammenligneligt seksuelt misbrugt uden at lide af PTSD. Kvinder med seksuelt misbrug og PTSD havde 19 % mindre hippocampal volumen målt med PET-scanning sammenlignet med en tilsvarende gruppe kvinder uden seksuelt misbrug og uden PTSD.

Flere forskere har foreslået en model ud fra de mange neurovidenskabelige undersøgelser med billed-dannende teknikker af PTSD. Modellen viser, at de centrale PTSD-symptomer er medieret af en dysfunktion i de mediale præfrontale områder – specielt i gyrus cinguli anterior, som bevirker en manglende modulering og inhibering af amygdalaaktivitet og/eller en indbygget lavere amygdala responstærskel/hyperarousal over for frygtfremkaldende stimuli. Overaktivering af amygdala orkestrerer en lang række PTSD-symptomer (Villard & King, 2001; Bremner et al., 2003). Se fig. 6.

"Amygdala hyperresponsivity mediates symptoms of hyperarousal and explains the indelible quality of the emotional memory for the traumatic event; inadequate influence by the anterior cingulate cortex underlies deficits of habituation; and decreased hippocampal function underlies deficits in identifying safe contexts, as well as accompanying explicit memory difficulties. Further, we propose that in threatening situations, patients with PTSD exhibit an exaggerated reallocation of resources toward regions that mediate fight-and-flight responses and away from widespread heteromodal cortical areas as a neural substrate for dissociation" (Rauch, 2003, p. 967)

Modellen foreslår endvidere, at den øgede amygdalaktivering medvirker til den førnævnte hippocampusatrofieri som følge af symptomerne på hyperarousal. Amygdalaoveraktivering medfører en stimulation i locus coeruleus, som aktiverer hypothalamus, der bevirker en aktivering af HPA-aksen (hypothalamus, hypolyse, binyrebark), som bl.a. medfører øgede cortisolniveauer (stress-hormon), der ser ud til at medvirke til hippocampusatrofieri (Villard & King, 2001. Se også Ballenger et al., 2004; Nutt & Malizia, 2004; Scar, 2001; 2005). I et oversigtsarbejde af Shin et al., 2006, konkluderes

det, at der gentagne gange er påvist forøget amygdalaaktivitet ved PTSD i symptomatiske tilstande, men også under bearbejdningen af ikke-traumerelaterede affektinformation. Ydermere er amygdala-responsiviteten positivt forbundet med PTSD symptomsværhedsgraden. Ligeledes gennemgår Shin et al., 2006, en række fund, der viser en volumenmæssig mindre medial præfrontal cortex og en hyperresponsivitet i symptomatiske tilstande og under udførelsen af emotionelle kognitive opgaver hos PTSD-patienter. Responsiviteten i medial præfrontal cortex er omvendt forbundet med PTSD symptomsværhedsgrad (Shin et al., 2006).

Hippocampus, som er en hovedstruktur i eksplicit, deklarativ hukommelse, har en inhiberende og regulerende funktion på amygdala. Hvis denne onde cirkel med øget cortisoludskillelse i blodbanen svækker hippocampus, ville dette medføre en forringet deklarativ hukommelse og en øget amygdalaaktivitet. Præcis disse to hovedsymptomer – hukommelsessvækkelse og hyperarousal – præger PTSD-klienterne. En interessant terapeutisk mulighed kunne være en målrettet ikke-intentionel kognitiv "genoptræning" med hukommelsesøvelser, øvelser i spatial orientering osv. for klienter på funktionsniveau fem og fire, eventuelt kombineret med en psykofarmakologisk behandling med "cognitive enhancers" ud over de medikamenter, der i forvejen gives for at mindske PTSD-symptomerne (dopaminantagonister, SSRI-præparater (der ser ud til at stimulere cellevækst i hippocampus), "mood stabilizers" (f.eks. topiramet m.fl.) – se f.eks. Stahl, 2000, kap. 12. Denne hukommelsestræning for at styrke hippocampusfunktionen forsøges i øjeblikket bl.a. på Psykiatrisk Hospital i Risskov i forhold til svært deprimerede (Videbæk, 2005). For klienter på niveau et, to og tre sker der netop en opøvelse og integration af den eksplicite hukommelse, og den implicite "kropslige" hukommelse via selve trauebearbejdningen. I mentaliseringsbaseret terapi opøves kontinuerligt hukommelse og kognitive funktioner. Fonagy fremhæver direkte den interpersonelle interpretative mekanismes kognitive del (IIMC). Se Fonagy, 2006. I intentionsbaseret terapi (f.eks. MBT og TFT) foregår dels en opøvelse af kognitive funktioner og emotionsregulerende funktioner og en integrering heraf.

Dyreeksperimenter har påvist, at antidepressiv medicin fremmer hippocampal neurogenese og blokerer stresspåvirkningen af hippocampus (f.eks. Malberg, 2001). Bremner & Vermetten, 2004, har påvist, at behandlingen med SSRI-præparatet Paroxetin (seroxat) bevirkede en 5 % forøgelse i hippocampal volumen og en 35 % forbedring i deklarativ hukommelse bl.a. målt med Wechslers Memory Scale. PTSD-patienterne udviste en signifikant bedring i symptombilledet under paroxetin-behandlingen. Davidson et al., 2006, har gennemført en undersøgelse af venlafaxins (effexors) virkning på PTSD-patienter sammenlignet med placebo (Effexor påvirker både serotonin og noradrenalin systemerne). De fandt en klar forbedring i forhold til de to hovedsymptomgrupper: genoplevelse og undgåelse, men ikke for den tredje: hyperarousal. Den påviste effekt af venlafaxin på PTSD var ud fra 6 måneders behandling med en gennemsnitlig daglig dosis på 221,5 mg.

Disse resultater er interessante – måske som en standardbehandling af PTSD – set i lyset af en kombinationsmulighed med de førnævnte ikke intentionelle hukommelsesøvelser o.lign. Effekten af en kombination af psykologiske øvelser til hukommelsesoptræning og en behandling med et SSRI-præparat, kunne evt. måles på RME-testen – ud over på hukommelsestests og symptomcheckliste. Effekten på RME-testen kunne i højere grad tænkes at slå ud på emotionernes spatiale fordeling frem for blot empatiniveau. Den forøgede amygdalaresponsivitet kunne tænkes at vise sig ved en høj svarprocent især over for frygt og vrede på RME-testen og en forringet svarprocent over for de øvrige emotioner. En modulering af amygdalareaktivitet gennem den samlede psykologiske og psykofarmakologiske behandling kunne tænkes at give sig udslag ved en mindsket svarprocent over for frygt og vrede, men en øget svarprocent over for de øvrige emotioner. Dermed vil der altså ske en udjævning af den formentlig ulige fordelte affektive responderen hos PTSD-patienter, dette eventuelt i kombination med en bedre generel score i testen (empatiniveauet).

Skema 5 giver en oversigt over sammenhængen mellem relationsformer, kategorialemotioner, freeze/flight/fight-responsen (tre reaktionsmuligheder over for dysregulerede emotioner) og de dissociative (tonisk immobilitet) responser over for ekstrem dysregulering.

SKEMA 5:

Øget noradrenerg aktivitet – locus coeruleus Øget hjerterytme og respiration Øget adrenalin – udvidede pupiller, koldsved, øget muskel tonus Øget serotonin Øget nigrostriatal dopamin Øget acetyloholin Hypervigilitet. Vagtsomhed. Årvågenhed Alarmrespons Frygt. Rædsel Raseri Mobiliserer kroppen til forsvar. Flygte. Intimidere. Kæmpe		Fight	Vrede	
			Interesse	
			Glæde	
		Flight	Tristhed	
			Ovrraskelse	
			Frygt	
Dissociation	Mesolimbisk dopamin – øget Øget GABA Øget mesocortikal dopamin Øget niveau af endogene opioider Forøget vagusaktivitet. Mindsket hjerterytme Følelsesløs. Bleg. Slap Samarbejder, accepterer "blindt" Tidsforfømmelse suspenderet Derealisation Besvime. "Mini" psykose Trække sig væk fra den "ydre" verden (ydre realitet) Opmærksomhed mod den indre (subjektive) verden Mobiliserer kroppen til at skjule sig (kamouflage) Bevarer "moden" kognition og adfærd	❖	Freezing: Accept	Accept
		▲	Freezing: Passiv mod-stand	Afsky

- ❖ Dissociation I: Tonisk immobilitet. "Blind" accept. Kaos. Besvime (sammenføjende relationsform).
- ▲ Dissociation II: Defeat (forlænget tonisk immobilitet). Opgiver at give/modtage "Ubevægelig". Anaklitisk depression (adskillende relationsform).

Kilder: Porges, 1995; Panksepp, 1998; Allen, 2005; Perry, 2006. Se også Sørensen, 2005 p. 73 – 88 og Hart, 2006.

3.7 Faktorer som medvirker til udvikling af PTSD

I mindst hundrede år har psykologer formodet, at forfærdelige begivenheder – såsom at miste en nærtstående eller blive offer for en voldelig forbrydelse – naturnødvendigt må medføre omfattende, ødelæggende og negative følger hos dem, som oplever det (Bonanno, 2004; Carver, 1998). Nyere forskning viser imidlertid, at denne konventionelle og følelseladede opfattelse er forkert. Forskningen peger på, at de fleste mennesker er overraskende modstandsdygtige, resiliente, over for selv alvorlige traumer. Forskningen tyder på, at de fleste traumatiserede gennemlever smerte og tristhed i en periode, men at langt fra alle bliver kronisk deprimerede eller udvikler kronisk PTSD (Bonanno & Kaltman, 1999; Bonanno et al., 2002). Skønt halvdelen af befolkningen i et samfund som det amerikanske vil opleve traumer som voldtægt, fysiske overfald eller naturkatastrofer, vil kun en meget lille befolkningsandel udvikle nogen former for posttraumatisk patologi eller have brug for professionel hjælp (Ozer et al., 2003). De fleste personer udvikler ikke PTSD efter en traumatisk oplevelse (Breslau, 1998), og nogle personer udvikler PTSD efter stressfyldte begivenheder, som ikke kan defineres som en traumatisk begivenhed (March, 1993). Resiliens er den hyppigste udviklingsbane efter eksponering for en potentiel traumatisk begivenhed (Bonnano et al., 2005). Studier af de personer, der overlever større traumer, tyder på, at det store flertal klarer sig ganske godt (Tedeschi & Calhoun, 2004; Linley & Joseph, 2004).

Omvendt vil praktisk talt alle personer, som bliver udsat for tilstrækkelig høje doser af stress og traumer, udvikle PTSD, som bl.a. Herman har beskrevet vedrørende ætiologien til kompleks PTSD (Grinker & Spiegel, 1945; Herman, 1992).

Livstidsprævalensen for PTSD i den almindelige befolkning ser ud til at ligge omkring 1-2 %. Heltzer et al. (1987) fandt i en population på 2.500 en livstidsprævalens på 1 % og et lignende tal (1,3 %) er fundet af Davidson et al. (1991). Shore et al. (1986) fandt en prævalens på 2,6 %. En 40 års follow up undersøgelse af krigsfanger fra anden verdenskrig, der ikke havde modtaget behandling, viste, at 66 % havde lidt af PTSD. Af disse var 29 % blevet helt raske, 39 % udviste milde symptomer, 24 % udviste moderate forbedringer, og 8 % var uændrede med PTSD (Kluznik et al., 1986).

Sidst i 1980'erne vurderede U. S Centers for Disease Control and Prevention (CDC), at 14,7 % af vietnamveteranerne udviklede PTSD, og at 2,2 % stadig havde lidelsen sidst i firserne. Den amerikanske kongres autoriserede "The National Vietnam Veterans' Readjustment Study" (NVVRS) til at foretage nye undersøgelser, fordi mange følte, at tallene fra CDC var alt for lave. NVVRS fandt i 1990, at 30,9 % havde udviklet PTSD, og at 22,5 % havde udviklet partiel PTSD (se Dohrenwend et al., 2006). Herudover fandt man, at 15,2 % stadig led af PTSD i 1990'erne – en prævalens der var næsten syv gange større end den, som CDC havde fundet frem til. Den metodologisk langt mere raffinerede og sikre undersøgelse, som i august 2006 er offentliggjort i Science, viser, at 18,7 % af vietnamveteranerne havde udviklet krigsrelateret PTSD i deres livstid, og at 9,1 % led af PTSD 11-12 år efter krigen (Dohrenwend et al., 2006). Vi formoder, at de tilsvarende tal for gruppen af herboende flygtninge med svære traumer vil være højere på grund af en lang række supplerende faktorer, specifikke for disse menneskers situation (leve i eksil, tilpasse sig et nyt land, nyt sprog mv.). Tal for prævalensen for PTSD hos soldater, som direkte har været involveret i krigshandlinger i Afghanistan og Irak, ser ud til at passe med de nye tal, som Dohrenwend et al. (2006) har fundet for vietnamveteraner. Soldater fra de tre krigszoner havde alle været udsat for ensartede stressorer:

- Konstant trussel om bagholdsangreb
- Høje tabstal både blandt soldater og civile
- Vanskeligheder med at skelne ven fra fjende

Sammenhængen mellem traumedosis og PTSD er fundet gentagne gange: Jo hyppigere og jo mere intens kampoplevelserne har været, desto større risiko for PTSD (Dohrenwend et al., 2006, p. 980). Hoge (2004) har rapporteret, at blandt 894 soldater i en kampenhed, som var vendt tilbage fra Irak, havde 89 % været i direkte angreb eller var faldet i baghold, og 95 % havde set dødsfald, lig og ligede. I denne gruppe ser det ud til, at 17 % udvikler PTSD symptomer, generaliseret angst eller depression. Den samme gruppering af symptomer er fundet hos ca. 11 % af soldater med lignende krigserfaringer fra Afghanistan. Hoge et al. (2006) har mere præcist kunnet fastslå tallene til 19 % hos de, der gjorde tjeneste i Irak, og 11 % hos de, der gjorde tjeneste i Afghanistan. Tallene fra PTSD alene var 9,8 % hos soldater fra Irak-krigen og 4,7 % hos dem fra Afghanistan-krigen.

Diskussionen om, at langt de fleste personer, der har deltaget i krig, set mennesker dø, set afrevne lemmer osv. udvikler PTSD, er nu blevet yderligere belyst af videnskabelige undersøgelser. Som Harvardprofessor McNally afslutningsvis siger i sin artikel i Science:

"Criticism is vital for any scientific field, and discovering new facts, however politically incorrect they may seem, provides the best basis for helping victims. The new study's conclusion that the NVVRS overestimated the rate of PTSD by 40 % will upset some people. Yet by increasing the accuracy of our prevalence estimates, Dohrenwend et al have performed a valuable service. Advocacy for victims must rest on the best science possible" (McNally, 2006, p. 924).

En række faktorer er medvirkende til og virker sammen i udviklingen af PTSD: Omfanget (eller dosis) af traumatiske begivenheder, udviklingsmæssige faktorer, social støtte og tilknytning, om traumet er upersonligt eller interpersonelt, og genetiske, temperamentsmæssige faktorer (Allen, 2005).

Omfanget af traumet kan beskrives på to måder: Alvorligheden af traumet i en bestemt begivenhed og kvantiteten af de traumatiske begivenheder personen har oplevet. Generelt gælder det, at jo mere alvorligt traumet er, og jo flere traumatiske begivenheder personen har været udsat for, desto større sandsynlighed er der for at udvikle PTSD (Dohrenwend et al., 2006).

Udviklingsmæssige faktorer og andre psykologiske og psykiatriske problemer er nært forbundne med udviklingen af PTSD. Schore har indgående beskrevet tidlige relationelle traumas indflydelse på barnets psykologiske og hjernemæssige udvikling (bl.a. i: "The Effects of Relational Trauma on Right Brain Development, Affect Regulation, and Infant Mental Health" (2001); og "Dysregulation of the Right Brain: A Fundamental Mechanism of Traumatic Attachment and the Psychopathogenesis of Post-traumatic Stress Disorders" (2002)). En anden forsker, som i mange år har forsket i PTSD hos børn og unge og udviklet en meget udbredt neuroudviklingspsykologisk model for børnetraumer, er Perry (f.eks. Perry & Pollard, 1998; Perry, 2002; Perry, 2006).

Mindre børns egocentricitet gør dem specielt sårbare over for relationelle traumer. Upersonlige traumatiske begivenheder påvirker børnene gennem deres tilknytningspersoners reaktion. Hvis de voksne kan affektregulere sig selv og hinanden, påvirkes barnet kun lidt. Denne sammenbinding mellem traume og afbrydelse af tryk tilknytning er dokumenteret i undersøgelser, som har påvist, at præmatur separation er en prædisponerende faktor for stressfølsomhed hos dyr (Newport et al., 2002) og for PTSD hos mennesker (Breslau et al., 1991). Angstlidelser hos den enkelte eller i familien bidrager til sårbarhed over for PTSD (Breslau et al., 1991). PTSD er sammenkædet med en lang række andre psykiatriske lidelser, stof og medicinmisbrug hos den enkelte eller i familien og personlighedsforstyrrelser (bl.a. antisocial) (Davidson, 1993).

Som Schore og Perry fremhæver, øger relationelle barndomstraumer risikoen for PTSD efter traumer i voksenlivet. Fx fandt Bremner et al. (1993), at vietnamveteraner med en barndomshistorie med fysiske og seksuelle overgreb med større sandsynlighed udviklede PTSD efter at have været udsat for kamp-

handling, end kammerater uden en sådan barndomshistorie. Personer med PTSD lider ikke overraskende ofte af andre forstyrrelser som komorbide psykiatriske forstyrrelser. I en stor gruppe personer (5877) med PTSD viste det sig, at hen ved halvdelen havde yderligere tre eller flere diagnoser – oftest affektive lidelser, angstlidelser og stof- og medicinmisbrug (Kessler et al., 1995). I en tilsvarende undersøgelse med 3021 personer fandt Perkonig et al. (2000), at i gruppen med PTSD-diagnose havde 87,5 % én yderligere diagnose, og 85 % havde to eller flere. Det så ud til, at nogle diagnoser gik forud for PTSD-diagnosen (somatoforme forstyrrelser, bestemte fobier og socialfobi), at nogle udviklede sig samtidig med PTSD (panikangst), og andre viste sig efter og måske som en følge af PTSD-forstyrrelsen. De forstyrrelser, der ser ud til at dukke op efterfølgende, er depression og stof- og medicinmisbrug.

Temperament og genetiske faktorer ser ud til at have indflydelse på, hvem der udvikler PTSD. Temperament refererer til medfødte personlighedskarakteristika: Nogle spædbørn er mere aktive, og nogle er mere rolige. Nogle er udadvendte og sociale, medens andre er mere indadvendte (se fx Kagan, 1984; Kagan & Snidman, 2004; Sørensen, 2006. Jf. også skema III). Kagan har udforsket temperamentsdimensionen frygt-tilbøjelighed, som afspejler, hvordan vi reagerer over for nye og ukendte situationer. Kagan fandt, at børn, som blev agiterede, når de blev udsat for noget overraskende nyt, havde en lavere tærskel for arousal i centralnervesystemet. Disse frygttilbøjelige børn er specielt frygtsomme og derfor mere sårbare over for at blive traumatiserede af frygtfremkaldende begivenheder. De reagerer oftere og mere intenst på stress. Betydningen af genetiske faktorer for den fysiologiske respons på stress har længe været kendt i dyreforskning (Weiner, 1992). I og med at PTSD i væsentlig grad er en angstforstyrrelse (se fx også diskussionen i Sørensen, 2005), ville man forvente, at en genetisk prædisposition for frygtsomhed ville bevirke en sårbarhed over for PTSD. I en undersøgelse af True et al. (1991), hvor man sammenlignede identiske og tvæggede mandlige tvillinger blandt vietnamveteraner, fandt man da også et væsentligt genetisk bidrag til risikoen for at udvikle PTSD. Udover det genetiske bidrag blandt soldater med kamperfaringer viste undersøgelsen også, at der var en genetisk komponent hos de, der udviklede PTSD uden at have været i kamp. Dette tyder på, at resultaterne kan generaliseres til også at gælde ikke-kamprelaterede traumer.

Akut PTSD kan opstå hos alle, men meget tyder på, at kronisk PTSD oftere opstår hos personer med en usikker tilknytning (type D,E, U; børn A, C, D, Liotti, 2004; Schore, 2005). Især type D (U hos voksne) tilknyttede er i fare for at udvikle kronisk PTSD. Usikkert tilknyttede personer er i sagens natur personer, som både mangler mulighed for og evne til at modtage social støtte. Usikkert tilknyttede er prægede af stressophobning, hvori aktuel stress og choktraumer svinger sammen med tidligere relationelle traumer. En historie med tidligere relationelle traumer (usikker tilknytning) kan som nævnt sensitivere personen over for stress i nutiden, således at vedkommende bliver mere reaktiv, end han ville have været uden denne historie.

Hvis et barn udviser en "freeze" reaktion, en "flight" reaktion eller en "fight" reaktion (og sjældnere en dissociativ "gå død" reaktion) over for en dysreguleret rasende forælder, ville vi ikke synes, at barnet overreagerer, men snarere at det reagerer helt normalt (jf. skema III). Hvis en voksen med et sådant barndomsmiljø derimod udviser en "freeze" reaktion og bliver panikslagen, når vedkommendes chef er irriteret, ville vi derimod synes, at han overreagerer, at han er hyperreagerende over for trussel. Det, der er tale om, er, at en ganske naturlig reaktion (som fylogenetisk har udviklet sig over 100.000'ér af år) dukker op i den situationelle kontekst (jf. fig. I).

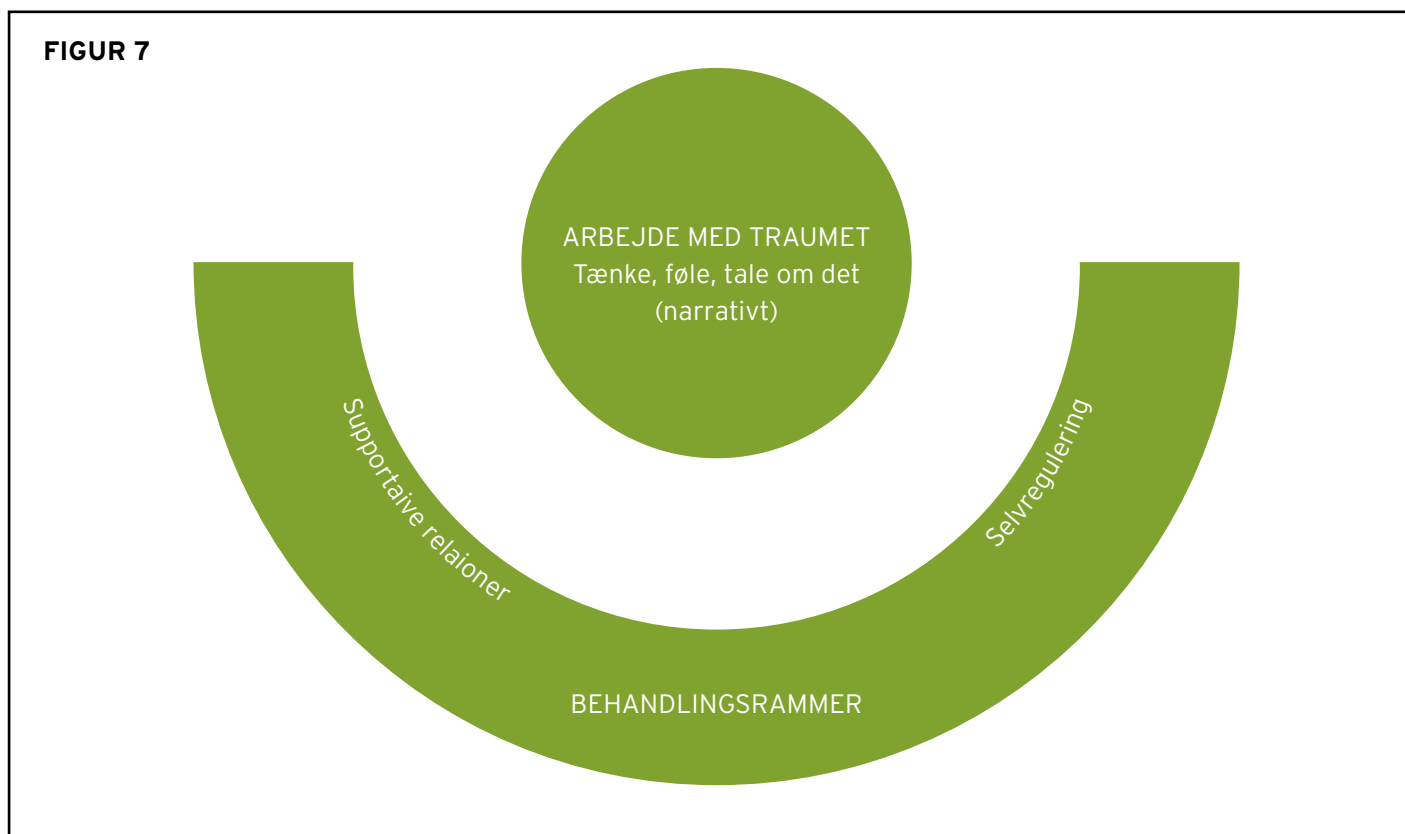
Allen (2004) kalder denne kontekstuhensigtsmæssige responderen for 90/10 reaktionen: 90 % af emotionen stammer fra fortiden og 10 % fra nutiden. Klientens nervesystem er sensitiveret af tidlige relationelle traumer, som vedvarende ændrer personens reaktivitet over for stress og stimuli, der er forbundet med traumet. Der er sket en indlæring og adaptation i nervesystemet.

Ud fra den neurobiologiske udforskning af traumer og PTSD er vi begyndt at kunne forstå nogle af de permanente ændringer, der er sket i nervesystem og krop hos vores klienter (jfr. Schore, 2003; 2006). Samsvingningerne mellem utallige tidligere traumer og senere nutidige stressorer kulminerer i ubærlige, smertefulde, dysregulerede emotionelle tilstande (inklusive de invaderende PTSD-symptomer), som personen forståeligt nok søger hurtig lindring for. Bestræbelser på hurtigt at undslippe ubærlige, smertefulde emotionelle tilstande kan omfatte dissociation (og de førnævnte tilstande), psykose, tilbagetrækning til isolation, depression, voldelige udbrud, acting out m.v. Bestræbelser på hurtig lindring kan også omfatte stofmisbrug, spisevægring, tvangsspisning og udrensning, selvskadende adfærd eller selvmordsforsøg. Alle disse bestræbelser – og flere lignende – på at lindre den smertefulde stress-tilstand er ofte meget effektive i det korte løb. Før eller senere vil de imidlertid slå tilbage og bidrage med yderligere stress og dysregulering og således skabe en række onde cirkler. Afvisning fra venner og en evt. partner medfører en følelse af raseri, som midlertidigt lindres ved fx. tilbagetrækning, aggression, at skære i sig selv, hvilket alarmerer partneren, som også bliver vred, hvilket medfører yderligere afvisning og bebrejdelse osv. (se Allen, 2004 p. 17-19).

Vi får på denne måde et bestemt mønster: Stressophobning (tidligere traumer plus aktuel stress), som medfører ubærlige dysregulerede emotionelle tilstande, som igen medfører maladaptive copingstrategier. Som terapeuter må vi bestræbe os på gennem behandling at opdyrke og kultivere et andet mønster. Vi må hjælpe vores klienter med at gøre det, der er ubærligt, til at bære. Dette gøres ved at skabe en kapacitet til at rumme emotioner gennem en stabil behandlingsstruktur, evne til selvregulering hos terapeuten og sikker, tryghedsskabende tilknytning, hvor klienten kan percipere kontrol. Det at (re)konstruere et sammenhængende traumenarrativ i en rummende og affektreguleret ramme er for de øverste klassificeringsgrupper en central del af traumebehandlingen.

3.8 Behandlingsstrategi for traumebehandling

Den generelle behandlingsstrategi for traumebehandling opsummerer Allen (2004, p. 293) i følgende figur:



Blandt klienterne, som behandles ved CETT, er der en stor andel, som oplever en af to tilstande, når de begynder at tale om og arbejde med deres traumer: De føler sig stivnede og fjerne, eller de føler sig traumatiserede igen. Nogle klienter taler om traumet, som om de læser op af en bog: Adskilte, ikke forbundne og blottede for emotioner (en "skizoid" position i den adskillende del af relationsfeltet på fig. 6 i Sørensen). Alle ville ønske, at traumebehandling kunne være fri for smerte og angst, men man må – i en vis udstrækning – opleve og føle frygten og smerten for at lære at cope med den. Men det andet ekstrem er også problematisk: Hurtigt at tale om traumet, hvorved klienten hurtigt kan føle sig oversvømmet og kaotisk opleve det, som om det hele skete igen (en relationsposition langt ude i den sammenføjende del af relationsfeltet med kaos og panik). Denne oversvømmede og kaotiske tilstand fremmer ikke terapien og kan være potentielt skadelig. Allen fremhæver de fire nødvendige fasebestemte hovedkomponenter i traumebehandlingen (Allen, 2004; 2005):

- Sikkerhed
- Autoregulatoriske færdigheder

- Social støtte (interaktive affektregulatoriske færdigheder)
- Processering af traumet (fig. 7).

Info

Vi står over for en balancegang: Påmindelser af traumet (som klienten forsøger at undgå) udløser symptomerne på PTSD, og det at tale om de traumatiske begivenheder er en direkte påmindelse. Som nævnt kan en for traumefokuseret terapi forværre symptomerne, specielt for personer med en historie med relationelle tilknytningstraumer (som klienter på niveau fire og fem), som har problemer med at regulere stress (van der Kolk, 2002). Klienter på niveau fire og fem har behov for at blive interaktivt affektreguleret samtidig med, at deres evne til autoregulering er lille sammenlignet med en sikkert tilknyttet person (bilag 1).

Traumebehandling må afbalancere traumebearbejdning (processering) og det at rumme, inddæmme og beherske. Terapien bevæger sig hele tiden på balancepunktet mellem traumeprocessering (tænke på, tale om og føle traumet i terapien) og beherskelse, inddæmning og at rumme traumet via (psyko)edukation, daglige rutiner og autoregulering via selvaktiviteter, og social og psykologisk støtte og opbygning (via interaktiv regulering) (Se også Allen, 2005). Det, der styrer balancepunktet, er terapeutens empatiske konfrontering med traumet og kontinuerlige (delvis ubevidste) aflæsning og regulering af klientens tilstand (opbygning af affektiv interaktiv autoregulering) sammenkoblet med styrkelse (gennem edukation) af klientens kognitive og handlemæssige autoregulering uden for terapi-sessionerne.

Først hovedkomponent

Den første hovedkomponent i traumeterapien er sikring af sikkerhed, som har to aspekter: For det første sikring af klientens fysiske, sociale og økonomiske livssituation, og for det andet klientens tillid til relationen til terapeuten (og andre). Indholdet og det faglige i det andet aspekt, klientens tillid til relationen til terapeuten vil blive uddybet i det efterfølgende.

Anden hovedkomponent

Den næste hovedkomponent i traumeterapien er udbygning, opbygning og anvendelse af autoregulatoriske færdigheder og strategier. Det kognitive indhold og den følelsesmæssige måde (relationsformerne) i individuel terapi, gruppeterapi, familie og hjemmemiljøterapi udbygger klientens eksisterende autoregulatoriske færdigheder og strategier og opbygger nye. Opbygningen af denne type færdigheder sigter på en styrkelse af klientens evne til at klare sig selv, når han er uden støtte fra andre. Det er hjælp til at opnå en større fornemmelse af mestring og ro. Uden sunde måder til at kunne regulere arousal og affekter

på, er klienten i stor fare for at falde tilbage på de kortsigtede, men hurtigt lindrende strategier, som slår destruktivt tilbage (eksplosivt raseri, spil, opsøgning af spænding, mad, sex, selvskade, tilbagetrækning til isolation, depression eller dissociation, overarbejde m.v.) – jævnfør tidligere beskrivelse af maladaptive copingstrategier. De autoregulatoriske strategier, der opbygges, skal hjælpe klienten til at mestre angsten, og tage kontrol, når angsten (og de øvrige symptomer) nedbryder og undergraver dagligdagen. Autoregulering hjælper til at modarbejde, bekæmpe og rumme traumekaos. Listen over autoreguleringsstrategier er meget lang og udgør en stor del af "dagsordenspunkterne" i især gruppeterapi:

- Regelmæssige rytmer og andet i forbindelse med søvn (f.eks. Dement, 1991)
- Fysisk aktivitet/motion (f.eks. Thayer, 2001)
- Mad/motion (f.eks. McEwen, 2002)
- Afslapning/vejtrækning (f.eks. Benson, 1975)
- Musik og kunst, meditation og bøn, dagligdagsaktiviteter, læsning, kontakt med (kæle)dyr, håndværk, hobbies m.v.
- Smertehåndtering
- Dagbogsskrivning
- Regulering af tanker, følelser, impulser og sanseoplevelser

Info

Det, der karakteriserer denne klasse copingstrategier, er, at de udføres af klienten selv, og de involverer kun i begrænset omfang relationer til andre mennesker. Ved CETT agter vi på det her fremlagte teoretiske grundlag, at udarbejde konkrete behandlingsprogrammer hvis form og indhold direkte retter sig mod etablering af copingstrategier. Disse skal opbygge kerneressourcer til autoregulering af symptomer, krop og dagligdag, som medfører en fornemmelse i klienten af stabilitet, forbundethed med selvet og en indre forankret kontrol.

Tredje hovedkomponent

Den tredje hovedkomponent i traumebehandlingen er den sociale støtte. Klienten kan selv gøre en række ting for at berolige og regulere sig selv (autoregulering), eller klienten kan få beroligelse og regulering i kontakten med andre mennesker (interaktiv regulering). Personer lærer at berolige og regulere sig selv (ideelt set i tilknytningsbåndet meget tidligt i livet) ved, at andre giver og forsyner os med trøst og regulering. Hvis en klient ikke har lært selvberoligelse fra andre tidligt i livet, så må vedkommende lære det senere. Det største angreb mod traumet er at gøre begge dele, nemlig at få og modtage trøst og regulering fra andre og forsyne sig selv med omsorg og regulering. Det er selve essensen af selvregulering at kunne skifte mellem selvreguleringens to hovedaspekter, som de er fremhævet i definitionen på det objektivt normale eller det psykisk sunde (jfr. bilag 1).

For næsten alle klienter kan det være vanskeligt at stole på, at de personer, man er afhængig af, kan berolige og acceptere. Terapeuten kan være klientens eneste person i disse henseender, og opbygningen af tillid kan være den eneste bro til tillid i forhold til andre. Denne alliance med terapeuten kræver klientens (om end ofte begrænsede) samarbejde. På Menninger-klinikken er klientens samarbejdende rolle blevet defineret som en, hvor klienten gør aktiv brug af psykoterapien som en ressource for konstruktiv ændring (Horwitz, Gabbard & Allen, 1996). Klienten skal opfatte sig selv og terapeuten som arbejdende sammen mod et fælles mål ("alliance", "holde sammen" på relationsfeltet fig. 6 i Sørensen, 2006). Mange klienter, som går i terapi, ville ønske, at terapeuten bare kunne gøre dem bedre eller helbrede dem. Hvem ville ikke det? Kunsten er at få klienten til at forstå og opleve terapeuten som en person, der giver den vejledning og støtte, som klienten har brug for i sit hårde og pinefulde arbejde med hverdagen og med traumet.

Ud over den terapeutiske alliance er et arbejds- og udviklingsområde relationer til andre. Det er relationen til nærtstående, der ofte skal løsnes, og mere fjerne relationer, der skal styrkes. Relationerne

til mere nærtstående er ofte problematiske (bl.a. pga. den ofte usikre tilknytning), så arbejdet med mere fjerne relationer er ofte det mest frugtbare. De fjerne relationer er langt mere ufarlige. Linehan (2004) har opbygget edukative programmer til opøvelse af og opmærksomhed på relationer, herunder at pleje relationer, at skabe og bevare relationer og at omgås med andre og emotionsfokusering omkring urolige følelser og bekymringer, ubeslutsomhed m.v. i forbindelse med relationsfærdigheder. Disse edukative programmer vil i en modificeret form kunne anvendes for klientgruppen ved CETT.

De Kognitive programmer skal for den traumatiserede klientgruppe modificeres væk fra den kognitive, verbale overvægt henimod en mere direkte oplevelse og erfaring med affekter og kropsfornemmelser. Ved CETT er det hensigten at udvikle konkrete behandlingsprogrammer, som i deres form og indhold direkte retter sig mod etablering og udbygning af ressourcer til interaktiv regulering. Disse programmer vil bl.a. bygge på Boston gruppens erfaringer og deres evidensbaserede videnskabelige grundlag (f.eks. van der Hart et al., 2006; van der Kolk, 2006, 2007; Lanius et al., 2006; Ogden et al., 2006; Steele et al., 2005).

Fjerde hovedkomponent

Den fjerde hovedkomponent er i konteksten af de tre foregående at processere eller bearbejde traumet, hvilket betyder at føle det, tænke på det og tale om det. At tale om traumet og at cope med traumet er hårdt arbejde for klienten (og til tider for terapeuten). Som tidligere nævnt er det nødvendigt med pauser og luft i denne traumbearbejdning, hvor distraktion og undgåelse i kortere eller længere perioder er i orden. Omvendt bevirker – som tidligere omtalt – en vedvarende undgåelse af de traumatiske begivenheder en blokering af den nødvendige processering, som til gengæld må udføres i tolerable doser, som Schore fremhæver. Sikkerhed, autoregulering og interaktiv regulering må være etableret i et vist omfang, før traumbearbejdningen begynder. De udgør den rummelighed (jf. "skålen" på fig. 7) og afgrænsningsmulighed, der er nødvendig, for at bearbejde stærke dysregulerede tilstande på et optimalt "mellem" arousalniveau: Hverken følelsesløs og stivnet, eller emotionelt oversvømmet og kaotisk.

I traumebehandlingen bør der lægges vægt på en faseorienteret traumebehandling både i de enkelte forløb og i forhold til forskellige forløb (Herman, 1992; van der Hart et al., 1998, 2006; van der Kolk et al., 1996). Det vil sige, at supportative interventioner går forud for ekspressive interventioner. Herman, 1992, foreslår tre stadier i traumebehandlingen: 1) Etablering af sikkerhed, 2) hukommelse om og sorg over traumer og 3) genetableringen af forbindelsen til hverdagslivet (se fig. 7). Se også Wilson & Drozdek, 2004. Den ovenfor omtalte model af Allen, 2005 går mere forsigtigt til værks i forhold til selve traumbearbejdningen.

Traumbearbejdning betyder, som det vil blive omtalt og uddybet senere, at sammenbinde de forskellige løsvænte aspekter ved traumet (jfr. fig. 1-5); At bringe traumet op sprogligt og i bevidstheden, at mærke og forbinde emotionerne med erindringen, at forbinde tankerne med erindringen, at forbinde de kropslige, fysiske fornemmelser med erindringen og at omarbejde personens egen betydning i forhold til traumet og traumets betydning for oplevelsen af sig selv. Ved at være mere sikkert forankret i nutiden kan klienten bedre forarbejde og skabe en ny mening og et nyt kohærent narrativ om de traumatiske begivenheder (traumet har ofte fastsmedet bestemte meningssystemer hos klienten: "Det er din skyld, og du er ikke værd at elske", "man kan ikke stole på nogen overhovedet", "du er i fare, lige meget hvor i verden du er"). *"To reiterate, exposure entails bringing traumatic memories to mind and talking about them in the context of safety, which entails mentalizing in the context of attachment"* (Allen, 2005, p. 265).

Den forskning, der er udført hidtil, viser klar evidens for, at eksponering er det afgørende element i den kurative behandling af PTSD (Foa et al., 2000). En meget traumefokuseret terapi over for udvalgte enkeltindivider blandt hjemvendte soldater og voldtægtsofre er rapporteret af Miller (2006). I fire sessioner strækkende sig over adskillige uger talte klienten med så mange detaljer som muligt fra

de traumatiske oplevelser og begivenheder med terapeuten, der optog det hele på bånd, der skulle gennemlyttes af klienten mindst én gang inden næste session. Denne smertefulde proces desensitiverede klienterne over for de traumatiske begivenheder. De konkrete klienters symptomer forsvandt, og de begyndte at føle sig mere som sig selv. Man må antage, at en sådan stærkt traumefokuseret terapi udført ret kort tid efter traumet og med sikkert tilknyttede personer med deres tilhørende store selvreguleringskapaciteter, er et eksempel på en kurativ traumeterapi. *"While all effective techniques employ exposure, they vary in the way that they integrate this and allied psychological techniques"* (Roth & Fonagy, 2006, p. 235).

Den autoregulatoriske og mere ressourceopbyggende terapi er som nævnt den, der fokuserer mindre eller slet ikke på traumbearbejdning og overføring. Dette gælder især klienter fra funktionsniveau fire og fem. En præcis psykologisk differentiering af klientgruppen er derfor helt afgørende for den rigtige behandlingsindsats. *"Some persons find any form of exposure to be too anxiety provoking, such that emphasis must be placed on containment, at least in the short run if not also in the long run. Thus, for complex trauma-related problems, the treatment must be individualized in a way that calls for sophisticated clinical judgement"* (Allen, 2005, p.265).

Som det kort vil blive diskuteret senere i afsnittet om monitorering og effektmåling, er en kritisk faktor i forhold til behandlingseffekt denne psykologiske differentiering af klientgruppen. Roth & Fonagy (2006) siger således, *"This suggests that clinical judgement will be important in deciding the most appropriate treatment strategy, and that working with this population is likely to require some skillfulness, especially where presentations are complex and chronic. Specialist knowledge of this population may therefore be more critical to outcome than the choice of any specific exposure-based treatment"* (p. 235). Det er en ambition at differentiere klienterne m.h.t. en række grundlæggende psykologiske karakteristika (personlighedsorganisations- og empatiniveau, traumetype og personligheds (forstyrrelses) type) med henblik på en korrekt allokering til en optimal behandlingsstrategi og med det formål at udnytte de tildelte økonomiske ressourcer optimalt.

Som det nævnes i gennemgangen af funktionsniveauerne, går supportative interventioner forud for ekspressive interventioner. Herman, 1992 skrev: *"Skønt den absolut hyppigste terapeutiske fejl er at undgå det terapeutiske materiale, er den næsthypigste sandsynligvis et for tidligt eksploratorisk arbejde, uden tilstrækkelig opmærksomhed overfor opgaven med at etablere tryghed og sikre en terapeutisk alliance"* (her citeret efter Allen, 2004 p. 293).

Hvad betyder at vinde patientens tillid, at bygge tillid op? Hvad er en sikker base i terapeut-klient forholdet? Tillid og tryghed bygges ikke så meget op ved at være venlig, at dele glæde og undgå reelt vanskelige ting, men mere ved at terapeuten ikke svigter, når patienten har det sværest i gennemgangen af sit liv. At svigte (eller opbygge ikke-tillid) betyder i denne sammenhæng at udvise dysregulerede emotioner, tanker og handlinger – at terapeuten bliver umarkeret bange, ked af det, vred osv. (modoverføringsreaktioner) eller ved at være fjern, aflukket og ikke emotionelt reagerende. Tillid stammer fra vellykkede gennemlevelser – med en affektreguleret anden – af svære problemer og negative tilstande. Klienten lærer at klare sig igennem rædsel og smertefulde tilstande gennem nærvær af en affektreguleret (kontrolleret) terapeut (f.eks. Schore, 2005; Tronick, 2005).

3.9 Traumbearbejdning

Den seneste forskning i den kurative psykoterapis virkningsmekanismer peger på, at det ikke så meget drejer sig om at øge autoregulatoriske copingstrategier, men snarere at reaktivere interaktiv regulering (Schore, 2005). Som Schore direkte udtrykker det: *"Empatiske terapeuter hjælper patienten med at gennemleve traumer i affektivt tålelige doser i konteksten af et sikkert miljø, så de overvældende traumatiske følelser kan mestres (reguleres) og blive integreret i patientens emo-*

tionelle liv." (Schores, 2005 p. 6). Dette citat kan stå som en definition på traumbearbejdning. Det, der adskiller gennemlevelsen i terapi fra simpel genoplevelse af traumer, er tilstedeværelsen af den empatisk afstemte terapeut. Den helende mekanisme i terapi synes at være aktivering af den traumatiske hukommelse sammenbundet med den mentale repræsentation af en sikker og tryk kontekst. Denne kontekst består i al væsentlighed af terapeutens egen fornemmelse og udstråling af sikkerhed og tryghed. Begrebet om den terapeutiske proces refererer ikke til strømmen af det kognitivt mentale, men til de affektivt kropsligt baserede processer (Scaer, 2005; Mears, 2005). Indtrængningen af ubevidst traumatisk hukommelsesmateriale udgør en mulighed for at bearbejde traumet, som bliver levende i nuet (Mears, 2005).

Behandlerens rolle og funktion er således i stor udstrækning at rumme og reparere den ikke affekt afstemte dyadiske interaktion. De voldsomme dysregulerede tilstande hos patienten skal i så vid udstrækning som muligt rummes, repareres og genreguleres via terapeutens egen evne til autoregulering og egen evne til interaktiv affektregulering med nærtstående, kolleger og supervisor.

Det, der herover har været omtalt vedrørende den mere kurative, traumbearbejdende behandling, gælder som sagt især for klienter fra gruppe 1, 2 og en del fra gruppe 3. For personer på funktionsniveau (3) 4 og 5 gælder det i langt højere grad om at danne og opbygge alliance, tillid og tryghed via selve relationen. En person, som er usikkert tilknyttet, og som derudover har været (chok)traumatiseret, vil ikke kunne interaktivt affektreguleres via den terapeutiske dyade, hvis de traumatiserende begivenheder – både de choktraumatiske og de relationelle – bringes for hurtigt frem fra forsvaret. Hos disse klienter er dysreguleringen for stor og evnen til selvregulering tilsvarende for lille (se bilag 1). Hos personer fra disse klassifikationsgrupper drejer det sig mere om at etablere en ny erfaring om tryghed og kontrol – evt. i kombination med information, viden og øvelser af mere kognitiv art.

"I forhold til kronisk traumatiserede patienters ituslåede tillid og højstressrelaterede affektpres er det således udvekslingen og mønstret i udvekslingen mellem patient og terapeut, der er behandlingen, og primært hverken intellektuel eller emotionel indsigt, endsige følelsesudladning. Kognitionen er vigtig i relation til de psykoedukative elementer og for at kunne observere strømmen af egne reaktioner, men selve indsigten må vige i forhold til erfaringsopbygningen" (Sørensen, 2005, s. 207).

I gruppe- og individualterapeutisk sammenhæng er relationsmønstret vigtigt, også selvom terapi-gruppen primært omhandler kognitive elementer, (viden) om traumer, PTSD, smerte, ophold i et nyt land m.v. Bateman & Fonagy (2004) fremhæver dette relationelle aspekt – uafhængigt af kognitivt og faktisk indhold, hvor der i behandlingen stilles krav til terapeutens evne til at bevare roen, og de påpeger, at det kan være hensigtsmæssigt at vise noget af sig selv og indtage en afvæbnende holdning af humor og uhøjtidelighed. Ud over den interaktive reparation og neddæmpning af negativ dysreguleret affekt hos klienten via terapeutens evne til selvregulering er en direkte opregulering af positiv affekt lige så vigtig – et forhold bl.a. Schore påpeger gang på gang. I forhold til klientens historie og nuværende liv er emotioner og relationsformer fra den sammenføjende del af relationsfeltet en væsentlig terapeutisk faktor. Kohut (1990, 2000) gør grundigt rede for polerne i det splittede selv og beskriver helingen og modningen af både det splittede og udtømte selv (se også Schores gennemgang af Kohut i neuropsykologiske termer; Schore, 2006). Et element i opbygningen og helingen af selvet sker via terapeutens eget kerneselv, som indeholder en pol med det grandiose selv og ambition (den givende del af det sammenføjende), en pol med det idealiserende selv og ideal (den modtagende del af det sammenføjende) og en midterpol med det tvillingsøgende selv. Mere enkelt udtrykt: Terapeuten bedrer klienten ved selv at befinde sig i sit "grandiose selv"/ambition med relationsformer med glæde og accept som affektunderlag som "være gavmild", "opmuntre", "underholde", "spøge" og "være morsom" (se fig. 7 i Sørensen, 2006). Det, der opbygges og modnes herigennem, er klientens idealiserende selvpole. Terapeuten opbygger og modner tilsvarende klientens "grandiose"/ambitions

selvpol ved at aktivere sin egen selvidealiserende selvpol med relationsformer som "beundre", "ære", "respektere" og realistisk at "idealiserer" i forhold til klienten. Det tvilling-søgende selv styrkes og modnes ved ligestillet at "dele", "være solidarisk", "holde sammen" og "alliere sig" (se fig. 7 i Sørensen, 2006).

Klienter fra funktionsniveau fire og fem mangler ofte et nuanceret og modent kerneselv (med accept og glæde som centrum) og lider af det, Kohut benævnte det vertikale split: En splittelse mellem det grandiose selv og det idealiserende selv, hvor grandiositeten med fantasier om storhed og magisk kontrol kan leve side om side med lav selvfølelse og følelse af ikke-kontrol. Symptomer som depression og mangel på initiativ vil kunne stå i modsætning til klientens ydre fremtræden med arrogance og pralende selvhævdelse. Eller omvendt: Under den pralende overflade gemmer sig depression og hjælpeløshed. En måde at styrke den svage klients selv på er netop at "beundre", "ære" og "respektere" de dele af klientens historie, lidelser og sejre i nutiden, hvor klienten klarede sig og kom igennem. Terapeutens idealiserende selvpol heler og videreudvikler klientens "self at best". Disse relationsformer er som nævnt centrale i den supportative, kognitive og ikke-traume-bearbejdende terapi for klienter på funktionsniveau (tre), fire og fem. Tilsvarende udgør den sindsrolige, uhøjtidelige, humoristiske og accepterende terapeut et "ideal" for klienten – et forhold som styrker og nuancerer klientens idealiserende selvpol. Klientens selvpoler styrkes som nævnt ubevidst gennem en automatisk perception af en terapeut med kontrol, uhøjtidelighed og sindsro og ser ud til konkret at foregå ved øget aktivitet i mPFCv, der via et serotoninbaseret signal neddæmper stresstilstande genereret i bl.a. DRN i hjerne-stammen (Amat et al., 2005).

3.10 Virkningsmekanismer i psykoterapi

De mange terapiformer, psykoedukationelle terapier og øvelser, som styrker, nuancerer og integrerer autoregulatoriske kapaciteter hos klienten, kunne under ét kaldes symptom- og livskvalitetsforbedrende (CBT, DAT m.fl.). De er afgørende for bedring af klienter på niveau 5 og 4, og en væsentlig forbedrende faktor for klienter på niveau 3, 2 og 1. Forudsætningen for, at klienten kan profitere af de mange adfærdsterapeutiske, kognitive og psykoedukationelle metoder og teknikker, er, at alliancen og tilliden opbygges mellem klient og terapeut. Allianceopbygning sker bl.a. via interaktiv affektregulering fra terapeutens side. Terapeuten har ansvaret for sindsroen og accepten af klienten, selvom denne måske ikke i udgangspunktet har mulighed for tillid til og accept af terapeuten. Alliancen går hånd i hånd med klientens mulighed for at kunne bruge de mange autoregulatoriske strategier og teknikker i forhold til symptomerne. Klienten vil ellers opfatte de mange forslag og idéer som meningsløse og ubrugelige (jf. Miller & Rollnick, 2004). En minimal accept (måske udtalt, måske ofte domineret af afbrydelser med ikke-accept) af terapeuten er en forudsætning for anvendelsen af autoregulatoriske metoder. Der kan ligge et stort terapeutisk arbejde i at opnå selv en sådan minimal accept. De terapiformer, som gennem interaktiv affektregulering kan nærme sig og arbejde med de traumatiske relationer og begivenheder, og som direkte arbejder med relationen mellem klient og terapeut her og nu (MBT, SFT, TFT) kunne under ét kaldes psykisk ændrende, strukturforbedrende eller gående i en kurativ retning. Disse terapiformer er mulige med klienter på funktionsniveau et, to og tre.

Vi står således med to forskellige terapeutisk forbedrende metoder, som man kan karakterisere som symptom- og livskvalitetsforbedrende (de autoregulatoriske strategier), som er hovedmuligheden for klienter på funktionsniveau 5 og 4, og som for klienter på niveau 3, 2 og 1 er en væsentlig ingrediens i terapien sammen med den strukturforbedrende (mere kurative) interaktive affektregulering i selve terapisessionen omkring traumerelationer og -oplevelser, som til gengæld er meget vanskelig tilgængelig for klienter på de to laveste niveauer, der reagerer med voldsom dysregulering ("retraumatisering", kaos, dissociation m.v.) eller med en følelsesfraspaltethed (et "skizoid" horisontalt split) overfor tilnærmelser til relationelle eller choktraumer. I et arbejde af Fonagy & Bateman, 2006, hvor de indgående diskuterer terapeutiske virkningsmekanismer og MBT, fremgår det:

"Thus using this model may help us differentiate it from alternative therapeutic packages. Although such distinctions are never more than caricatures, they do point to important differences in technique between therapeutic approaches that are probably broadly equivalent in terms of achieving substantial therapeutic change. Thus aspects of DBT clearly also focus on the enhancing of mentalization, such as, the encouragement of mindfulness. However, this process rarely occurs in the context of requiring individuals to conceptualize mental states in the context of attachment relationships. By contrast, supportive psychotherapy is less specifically focused on mental states but probably attempts to reduce the hypersensitivity of the attachment system of an individual who suffered severe attachment trauma. Transference-focused psychotherapy is perhaps closest to MBT in its orientation to mental states in attachment contexts; the difference is a far more limited emphasis on the titration of interventions. The observations reported by Levy, Clarkin, and Kernberg (Levy & Clarkin, in press) are consistent with the propositions here: attachment-related mentalization (reflective function) improves only in transference focused psychotherapy (TFP) and not in DBT or supportive psychotherapy." (p. 425)

Beskrivelsen og erkendelsen af den terapeutiske relations betydning i den hidtidige evidensbaserede praksis (EBP), har hidtil været stærkt underbelyst eller uerkendt. Ved CETT får beskrivelsen og arbejdet med selve relationen sammen med de mange værdifulde terapeutiske teknikker, en meget fremtrædende plads. Norcross & Lambert, 2005, konkluderer i bogen "Evidence-Based Practice in Mental Health"...

"Two crucial omissions have detracted from the first generation compilations of evidence-based treatments: the therapy relationship and the relational matchmaking. We share the view of many that the advocacy of specific treatments for specific disorders can lead to an overemphasis on the least curative aspects of the therapeutic endeavour. The promotion of evidence-based treatments (as opposed to evidence-based practices) may inadvertently lead to neglecting the human relationship (Bergin, 1997). The therapy relationship makes substantial and consistent contributions to psychotherapy outcome for all types of treatments, including pharmacotherapy. Efforts to promulgate lists of evidence-based treatments without including the therapy relationship are thus seriously incomplete on both clinical and empirical grounds. Correspondingly, EBP's should explicitly address therapist behaviours and qualities that promote a facilitative therapy relationship.

At the same time, the therapy relationship probably acts in concert with discrete interventions, patient characteristics, and clinician qualities in determining treatment effectiveness. A comprehensive understanding of effective (and ineffective) psychotherapy will consider all of these determinants and their optimal combinations.

Adapting or tailoring the therapy relationship to specific patient characteristics (in addition to diagnosis) enhances the effectiveness of treatment." (p. 217)

4. Monitorering og effektmåling

Det har vist sig vanskeligt med de hidtil anvendte instrumenter at måle behandlingsmæssig effekt i forhold til traumatiserede med PTSD. Roth & Fonagy (2006) siger generelt om behandlingseffekt i forhold til mennesker med PTSD: "The impact of psychodynamic techniques has been explored in a small number of trials, but methodological problems make it hard to discern a clear benefit" (p. 483). Selvrapporterede måleinstrumenter som f.eks. HTQ (Harvard Trauma Questionnaire), HSCL-25 (Hopkins Symptoms Checklist-25), HDS (Hamilton Depression Scale), WHOQOL (WHO Quality of Life) og bredere kliniske interviews har ikke kunnet dokumentere en tydelig effekt af behandlingsindsatsen (Carlsson, 2005). Det samme resultat er Wilson & Keane (2004) kommet til i deres meget omfattende oversigtsarbejde.

Selvrapporteringsinstrumenter – som f.eks. HTQ – kan give værdifuld information om klientens subjektive symptombillede og traumehistorie, der kan vejlede og informere terapien. Som instrument til effektmål har disse instrumenter imidlertid ikke kunnet påvise en tydelig effekt af behandlingen.

Spørgeskemaer kan udvise en rimelig høj reliabilitet og være forholdsvis valide i forhold til de traditionelle validitetsmål for en spørgeskematest, men der er et indre psykologisk metodologisk problem: Måler man de reelle indre affektive (symptomatiske) tilstande ved at spørge klienten? Kan man måle ændringer i selvstruktur og personlighedsorganisationsniveau med enkle selvrapporteringsinstrumenter? Vi står med andre ord over for et grundlæggende psykologisk spørgsmål om, hvilke processer som konstituerer psykologisk og social bedring, og hvordan vi måler disse processer.

Der er udviklet en lang række standardiserede selvrapporterings måleinstrumenter til måling af traumer og PTSD. Til måling af traumeeksponering, bl.a.: TSS (Traumatic Stress Schedule) af Norris (1990); TEQ (Traumatic Event Questionnaire) af Vrana & Lauterbach (1994); THQ (Trauma History Questionnaire) af Green (1996); TLEQ (Trauma Life Event Questionnaire) af Kubany et al. (2000) og BTQ (Brief Trauma Questionnaire) af Schnurr et al. (1999). Herudover er der udviklet en række selvrapporteringsinstrumenter, som måler PTSD symptomer. Nogle følger DSM symptomerne forholdsvis tæt, bl.a.: PTSD (Posttraumatic Stress Diagnostic Scale) af Foa et al. (1997); SPTSS (Screen for Posttraumatic Stress Symptoms) af Carlson (2001); SRIP (Self-Rating Inventory for PTSD) og andre er mere selvstændige i forhold til DSM-kriterierne, bl.a.: PTSS (Post-Traumatic Symptom Scale) af Holen (1990); TSC (Trauma Symptom Checklist) af Briere & Runtz (1989) og TSI (Trauma Symptom Inventory) af Briere (1995) og endelig nogle beregnet til tværkulturel forskning, bl.a HTQ (Harvard Trauma Questionnaire) af Mollica et al. (1992).

Det har, som nævnt, vist sig særdeles vanskeligt at dokumentere ændringer og effekt med disse måleinstrumenter som følge af en terapeutisk indsats. En oversigt og gennemgang over disse og flere lignende måleinstrumenters stabilitet, konsistens og validitet er foretaget af Norris & Hamblen (2004), som sammenfattende siger følgende:

"Systematic research comparing various self-report measures in representative community samples as well as clinical and survivor samples, is needed. Perhaps it is our own bias, but we were disappointed in the lack of attention to diversity in validation samples in this literature...Excluding the Revised Civilian Mississippi Scale and HTQ, little attention was given to potential ethnic or cross-cultural differences in symptom expression" (p. 95).

Om de 17 selvrapporteringskalaer, som Norris & Hamblen (2004) gennemgår, siger de:

"All of the scales reviewed here show acceptable reliability and validity, although some test creators have documented these attributes more completely than have others. Undoubtedly clinician-administered interviews will remain the "gold standard" in the field" (p. 93).

Weiss (2004) gennemgår en række strukturerede kliniske interviews med henblik på PTSD. Han gennemgår bl.a. SCID-I (Structural Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders) af First et al. (1996); SI-PTSD (Structured Interview for PTSD) af Davidson et al. (1989) og PTSD Symptom Scale-Interview af Foa et al. (1993). Interviews af denne type kan informere og lede den kliniske indsats, men de har ikke været anvendt som indikatorer på behandlingseffekt. Derfor er det uafklaret, hvorvidt disse instrumenter vil kunne anvendes som effektmålingsinstrumenter. Et mere afgrænset og systematisk instrument er udviklet for at vurdere posttraumatisk dissociation: The Structural Clinical Interview for DSM-IV Dissociative Disorders (se Steinberg, 2004). Dette instrument rummer megen gavnlig information, som kan hjælpe behandlingen af vore klienter, men der er ikke udført effektstudier på området:

"At present, no large-scale double-blind study has been done comparing either the relative efficacy of pharmacotherapy and psychotherapy in the treatment of dissociation or the relative efficacy of different forms of psychotherapy" (Steinberg, 2004, p. 137).

En række traditionelle kliniske instrumenter, herunder Rorschach-testning, ser ikke ud til at måle specifikt nok, så de kan anvendes som effektmål i forhold til en behandlingsindsats. Luxenberg & Levin (2004) siger sammenfattende om Rorschach-testen:

"Enough research has occurred for a number of factors to have been identified that comprise several trauma "profiles" on the Rorschach. Although there is no magical "marker" of trauma on the Rorschach, there is a very strong constellation of factors that, taken together, are powerfully suggestive of a traumatic background" (p. 218).

Psykofysiologiske undersøgelser af traumatiserede personer har indtil nu ikke forsynet området med indikatorer, som kan anvendes som monitoreringsinstrument og effektmål. Orr et al. (2004) siger: "The application of psychophysiological methods to treatment-related issues in PTSD remains in its infancy" (p. 315). Det samme gælder psykobiologiske laboratorieundersøgelser af PTSD. Friedman (2004) siger:

"Because it appears that no single psychobiological alteration distinguishes PTSD from other psychiatric disorders, the current challenge is to search for a distinctive pattern of psychobiological abnormalities that sets PTSD apart from other disorders and to translate such laboratory findings into useful and feasible clinical diagnostic procedures" (p. 433).

Det har også vist sig vanskeligt i en lidt bredere kontekst målemæssigt at finde konsistens imellem forskellige spørgeskemaer vedrørende tilknytning (RAAS, Revised Adult Attachment Scale; AAS, Adult Attachment Scale (17 spørgsmål); RQ, Relationship Questionnaire; RSQ, Relationship Scales Questionnaire og ASQ, Attachment Style Questionnaire) og en forbindelse mellem scoringen på disse skemaer vedrørende tilknytningstype og forskellige spørgeskemamål for symptomer ((målt med DAS, Dyadic Adjustment Scale og BSI, Brief Symptom Inventory) Stein et al., 2002). Forfatterne fremhæver behovet for en mere præcis fokusering på de psykologiske processer, som ligger under de bredere tilknytningskategorier:

"More research is needed on psychological processes relevant to defining a person's position on the insecurity component underlying attachment" (ibid.).

På trods af en indbyrdes konsistens mellem resultaterne fra spørgeskemaer vedrørende tilknytnings-type (f.eks. Sperling et al., 1996) udviser resultaterne fra spørgeskemaerne lille overensstemmelse med resultaterne fra Adult Attachment Interview (AAI) – f.eks. Bartholomew & Shaver, 1998; Diamond et al., 1999; George & West, 1999. Disse resultater er ikke overraskende eftersom selvrapporterings-spørgeskemaer tager udgangspunkt i og måler personens bevidste psykiske processer, hvorimod AAI "overrasker og vurderer det ubevidste" (George et al., 1985, p. 6).

Selvrapporteringsinstrumenter kommer i for høj grad til at mangle konstruktionsvaliditet, eftersom de ikke formår at registrere virkningen af de forsvarsprægede mangler og forvrængninger i forhold til selvfremsættelse, hukommelsesgenkaldelse, narrativ m.v., som karakteriserer de forskellige tilknytnings-mønstre (se f.eks. Pianta et al., 1996; Shedler et al., 1994).

En grundig gennemgang af samtlige tilgængelige måleinstrumenter i forhold til PTSD findes i Wilson & Keane: *Assessing Psychological Trauma and PTSD* (2004).

I en interessant undersøgelse af Giesen-Bloo et al (2006) er der påvist en klar behandlingseffekt af Youngs skemafokuserede terapi (SFT) og af Kernbergs m.fl. overføringsfokuserede terapi (TFT) over for en patientgruppe med borderline personlighedsforstyrrelse (BPD), – som funktionsmæssigt befinder sig på et borderline organisationsniveau (BPO – niveau tre og fire) – målt med semistrukturerede interviews og selvrapporteringsinstrumenter. Giesen-Bloo et al. (2006) anvendte bl.a. BPDSI-IV – et DSM-IV BPD kriteriebaseret semistruktureret interview med 70 items og WHOQOL – det tidligere nævnte WHO-spørgeskema med 100 spørgsmål. Den korte version af WHOQOL med 26 spørgsmål, som Carlsson (2005) anvendte, kunne ikke påvise nogen behandlingseffekt efter 9 måneders behandling ved RCT (Carlsson, 2005).

En sammenhængende selvstruktur hviler på evnen til selvregulering af affekterne, og forstyrrelser i selvstrukturen hviler på dysregulerede affekter. Psykopatologi og affektdysregulering er to sider af samme sag (Fosha, 2000; Cozolino, 2002, 2006; Fonagy, 2006; Hart, 2006; Schore, 2003, 2006; Stern 2006; Sørensen, 2005; Sørensen, 2006). Regulerede affektive tilstande opleves som "gode", "livgivende", "meningsgivende" og "behagelige" selvtilstande. Personen føler sig sammenhængende, sand, tilstede og virkelig. I forhold til andre føler personen nærhed, tilstedeværelse og afstemthed. Her overfor står den traumatiserede klient med voldsomme dysregulerede affekter – evt. begravet under en tilsyneladende fredelig forsvarspræget overflade. Tilstanden opleves som "ond", "ubehagelig" og "uvirkelig". Selvoplevelser er tomhed, kaos, smerte, fortvivelse og angst. I forhold til andre føler personen sig forladt og alene. Meningsløshed og tab af kærlighed præger mange.

Personer med et sammenhængende selvsystem – hvor der via evnen til affektregulering er god overensstemmelse mellem komponenterne i BASK-I modellen (se fig. 1) – vil i vid udstrækning sprogligt/kognitivt kunne formulere, hvad de mærker i kroppen, hvad de føler (kategorialemotioner), og hvad de gør. Det, personen siger, svarer i stor udstrækning til, hvad han gør, som svarer til, hvad han føler og fornemmer. Der er relativ høj kohærens mellem situation, kognition, følelse og fornemmelse for personer på funktionsniveau 1, 2 (og 3), som indgår i relationsformer inden for det skraverede område i fig. 6 i Sørensen (2006).

Det grundlæggende (ontologisk) psykologiske problem med selvrapportering og spørgeskemaer i forhold til klienter med svære problemer (funktionsniveau fem, fire (og tre) og med relationsformer på og uden for det skraverede område i figur 6 i Sørensen, 2006 er netop, at hukommelses- og relationskomponenter i høj grad er løsrevet fra hinanden (som figur 2-5 illustrerer): Handling kan være skilt fra kropsfornemmelser, sprog og tænkning kan være skilt fra følelser osv.

Sådanne dissociationer kan forekomme på forskellige neurobiologiske, udviklingspsykologiske og dermed forskellige personlighedsorganisatoriske niveauer. Der kan være tale om en tidlig dissociation på

hjernestammeniveau (personlighedsorganisationsniveau 5): Sympatisk dissociation – kamp/flugt (teleologisk modus), parasympatisk dissociation – fastfrysning (adskillende "pretend" modus) og sympatisk og parasympatisk dissociation (sammenføjende ækvivalens modus). Der kan være dissociation på et limbisk niveau – f.eks. mellem amygdala og hippocampus, hvilket bevirker en manglende integration mellem emotionel og eksplicit hukommelse, så det bliver vanskeligt at placere emotionel oplevelse i tid og sted. Der kan være tale om dissociation mellem hemisfæerne (det horisontale split) – her bliver det vanskeligt eller umuligt for venstre hemisfære med det bevidste sociale selv at tolke informationer (via corpus callosum) fra højre hemisfære med det ubevidste selv med kropsrepræsentationer, emotionelle og somatiske tilstande (se Hart, 2006; Howel, 2005; Niejen-huis & den Boer, 2007; Van der Hart et al., 2006).

Hvis man derfor forsøger at få et billede af personens tilstande (som udgør selvet) via kognition og sproglige formuleringer, som i selvrapporteringsinstrumenterne, fremkommer et usammenhængende, ustabil og fragmenteret billede af de konstituerende affekttilstande, kropsbilleder og relationsformer, som ikke er velegnet som grundlag for monitorering og måling af effekt af forskellige former for behandlingsindsats.

Der er ved alvorlige selvpatologier (som hos personer på funktionsniveau fem, fire (og tre)) ringe sammenhæng imellem det bevidste, sprogligt formidlede selv billede, som det er medieret især af de dorsolaterale dele af frontal cortex, af hippocampus, af sprogområderne m.v. (den posteriore del) i venstre hemisfære og det ubevidste "reelle" relationelle selv billede, som er medieret af orbitofrontal cortex og højre hemisfære (Cozolino, 2002, 2006; Joseph, 1992; Schore, 2003, a, b; Panksepp, 2004; Solms, 2006). Når man stiller klienten spørgsmål, som han skal svare på, aktiveres venstre hemisfære, som bliver bedt om at aflæse tilstandene i højre hemisfære og de dybereliggende strukturer. Klienter – især på funktionsniveau (tre) fire og fem – vil have vanskeligt ved at aflæse egne og andres underliggende tilstande pga. forsvar (som skyldes affektdysregulering), som især opererer i den venstre, verbale hemisfære. Forsvar som projektion, selvbedrag og benægtelse synes især at være lokaliseret i venstre hjernehalvdel (Cozolino, 2002, 2006; Joseph, 1992; Schore, 2003). I modsætning til selvrapporterings tests og spørgeskemaer, der afkoder – den ofte mangelfulde – forbindelse mellem hemisfæerne (det horisontale fortrængningssplit), vil tests, som direkte afkoder de hierarkisk "vertikalt" organiserede dybereliggende affektive strukturer uden klientens mulighed for bevidst/kognitivt at kunne kvalificere svaret, have mulighed for at komme udenom problemet med splittet mellem det bevidste (kognitivt og sprog baserede) selv billede og det ubevidste, automatiske højrehemisfære baserede selv billede, som også inkluderer kropsbilledet. Carlsson nævner en undersøgelse af Turner et al. (2003), som viste, at klienter urealistisk overestimerede forekomsten af PTSD og depression i selvrapportering sammenlignet med vurderinger ud fra et klinisk interview (Carlsson, 2006, p. 34). Den emotionelle implicite hukommelse om tidligere relationer er indkodet i ubevidste limbiske og højre hemisfære strukturer. Her bearbejdes bl.a. visuel information om følelsesudtryk i ansigter (Baron-Cohen, 2004; Schore, 2006).

Et yderligere problem med strukturerede og omfattende interviews og større spørgeskemaer i forhold til målgruppen på CETT er de store vanskeligheder med at udvikle måleinstrumenterne på en valid og reliabel måde i forhold til andre sprog og de store kulturforskelle, vi møder. Man må antage, at dette også gælder for andre måleinstrumenter, men vi tilstræber at finde og anvende tests, hvor disse begrænsninger er mindst mulige.

For at imødegå disse grundlæggende metodologiske vanskeligheder ved selvrapporteringsinstrumenter og for med de nuværende ressourcer at kunne løfte opgaven vil CETT fremover udvikle, monitorere og måle sin indsats gennem mål for affekttilstedeværelse, affektbevidsthed, empatiniveau (som hviler på evnen til affektregulering) og affektstyret autobiografisk hukommelse (evt. suppleret med andre instrumenter) samt sociale færdigheder. Her skal ganske kort opridses en række af de monitorerings- og effektmålingsredskaber, som fremover tænkes anvendt ved CETT.

4.1 RME; Reading the mind in the eyes test

Denne test er udviklet af Baron-Cohen et al. (2001). Testens psykometriske egenskaber er gennemtestet. Testen er reliabel og valid (se Baron – Cohen et al., 2001). Den består af 36 billeder af øjenomgivelserne hos voksne mænd og kvinder, der ægte udviser forskellige emotioner. Klienten skal til hvert billede vælge et følelsesudtryk ud af fire mulige. De 36 billeder indeholder kategorialemotionerne og kategoriale og intensitetsmæssige blandinger heraf. De emotionelle udtryk kan umiddelbart indplaceres på feltet for affektregulering (se fig. 5 i Sørensen, 2006). De ægte emotionelle udtryk ses specielt i øjenomgivelserne, der ikke kan styres voluntært i modsætning til mund/smil. Billederne afkoder klientens umiddelbare, automatiske og højre hemisfære medierede evne til at aflæse emotioner i et ansigts øjenomgivelser. Evnen til emotionsaflæsning er direkte forbundet med empatievnens (Baron-Cohen, 2004). Personen kan ikke via sproglige og kognitive kalkulationer forbedre testresultatet. Under beskrivelsen af de fem funktionsniveauer er angivet en anslået score på denne test, som skal justeres ud fra de fremtidige indhøstede resultater.

4.2 LEAS; Levels of emotional awareness scale

Denne test består af 20 situationer, der er beskrevet med 2-4 sætninger (Lane et al., 1990). Scoringen er baseret på bestemte og veldefinerede strukturelle kriterier beregnet på at differentiere niveauer for emotionel bevidsthed om en selv og om andre (Lane & Schwartz, 1997). Testens egenskaber og forbindelse til andre tests er veldokumenteret (Lane et al., 1990, 1996, 1998; Levine et al., 1997). Et eksempel på en beskrevet situation er: "Du og din bedste ven arbejder samme sted. Der uddeles hvert år en pris til den, der har gjort det bedst. I arbejder begge hårdt for at vinde prisen. En aften annonceres vinderen: Din ven. Hvordan ville du føle? Hvordan ville din ven føle?" Korte uddrag af svar, som ville blive scoret fra 0-5: "Jeg arbejder ikke hårdt for at vinde priser." (0). "Jeg ville føle mig dårlig." (1). "Jeg ville sandsynligvis have det dårligt nogle dage og ville prøve at finde ud af, hvad der gik galt. Jeg er sikker på, at min ven ville have det rigtig godt..." (2). "Vi ville begge to føle os glade. Hej, du kan ikke vinde hver gang." (3). "Jeg ville føle mig trist...jeg ville også være glad på min vens vegne...min ven ville være taknemmelig." (4). "Jeg ville føle mig skuffet over, at jeg ikke vandt prisen, men glad for, at det var min ven, der vandt, når nu en anden fik den. Min ven fortjener den sandsynligvis. Min ven ville føle sig glad og stolt, men lidt bekymret over, at jeg måske ville føle mig lidt såret.." (5).

Scoringssystemet vurderer den emotionelle struktur og kompleksitet i svaret og ikke svarets indhold. Derfor kan personen ikke via kognition ændre/forbedre scoren, som det er tilfældet med selvrapporteringsinstrumenter. Lane og Nadel (2000) og Lane & Garfield (2005) har grundigt udforsket testens hjernemæssige korrelater, der er af stor interesse for arbejdet med traumatiserede personer. Han har udforsket de hjernemæssige korrelater til emotionsbevidsthed, opmærksomhed og hukommelse. Niveauerne i emotionsbevidsthed kan summarisk skitseres:

- Niveau 0 er en ikke-emotionel (afvisende) respons
- Niveau 1 udgør en dominerende visceral aktivering (hjernestammen)
- Niveau 2 er en aktivering af emotionelle handletendenser (di-encephalon)
- Niveau 3 viser en tilsynekomst af kategorialemotioner, der kan skelnes fra hinanden (limbisk).

Disse niveauer befinder sig på et implicit processeringsniveau

- Niveau 4 viser en blanding af emotioner (paralimbisk)
- Niveau 5 viser en blanding af blandingen (prefrontal cortex).

De sidste to niveauer foregår på et explicit (bevidst) processeringsniveau.

Info

En sådan test vil være sensitiv over for bedringer i klientens emotionelle liv. Bedringer som måske ikke i første omgang er eksplicit bevidste for klienten. Testens indhold er direkte forbundet med Fonagy og Gergely's forskning (se Sørensen, 2006). En interessant mulighed kunne være at benytte TAT-testen (Murray, 1938) som stimulusmateriale og score den efter manualen for "Levels of Emotional Awareness" testen – evt. suppleret med hele eller dele af Westens "Social Cognition and Object Relations Scale" (Westen et al., 1985; Westen, 1990, 1991). (Se også Elsas et al., 2006; Bruun & Knudsen, 2006). Det er lykkedes at påvise bl.a. ved hjælp af SCORS i forhold til TAT-tavlerne, at en psykodynamisk toårig miljøterapeutisk døgnbehandling af 6-12 årige børn har bevirket bedringer forankret i personlighedsstruktur, som ikke blot er et udtryk for ydre skintilpasninger (Nissen & Gabrielsen, 2006). At score TAT-tavlerne udfra LEAS kriterierne ville give et mål for tilknytningskvaliteten (empatikvaliteten eller empatiniveauet), som kan afbildes som breddegraden på relationsfeltet (figur 5 og 6 i Sørensen, 2006). En scoring af tavlerne ud fra det emotionelle indhold vil vise tilknytningsmønsteret (- typen), som kan afbildes som længdegraden på relationsfeltet. Man vil således få en indikation for både breddegrad og længdegrad, som afbilder personligheden og dermed viser vej til terapi- og interventionsform. George et al. (1991) har udviklet "The Adult Attachment Projective" (AAP), som benytter TAT-tavler som stimulusmateriale. Den ser ud til at udgøre en både valid og reliabel metode til at vurdere tilknytning ud fra de samme fire tilknytningsklassifikationer som AAI. Fordelen i en forskningssammenhæng er, at den er meget lettere og mindre tidskrævende at administrere end det omfattende AAI. George et al. (1999) beretter om en høj interreliabilitet og en god sammenhæng mellem AAI og AAP. Dette monitoreringsinstrument kan være attraktivt for CETT som et alternativ til det arbejdskrævende instrument (AAI) og de mange selvrapporteringsinstrumenter, som kan mangle konstruktionsvaliditet i forhold til de vanskeligst stillede klienter. AAPs anvendelighed er yderligere dokumenteret i George & West (2003) og anvendt i en række forskningsprojekter bl.a. af van Ecke et al. (2005).

4.3 AMT; Autobiographical memory test

Til måling af emotionsbaserede autobiografiske erindringer tænkes anvendt en modificeret dansk udgave af AMT, som Birgit Borck Mathiesen har udarbejdet (Mathiesen, 2002). Testen går ud på, at klienten præsenteres for et følelsesladet ord (glad, håbløs, sorg, hjælpeløs o.s.v.), hvortil der skal produceres en helt personlig og bestemt situation/begivenhed, som indeholder denne emotionelle tilstand – hos personen selv eller hos en anden. Det registreres, om personen kan eller ikke kan producere en selvbiografisk hukommelse, og hvor længe det er siden, begivenheden fandt sted. Testen vil være sensitiv over for ændringer i selvstruktur og traumeintegrering/-erindring. AMT består af en række følelsesladede ord, der tænkes suppleret med Plutchiks index over tilstande og emotioner (Plutchik, 1980, 2000). Denne test er så at sige omvendt af LEAS-testen: Her skal produceres en situation ud fra en følelse, i LEAS skal produceres følelser ud fra en situation.

4.4 Plutchiks indeks over tilstande og emotioner

Dette indeks består af en liste med grupper af ord for emotioner og tilstande. Hver gruppe indeholder 8 ord, og der er 8 grupper svarende til de 8 kategorialemotioner. F.eks.: Tillid (tillidsfuld, venlig, imødekommende, tilfreds, samarbejdende, tolerant, rolig, tålmodig). Tristhed (deprimeret, dystert, trist, tom, ensom, hjælpeløs, modløs, håbløs). Og således for alle 8 kategorialemotioner. Klienten bliver bedt om på listen at sætte en cirkel omkring de tilstande og følelser, han har oplevet de sidste to uger og en streg under de følelser, om hvilke han kan sige, han ved, hvordan opleves. Denne test svarer til "af-fektbevidsthedskolonnen" i Monsens affektbevidsthedsinterview, der har vist sig som sensitiv over for måling af effekt af psykoterapi (Monsen, 1996; Monsen & Monsen, 1999; Gabbard, 2005).

4.5 Vurdering af plutchiks indeks over tilstande og emotioner

Denne test er materialemæssigt den samme som i 4 Plutchiks indeks over tilstande og emotioner. Forskellen er, at det ikke er klienten selv, der skal fremhæve de emotionelle tilstande, vedkommende (be-

vidst) oplever, men derimod psykologen, der udfører det strukturelle interview med henblik på behandlingsdifferentiering. Efter (eller under) det strukturelle interview tænkes psykologen på CETT at sætte en cirkel rundt om samtlige tilstande og emotioner, vedkommende har registreret hos klienten. Dette svarer til kolonnen "emotionelt udtryk" i Monsens affektbevidsthedsinterview, blot ud fra Plutchiks systematik, der er direkte forenelig med relationsfeltet. Her er tale om psykologens registrering af emotionsudtryk hos klienten – evt. uden klientens selvbevidsthed. Klientens tilstande og emotioner kunne også registreres ud fra videooptagelser af det strukturelle interview. Både af terapeuten og/eller af en tredje person.

En anden mulighed, som ville belyse to områder samtidigt, ville være at benytte et spørgeskema (f.eks. WHOQOL – Brief, som Carlsson, 2005 benyttede), optage sessionen på video og så ud fra videoen score klientens affektudtryk på Plutchiks emotionsindeks. Her ville man både kunne registrere evt. ændringer i WHOQOL-scoren – som det lykkedes for Giese-Bloo et al., (2006) – og i affektudtryk, som behandlingen skrider frem.

4.6 Relateringsdomæner

Ud over de affektive mål, som i stor udstrækning undgår filtrering og forvrængning fra de bevidste kognitive strukturer, udarbejdes en objektiv registrering af klientens adfærd i forhold til vigtige livs-områder. Registreringen sker ud fra følgende ti relateringsdomæner, som er afgørende vigtig i alle menneskers liv:

1. Din familie (Hvor ofte ses I? Hvor ofte taler I i telefon? Besøg, hvem besøger? Hvem ringer? osv.). Ægtefælle (Spiser I sammen? Hvem køber ind? Går I til noget sammen? Hyppighed, omfang osv.).
2. Venner og nærmiljøet (Har du venner/naboer, du ser regelmæssigt? Hvor ofte? Hvor længe? osv.).
3. Arbejde/uddannelse (registrering af omfang, hyppighed m.v.).
4. Hobbies, fritidsinteresser (hvilke, omfang, initiativ, hyppighed m.v.).
5. Fortiden, forhold til afdøde (Mindes de? Hvem? Hvor ofte?). Traditioner, højtider, historiske begivenheder m.v. (fejres de? Hvem er med? Hvor ofte? osv.) Jf. Varvin (2003, kap. 8).
6. Naturen (specielle steder, besøg, hyppighed, omfang).
7. Kæledyr. Har du kæledyr? Hvilke? Omfang af kontakt? Initiativ? osv.
8. Institutioner og organisationer. Tilhører du en organisation? Deltager du regelmæssigt i møder? Hyppighed? Omfang?
9. Forbundenhed med det, der ligger uden for viden. Beder du? Deltager i ceremonier? Hyppighed? osv..
10. Dig selv. Din krop. Selvsorg? Tøj? Er der selvforsømmelse? Selvskade? osv.

Det tænkes, at der sker en nøje, konkret og detaljeret registrering af objektive handlinger på disse centrale livsområder. Registreringen skal tilpasses den enkelte klients konkrete livsfunktion, og alle områder følges, og hvert enkelt punkt registreres med henblik på den mindste ændring. En sådan ikke-intentionel registrering vil kunne opfange selv små ændringer i klientens ikke bevidst registrerede tilstand under et behandlingsforløb.

En test, som muligvis kunne være relevant her, er APSTA – Assessment of Primary, Secondary and Tertiary Activities of Daily Living. En test til vurdering af ADL – Almindelige Daglige Aktiviteter. Det er et klinisk, kvalitativt undersøgelses- og analyseredskab, som belyser og afdækker personens evne til at tage vare på fysiske, psykiske og psykosociale behov. Med testresultatet har man en beskrivelse af personens væsentligste ressourcer og problemer ud fra personens kognitive og psykosociale funktionsniveau. APSTA er udviklet i en dansk version på baggrund af ca. 200 ADL-vurderinger af personer i 20-65 år. Emner og indhold stemmer overens med Sundhedsvæsnets klassifikationssystem og ICF (Dansk Psykologisk Forlag: Testkatalog 2006/07).

4.7 Fokus i fremtidig indsats

Som det fremgår af nærværende papir, arbejder CETT med en øget differentiering i den diagnostiske beskrivelse til gavn for en mere specifik og målrettet behandlingsindsats. Dette skal ikke ske primært på et selvrapporteret symptomniveau, men på grundlag af en vurdering af det sociale, relationelle og intrapsyriske funktionsniveau. Evnen til social og psykologisk relatering til sig selv og andre hviler på en affektregulatorisk basis. Denne vil kunne danne grundlag for udviklingen af monitoreringsinstrumenter og effektmål, som afkoder de ontologiske affektive psykologiske processer.

Ud fra den omfattende videnskabelige evidens fra neurobiologi, udviklingspsykologi, personlighedspsykologi og evidensbaseret psykoterapiforskning (hvor relationen og relationsbeskrivelse står helt centralt) har vi god grund til at antage, at det kan lykkes at udvikle valide, reliable og tidsmæssig/økonomisk håndterbare instrumenter til monitorering og effektmåling over for denne svært belastede klientgruppe.

- Allen, J.G. (2005) **Coping with Trauma**. Washington, DC. American Psychiatric Publishing, Inc.
- Allen, J.G. (2004) **Traumatic Relationships and Serious Mental Disorders**. New York, John Wiley & Sons Ltd.
- Allen, J.G. (2003) Mentalizing. **Bulletin of the Menninger Clinic**, **67** (2): 91-112.
- Allen, J.G. & Fonagy, P. (2006) (Red.): **The Handbook of Mentalization-Based Treatment**. New York. John Wiley & Sons.
- Allen, J.G., Keller, M.W. & Console, D.A. (1999) **EMDR: A closer look**. N.Y. Guilford Press.
- Amat, J.G., Paul, E., Zarza, C., Watkins, L.R. & Mair, S.F. (2006) Previous Experience with Behavioral Control over Stress Blocks the Behavioral and Dorsal Raphe Nucleus Activating Effects of Later Uncontrollable Stress: Role of the Ventral Medial Prefrontal Cortex. **The Journal of Neuroscience**, **26**(51): 13264-13272.
- Amat, J., Baratta, M.V., Paul, E., Bland, S.T., Watkins, L.R. & Maier, S.F. (2005) Medial Prefrontal Cortex Determines how Stressor Controllability Affects Behaviour and Dorsal Raphe Nucleus. **Nature Neuroscience**, **8**: 365-371.
- American Psychiatric Association (2000) **Diagnosis and Statistical Manual of Mental Disorders** (fjerde udg. Tekst revision) (DSM-IV-TR). Washington, DC. American Psychiatric Press.
- Aposhyan, S. (2004) **Body – Mind Psychotherapy**. New York, London. W.W. Norton & Company.
- Ballenger, J.C., Davidson, J.R.T., Lecrubier, Y., Nutt, D.J., Marshall, R.D., Nemeroff, C.B., Shalev, A.Y. & Yehuda, R. (2004). Consensus Statement Update on Posttraumatic Stress Disorder from the International Consensus Group on Depression and Anxiety. **Journal of Clinical psychiatry**, **65** (supplement 1): 55-62.
- Baron-Cohen, S. (2004) **Den afgørende forskel**. København. Akademisk Forlag.
- Baron-Cohen, S., Wheelwright, S., & Hill, J. (2001) The “Reading the Mind in the Eyes test” Revised Version: A study with Normal Adults, and Adults with Aspergers Syndrome and Highfunctioning Autism. **Journal of Child Psychiatry and Psychiatry**, **42**: 241-252.
- Bartholomew, K. & Shaver, and P. R. (1998) Methods of assessing adult attachment: Do they converge? I: Simpson, J.A. & Rholes, W.S. (Red.): **Attachment Theory and Close Relationships**. New York. Guilford.
- Bateman, A. & Fonagy, P. (2006) **Mentalization-Based Treatment for Borderline Personality Disorder. A Practical Guide**. Oxford. Oxford University Press.
- Bateman, A. & Fonagy, P. (2004) **Psychotherapy for the Borderline-personality Disorder: Mentalisation Based Treatment**. Oxford. Oxford University Press.

- Bateman, A. & Fonagy, P. (2001) Treatment of Borderline Personality Disorder with Psychoanalytically Oriented Partial Hospitalization: an 18-month follow-up. **American Journal of Psychiatry**, **158**: 36-42.
- Bateman, A. & Fonagy, P. (1999) Effectiveness of Partial Hospitalization in the Treatment of Borderline Personality Disorder: A randomized controlled trial. **American Journal of Psychiatry**, **156**: 1563-1569.
- Blatt, S.J. (2004) **Experience of Depression. Theoretical, Clinical, and Research Perspectives**. Washington D.C. American Psychological Association.
- Beck, A.T. (1976) **Cognitive Therapy and the Emotional Disorders**. New York, International University Press.
- Beck, J.G., Gudmundsdottir, B., Palyo, S.A., Miller, L.M. & Grant, D.M. (2006) Rebound Effects Following Deliberate Thought Suppression: Does PTSD make a Difference? **Behavior Therapy**, **37**: 170-180
- Beck, J.S. (2006) **Kognitiv terapi – teori, udøvelse og refleksion**. København, Akademisk Forlag.
- Benson, H. (1975) **The Relaxation Response**. New York. William Morrow.
- Berge, T. & Repål, A. (2004) **Kognitiv terapi i praksis**. København. Akademisk Forlag.
- Bonanno, G.A. & Kaltman, S. (1999) Toward an Integrative Perspective on Bereavement. **Psychological Bulletin**, **125**: 760-776
- Bonanno, G.A., Wortman, C.B., Tweed, R.G., Carr, D. et al. (2002) Resilience to Loss and Chronic Grief: A Prospective Study From Preloss to 18-month Postloss. **Journal of Personality and Social Psychology**, **83**: 1150-1164
- Bonanno, G.A. (2004) Loss, Trauma, and Human Resilience: Have We Underestimated Human Capacity to Thrive After Extremely Aversive Events? **American Psychologist**, **59**: 20-28
- Braun, B.G. (1988) The BASK Model of Dissociation. **Dissociation**, **1**: 4-23.
- Bremner, J.D. & Vermetten, E. (2004) Neuroanatomical Changes Associated with Pharmacotherapy in Posttraumatic Stress Disorder. **Annals of the New York Academy of Science**, **1032**: 154-157.
- Bremner, J.D., Vythilingam, M., Vermetten, E., Southwick, S.M., McGlashan, T., Nazeer, A., Kahn, S., Vaccarino, L.V., Soufer, R., Gary, P.K., Ng, C.K., Staib, L.H., Duncan, J.S. & Charney, D.S. (2003) MRI and PET Study of Deficits in Hippocampal Structure and Function in Women with Childhood Sexual Abuse and Posttraumatic Stress Disorder. **American Journal of Psychiatry**, **160** (5): 924-932.
- Breslau, N., Davis, G.C., Andreski, P. (1991) Traumatic Events and Posttraumatic stress Disorder in an Urban Population of Young Adults. **Archives of General Psychiatry**, **48**: 216-222
- Breslau, N. (1998) Epidemiology of trauma and posttraumatic stress disorder. I: Yehuda, R. (Red.): **Psychological Trauma**. Washington. American Psychiatric Press.
- Brewin, C.R. (2001) A Cognitive Neuroscience Account of Posttraumatic Stress Disorder and its Treatment. **Behavior Research and Therapy**, **39**: 373-393
- Briere, J. (1995) **Trauma Symptom Inventory (TSI): Professional manual**. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.

- Briere, J. & Runtz, M. (1989) The Trauma Symptom Checklist (TSC-33): Early Data on a New Scale. **Journal of Interpersonal Violence**, **4**, 151-163.
- Brun, B. & Knudsen, P. (2006) **Psykologisk undersøgelsesmetodik. En basisbog**. København. Dansk Psykologisk Forlag.
- Carlson, E. (2001) Psychometric study of a brief screen for PTSD: Assessing the Impact of Multiple Traumatic Events. **Psychological Assessment**, **8**, 431-441.
- Carlsson, J.M. (2005) **Mental Health and Health-related Quality of Life in Tortured Refugees**. København. Kbh.'s Universitet.
- Carver, C.S. (1998) Resilience and Thriving: Issues, Models and Linkage. **Journal of Social Issues**, **54**: 254-266.
- Clarkin, J.F., Yeomans, F.E. & Kernberg, O.F. (1999) **Psychotherapy for Borderline Personality**. New York. John Wiley.
- Clarkin, J.F., Yeomans, F.E. & Kernberg, O.F. (2006) **Psychotherapy for the Borderline Personality: Focusing on Object Relations**. Washington. American Psychiatric Press.
- Cloninger, C.R. (2004) **Feeling Good. The Science of Well-Being**. Oxford. Oxford University Press.
- Connor, K.M. & Butterfield, M.I. (2003) Posttraumatic Stress Disorder. **Focus**, summer, **vol. 1**. No. 3: 247-262.
- Conte, H.R. & Plutchik, R. (1995) (Red.): **Ego defences: Theory and Measurement**. New York. John Wiley.
- Cozolino, L.J. (2002) **The Neuroscience of Psychotherapy. Building and Rebuilding the Human Brain**. New York. Norton.
- Cozolino, L.J. (2006) The Neuroscience of Human Relationships. Attachment and the Developing Social Brain. New York. W.W. Norton & Company.
- Cusak, K. & Spates, C.R. (1999) The Cognitive Dismantling of Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) Treatment of Posttraumatic Stress Disorder (PTSD). **Journal of Anxiety Disorders**, **13**: 87-99
- Davidson, J, Baldwin D., Stein, D.J., Kuper, E., Benattia, I., Ahmed, S., Petersen, R. & Musgnung, J. (2006) Treatment of posttraumatic Stress Disorder with Venlafaxine Extended Release. **Archives of General Psychiatry**, **63**: 1158-1165.
- Davidson, J.R. Hughes, D., Blazer, D.G. & George, L.K. (1991) Post-traumatic Stress Disorder in the Community: An Epidemiological Study. **Psychological Medicine**, **21**: 713-721.
- Davidson, J.R.T. (1993) Issues in the Diagnosis of Posttraumatic Stress Disorder. **American Psychiatric Press Review of Psychiatry**, **Vol. 12**: 141-155.
- Davidson, J.R.T, Smith, R. & Kudler, H.S. (1989) Validity and Reliability of the DSM-III Criteria for Post-traumatic Stress Disorder: Experience with a Structured Interview. **Journal of Nervous and Mental Disease**, **177**: 336-341.

- Davidson, P.R. & Parker, K.C. (2001) Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR): A Meta-Analysis. Journal of Consulting and Clinical Psychology, **69**: 305-316.
- Della Selva, P.C. (2001) Intensiv Dynamisk Korttidsterapi. København. Hans Reitzels Forlag.
- Dement, W.C. (1999) The Promise of Sleep. New York. Random House.
- Diamond, D., Clarkin, J.F., Levine, H., Levy, K., Foelsch, P. & Yeomans, F. (1999) Borderline Conditions and Attachment: A Preliminary Report. Psychoanalytic Inquiry, **19**: 831-884.
- Dohrenwend, B.P., Turner, J.B., Turse, N.A., Adams, B.G. Koenen, K.C. & Marshall, R. (2006) The Psychological Risk of Vietnam for U.S. Veterans: A Revisit with New Data and Methods. Science, **313**: 979-982 .
- Elsass, P., Ivanou, J., Mortensen, E.L., Poulsen, S. & Rosenbaum, B. (2006) (Red.) Assessmentmetoder. Håndbog for psykologer og psykiatere. København. Dansk Psykologisk Forlag.
- Foa, E.B. (2000) Psychosocial treatment of posttraumatic stress disorder. Journal of Clinical Psychiatry, **61**: 43-51.
- Foa, E. et al. (1993) Reliability and Validity of a Brief Instrument for Assessing Posttraumatic Stress Disorder. Journal of Traumatic Stress, **6**, 459-473.
- Foa, E. et al. (1997) The Validation of a Self-report Measure of Posttraumatic Stress Disorder: The Posttraumatic Diagnostic Scale. Psychological Assessment, **9**, 445-451.
- Ford, J.D. Courtois, C.A., Steele, K., van der Hart, O. & Nijenhuis, E.R.S. (2005) Treatment of complex posttraumatic self-dysregulation. Journal of Traumatic Stress, **18**: 437-448.
- First, M.B., Spitzer, R.L., Gibbon, M., & Williams, J.B. (1996) Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis-I Disorders (SCID-I), Clinical Version. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Fonagy, P. Gergely, G., Jurist, E. & Target, M. (2002) Affect Regulation, Mentalization and the Development of the Self. New York. Other Press.
- Fonagy, P. (2006) „Udvikling af psykopatologi fra den tidlige barndom til voksenliv: Den mystiske udfoldelse af forstyrrelser over tid“. I: Sørensen, J.H. (Red.): Affektregulering i udvikling og psykoterapi. København, Hans Reitzels Forlag.
- Fonagy, P. & Bateman, A.W. (2006) Mechanisms of Change in Mentalization-Based Treatment of BPD. Journal of Clinical Psychology, **62** (4): 411-430.
- Fonagy, P. & Stein, H. (2001) Performance on Eye Test and Physical and Sexual Abuse. Forelæsning. Herlev Sygehus. København.
- Fonagy, P., Target, M., Steele, H. & Steele, M. (London. Nov. 1998), Reflective Functioning Manual. Version 5. For Application to Adult Attachment Interview.
- Ford, J.D., Fisher, P. & Larson, L. (1997) Object Relations as a Predictor of Treatment Outcome with Chronic Posttraumatic Stress Disorder. Journal of Consulting and Clinical Psychology, **65** (4): 547-559.

- Fosha, D. (2000) **The Transforming Power of Affect. A Model for Accelerated Change.** New York. Basic Books.
- Fosha, D. (2004a) **Accelerated Experimental Dynamic Psychotherapy.** Forelæsning, Okt. Psykiatrisk Hospital, Risskov.
- Fosha, D. (2004a) Brief Integrative Psychotherapy Comes of Ages: Reflections. **Journal of Psychotherapy Integration, 14:** 66-92.
- Friedman, M.J. (2004) Psychobiological Laboratory Assessment of PTSD. I: Wilson, J.P & Keane, T.M. (Red.): **Assessing Psychological Trauma and PTSD.** New York: The Guilford Press.
- Gabbard, G.O. (2004) **Long-term Psychodynamic Psychotherapy.** Washington DC, American Psychiatric Publishing Inc.
- Gabbard, G.O. (2005) Major Modalities: Psychoanalytic/Psychodynamic. I Gabbard, G.O., Beck, J.S. & Holmes J. (Red.): **"Oxford Textbook of Psychotherapy"**. Oxford, Oxford University Press.
- Gammelgaard, J. (2000) **Mellem mennesker: Træk af indfølingens psykologi.** København. Gads Forlag.
- George, C. Kaplan, N. & Main M. (1985) **Adult Attachment Interview.** University of California, Berkeley.
- George, C. West, M & Pettem, O. (1999) The Adult Attachment Projective: Disorganization of Adult Attachment at the Level of Representation. I: Solomon, J. & George, C. (Red.): **Attachment Disorganization.** New York. Guilford.
- George, C. & West, M. (1999) Developmental vs. Social Personality Models of Adult Attachment and Mental Ill Health. **British Journal of Medical Psychology, 72:** 273-281
- George, C. & West, M. (2003) **The Adult Attachment Projective: Disorganization of Adult Attachment at the Level of Representation.** Upubliceret manual.
- Giesen-Bloo, J., van Dyck, R., Spinhoven, P., van Tilburg, W., van Asselt, T., Kremers, I., Nadort, M. & Arntz, A. (2006) Outpatient Psychotherapy for Borderline Personality Disorder. Randomized Trial of schema-Focused Therapy vs. Transference-Focused Psychotherapy. **Archives of General Psychiatry, 63:** 649-658.
- Goodman, G. (2002) **The Internal World and Attachment.** Hillsdale, New Jersey, London. The Analytic Press
- Grey, N., Young, K. & Holms, E. (2002) Cognitive Restructuring within Relieving: A Treatment for Post-traumatic Emotional Hotspots in PTSD. **Behavioral and Cognitive Psychotherapy, 30:** 63-82
- Grinker, R.R. & Spiegel, J.P. (1945) **Men under Stress.** Philadelphia. Blakiston.
- Green, B. (1996) Trauma History Questionnaire. I: B.H. Stamm & E.M. Varra (Red.): **"Measurement of Stress, Trauma, and Adaption"** (pp. 366-368). Lutherville, MD: Sidran Press.
- Greenberg, L. S. (2002) **Emotion Focused Therapy.** Washington, DC: American Psychological Association.
- Greenberg, L. S. (2004) **Emotion Focused Psychotherapy.** København, juni, seminar/workshop.

- Hart, S. (2006) Betydningen af Samhørighed. Om Neuroaffektiv Udviklingspsykologi. København. Hans Reitzels Forlag.
- Heltzer, J.E., Robins, L.N. & McEvoy, L. (1987) Post-Traumatic Stress Disorder in the General Population. Findings of the Epidemiologic Catchment Area Survey. New England Journal of Medicine, **317**: 1630-1634.
- Herman, J.L. (1992) Trauma and Recovery. New York. Basic Books.
- Herman, J.L. (1992) Complex PTSD: A Syndrome in Survivors of Prolonged and Repeated Trauma. Journal of Traumatic Stress, **5**: 377-391.
- Hoge, C.W., Castro, C.A., Messer, S.C., McGurk, D. (2004) Combat Duty in Iraq and Afghanistan, Mental Health Problems and Barriers to Care. The New England Journal of Medicine, **351**: 13-22.
- Hoge, C. Auchterlonie, J. & Miliken, C. (2006) Mental Health Problems, Use of Mental Health Services, and Attrition from Military Service after Returning from Deployment to Iraq or Afghanistan. The Journal of the American Medical Association, **295**: 1023-1032.
- Holen, A. (1990) A Long-term Outcome Study of Survivors from a Disaster. Oslo, Norway: University of Oslo Press.
- Horwitz, L., Gabbard, G.O. & Allen, J.G. (1996) Borderline Personality Disorder: Tailoring the Therapy to the Patient. Washington, DC. American Psychiatric Press.
- Howell, E. (2005) The Dissociative Mind. Mahwah New Jersey. The Analytical Press.
- ICF (2003) International Klassifikation af funktionsevne, funktionsnedsættelse og helbredstilstand. København. Munksgaard.
- Joseph, R.. (1992) The Right Brain and the Unconscious. New York, London. Plenum Press.
- Kagan, J. (1994) Galen's prophecy. Temperament in Human Nature. New York. Basic Books.
- Kagan, J. & Snidman, N. (2004) The Long Shadow of Temperament. Cambridge, MA. Harvard University Press.
- Kernberg, O. F., Selzer, M.A. Koenigsberg, H.W. Carr, A.C & Appelbaum, A.H (1992) Bordeline og psyko-dynamisk psykoterapi. København. Hans Reitzels Forlag.
- Kernberg, O.F. & Caligor, E. (2005) „A Psychoanalytic Theory of Personality Disorders“. I: Lenzenweger, M.F. & Clarkin, J.F. (Red.): Major Theories of Personality Disorder. New York. Guilford Press.
- Kernberg, O.F. (2005) Object Relations Theories and Technique. I Person, E.S., Cooper, A.M. & Gabbard, G.O. (Red.) “Textbook of Psychoanalysis”. Washington DC, American Psychiatric Publishing Inc.
- Kernberg, O.F. (1986) “Borderline Personality Organization“. I: Stone, M. (Red.): Essential Papers on Borderline Disorders: One Hundred Years at the Border. New York. University Press.
- Kessler, R.C., Sonnega, A., Bromet, E. Hughes, M. & Nilson, C.B. (1995) Post-traumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. Archives of General Psychiatry, **52**: 1048-1060.

- Kjølbjerg, M. (2001) De Psykiske Forsvarsmekanismer. I: Perry, J.C. Defence mechanisms Rating Scales. 5 udg. Århus. Psykoterapeutisk Forlag.
- Kluznik, J.C, Speed, N., van Valkenburg, C., & Magraw, R. (1986) 40 year follow-up of United States prisoners of war. **American Journal of Psychiatry**, 143: 1443-1446.
- Koenigsberg, H.W., Kernberg, O.F., Stone, M.H., Appelbaum, A.H., Yeomans, F.E. & Diamond, D. (2000) **Borderline Patients: Extending the Limits of Treatability**. New York. Basic Books.
- Kohut, H. (1990) **Selvets Psykologi**. København. Hans Reitzels Forlag.
- Kohut, H. (2000) **Analysen af Selvet**. København. Det Lille Forlag.
- Krystal, J.H., Kosten, R.R., Southwick, S., Mason, J.W., Perry, B.D. & Geller, E.L. (1989) Neurobiological Aspects of PTSD: **Review of Clinical and Preclinical Studies**. **Behavior Therapy**, 20: 177-198.
- Kubany, E. et al. (2000) Development and Preliminary Validation of a Brief Broad-spectrum Measure of Trauma Exposure: The Traumatic Life Events Questionnaire. **Psychological Assessment**, 12, 210-224.
- Kåver, A. & Nilsson, Å. (2004) **Grundbog i dialektisk Adfærdsterapi – Teori, Strategi og Teknik**. København, Dansk Psykologisk Forlag
- Lane, R.D. & Schwartz, G.E. (1987) Levels of Emotional Awareness: A Cognitive-developmental Theory and its Application to Psychopathology. **American Journal of Psychiatry**, 144: 133 -143.
- Lane, R.D., Quinlan, D.M., Schwartz, G.E., Walker, P.A. & Zeitlin, S.B. (1990) The Levels of Emotional Awareness Scale: A Cognitive-developmental Measure of Emotion. **Journal of Personality Assessment**, 55: 124-134.
- Lane, R.D., Sechrest, L., Reidel, R.G., Weldon, V., Kazhiak, A.W. & Schwartz, G.E. (1996) Impaired Verbal and Nonverbal Recognition in Alexithymia. **Psychosomatic Medicine**, 58: 203-210.
- Lane, R.D., Shapiro, D.E. Sechrest, L. & Riedel, R. (1998) Pervasive Emotion Recognition Deficit Common to Alexithymia and Repression. **Psychosomatic Medicine**, 60: 92.
- Lane, R.D. & Nadel, L. (Red.) (2000) **Cognitive Neuroscience of Emotion**. New York. Oxford University Press.
- Lane, R.D. & Garfield, D.A.S. (2005) Becoming Aware of Feelings: Integration of Cognitive-developmental, Neuroscientific, and Psychoanalytic Perspectives. **Neuro-Psychoanalysis**, 7: 1-66.
- Lanius, R., Lanius, U., Fisher, J. & Ogden, P. (2006) **Psychological Trauma and the Brain: Toward a Neurobiological Treatment Model**. Kap. 7 I Ogden et al., 2006.
- Le Doux, J. (1996) **The Emotional Brain. The Mysterious Underpinnings of Emotional Life**. New York. Touchstone.
- Le Doux, J. (2002) **The Synaptic Self. How our Brains Becomes Who We Are**. New York. Viking Press.

- Levine, D. Marziali, E. & Hood, J. (1997) Emotion Processing in Borderline Personality Disorders. Journal of Nervous and Mental Disease, **185**: 240-246.
- Levine, P. (1992) The Body as Healer: Transforming Trauma and Anxiety. Lyons, CO: Author.
- Levine, P. (2003) Væk Tigeren. Helbredelse af Traumer. København. Borgen.
- Levy, K.N. & Blatt, S.J. (1999) Attachment Theory and Psychoanalysis. Psychoanalytic Inquiry, **19**: 541-575.
- Liberzon, I. & Phan, K. (2003) Brain - imagining studies of Post Traumatic Stress Disorder. CNS Spectrums, **8**: 641-650.
- Lichtenberg, J. (2005) Crafts and Spirits: A Guide to the Explorative Psychotherapies. Hillsdale. The Analytic Press.
- Liotti, G. (2004) Trauma, Dissociation and Disorganized Attachment: Three Strands of a Single Braid. Psychotherapy: Therapy, Research, Practice, Training, **41**: 472-486.
- Linehan, M.M. (2004) Manual til Dialektisk Adfærdsterapi. København. Dansk Psykologisk Forlag.
- Linehan, M.M. (1993) Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder. New York. Guilford Press.
- Linnehan, M.M., Comtois, K.A., Murray, A.M., Brown, M.Z., Gallop, R.J., Heard, H.L., Korslund, K.E., Tutek, D.A., Reynolds, S.K. & Lindenboim, N. (2006) Two-year Randomized Controlled Trial and Follow-up of Dialectical Behavior Therapy vs. Therapy by Experts for Suicidal Behaviors and Borderline Personality Disorder. Archives of General Psychiatry, **63**: 757-766
- Linehan, M.M., Heard, H.L. & Armstrong, H.E. (1993) Naturalistic Follow-up of a Behavioural Treatment for Chronical Parasuicidal borderline patients. Archives of General Psychiatry, **50**: 971-974.
- Linley, P.A. & Joseph, S. (2004) Positive Change Following Trauma and Adversity: A Review. Journal of Traumatic Stress, **17**: 11-21.
- Luborsky, L. & Crits-Cristoph, P. (1998) Understanding Transference: The Core Conflictual Relationship Theme Method 2nd edition. New York: Basic Books.
- Luxenberg, T. & Levin, P. (2004) The Role of the Rorschach in the Assessment and Treatment of Trauma. I: Wilson, J.P & Keane, T.M. (Red.): Assessing Psychological Trauma and PTSD. New York: The Guilford Press.
- Malberg, J.E. (2000) Chronic Antidepressant Treatment Increases Neurogenesis in Adult Rat Hippocampus. Journal of Neuroscience, **20**: 9104-9110.
- Malins, Feigenberg & Fonagy, P. (2003) Performance on "Reading the Mind in the Eyes" Task with Attachment and Non-attachment Priming: BPD and MDD Controls. Forelæsning. Herlev Sygehus. København.
- March, J.S. (1993) What Constitutes a Stressor? The "Criterion A Issue". I: Davidson, J.R.T. & Foa, E.B. (Red.): Posttraumatic Stress Disorder: DSM-IV and Beyond. Washington. American Psychiatric Press.

- Mathiesen, B. B. (2002) **Stimulusord og scoringsark til "Autobiographical Memory Test"**. København. Københavns Universitet.
- Maxfield, L., & Hyer, L. (2002) The Relationship between Efficacy and Methodology in Studies Investigating EMDR Treatment of PTSD. **Journal of Clinical Psychology**, **58**: 23-41.
- McCulloch, L. Kuhn, N., Andrews, S., Kaplan, A., Wolf, J., Hurley, C.L. & Hurley, C. (2003) **Treating affect phobia: A Manual for Short-term Dynamic Psychotherapy**. New York. The Guilford Press.
- McEwen, B.S. (2002) **The End of Stress as We Know It**. Washington, DC. Joseph Henry Press.
- McFarlane, A.C. & Girolamo, G. (1996) "The Nature of Traumatic Stressors and the Epidemiology of Posttraumatic Reactions". I: van der Kolk, B.A., McFarlane, A.C. & Weisaeth, L. (Red.): **Traumatic Stress: The Effects of Overwhelming Experience on Mind, Body and Society**. New York. Guilford Press.
- McNally, R.J. (2003) **Remembering Trauma**. Cambridge, MA, Harvard University Press.
- McNally, R.J. (2006) Psychiatric Casualties of War. **Science**, **313**: p. 923-924.
- Meares, R. (2005) **The Metaphor of Play. Origin and Breakdown of Personal Being**. Hove and New York. Brunner-Routledge.
- Miller, G. (2006) Widening the Attack on Combat-Related Mental Health Problems. **Science**, **313**: 908-909.
- Miller, W.R. & Rollnick, S. (2004) **Motivationsamtalen**. København. Hans Reitzels Forlag.
- Mollica, R. et al. (1992) The Harvard Trauma Questionnaire: Validating a Cross-cultural Instrument for Measuring Torture, Trauma, and Posttraumatic Stress-disorder in Indochinese Refugees. **Journal of Nervous and Mental Disease**, **180**, 111-116.
- Monsen, J.T. (1996) Affektens rolle i psykoterapeutisk teori og teknik II: Om selvutvikling og mangelfull integrasjon av følelser - noen implikasjoner for psykoterapi. **Tidsskrift for Norsk Psykologforening**, **33**: 952-960.
- Monsen, J.T. & Monsen, K. (1999) "Affects and Affect Consciousness: A Psychotherapy Model Integrating Silvan Tomkins' Affect - and Script Theory within the Framework of Selfpsychology". I: Goldberg, A. (Red.): **Pluralism in Selfpsychology**. Hillsdale. Analytic Press.
- Murray, H.A. (1938) **Exploration in Personality**. New York. Oxford University Press.
- Newport, D.J., Stowe, Z.N. & Nemeroff, C.B. (2002) Paternal Depression: Animal Models of an Adverse Life Event. **American Journal of Psychiatry**, **159**: 1265-1283.
- Nijenhuis, E.R.S. & den Boer, J.A. (2007) Psychobiology of traumatization and trauma-related structural dissociation of the personality. I. Vermetten E., Dorahy, M.J. & Spiegel, D. (Red.): **Traumatic Dissociation: Neurobiology and Treatment**. Arlington. American Psychiatric Press.
- Nilsonne, Å. (2005) **Bevidst nærvær**. København. Dansk Psykologisk Forlag.

- Nissen, P. & Hansen, K.G. (2006) Effektundersøgelse af psykodynamisk miljøterapeutisk døgnbehandling. København. Danmarks Pædagogiske Universitets Forlag.
- Norcross, J.C., Beutler, L.E. & Levant, R.F. (2005) (Red.): Evidence-Based Practices in Mental Health. Washington DC. American Psychological Association.
- Norcross, J.C., & Lambert, M.J. (2005). The Therapy Relationship. I: Norcross, J.C., Beutler, L.E. & Levant, R.F. (Red.): Evidence-Based Practices in Mental Health. Washington DC. American Psychological Association.
- Norris, F. (1990) Screening for Traumatic Stress: A Scale for Use in the General Population. Journal of Applied Social Psychology, **20**, 1704-1718.
- Norris, F.H. & Hamblen, J.L. (2004) Standardized Self-report Measures of Civilian Trauma and PTSD. I: Wilson, J.P & Keane, T.M. (Red.) Assessing Psychological Trauma and PTSD. New York: The Guilford Press.
- Nutt, D.J. & Malizia, A.L. (2004) Structural and Functional Brain Changes in Posttraumatic Stress Disorder. Journal of Clinical Psychiatry, **65** (supplement 1): 11-47.
- Ogden, P., Minton, K. & Pain, C. (2006) Trauma and the Body: A Sensorimotor Approach to Psychotherapy. New York. W.W. Norton & Company.
- Orr, S.P, Metzger, L.J., Miller, M.W. & Kaloupek, D.G. (2004) Psychophysiological Assessment of PTSD. I: Wilson, J.P. & Keane, T.M. (Red.): Assessing Psychological Trauma and PTSD. New York. The Guilford Press.
- Ozer, E.J., Best, S., Weiss, D.S. & Lipsey, T. (2003) Predictors of Posttraumatic Stress Disorder and Symptoms in Adults: A Meta-analysis. Psychological Bulletin, **129**: 52-73
- Panksepp, J. (Red.) (2004) Textbook of Biological Psychiatry. Hoboken, New Jersey. John Wiley & Sons.
- Panksepp, J. (1998) Affective Neuroscience: The Foundation of Human and Animal Emotions. New York. Oxford University Press.
- Perkonigg, A., Kessler, R.C., Storz, S. & Wittchen, H.U. (2000) Traumatic Events and Posttraumatic Stress Disorder in the Community: Prevalence, Risk Factors and Comorbidity. Acta Psychiatrica Scandinavica, **101** (1): 46-59.
- Perry, B.D. (2002) Effects of Taumatic Events on Children. Child Trauma Academy, 2 (3).
- Perry, B.D. (2006) Neurodevelopmental Impact on Childhood Trauma. A Childtrauma Academy Presentation.
- Perry, B.D. & Pollard, R. (1998) Homeostasis, Stress, Trauma and Adaptation: A Neurodevelopmental Model of Childhood Trauma. Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America, **7** (1): 33-51.
- Pianta, R.C., Egeland, B. & Adam, E.K. (1996) Adult Attachment Classification and Self-reported Psychiatric Symptomatology as Assessed by the Minnesota Multiphasic Personality Inventory - 2. Journal of Consulting and Clinical Psychology, **64**: 273-281.

Pitman, R.K., Orr, S.P., Altman, B., Longpie, R.E., Poire, R.E. & Maclin, M.L. (1996) Emotional Processing during Eye-Movement Desensitization and Reprocessing Therapy of Vietnam Veterans with Chronic Posttraumatic Stress Disorder. Comprehensive Psychiatry, **37**: 419-429

Plutchik, R. (1980) Emotions: A Psychoevolutionary Synthesis. New York. Harper & Row.

Plutchik, R. (2000) Emotions in the Practice of Psychotherapy: Clinical Implications of Affect Theories. Washington D.C. American Psychological Association.

Plutchik, R. (2003) Emotions and Life. Perspectives from Psychology, Biology and Evolution. Washington D.C. American Psychological Association.

Prouty, G. & Cronwall, M. (1990) Psychotherapeutic Approaches in the treatment of Depression in Mentally Retarded Adults. I: Dosen, I. & Menolascino, F.C. (Red.): Depression in Mentally Retarded Children and Adults. Leiden. Logon Publications.

Rapport fra CETT (2005): Beskrivelse og evaluering af psykoedukationsforløbet afholdt foråret 2005 på CETT, Vejle Amt af psykolog Keld Kjærgaard.

Rauch, S.L. (2003) Neuroimaging and the Neurobiology of Anxiety Disorders. I: Davidson, R.J., Scherer, K.R. & Goldsmith, H.H. (Red.): Handbook of Affective Sciences. Oxford University Press.

Rockland, L.H. (1989) Supportative Therapy. A Psychodynamic Approach. New York. Basic Books.

Ross, C.A. (1997) Dissociative Identity Disorder. Diagnosis Clinical Features and Treatment of Multiple Personality. New York. John Wiley & Sons.

Roth, A. & Fonagy, P. (2006) What Works for Whom? New York, London. The Guilford Press.

Rothschild, B. (2004) Kroppen Husker. Om Krop og Psyke i Traumebehandling. Århus. Klim.

Rothschild, B. (2006) Help for the Helper: The Psychophysiology of Compassion Fatigue and Vicarious Trauma. New York. W.W. Norton & Co.

Scaer, R. (2001) The Body Bears the Burden. Trauma, Dissociation and Disease. New York. The Haworth Medical Press.

Scaer, R. (2005) The Trauma Spectrum. Hidden Wounds and Human Resiliency. New York. W.W. Norton & Co.

Schechter, D.S. (2003) Intergenerational Communication of Maternal Violent Trauma: Understanding the Interplay of Reflective Functioning and Posttraumatic Psychopathology. I: Coates, S.W., Rosenthal, J.L., Schechter, D.S. (Red.) September 11. Trauma and Human Bonds. Hillsdale, NJ. The Analytic Press.

Schore, A.N. (2003a) Affect Dysregulation and Disorders of the Self. New York. W.W. Norton & Co.

Schore, A.N. (2003b) Affect Regulation and the Repair of the Self. New York. W.W. Norton & Co.

Schore, A.N. (2005) The Emotional and Neurological Development of Children and the Impact on Clinical Practice. Forelæsning i Kbh. 5. & 6. september 2005.

- Schore, A.N. (2006) Landvindinger I neuropsykoanalyse, tilknytningsteori og traumeforskning: Implikationer for selvpsykologien. I: Sørensen, J.H. (Red.): **Affektregulering i udvikling og psykoterapi**. København. Hans Reitzels Forlag.
- Schnurr, P. et al. (1999) **The Brief Trauma Questionnaire**. White River Junction, VT: National Center for PTSD.
- Segal, Z.V., Williams, J.M.G. & Teasdale, J.D. (2002) **Mindfulness-based Cognitive Therapy for Depression**. New York. London. The Guilford Press.
- Shapiro, F. (1995) **Eye Movement Desensitization and Reprocessing: Basic Principles, Protocols and Procedures**. N.Y Guilford Press.
- Shedler, J., Mayman, M. & Manis, M. (1994) More Illusions. **American Psychologist**, **49**: 974-976.
- Shin, L.M., Rauch, S.L. & Pitman, R.K. (2006) Amygdala, Medial Prefrontal Cortex, and Hippocampal Function in PTSD. **Annals of the New York Academy of Science**, **1071**: 67-79.
- Shore, J.H., Vollmer, W.M. & Tatum, E.L. (1986) Community Patterns of Post-traumatic Stress Disorders. **Journal of Nervous and Mental Disease**, **177**: 681-685.
- Siegel, D.J. (2004) The Developing Mind. Forelæsning/seminar afholdt af EMDR-foreningen. København. Juni.
- Solms, M. (2006) Freud Returns. **Scientific American Mind**, **17**: 28-34.
- Solms, M. & Turnbull, O. (2004) **Hjernen og den indre verden**. København. Akademisk Forlag.
- Sommerbeck, L. (2004) **Klient-Centreret Terapi i Psykiatrien**. København. Akademisk Forlag.
- Sommerbeck, L. (2006) Udenfor terapeutisk rækkevidde? **Psykolognyt**, **8**: 13-20.
- Sperling, M.B., Foelsch, P. & Grace, C. (1996) Measuring Adult Attachment: Are self-report Instruments Congruent? **Journal of Personality Assessment**, **67**: 37-51
- Spiegel, D.V. (Red.) (1994) **Dissociation: Culture, Mind and Body**. Washington DC. American Psychiatric Press.
- Spiegel, D. (1997) Trauma, Dissociation and Memory I: Yehuda, R. & McFarlane, A.C. (Red.): **Psychobiology of Posttraumatic Stress Disorder**. New York. New York Academy of Science (vol. 821).
- Stahl, S.M. (2000) **Essential Psychopharmacology**. Cambridge. Cambridge University Press.
- Steele, K., van der Hart, O. & Nijenhuis, E. (2005) Phase oriented Treatment of Structural Dissociation in Complex Traumatization: Overcoming Trauma-related Phobias. **Journal of Trauma and Dissociation**, **6** (3): 11-53.
- Stein, H., Koontz, D., Fonagy, P., Allen, J.G., Fultz, J., Brethour, J.R., Allen, D. & Evans, R.B. (2002) Adult Attachment: What are the Underlying Dimensions? Psychotherapy: **Theory, Research and Practice**, **75**, 77-91.

Steinberg, M. (2004) Systematic Assessment of Posttraumatic Dissociation: The Structured Clinical Interview for DSM-IV Dissociative Disorders. I: Wilson, J.P & Keane, T.M. (Red.): **Assessing Psychological Trauma and PTSD**. New York: The Guilford Press

Stern, D. (2006) **Det nuværende øjeblik i psykoterapi og hverdagsliv**. København. Hans Reitzels Forlag.

Sørensen, L.J. (2005) **Smertegrænsen. Traumer, tilknytning og psykisk sygdom**. København. Dansk Psykologisk Forlag.

Sørensen, J.H. (Red.) (2006) **Affektregulering i udvikling og psykoterapi**. København. Hans Reitzels Forlag.

Sørensen, J.H. (2006) Affektregulering i udviklingspsykologi og psykoterapi. I: Sørensen, J.H. (Red.): **Affektregulering i udvikling og psykoterapi**. København. Hans Reitzels Forlag.

Tedeschi, R.G. & Calhoun, L.G. (2004) Posttraumatic Growth: Conceptual Foundations and Empirical Evidence. **Psychological Inquiry**, **15**: 1-18.

Terr, L. (1991) Childhood Traumas: An Outline and Overview. **American Journal of Psychiatry**, **27**: 96-104.

Thayer, R.E. (2001) **Calm Energy: How People Regulate Mood with Food and Exercise**. New York. Oxford University Press.

Thompson, A.E. (1986) An Object Relational Theory of Affect Maturity. Applications to the Thematic Apperception Test. I: Kissen, M. (Red.): **Assessing Object Relations Phenomena**. Madison, Connecticut. International Universities Press.

Tronick, E.Z. (2005) Why is Connection with Others so Critical? The Formation of Dyadic States of Consciousness: Coherence Governed Selection and Co-creation of Messy Meaning Making. I: Nadel, J. & Muir, D. (Red.): **Emotional Development: Recent Research Advances**. Oxford: Oxford University Press, 2005 pp. 293-315.

True, W.C., Rice, J., Eisen, S.A. (1991) A Twin Study of Genetic and Environmental Contributions to Liability for Posttraumatic Stress Symptoms. **Archives of General Psychiatry**, **50**: 257-264.

Turner, S.W., Bowie, C., Dunn, G., Shapo, L & Yule, W. (2003) Mental Health of Kosovan Albanian Refugees in the UK. **British Journal of Psychiatry**, **182**: 444-448.

Valliant, G. E. (1993). **Wisdom of the Ego**. Cambridge, Ma. Harvard University Press.

van der Hart, O., Nijenhuis, E.R.S. & Steele, K. (2006) **The Haunted Self. Structural Dissociation and the Treatment of Chronic Traumatization**. New York, London. W.W. Norton & Company.

van der Hart, O., van der Kolk, B.A. & Boon, S. (1998) Treatment of dissociative disorders. I: Brenner, J.D. & Marmar, C.R. (Red.) **Trauma, Memory and Dissociation**. Washington D.C. American Psychiatric Press.

van der Kolk, B.A. (2007) Complex Trauma in Children and Adolescents. Forelæsning ved den internationale konference The Traumatized Child. København 8.- 9. februar.

van der Kolk, B.A. (2006) Foreword i Ogden et al., 2006.

- van der Kolk, B.A. (2002) Assessment and Treatment of Complex PTSD. I: Yehuda, R. (Red.): **Treating Trauma Survivors with PTSD**. Washington, DC. American Psychiatric Publishing.
- van der Kolk, B.A., McFarlane, A. & Weisaeth, L. (Red.) (1996) **Traumatic Stress: The Effects of Overwhelming Experience on Mind, Body and Society**. New York. London. The Guilford Press.
- Van Werde, D. (2005) Facing Psychotic Functioning: Person-Centered Contact Work in Residential Psychiatric Care. I: Joseph, S. & Worsley, R. (Red.): **Person-Centered Psychopathology: A Positive Psychology of Mental Health**. Ross-on-Wye. PCCS Books.
- Varvin, S. (2003) **Flukt og eksil. Traume, identitet og mestring**. Oslo. Universitetsforlaget.
- Verheul, R., van den Bosch, M.C., Koeter, M.W.J., de Ridder, M.A.J, Stijnen, T. & van den Brink, W. (2003) Efficacy of Dialectic Behavior Therapy: A Dutch Randomised Controlled Trial. **British Journal of Psychiatry, 182**: 135-140.
- Vermetten, E., Dorahy, M.J. & Spiegel, D. (Red.): **Traumatic Dissociation: Neurobiology and Treatment**. Arlington. American Psychiatric Press.
- Villarreal, G. & King, C. (2001) Brain Imaging in Posttraumatic Stress Disorder. **Seminars in Clinical Neuropsychiatry, 6**: 131-145.
- Vrana, S. & Lauterbach, D. (1994) Prevalence of Traumatic Events and Posttraumatic Psychological Symptoms in a Non-clinical Sample of College Students. **Journal of Traumatic Stress, 7**, 289-302.
- Weiner, H. (1992) **Perturbing the Organism: The Biology of Stressful Experience**. Chicago. University of Chicago Press.
- Weiss, D.S. (2004) Structured Clinical Interview Techniques for PTSD. I: Wilson, J.P. & Keane, T.M (Red.): **Assessing Psychological Trauma and PTSD**. New York: The Guilford Press.
- Westen, D. (1991) Clinical Assessment of Object Relations using the TAT. **Journal of Personality Assessment, 56** (1): 56-74.
- Westen, D., Lohr, N., Silk, K., Kerber, K. & Wiss, F.C. (1985) **Social Cognition and Object Relations Scale (SCORS): Manual for Coding TAT Data**. Department of Psychology. University of Michigan.
- Westen, D. (1990) Towards a Revised Theory of Borderline Object Relations: Contributions of Empirical Research. **International Journal of Psychoanalysis, 71**: 661-693.
- Wilson, J. P & Keane, T.M. (Red.) (2004) **Assessing Psychological Trauma and PTSD** New York. The Guilford Press.
- Wilson, J.P. & Thomas, R.B. (2004) **Empathy in the Treatment of Trauma and PTSD**. New York. Brunner - Routledge.
- Wilson, J.P. (2004) Empathy, Trauma Transmission, and Countertransference in Posttraumatic Psychotherapy. I: Wilson, J.P. & Drozdek, B. (Red.): **Broken Spirits. The Treatment of Traumatized Asylum Seekers, Refugees, War and Torture Victims**. New York. Brunner-Routledge.

Wilson, J.P. & Drozdek, B. (Ed.) (2004) Broken Spirits. The Treatment of Traumatized Asylum Seekers, Refugees, War and Torture Victims. New York. Brunner-Routledge.

Winston, A., Rosenthal, R.N. & Pinsky, H. (2004) Introduction to Supportive Psychotherapy. Washington, DC. American Psychiatric Publishing, Inc.

Yeomans, F.E., Clarkin, J.F. & Kernberg, O.F. (2002) A Primer of Transference Focused Psychotherapy for the Borderline Patient. London. Jason Aronson.

Young, J.E. (2003) Kognitiv terapi ved personlighedsforstyrrelser - en skemafokuseret tilgang. København. Hans Reitzels Forlag.

Young, J.E., Klosko, J.S. & Weishaar, M.E. (2003) Schema Therapy. A Practitioners Guide. New York. London. The Guilford Press.

BILAG 1:

Model. Supportativ/eksplorativ psykoterapi i forhold til personlighedsorganisationsniveau, behov for affektregulering og empatiniveau målt med LEAS. Udarbejdet af Jens Hardy Sørensen.

BILAG 2:

Model. Empatiniveau, refleksivt mentaliserings- og funktionsniveau, tilknytning og muligt for svar. Udarbejdet af Jens Hardy Sørensen.

BILAG 3:

Model. Symptomer, signaleffekter og kategorialemotioner, behov for psykofarmakologisk behandling. Udarbejdet af Jens Hardy Sørensen.

BILAG 4:

Model. Psykoterapitype og interventionsformer. Udarbejdet af Jens Hardy Sørensen.

BILAG 5:

Kategorialemotionemes indplacering på feltet for affektregulering. Udarbejdet af Jens Hardy Sørensen.

BILAG 6:

Relationsformemes indplacering for feltet for affektregulering. Udarbejdet af Jens Hardy Sørensen.

BILAG 1

Supportativ/eksplorativ psykoterapi i forhold til personlighedsorganisationsniveau, behov for affektregulering og empatiniveau målt med LEAS.

Udarbejdet af Jens Hardy Sørensen

Personligheds-Organisations-Niveau (Kernberg)	Behov for interaktiv affektregulering	Evnen til auto-regulering	Forholdet mellem indre tilstande og den ydre realitet	Forholdet mellem supportative og eksplorative interventioner	Behov for affektregulering via psykofarmaka	Niveau for emotionel bevidsthed (LEAS)
Psykotisk 5	Tvingende højt	Lille	Overføring B	90/10 Supportativ/ eksplorativ	Tvingende stort	0-1
Borderline 4 (lav)			E	65/35 Supportativ/ eksplorativ		1-2
Borderline 3 (høj)			D	35/65 Supportativ/ eksplorativ		2-3
Neurotisk 2			C	20/80 Supportativ/ eksplorativ		3-4
Sundt 1	Optimalt	Optimalt	Realitet A	5/95 Supportativ/ eksplorativ	Fraværende	4-5

BILAG 2

Model. Empatiniveau, refleksivt mentaliserings- og funktionsniveau, tilknytning og muligt for svar.

Udarbejdet af Jens Hardy Sørensen.

	Empatiniveau	Refleksivt funktions- og mentaliseringsniveau	Sandsynlig tilknytning	Muligt forsvar	
5	Ingen eller ringe emotionel smitte Det gryende selv (0 – 2 mdr.)	-1,1 "Poor" ¹⁾	Ubearbejdet (U) Desorganiseret (D) Afvisende (Ds1) Undgående (A)	Dissociation – sympatisk (Kamp/flugt, hjerne- stamme, amygdalaniveau. Primitiv teleologisk modus: "ødelægge", "pine", ydmyge", "acting out", "selvødelægge", "selvpine", "selvydmyge"). Dissociation I – sympatisk og parasympatisk (To- nick immobilitet. Primitiv ækvivalens modus: "sam- mensmeltning", "opgive kontrol", "kaos"). Dissociation II – vegetativ parasympatisk (Fast- frysning, hjernestammeniveau. Primitiv "pretend" modus: "opgive at give og modtage "lukke af"). Primitiv benægten ("lukke af").	P r i m i t i v t f o r s v a r
4	Emotionel smitte: Enshed eller adskillelse Kerneselvet (2 – 6 mdr.)	3 "Moderate"	Ubearbejdet (U) /desorganiseret (D) Utryg/fraværende (E2, E3) Krævende og/eller vred, overdreven afhængighed (C) Afvisende (Ds2, Ds3)/undgående (A)	Projektion (objektløs) Skizoid fantasi Somatisering	
3	Emotionel smitte. Selvcentreret og sympatiserende Det intersubjek- tive selv (6 – 12 mdr.) Det verbale selv (12 – 18 mdr.)	5 "Good"	Utryg/fraværende (E1) – C hos børn Afvisende (Ds4) /undgående (A)	Idyllisering Projektiv identifikation Splitting Idealisering	
2	Emotionel smitte og evne til selv- regulering så pers- onen både er ens med og forskellig fra den anden (< 18 mdr.)	7 "Very high"	Sikker (F1, F5) -B hos børn	Intellektualisering Regression Fortrængning Forskydning Reaktionsdannelse Kompensation Benægten	
1	Som under 2, blot i højere grad og mere nuanceret.	9 "Very high"	Sikker (F2, F3, F4) -B hos børn	Projektion (objektrettet) Altruisme Humor Askese Sublimering Antiripation	

¹⁾ Disse benævnelser anvendes af Bateman & Fonagy, 2006.

BILAG 3

Model. Symptomer, signaleffekter og kategorialemotioner, behov for psykofarmakologisk behandling.
Udarbejdet af Jens Hardy Sørensen.

	Symptomer, signaleffekter, kategorialemotioner		Behov for psykofarmakologisk behandling
5	Symptomer og dysregulerede vitalitetsaffekter. Manglende kategorialemotioner. Aversive affekter (amandative)		Tvingende stort
4	og røde signaleffekter: Frygt, emotionel smerte, føle sig alene (anaklitisk depression,		
3	primærdepressiv reaktion (hjælpeløshed, håbløshed, fortvivlelse) angst (for tab, hjælpeløshed, tab af kærlighed), affektfobi, smertefobi, skam.	Symptomer og regulerede vitalitets- affekter.	
2		Tilstedeværelse af kategorialemotio- ner. Faciliterende affekter (affinitive) og grønne signaleffekter.	
1		Følelse af sikkerhed, tillid og kontakt. Intimitet, nærhed, nysgerrighed, glæde, håb, positive forventninger, selvværd.	Lille, fraværende

BILAG 4

Model. Psykoterapitype og interventionsformer.

Udarbejdet af Jens Hardy Sørensen.

	Psykoterapi-type	Interventionsformer (relationsformer)
5	Opbygning af autoregulatoriske færdigheder. Opbygning af (ofte fjernere) interaktive færdigheder. Psykoedukationelle terapier. ADL-træning. Psykoedukation (Allen; Linnehan). Adfærdstræning. Ingen eller meget begrænset fokusering på overføring. Ingen traumbearbejdning. Supportativ psykoterapi (Winston et al., 2004; Rockland) Sensorimotorisk kropsterapi (Ogden et al., 2006)	Alliancearbejde: ① Givende del af det sammenføjende (være gavmild, opmuntre, suggerere, underholde, spørge, være morsom m.v.) ② Modtagende del af det sammenføjende (beundre, rose, ære, realistisk "idealiser") ③ Det sammenføjende (dele, være solidarisk, holde sammen, alliere sig) Kontaktreflektioner En vis "re-parentificering", råd, vejledning, kortlægning, sætte i gang. Påpege, lære fra sig, fastslå, undersøge, rumme.
4	Psykoedukation, kognitiv adfærdstræning (Allen; Linnehan). Psykosocial færdighedstræning. Supportativ dynamisk terapi (Rockland). Sensorimotorisk kropsterapi (Ogden et al., 2006) Skemafokuseret terapi, SFT (Young) Mentaliseringsbaseret terapi (Fonagy, Bateman) Begrænset fokusering på overføring og dermed begrænset interaktiv affektregulering. Evt. traumbearbejdning i terapiens senere faser.	Som ovenfor (blot i mindre grad) og herudover; Alliancearbejde – især i forhold til PTSD-symptomerne. Eksponering. Vejledning, opfordring, opmuntring, anerkendelse. Empatisk validering. Opmuntring til at elaborere. Klarificering. Begrænset "reparentificering". Begrænset konfrontation (empatisk konfrontation). Mentalisering. Adfærdstræning
3	Overføringsfokuseret terapi (TFT – Kernberg) Skemafokuseret terapi (SFT – Young) Gennemgang af traumet – eksponering, responsprævention. Interaktiv affektregulering af klientens dysregulerede affekter (den samlede overføring) via terapeutens autoregulering. En vis fokus på overføring.	Mentalisering Klarificering Konfrontation (empatisk konfrontation) Observation Overføringstolkninger Eksponering
2	Primær traumefokuseret terapi (Fosha, Schore). Eksponering (kognitivt og adfærdsmæssigt). Interaktiv affektregulering af de traumerelaterede dysregulerede emotioner via terapeutens autoregulering. En vis fokus på overføring.	Klarificering Konfrontation Eksponering Mentalisering En vis overføringstolkning
1	Terapi med høj bearbejdning og traumefokus. Nøje gennemgang (faktuelt, kognitivt) af de kritiske og centrale elementer i traumet. Eksponering og responsprævention. Interaktiv affektregulering af de kritiske emotioner via terapeutens autoregulering. Begrænset fokus på overføringen.	Klarificering Konfrontation Eksponering Mentalisering Begrænset overføringsfortolkninger

BILAG 5:

Kategorialemotionernes indplacering på feltet for affektregulering.

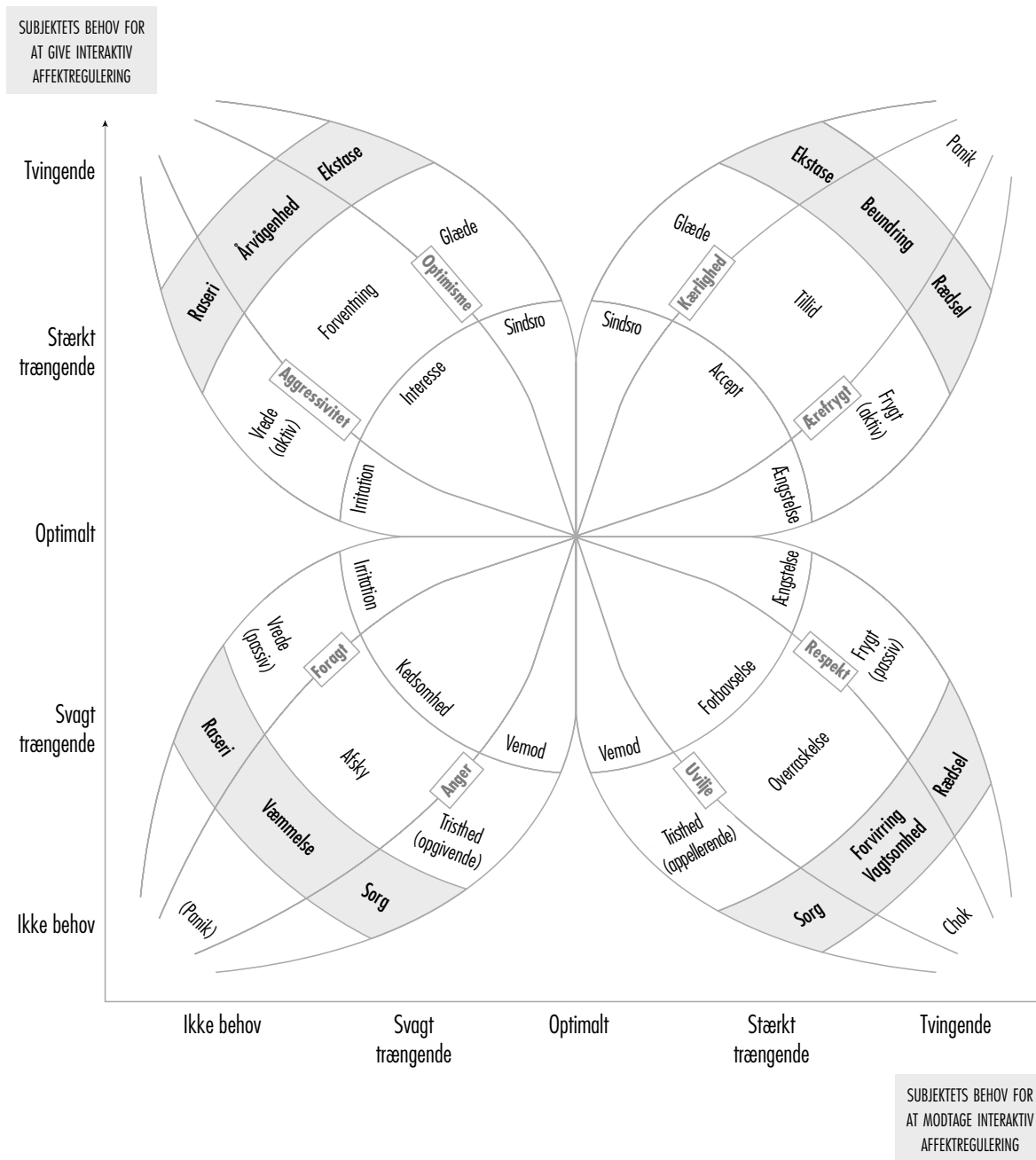


Fig. 5. Kategorialemotionernes indplacering på feltet for affektregulering (de primære dyader er indrammet)

Primære dyader:

Interesse	+ sindsro	= optimisme
Sindsro	+ accept	= kærlighed
Accept	+ ængstelse	= ærefrygt
Ængstelse	+ forbavselse	= respekt
Forbavselse	+ vemod	= uvilje
Vemod	+ afsky	= anger
Afsky	+ vrede	= foragt
Vrede	+ forventning	= aggressivitet

BILAG 6:

Relationsformemes indplacering for feltet for affektregulering.

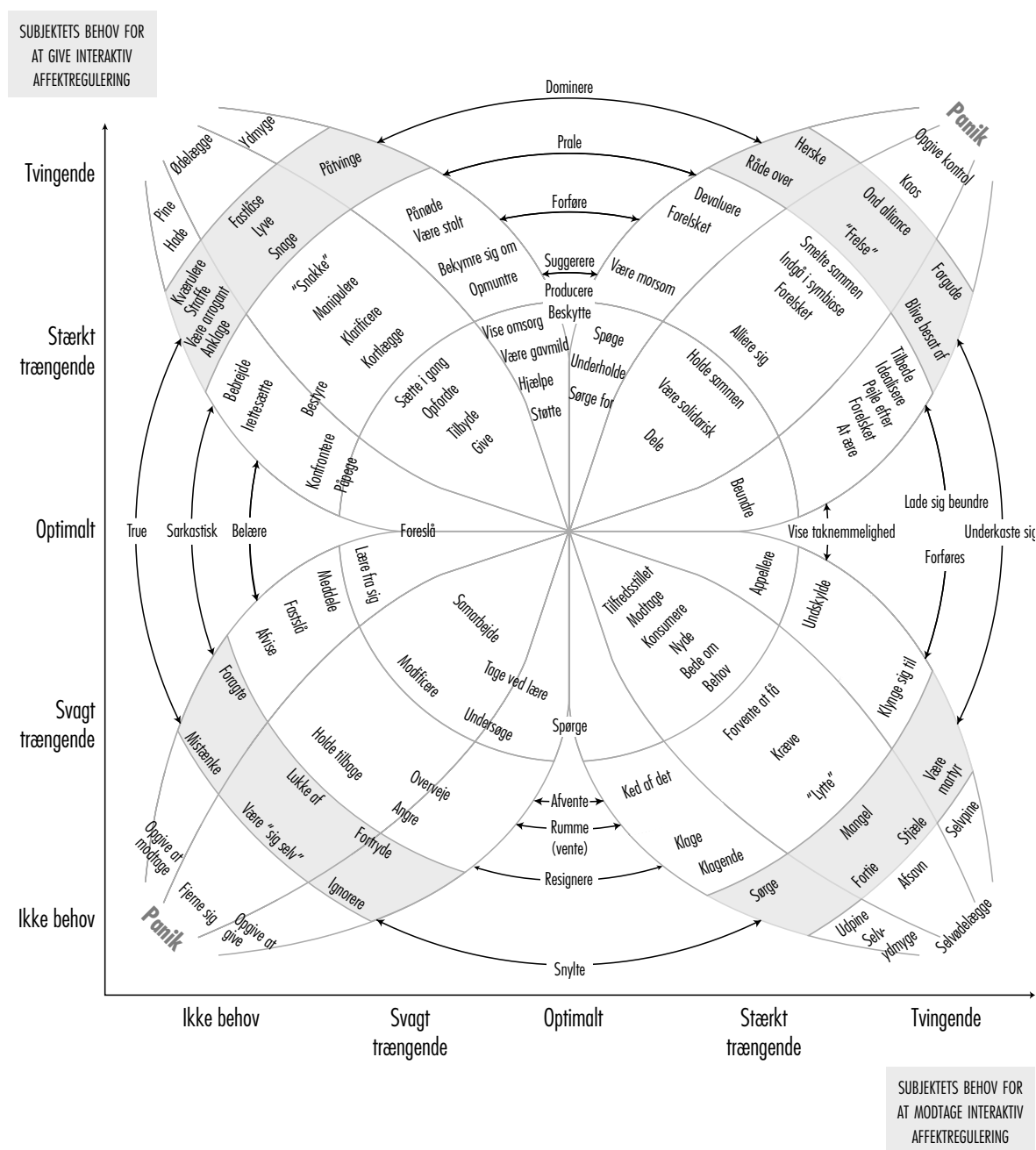


Fig. 5. Relationsformerne indplaceret på feltet for affektregulering. Personligheden er den mængde relationsformer – med deres unikke udformning hos den enkelte – som personen har adgang til (en delmængde af affektreguleringsfeltet).

En relationsform har en yderside, det ydre udtryk, og en inderside, indtryk (det subjektive) med en objektrepræsentation (O), en selvrepræsentation (S) og en forbindende dominerende affekt (A), som kan aflæses på feltet. Placeringen på feltet afspejler det objektive behov for affektregulering.

Cett

Banegårdspladsen 1, 1. sal

7100 Vejle

Telefon 7642 0310

Fax 7642 0310

cett@cett.dk

regionsyddanmark.dk

15294