

KØNSBLANDET SENFØLGEGRUPPE EFTER SEKSUELLE OVERGREB I BARNDOMMEN

Tekst: Anne Kristine Karlsholt
og Susanne Hyund

Et krops- og traumefokuseret schematerapi-forløb

Seksuelle overgreb i barndommen kan hæmme børns udvikling og kan have langvarige konsekvenser/senfølger, fx i form af somatiske symptomer, relationelle vanskeligheder og seksuelle problemstillinger. Den seksuelt misbrugte mand, som hidtil har henvendt sig i psykiatrien, har historisk set primært fået tilbudt individuel behandling. Der har ikke været et permanent gruppetilbud til mændene, idet senfølgegrupperne bestod af kvinder. Der er behov for et opgør med den gængse måde at tænke senfølgebehandling på. Vi har undersøgt, om netop kønsblandede grupper kan være en fordel frem for kønsspecifikke grupper. Dette belyses ud fra et bestemt metodisk koncept, *Traumefokuseret Schematerapi*, som vi finder særligt velegnet til senfølgegrupperne.

Artiklen drejer sig om personer, der typisk har en behandlingskrævende PTSD med komplekse problemstillinger, med en traumehistorik rækkende tilbage til barndommen og med senfølger efter seksuelle overgreb i barndommen.

PTSD (posttraumatisk belastningsreaktion) dækker over et karakteristisk mønster af symptomer, der udvikles som respons på voldsomme og traumatiske hændelser. PTSD er en invaliderende og ofte kronisk lidelse. Kernesymptomerne er:

- 1) øget alarmberedskab,
- 2) genoplevelser af traumat,
- 3) undgåelse af traumepåmindelser.

Mange af de patienter, vi møder, lider af kompleks PTSD, en diagnose som er ved at blive implementeret i det nye diagnosesystem ICD-11, og som indeholder tre andre symptomområder:

- 1) problemer med affektregulering,
- 2) problemer med selvoplevelsen og
- 3) problemer med relationer.

Disse tre områder adresseres under behandlingsarbejdet.

I region Hovedstadens Psykiatri tilbydes behandling til patienter fra 18-60 år, der har været udsat for seksuelle overgreb i barndommen. Seksuelt misbrug af børn er karakteriseret ved, at barnet (0-18 år) inddrages i seksuelle aktiviteter, det ikke udviklingsmæssigt er modent til og derfor ikke er i stand til at overskue konsekvenserne af.

Grupperne har historisk set oftest været kvindegrupper, dels fordi mændene ikke henvendte sig i psykiatrien, dels fordi man mente, at kvinderne skulle have deres eget beskyttede rum, og at det ville være for voldsomt, for kompliceret og endda potentielt retraumatiserende med blandede grupper. Nogle steder har man, hvis det var muligt, oprettet rene mandegrupper. På baggrund af den viden, vi har indsamlet fra vores gruppeterapeutiske arbejde, vil vi i denne artikel fokusere på blandede mande-kvinde grupper. Samtidig vil vi beskrive det behandlingskoncept, vi har fundet virkningsfuldt for denne type gruppe.

BEHANDLINGSKONCEPTET

På Psykoterapeutisk Center Stolpegård har der hidtil været rene kvindegrupper. Det var derfor en ny tilgang

til behandling, da vi i 2019 besluttede os for at implementere kønsblandede grupper i senfølgebehandlingen. Vi var i begyndelsen både spændte på, men også bekymrede for udfaldet af det nye behandlingskoncept. Det vakte stor modstand, da vi bragte det nye koncept op i den eksisterende kvindegroupe, hvilket forøgede vores bekymring for gruppens tryghed og tillidsfulde rum. Vi var derfor ekstra omhyggelige med den gruppeforberedende del, da de to første mænd skulle starte.

I forskningslitteraturen tyder det på, at mennesker med komplekse traumeproblematikker har brug for faseopdelt behandling, hvor der i starten er fokus på stabilisering, allianceopbygning, affekt- og arousalregulering. Senere i terapien er der fokus på mere systematisk og intensiv traumbearbejdning, og til sidst er der fokus på konsolidering, rehabilitering og nyorientering (Cloitre et al. 2011). Det kan være vigtigt med en bevægelse mellem faserne, idet regulering, styrkelse af ressourcer og traumbearbejdning hænger så uløseligt sammen. Metodisk gøres brug af forskellige modaliteter, men som udgangspunkt benyttes *Traumefokuseret Schematerapi (TF-ST)* som grundmodel, fordi der er evidens for dennes effekt over for personlighedsforstyrrelser, og fordi terapiformen bl.a. indeholder *imaginær rescripting*, som har vist sig effektiv over for behandling af PTSD. Schematerapi har vist sig at have større 'acceptability' end fx eksponeringsterapi alene, hos klinikere og patienter (Arntz 2018; Young 2010).

Schematerapi er en innovativ, integrativ terapiform udviklet af Jeffrey Young. Den integrerer det kognitive med tilknytningsteori, gestaltteori, psykodrama, objektrelationsterapi og psykoanalyse til en integrativ forståelses- og behandlingsmodel. Vægten lægges på det oplevelsesorienterede arbejde som fx visualisering og stoleøvelser, her kaldet *mode-dialoger*. Disse teknikker opfattes som den bedste måde at stimulere varme kognitioner på. Dette fører til et dramatisk fokus skift i behandlingen fra aktuelle temaer til livslange mønstre. Der lægges stor vægt på oprindelsen til de dysfunktionelle kognitioner, på menneskets basale emotionelle behov, og der skabes en indre forbindelse mellem det sårbare, indre barn og den sunde voksendel. Målet er at bekæmpe copingstrategierne og hjælpe patienten til at udvikle færdigheder, hvor det indre barn bliver mere

kompetent og får sine følelsesmæssige behov dækket. Målet er som voksen at blive mere selvstændig/frigjort fra de dysfunktionelle schemaer (fx forladthed, mistillid, defekt/skam), have empati for sig selv og være forbundet. Et schema defineres som et træk, der ligger tæt på personligheden.

Terapeuten har en aktiv rolle og benytter sig af *afgrænset forældrekomensation*, som går ud på at etablere en støttende og autentisk relation med hver enkelt patient individuelt og kollektivt i gruppen. Gruppeterapeuten skal være i stand til at balancere de individuelle behov og de kollektive behov i gruppen. Terapeuten agerer som en sund omsorgsperson og opfylder adækvat behovene hos diverse *barnemodes* (fx sårbart barn). En mode defineres som en aktuel sindstilstand (består af tanker, følelser, handlemåder og kropsfornemmelser), som opstår, når de bagvedliggende schemaer aktiveres. Barnemodes er tilstande, der er naturlige for barnet, og som også forekommer hos voksne. Med empatisk konfrontation validerer man patienten og udtrykker forståelse for dennes schemaer samtidig med, at patienten konfronteres med behovet for forandring.

Rammerne for behandlingsforløbet

Forløbet strækker sig over 40 gruppesessioner, en gang ugentligt à tre timer med pause midtvejs. Der tilbydes individuelle samtaler supplerende undervejs, ca. en gang om måneden. Gruppen består af otte patienter og to terapeuter. Den er langsomt åben, dvs. en ny patient starter, når der afslutter en i gruppen. Patienterne er således på forskellige udviklingstrin i deres behandling. Dette betyder, at der i gruppen allerede eksisterer en gruppekultur, når en ny patient starter.

Sammensætning af gruppen

Under visiteringen af nye medlemmer til gruppen er vi opmærksomme på, om den pågældende vil passe ind i gruppen. Gruppen skifter løbende dynamik og karakter afhængigt af, hvilke patienter som er i gruppen det pågældende tidspunkt, ligesom aldersgennemsnittet kan være skiftende. I den praktiske hverdag er det ofte hospitalsdriften, der styrer, hvilke patienter der starter, dvs. at patienterne bliver visiteret efter henvisningsdatoen. Men vi forsøger så vidt muligt at sammensætte gruppen, så alle føler sig mødt og genkendt. Ligeledes

tilstræber vi at have mindst to mænd ad gangen, som gensidigt kan spejle sig i hinanden, også for at undgå, at én mand alene skal stå til ansvar for de negative projektioner, der indledningsvist kan være fra nogle af kvinderne pga. deres tidligere erfaringer med mænd.

DET TERAPEUTISKE ARBEJDE

Under det terapeutiske arbejde adresseres forskellige temaer, fx nervesystemet, følelser af skam, selvskaide, parforhold/tilknytning, spisning, dissociering, seksuelle problemstillinger. Temaerne kan introduceres ved et kort psykoedukativt oplæg, hvorefter patienternes oplevelser inddrages i en fælles gruppedialog. Dette kan så lede til et dybere terapeutisk arbejde, hvor de enkelte temaer bearbejdes via forskellige oplevelsesorienterede øvelser.

Somatiske traumereaktioner. I behandlingsarbejdet benyttes somatisk orienterede metoder mhp. at fremme engagement og emotionel forandring. Mange senfølgepatienter har et vanskeligt forhold til deres krop og fremtræder med svær kropslig frygt eller afkobling, mens de konstant genoplever traumatiske erindringer på et somatisk niveau.

Den neurofysiologiske behandling, der indgår i vores behandlingsmodel, er baseret på Bessel van der Kolk, Stephen Porges, Peter Levine og Pat Ogdens arbejder. Der arbejdes med nervesystemet, kropspostur og -udtryk samt en sansemotorisk bearbejdning, som integreres med den følelsesmæssige og kognitive bearbejdning. Der arbejdes med de somatiske traumereaktioner gennem en gradvis og mindfull eksponering til en underliggende tilstand i nervesystemet. Personen støttes til at mærke de kamp/flugt-impulser, som er forbundet med traumatet, hvorved små niveauer af arousalenergi nedreguleres lidt ad gangen.

Tegne-, føle- og kropsøvelser. Mange patienter, som har været udsat for overgreb, har lukket mere eller mindre af for deres følelser og har ligeledes svært ved at identificere dem fra hinanden. Arbejde med kroppen og kreative veje i form af at tegne og male kan være en vej henimod at mærke sig selv på en ny måde. Fx kan vi bede gruppen lave en fælles tegning, hvor kontakten

mellem sårbart barn og sund voksen illustreres. Eller vi kan bede dem tegne/male et trygt sted, evt. igangsat af en visualisering.

Gennem forskellige kropsøvelser trænes større bevidsthed om kroppens grænser og forskellen mellem at mærke behag og ubehag. Nogle patienter kan indledningsvist være usikre over for øvelserne og opleve dem mærkelige. Men ofte bliver de opmærksomme på, hvor lidt de i virkeligheden mærker sig selv, og hvor godt det gør dem at få en bedre kontakt med kroppen. Eksempler på kropsøvelser kan være groundingøvelser, åndedrætsøvelser samt øvelser to og to med berøring og tryk.

Modedialoger. En modedialog (stoledialog/stolearbejde) er oplevelsesorienteret og indebærer, at patienten eksternaliserer sine forskellige *modes* (sindstilstande) og identificerer sig med dem på skift. Terapeuten eller et andet gruppemedlem kan også antage skikkelse af patientens *modes* mhp. at være model og styrke patientens sunde sider. Stole er vigtige rekvisitter, da man fysisk sidder i en bestemt *mode-position*. Der vælges et problem, som er opstået eller forstærket efter traumatet. Det kan være et relationsproblem, undgåelse af bestemte situationer eller anden u hensigtsmæssig adfærd. Strategien er så at validere intentionen med den *dysfunktionelle copingmode* (fx skjold eller overmedgørlig), derefter minimere eller eliminere nedgørende *autoritetsmodes* (krævende og straffende stemmer) og udskifte disse med en *sund voksen mode* (Rosenberg & Vind 2018). På den måde skabes en modgift til de negative overbevisninger og dysfunktionelle stemmer.

En stoleøvelse kan også gennemføres via et rollespil, hvor patienten som sig selv øver sig i at sige fra over for fx en partner. Derefter skifter patienten til partners stol og ser det fra dennes perspektiv. Øvelsen kan udbygges ved at lave et historisk rollespil med en problematik fra fortiden med samme tematik, og derefter laves en omskrivning i forhold til, hvordan man kunne ønske sig, at scenariet skulle udspille sig.

Terapeutiske breve. En måde at få udtrykt sine følelser kan være gennem terapeutiske breve til familiemedlemmer eller andre relationer, som har haft en central betydning i tiden, hvor overgrebene stod på. Brevet kunne fx være til en mor, hvor patienten har manglet hendes støtte og beskyttelse i forhold til overgrebet. Et

terapeutisk brev kan også være i form af, at man skriver ud fra sin sunde voksendel til sit sårbare, indre barn. Brevene læses op i gruppen, som får mulighed for at respondere og støtte op om processen. For at patienterne kan skrive frit, er det vigtigt at understrege, at det ikke er meningen, brevet skal sendes. Hvis en patient fortsat ønsker at sende brevet, er det vigtigt at gennemgå alle mulige konsekvenser, fx vrede hos modtageren, skyldfølelse eller større afstand til den pågældende.

Visualisering. Direkte traumebehandling er central og retter sig både mod flashbacks, mareridt og mere indirekte følger af traumatiske hændelser. Der anvendes en vejledt visualisering. I starten kan der være tale om en forestillet tryghedsboble, for den enkelte eller for gruppen som helhed. Det kan være en visualisering af ens indre styrke eller visdom med henblik på større integration af denne ressource.

Imagery Rescripting, som er en omskrivning af erindringer, tilbyder en korrektiv emotionel oplevelse og forandringsproces i forhold til betydningen af barndoms-traumer. Visualiseringen foretages bedst med lukkede øjne, da det aktiverer den episodiske hukommelse. Der laves en omskrivning af den situation, patienten kommer tilbage til, hvor der fx fra en sund voksen tilbydes den hjælp og støtte samt sættes de grænser, som ikke var til stede på det pågældende tidspunkt. Dette kan være i form af en virkelig person, en fantaseret hjælper eller terapeuten. Metodens rationale er, at patienten bliver opmærksom på, hvordan nogle af hans/hendes centrale, basale behov blev tilsidesat under og efter den traumatiske begivenhed, og at dette forklarer de dysfunktionelle schemaer, der typisk dannes. Senere i terapiforløbet formår patienten at være sin egen sunde voksen, der kan træde ind og dels sætte grænser for krænkeren og dels tage vare på og give sit sårbare barn det, der er brug for. Metoden giver patienten nye erfaringer, både med at få sine behov imødekommet og med at agere som sund voksen. Formålet er altså ikke at bilde patienten ind, at traumet ikke fandt sted, men at vise, at nervesystemet og sindstilstanden forandres via de nye, følelsesmæssige erfaringer.

Familiesamtaler. For nogle patienter giver det mening, at pårørende, fx en partner, forældre eller søskende, er

med til en eller flere samtaler. Et eksempel kan være, hvis patienten endnu ikke har fortalt sin forælder om overgrebet pga. følelser af skyld og skam samt tidligere barndomsoplevelser med at blive afvist følelsesmæssigt. Da kan det terapeutiske rum være en hjælp til at få udtrykt sig, og terapeuten kan facilitere en konstruktiv proces, hvor patienten bliver mødt, får inddraget familiemedlemmer som aktive støttepersoner eller får afstemt sine forventninger til sin pårørende. Et andet eksempel kan være en samtale med en partner, som får formidlet noget viden om symptomer og senfølger, som kan skabe udfordringer i en nær relation og ligeledes vanskeligheder seksuelt. Gennem denne dialog, opnås en bedre forståelse fra partnerens side omkring patientens vanskeligheder og historik.

Gruppen som en container. De fleste patienter oplever en stor lettelse ved at møde andre med samme symptomer. De lærer ofte af hinandens processer, og når nogle i gruppen begynder at få det bedre, så skabes der håb i gruppen. Ved relationelle traumer har det ofte stor terapeutisk værdi at arbejde med relationen til gruppen. Den kan udgøre en træningsarena, hvor patienterne gør sig nye, helende erfaringer med andre mennesker. Gruppen kan være en hjælp til at blive støttet i at rumme forældrenes manglende følelsesmæssige kompetence og uformåenhed. På denne måde fungerer gruppen som en container til at rumme de svære følelser af svigt.

Behandlingsafslutning. Når en patient skal slutte i gruppen, forberedes denne og gruppen i god tid. Patienterne skal udfylde en afslutningsformular ca. en måned før afslutning, som gennemgås i gruppen. Her gennemgås også evaluering af patientens behandlingsmål. Ved patientens sidste gruppesession får vedkommende gruppens tilbagemeldinger på patientens udvikling og forløb. Dette er som regel en meget berørende og vigtig proces, som skaber rammen for en betydningsfuld og vigtig afsked.

UNDERSØGELSE AF MÆNDTS BETYDNING I BLANDEDE SENFØLGEGRUPPER

Ved hjælp af et spørgeskema undersøgte vi både mænd og kvinders mulige forbehold og betydning af at del-

tage i en blandet senfølgegruppe. I nærværende artikel har vi udvalgt et begrænset antal patienter, som har været igennem et blandet gruppeforløb. Vi har her valgt at fokusere på oplevelsen af at være i en kønsblandet gruppe.

Cases

I det følgende præsenteres de tre seneste mænd, som har deltaget i gruppen. De er alle anonymiserede.

Patient A

A blev som barn krænket af en lidt ældre mand i en fritidsordning. Havde senfølger i form af bl.a. promiskuøs adfærd. A havde en historie med kontrollerende og bestemmende kvinder, han skulle tilpasse sig, stammende fra relationen til moderen. Dette tema blev slået an for ham i gruppen fra første færd og blev et gennemgående tema for ham, som han fik arbejdet meget med.

Patient B

Patient B blev fra 10-15-års alderen krænket af en gruppe ældre drenge i forbindelse med et fritidsjob. B havde mange flashbacks i gruppen, som vi måtte arbejde med her og nu, når de opstod. Dette fik en betydning for den måde, at kvinderne så hans sårbarhed, angst og blødhed, hvilket vakte en tillid og forståelse for, at alle mænd ikke er farlige, og at mænd i gruppen har været udsat for samme krænkelser og traumer som kvinderne. B blev efter kort tid den person, der oftest blev valgt til beskyttende figur under rollespil.

Patient C

C blev udsat for overgreb i ca. 6-12-års alderen af en 15 år ældre fætter. C's centrale problematik var en lang historie med stoffer og alkohol. Ved gruppestarten var han helt afholdende og arbejdede på at rumme de følelser, han kom i kontakt med, når han ikke havde noget at dulme sine svære følelser med. Det blev en helt ny oplevelse for ham, at det var muligt at dele den smerte, der havde været dybt begravet. Gruppen var det eneste sted, hvor han følte sig tryk til at gøre dette. C fik efterhånden flere nuancer på sine følelser og fortælling om sig selv.

Betydning af blandede køn i gruppen

For både mænd og kvinder ses en usikkerhed over for at skulle være i en blandet gruppe. For mændenes ved-

kommende handlede det om en bekymring for ikke at blive mødt og forstået. For kvindernes vedkommende handlede det dels om en bekymring for grænseoverskridende adfærd fra mændene og dels en forestilling om, at det ville være grænseoverskridende at fortælle om sine overgreb (fra mænd) til mænd i gruppen. En kvinde nævner fx: "Ja, i første omgang synes jeg det virkede lidt grænseoverskridende, da mine traumer handlede om mænd ... følte, det måske ville ophidse dem at lytte til kvinders overgreb fra mænd."

Det ses tydeligt, at det har haft en stor betydning at skulle forholde sig det andet køn i gruppen, og at det har haft en støttende og udviklende funktion. En mandlig patient A udtrykker fordelene ved at være i en blandet gruppe: "Vigtigheden af at spejle sig i hinandens historier samt oplevelse og forståelse af, at overgreb ikke kun sker for det ene køn. Og at vi er ret ens, selvom vores historier er forskellige."

Mandlig patient B nævner betydningen af at have kvinder i gruppen: "Det har betydet rigtig meget for mig, endelig var der nogen, der kunne forstå, hvad det vil sige at være blevet voldtaget/misbrugt af mænd. Kvinderne er meget lyttende og forstående ... En af de bedste oplevelser er, at man får et kvindeligt modspil og lærer at bearbejde det på en konstruktiv måde ... Jeg havde det godt med at være i en blandet gruppe, og jeg var meget glad for kvindernes tilstedeværelse, som hjalp mig til ikke at have nogen facade oppe."

Mandlig patient C giver ligeledes udtryk for fordelene ved blandede køn i gruppen. "Det ville være svært for mig, hvis overtallet var mænd ... Fordelen ved at være på et blandet hold er, at man finder ud af, at traumatet ikke skelner mellem alder og køn ... og at vi har de samme følelser, og at selvom vi er så forskellige, så bærer vi allesammen på den samme byrde..."

I terapien får det en særlig betydning, når en mand italesætter en impuls til at ville give en kvinde et kram i omsorg, når en kvindelig patient viser sin sårbare side. Manden kan hermed fremstå som et beskyttende element frem for et truende og kan give et nyt indre billede af, hvad mænd kan repræsentere. En kvinde udtrykker det således: "For mig har det, at der har været

mænd i gruppen, haft en kæmpe betydning for min healingsproces, da jeg lærte en masse af de mænd, vi havde i gruppen. De gav mig et andet syn på mænd og en form for tryghed, som jeg ikke har prøvet før i rum med mænd, og jeg endte faktisk med at blive utrolig tæt med mændene ... Det tvinger en ud i en situation, man finder ubehagelig, men med positivt outcome, da det for mig menneskeliggjorde mændene super-hurtigt.” En kvinde giver udtryk for, at det har været betydningsfuldt at indse, at man på trods af køn har de samme følelser. Samtidig har det været rart at opleve mændenes perspektiver: ”Jeg har mest været tilfreds med, at der har været mænd med, da det giver noget andet til gruppen – at opleve at de også har samme følelser og traumer i forhold til overgreb som barn – at vi på trods af køn har oplevet det samme. Mænd tænker anderledes i forhold til at overleve den slags – og det er rart at få deres syn på det.”

SAMMENFATNING

Der ses generelt en stor tilfredshed hos patienterne med det behandlingskoncept, som er udviklet til netop denne målgruppe, og som er en integreret konstellation af kropslige interventioner, der tager hånd om de somatiske traumereaktioner samt oplevelsesbaserede øvelser, hvor patienten får nye erfaringer med at være i genoplevelsestilstanden. Denne behandlingsmetode mener vi, generelt er velegnet til sensfølgebehandling. Selvom der kan være særlige kønsspecifikke karakteristika ved at være seksuelt misbrugt som mand hhv. kvinde, er det en fordel med en blandet gruppe i forhold til kønsspecifikke grupper. Vigtigheden af at forstå at overgrebet ikke kun sker for den ene, og at følelserne er de samme, selvom historierne er forskellige.

Fra at se mænd som et hæmmende og potentielt truende element i terapien oplever patienterne, at mændene, udover at blive til beskyttende figurer, også har en helende funktion for den terapeutiske proces i og med, at kvinderne i gruppen oplever at få en forståelse og medfølelse fra mænd i deres bearbejdning af traumer fra mænd. Der dannes dermed nye indre repræsentationer af mænd. Blandede kønsgrupper er således ikke kun med til at reparere traumet, men har også

betydning for et nyt syn på og relation til det køn, som krænkeren havde.

For mændenes vedkommende drejer det sig meget om at blive mødt i deres sårbarhed, og at de som regel er blevet krænket af andre mænd, hvilket de har tilfælles med kvinderne. Mændene viser hurtigere deres sårbarhed i en gruppe med kvinder og har ikke deres sædvanlige strategi med at skulle have en facade oppe, som kan være hæmmende for den terapeutiske proces.

LITTERATUR

- Arntz, A (2018): *Imagery Rescripting for PTSD related to childhood traumas. Treatment Protocol for the IREM-Freq study V1.4.*
- Cloitre, M, C Courtois, Charuvastra et al. (2011): *Treatment of Complex PTSD: Results of the ISTSS Expert Clinician Survey on Best Practices. Journal of Traumatic Stress. Vol. 24, No. 6, December 2011, pp. 615-627.*
- Rosenberg, N & S Vind (2018): *Schematerapi til PTSD. I: Buhmann, C, M Arendt & N Rosenberg: Psykoterapeutiske tilgange til PTSD. Hans Reitzels Forlag.*
- Young, J (2010): *Skematerapi. Forlaget Sydgården.*



Susanne Hyunh er autoriseret cand.psych., specialiseret i gruppeanalyse og schematerapi. Anne Kristine Karsholt er organisk psykoterapeut MPF samt SE-practitioner. Begge arbejder på Psykoterapeutisk Center Stolpegård med PTSD og sensfølger efter overgreb i barndommen.