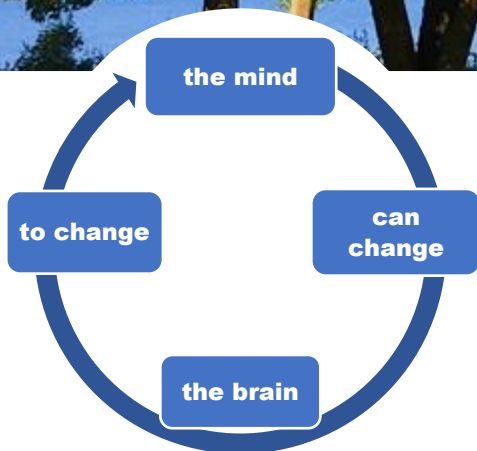




Når ord ikke forløser

Selvregulering som medierende faktor i behandling af afhængighed.
Et praksisforsøg med non-verbale add-on metoder i behandling af mennesker med kompliceret afhængighed

Af Per Nielsen, Steffen Røjskjær, Palle Leerberg og Susanne Hørlyck

Projektet er gennemført med støtte fra Helsefonden



RINGGÅRDEN
Nationalt Kompetencecenter
for Dobbeltfokuseret Afhængighedsbehandling

Indhold

Forord.....	1
Introduktion	3
Traumer belaster og forstyrrer	4
Opvækst, mistrivsel, dysfunktionalitet og rusmiddelproblemer	5
Signalement af traumebelastningen blandt Ringgårdens klienter	7
Nye veje i behandlingen	9
Praksisforsøget i projekt "Når ord ikke forløser"	10
Beskrivelse af add-on behandlingselementer.....	11
TRE - Tension and Trauma Releasing Exercises	11
Yogaøvelser	13
Åndedrætstræning.....	14
Mindfulness.....	14
Bio-feedback	15
Resultater og reaktioner	15
SCL-90.....	16
MCMI-III	17
HTQ Harvard Trauma Questionnaire	17
TSC-35 Trauma Symptom Checklist	18
Sammenfatning af de forskellige scores	18
Hvordan oplever klienterne add-on metoderne?	20
TRE	20
Åndedrætstræning.....	21
Yoga-øvelser.....	21
Mindfulness.....	21
Hvordan oplever behandlerne metoderne?	22
Anbefalinger til et praksisprogram.....	22
Hvordan kan man integrere øvelserne i et ambulant behandlingsforløb?	22
Hvilket omfang bør øvelserne have?	23
Udkast til et program <i>faites simple</i>	23
Afslutning og perspektivering	25
Referencer.....	26

Forord

På Ringgården har der gennem en lang årrække været tradition for diverse former for projektarbejde, forskning og metodeudvikling på forskellige niveauer¹. Der har til enhver tid været tale om praksisnær forskning og metodeudvikling med henblik på at øge kompetencen på Ringgården, men – via en omfattende ekstern formidling – også generelt på rusmiddel-området.

Der er i dette projekt ikke tale om decideret videnskabeligt arbejde, endside om en klinisk kontrolleret undersøgelse af effekten af de inddragne metoder. Derimod er der tale om et forsøgsarbejde for at bringe udvalgte *non-verbale metoder* på en form, som er praktisk mulig at videreafprøve i et bredere behandlingsregi, herunder ikke mindst ambulant behandling.

At metoderne er non-verbale, er en tilsnigelse, for der indgår selvfølgelig mange ord i både instruktion af øvelser, den tilknyttede psykoedukation og de refleksioner, man f.eks. laver efter mindfulness. Når vi kalder metoderne ordløse, er det fordi, øvelserne adresserer noget andet end det, vi normalt forsøger at få fat på med ord; de omhandler og påvirker først og fremmest *kroppen* for dermed at påvirke *psyken*, så ordene er i denne sammenhæng sekundære og blot et nødvendigt redskab i forhold til at aktivere og arbejde med kroppen.

Ingen af de praktiske metoder, der er sat i spil, er *opfundet* af projektmanagerne, og de åndedræts-, yoga- og mindfulnessøvelser, vi har anvendt, er kendt og udbredt blandt behandlere, der har gennemført kurser og uddannelser i metoderne. Vores fokus har

været at afprøve metoderne i en samlet, integreret model i daglig praksis. Derfor er der i denne rapport heller ingen udførlige beskrivelser af teknikker og øvelser, da disse vil kunne findes – bedre – andetsteds.

Hvis man ønsker at dykke mere ned i teorien bag metoderne, eller gerne vil finde eksempler på hvordan man helt praktisk laver mindfulness eller træner åndedræt, vil det selvfølgelig være vores anbefaling, at man tager et kursus eller en egentlig uddannelse i metoderne. Det har været en nødvendighed – og til stor gavn og inspiration for os i dette lille forsøg – at de to gruppeledere har været uddannelsesmæssigt godt klædt på til at varetage den praktiske del af projektet.

Der findes et hav af kortere kurser eller længere uddannelser, hvor man kan dygtiggøre sig i mindfulness, yoga og åndedrætsøvelser, og vi vil her ikke komme med en direkte anbefaling, men lade det være op til den enkeltes kritiske sans og pengepung. Ønsker man at uddanne sig til TRE-instruktør, udbydes uddannelsen kun gennem TRE-Danmark².

Vi vil selvfølgelig også henvise til litteraturlisten, hvis man ønsker at læse mere om metoderne, og endelig er der et par hjemmesider, hvor man ganske gratis kan hente inspiration, grundforståelse og forslag til øvelser, når man først har tilegnet sig en basal forståelse.

TRE: <https://www.tre-danmark.dk/> med en generel beskrivelse af metoden og info om uddannelse. Se også Bercelis egen forklaring og instruktion til de 7 øvelser på Youtube under titlen TRE®

¹ Se www.ringgarden.dk/1/publikationer-og-materialer-til-download/

² <https://www.tre-danmark.dk/>

(Tension & Trauma Releasing Exercises): Full Instructions with Dr. David Bercei.

Mindfulness: <https://mindfulness.au.dk/> med adgang til f.eks. øvelser på lydfil og info om uddannelse og events.

Åndedræt: <https://aandedraettet.nu/> med generelle forklaringer, artikler og forslag til øvelser mm.

Yoga: <https://yogavivo.dk/> (Obs! kræver abonnement) med videoøvelser.

Projektet er delfinansieret af Helsefonden, hvilket vi siger tak for. Ligeledes tak til de deltagende "forsøgspersoner" for den tillid og samarbejdsvilje, de har udvist i fælles bestræbelser på at undersøge, om non-verbale metoder giver mening i en rusmiddelbehandlingsramme.

Projektmanagerne er alle ansat på Ringgården i forskellige funktioner:

- Socialpædagog, psykoterapeut *Susanne Hørlyck* og socialrådgiver, psykoterapeut *Palle Leerberg* har varetaget den gruppebaserede behandling under forsøget
- Administrations-/udviklingsleder, cand.phil. *Steffen Røjskjær* og fagchef, psykolog, ph.d. *Per Nielsen* har stået for forsøgsdesign, litteraturstudium, databearbejdning og afrapportering

*Forfatterne
Middelfart, d. 13. april 2021*

Introduktion

Når mennesker havner i et langvarigt og voldsomt afhængighedsforhold til rusmidler, skyldes det ofte, at de pågældende har andre psykiske problemer, som har sammenhæng med deres afhængighedsproblemer. De psykiske problemer er ofte startet med traumer og belastningsstress under opvæksten i barndommen og udgør en kilde til livslange vanskeligheder med at håndtere livets udfordringer i hverdagen. Rusen bliver i dette lys et fejlslagent forsøg på at flygte fra, udholde eller kompensere for både de oprindelige vanskeligheder og de, der er kommet til i en lind strøm siden. For de ramte opleves dette ofte som en meget uoverskuelig udfordring, som de ikke har mod, kompetencer eller kræfter til på egen hånd at overvinde. En del³ søger derfor behandling på det lokale misbrugscenter – eller for de få udvalgte på et døgnbehandlingscenter som Ringgården.

Hovedparten af den offentlige rusmiddelbehandling er i Danmark metodisk baseret på kognitiv terapi i forskellige former, hvilket har været et generelt stort skridt fremad i behandlingen – ikke mindst hos den del af klientellet, hvor afhængighedsproblemet er en relativt enkeltstående problematik uden komorbiditet. Men de fremherskende samtalebaserede metoder har ikke holdbar effekt for alle klienter. Dette gælder især personer med komplicerede rusmiddelproblemer, som ofte bærer følger af tidlige traumer og stressende opvækstvilkår med sig. Her vil der efter vores erfaring være behov for at holde sig to vigtige elementer for øje:

1. Behandlingen bør have dobbelt fokus, hvor både afhængighedsproblemerne og de psykiske problemer adresseres sideløbende
2. Behandlingen bør ikke *alene* baseres på samtale, da de bagvedliggende faktorer meget ofte enten er for angstfyldte for klienten at tale om eller er omgærdet af et tæt forsvar, som ikke er gennemtrængeligt ved samtaleterapi alene.

Projektet "*Når ord ikke forløser*" sætter fokus på denne problemstilling for at belyse, om andre behandlingsveje, der har et andet fokus og adresserer andre *kanaler* hos klienten, kan være vejen til på skånsom vis at få løsnet og bearbejdet nogle af disse bagvedliggende kilder til behandlingsresistens.

Vi vil starte med at fremføre nogle få centrale brudstykker af den eksisterende viden om traumer og negative opvæksterfaringers betydning for det voksne individs funktion, fordi dette danner baggrund for at forstå, hvorfor verbal psykoterapi ikke altid er en tilstrækkelig effektiv tilgang i behandling af mennesker med komplekse problemer.

Som en forundersøgelse til vores projekt satte vi os også for at se lidt mere systematisk på det *traume*-billede, vi kender fra vores erfaringer med klienter fra Ringgården. Vi gennemgik derfor systematisk journalerne på en større gruppe af klienter, som var i behandling på Ringgården i løbet af år 2019.

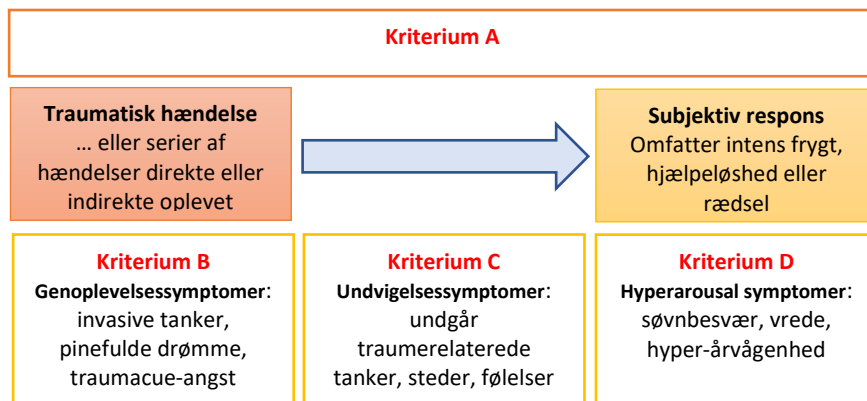
³ Ifølge Sundhedsstyrelsen var der i 2018 i alt 17.600 personer i alkoholbehandling, og Danmarks Statistik opgiver, at der i 2018 var 17.629 personer i stofmisbrugsbehandling.

Traumer belaster og forstyrrer

Sædvanligvis skelnes mellem to former for traumer:

- **Type 1 traumer:** De pludselige, voldsomme traumer, der kan slå benene helt væk under os i kortere (Acute Stress Disorder, ASD) eller længere tid (Post Traumatic Stress Disorder PTSD) – til tider ændre os for altid.
- **Type 2 traumer** De gentagne traumer, der sker over længere tid, det være sig under opvækst/barndom/ungdom – men også i voksenlivet – og ofte påført af personer, man står i nær relation til. Disse traumer er forbundet med risikoen for at udvikle Komplex PTSD (van der Kolk et al. 2012)

På Ringgården forekommer der blandt klienterne både nogle med posttraumatiske forstyrrelser efter type 1 traumer, og nogle med forstyrrelser efter type 2 traumer – det sidste langt hyppigere end det første. Diagnosen PTSD bygger på fire kriterier, som fremgår af figur1 herunder.



Figur 1. Posttraumatisk Stress Disorder (psykiatrisk lidelse → angst jf. Gevirtz 2009, egen tilvirkning)

Den subjektive reaktion er, som det fremgår af figuren, kritisk for om og i hvilken grad en person udvikler PTSD – i virkeligheden er omfanget af den subjektive reaktion mere betydningsfuld end selve den traumatiske hændelse (Gevirtz 2009).

I et overlevelsesperspektiv kan man anskue traumet som en biologisk besked til individet:



Hvor svær og invaliderende PTSD bliver, afhænger dels af bredden af definitionen *Gå aldrig den vej igen*, dels af omfanget af *forberedelse/beredskab/arousal* personen føler sig nødsaget til, og dels af selve den subjektive reaktion på traumet både under og efter, det foregår – dvs. hvor voldsom en afmagts- og katastrofeoplevelse, der er tale om, i hvilken grad personen dissocierer m.v.

Kompleks PTSD er specielt udtalt for mennesker som har været udsat for alvorlige relationstraumer som børn. Diagnosen inkluderer problemer på følgende områder:

- Vanskeligheder med at tolerere og regulere følelser
- Problemer med opmærksomhed og bevidsthed (inklusive dissociative symptomer)
- Ændringer/problemer med selvopfattelse (typisk at man oplever sig selv som dårlig, værdiløs, ødelagt osv.)

- Problemer med relationer til andre (vanskeligheder med mistillid, regulering af nærhed/afstand, selvhævdelse)
- Fysiske symptomer (somatisering og medicinske problemer)
- Ændringer i egne menings- og trossystemer

Som oftest er dissociation relateret til traumatiske hændelser, som psyken ikke har evnet at integrere eller lagre som en samlet hændelse. Traumeerindringerne bliver derfor lagret som mere eller mindre adskilte fragmenter. Det kan være som: en lugt, et erindringsbillede, en følelse, en kropsoplevelse (smerte; spænding; *forfølelse*). Personen genoplever hændelsen i opdelte fragmenter, som kan være meget forstyrrende. Eksempler på dissociative symptomer er flashback, trancetilstand, sanseoplevelser som ikke er relateret til situationen, man befinder sig i, kropssmerter uden fysisk årsag. Dissociation kan også medføre, at man ikke husker dele af overgrebene (Buhmann & Andersen 2017)

Opvækst, mistrivsel, dysfunktionalitet og rusmiddel-problemer

Adverse Childhood Experiences (ACE) er den engelske fagterm for negative opvæksterfaringer, herunder traumer og gentagne eller vedvarende belastningsstress, det vil sige den type af opvækst, der for nogle personer risikerer at ende i Komplex PTSD. Indenfor misbrugsbehandling, hvad enten den foregår i ambulant eller døgnregi, vil en betydelig del af klientellet have haft en opvækst i et relationsmiljø, som ikke har været optimalt og har indeholdt negative opvæksterfaringer (ACE), dvs. *for lidt af noget godt og for meget af noget skidt* (Anda et al 2006).

Dette viser sig i voksenalderen bl.a. gennem vanskeligheder dels med *metakognitiv tænkning*, dvs. evnen til at være bevidst om sine tanker, og dels med *mentalisering*, altså besvær med at forstå eget indre liv og andres følelser og hensigter samt med at regulere sig selv følelsesmæssigt (Herzog et al. 2018; Hart 2008). En forudsætning for egnethed til (verbal) psykoterapi er, at der er en vis kompetence og parathed på disse selvreguleringsområder.

Både erfarings- og forskningsmæssigt er det sandsynliggjort, at skadevoldende barndomsoplevelser eller -traumer ofte enten er for svære at nå gennem samtale/verbal psykoterapi eller er forbundet med så stor psykisk smerte, at klienten overvældes af angst eller dissocierer, når terapien nærmer sig en fremkaldelse af dette materiale (Schwartz 2016). Resultatet kan være afbrydelse af behandlingen eller – hvis den gennemføres – hurtigt tilbagefald til alkoholproblemet.

Traumatiske hændelser og/eller vedvarende belastningsstress i dårlige opvækstklimaer er ikke blot en kilde til psykologisk sårbarhed og psykiatrisk sygdom senere i livet, men det har også en veldokumenteret forstyrrende indvirkning på hjerneudviklingen med neurokognitive og neuroaffektive udviklingsforstyrrelser til følge (Heim et al. 2010; Hall et al. 1993). Forstyrrelserne kan "sætte sig" i både den selvregulatoriske (kognitive/-emotionelle) og i den relationelle/tilknytningsmæssige udvikling som følge af fejludvikling både af neurofunktionel og psykologiske art (Hart 2012).

I forhold til de traumeprofiler, som vores journalgennemgang dokumenterer i næste afsnit, er det tankevækkende, at de to mest prominente ACE'r, *emotionelle overgreb/psykisk vold* og *neglekt* også synes at være de værste at blive udsat for. Således fandt Johnson & al. (2005) i en større litteraturgennemgang, at emotio-

nelle overgreb (især verbal abuse) og neglekt havde større negativ gennemslagskraft i forhold til senere psykisk lidelse og mistrivsel end eksempelvis seksuelle overgreb og fysisk vold – uden dermed at forklejne det traumatiske ved disse.

For mange af de svært belastede klienter, vi arbejder med i rusmiddelbehandlingen, ser vi et afhængighedsforhold til alkohol eller andre rusmidler, som er koblet sammen med den enkeltes vanskeligheder med at regulere svære tanker og følelser.

Slagordsagtigt kan det med forskellige formuleringer siges således:

”Misbrug handler om, at rusen udfører noget, har en funktion i den psykologiske husholdning”

(Anders Evang, norsk psykiater)

”Misbrug handler om affektregulation og manipulation af følelseslivet”

(Mats Fridell, svensk psykolog)

”Misbrug handler om manglende evne til at desomatisere emotioner”

(Krystal & Raskin, amerikanske psykoanalytikere)

At *rusen har en funktion i den psykologiske husholdning* vil sige, at de vanskelige tanker og følelser trigges, når der trykkes på bestemte personlige psykologiske eller situationsbestemte ”knapper”. Den mestring og regulering, som det ville være naturligt og hensigtsmæssigt at aktivere, blokeres af svigt i den metakognitive selvregulering – personen tager så at sige ”bolig” i de dysfunktionelle tanker. De opleves som tvingende og tager

derfor magten fra ham/hende – og vejen til et tunnelsyn, hvor kun rusen ses som en udvej, er banet.

Den manglende evne til at *desomatisere* følelser giver sig udtryk i et hyppigt observeret træk, *alexithymi* (manglende evne til at identificere og verbalisere følelser) hos personer med alvorlig rusmiddelafhængighed. Oftest har dette mønster stået på i årevis, og er langs ad vejen flyttet udenfor den metakognitive bevidste rækkevidde. Det kræver derfor meget i en behandlingsmæssig sammenhæng at nå ind i disse processer i en grad, så de begynder at undergå stabile, hensigtsmæssige forandringer.

Begrebet *detached mindfulness* (afkoblet opmærksomhed) stammer fra teorien bag informationsprocessing ved emotionelle forstyrrelser (Wells 2005), og begrebet repræsenterer en del af de bestræbelser, der ligger i nærværende projekt: at hjælpe klienten i gang med at bryde den onde metakognitive benlås, de sidder fast i.

Afkoblet opmærksomhed kan forstås som en alternativ metakognitiv tilstand, der muliggør en positiv forandring i underliggende patologiske processer. Afkoblet opmærksomhed er samtidig en strategi, som kan lære os at udvikle en fleksibel kontrol over vores opmærksomhed og tænkning. Man er både bevidst (mindful) om en aktuel tilstand og samtidig afkoblet fra den i betydningen: uden intention om at reagere på eller bedømme den. Med andre ord en træning i at være bevidst om, at man lige nu har en bestemt tanke, men at man ikke ER den tanke; at man kan iagttage den fra et neutralt punkt, og også lade den fare uden at reagere. De negative overbevisninger bliver dermed flyttet mentalt til at eksistere uden for personen og tanken. Overbevisningen er derved ikke længere definerende for personens velbefindende.

Signalement af traumebelastningen blandt Ringgårdens klienter

Personer, som henvises til Ringgården, er for langt de flestes vedkommende henvist fra kommunale rusmiddelcentre – i reglen med identificeret eller formodet psykisk komorbiditet, der i det konkrete tilfælde har gjort det svært til umuligt at stabilisere den enkelte nok til at nå behandlingsmæssigt i mål i ambulant regi.

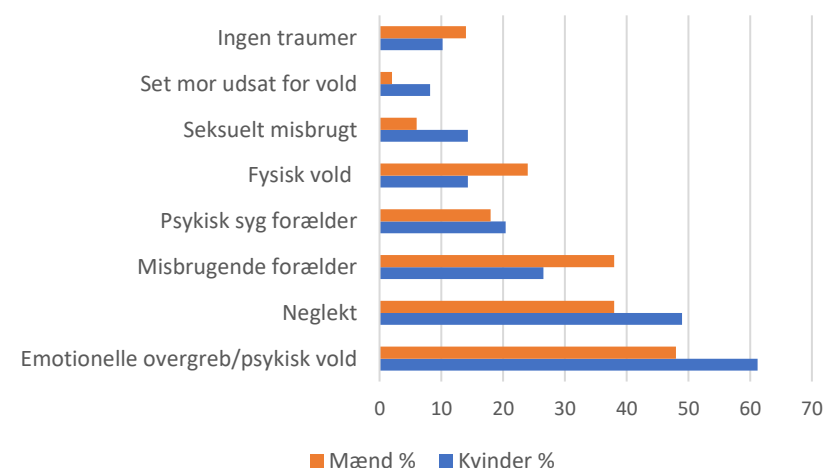
For at konkretisere og kvalificere forståelsen for traumebelastningen hos Ringgårdens klientel har vi som et delelement af projekt "Når ord ikke forløser" gennemført en retrospektiv journal-gennemgang, der omfatter 99 klienter indskrevet i 2019.

De 99 klienter fordeler sig på 49 konsekutivt indskrevne kvinder og 50 konsekutivt indskrevne mænd, der aldersmæssigt spreder sig fra 22 til 79 år med et gennemsnit på 46.5 år (SD 10.7). Der var ingen signifikant forskel på kvinders og mænds aldersfordeling. Gennemsnitligt havde gruppen debut med alkoholproblemer som godt 30-årige (i gennemsnit 30.5 år; SD 11.25), men med en voldsom spredning fra helt ned til 12-års alderen (ekstremt enkelttilfælde) og op til 63-års alderen. Men typisk med en varighed på omkring 15 års alkoholmisbrug, mænd med tidligere debut og længere varighed end kvinderne. Alle havde et misbrugsmønster svarende til afhængighedssyndrom i varierende, men overvejende alvorlig grad.

Gennem de udsagn, der forelå i journalen (notat fra forundersøgelse og visitation v. psykolog; lægenotat v. psykiater samt øvrige journalnotater) vurderedes for hver enkelt klient, om de havde oplevet et eller flere traumer/negative livssituationer

under opvækst (ACE). ud fra "ACE til stede/ikke til stede". Det fremgår af figur 2, at samlet set kun godt 12% angiver, at de ikke har oplevet ACE, medens de øvrige næsten 9 ud af 10 angiver, at de har.

Figur 2. ACE/Traumatiske oplevelser i barndom (mænd n=50; kvinder n=49; tal i %)



En stor del af især kvinderne (61%) og mændene (48%) har oplevet gentagne emotionelle overgreb med skæld ud, nedladende og devaluerende sprog eller anden form for psykisk vold fra forælder. Derefter følger neglekt i betydningen manglende omsorg emotionelt (og eventuelt også fysisk) fra forælder/primær omsorgsgiver (ligegyldighed; manglende interesse, empati, varme, støtte, trøst og lign.). Dette har 49% af kvinderne og 38% af mændene været belastet af.

En betydelig andel af de undersøgte er vokset op med en rusmiddelafhængig forælder (somme tider begge forældre). Det gælder 27% af kvinderne og 38% af mændene.

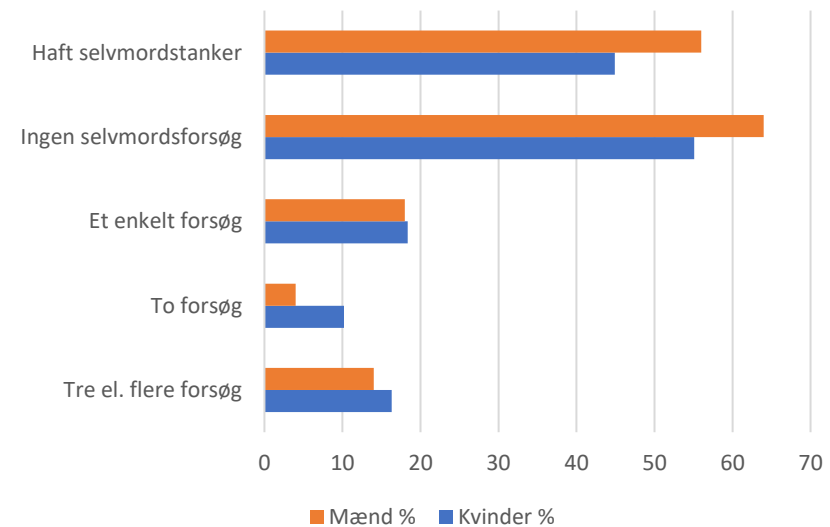
Seksuelle overgreb er rapporteret i journalmaterialet hos 14% af kvinderne og hos 6% af mændene. Kvinderne har i denne gruppe således dobbelt så høj forekomst af seksuelle overgreb i barndom som mændene. Derimod har mændene omvendt en noget højere forekomst af fysisk vold fra forældre, idet 24% af mændene og 14% af kvinderne har været udsat for dette. Otte procent af kvinderne mod 2% af mændene har set deres mor blive udsat for fysisk vold fra far eller anden samlever.

Kombinationen af traumer har sandsynligvis også en betydning, som vi ikke kan belyse præcist i dette materiale. Men det kan dog anføres, at over 60% angiver at have været udsat for minimum to af de undersøgte ACE-kategorier, og over 1/3 for minimum 3 ACE-kategorier.

I hvor høj grad der kan sættes årsagsmæssige sammenhænge op mellem ovenstående opvækstbelastninger og nedenstående symptomer kan vi ikke sige noget sikkert om. Men ud fra ACE-forskningen er sammenhængen sandsynlig.

Godt halvdelen af gruppen (50 personer) har haft tanker om selvmord, og næsten lige så mange (40) har gjort forsøg på selvmord en eller flere gange (figur 3).

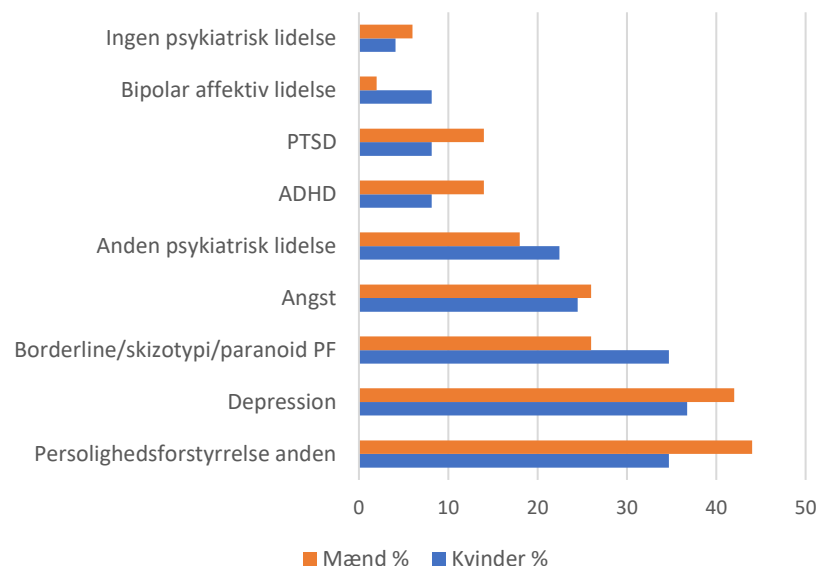
Figur 3. Suicidalforsøg (mænd n=50; kvinder n=49; tal i %)



Der forekommer, som det ses af figur 4, et bredt udvalg af psykiatriske lidelser ved siden af alkoholafhængigheden i denne gruppe. Personlighedsforstyrrelser, herunder især emotionelt ustabil personlighedsstruktur, angives ofte i journalmaterialet, ligesom affektive lidelser (depression, bipolar affektiv lidelse, angst) også er hyppigt repræsenteret. ADHD ses hos flere mænd end kvinder, og det samme gælder PTSD.

Kun hos hver 20. findes ingen psykiatriske lidelser udover svær alkoholafhængighed/rusmiddelfafhængighed ved journalgennemgangen.

Figur 4. Forekomst af diagnosticeret psykiatrisk lidelse eller mistanke herom (mænd n=50; kvinder n=49; tal i %)



Nye veje i behandlingen

"Life is traumatic". Sådan indleder David Berceli én af sine bøger om traumebehandling med TRE-metoden (Berceli 2018). Vores forundersøgelse af 99 klientjournaler viser med stor tydelighed, at der er hold i dette udsagn, når vi taler om mennesker, der indgår i rusmiddelbehandling på Ringgården. Der er massiv tilstedeværelse af psykisk komorbiditet og en meget tung forekomst af skadevoldende opvækstklimaer og traumer i barndommen blandt Ringgårdens klienter.

At livet er traumatisk, er en kendsgerning for os alle – nogle dog i højere grad end andre. Men ikke desto mindre vil vi alle fra tid til anden opleve at blive ramt, rystet og rørt af livets forskellige genvordigheder.

I tråd med Berceli – og mange andre med ham – kan vi tilføje, at det ikke nødvendigvis er hændelserne, der skader vores fysiske og psykiske helbred, men snarere hvordan vi responderer på dem. Vi er, siger Berceli (ibid. p 6), som andre af planetens skabninger:

"... designed to experience, endure, and survive stressful episodes. Not only can we survive these experiences, we can also learn from them and adapt"

Denne form for realitetssøgende og samtidig håbefulde tilgang har vi lagt os på sinde i projekt "Når ord ikke forløser". Vi møder dagligt mennesker i vores behandlingsarbejde med livshistorier fyldt med traumer, som kan vække tanken: "Hvordan kan du dog leve med det?" Samtidig må vi jo konstatere, at det har de pågældende gjort – men ofte med store omkostninger for trivsel, relationer og performance i centrale livsroller. Og så med

efterhånden litervis af dagligt alkoholkonsum eller stofindtagelse som afværgestrategi.

Det er her, vi starter: Der er nok at tage fat på, og det skal gøres med en tydelig, men velfunderet optimisme i forhold til mulighederne for forandring af personens mestring og holdning til noget langt mere frigjort og tilfredsstillende.

Ny viden peger på, at ordløse metoder som mindfulness, åndedrætstræning og interaktiv leg kan udvikle og vække neuroaffektive og relationelle færdigheder, og sekundært stimulere områder i hjernen hos personer med opvækstbetingede fejludviklinger og blokeringer. Dette antages at give bedre tilgang til at identificere ad hvilken vej klientens traumemateriale og de dertil knyttede dysfunktionelle antagelser og strategier kan bearbejdes eller neutraliseres (Gilbert 2018; Marlatt 2012).

Neuropsykologen Rick Hanson siger: *The mind can change the brain to change the mind* (jf. figuren på rapportens forside), hvilket er meget tæt på det rationale, der ligger bag tanken om at supplere verbal psykoterapi med non-verbale metoder og derved træne klienten i bedre selvregulering i form af eksempelvis dæmpning/øgning af arousal; balancering af sympatiske og parasympatiske responser; udholdenhed under mental smerte m.v. Vi kan næppe i løbet af 3 måneders intensiv døgnbehandling træne alle vores klienter i et omfang, der eliminerer de cerebrale, kognitive og emotionelle "ar" fra tidlige og senere traumatiske belastninger. Men vi kan tilstræbe at løse op for noget af det, og ligeledes vise vejen til fortsat træning for klienten og dennes ambulante behandlere efterfølgende døgnforløbet.

Praksisforsøget i projekt "Når ord ikke forløser"

Projektet er et praksisforsøg, hvis formål har været udarbejdelse og afprøvning af et struktureret *Add-on behandlingsprogram*, hvor vi har ønsket at undersøge, hvordan mere kropsligt, non-verbale metodeelementer opleves, tolereres og befordrer den samlede behandlingsproces, herunder især den enkeltes oplevelse af at "blive bedre til at være med det, der er" og få mod og styrke til i den verbale terapi at forholde sig til egen *nærmeste udviklingszone* fremfor idealistiske/urealistiske mål i terapien. Der har deltaget 18 klienter, 6 kvinder og 12 mænd i alderen fra 27 til 67 år (gennemsnit 48.4 år) i den praktiske del af projektet. Alle blev orienteret om projektet forlods både mundtligt og skriftligt med henblik på informeret samtykke.

Projektet har haft 4 faser:

1. Litteratursøgning, forberedelse og programtilpasning (marts – august 2020)
2. Metodeafprøvning (august– december 2020)
3. Erfarings- og dataindsamling (august– januar 2021)
4. Erfaringssyntese og rapportudarbejdelse (januar – april 2021)

Projektets praktiske afprøvning af add-on elementerne er sket i en af Ringgårdens behandlingsgrupper ("forsøgsgruppen"), hvor der var løbende indskrivning og udskrivning, hvilket følger Ringgårdens normale procedure. Forsøgsgruppen har modtaget grundlæggende den samme behandlingspakke, som øvrige klienter, blot med justering af tidsforbrug og tilpasning af grundelementer, så der blev frigivet tid til at afprøve add-on

elementerne. Forsøgsgruppen har ligeledes deltaget i øvrige behandlingstiltag på lige fod med andre klienter, dvs. fysisk træning, psykoedukation, praktisk arbejde, der ligger ved siden af gruppeterapien.

Beskrivelse af add-on behandlingselementer

Der har været arbejdet med afprøvning af elementer fra følgende metoder:

1. **TRE - Tension and Trauma Releasing Exercises** – en fysisk-mental træningsmetode til at lindre traumatiske oplevelser, posttraumatisk belastningsreaktion (PTSD) og længerevarende stress (Berceli 2005; 2015)
2. **Yoga-øvelser**, hvor deltagerne træner kropsligt og mentalt bevidst nærvær (Krohn 2017)
3. **Åndedrætstræning**– selvberoligende åndedrætstræning, inspireret af bl.a. Breathe Smart-metoden (Ahlamark 2015)
4. **Mindfulness** – mental nærværstræning, dvs. meditationslignende øvelser til at være opmærksomt og ikke-dømmende til stede i nuet (Gilbert 2018; Marlatt & Chawla 2012).

TRE - Tension and Trauma Releasing Exercises

Tre-metoden består af syv basale, fysiske øvelser, der aktiverer kroppens dybe muskulatur og evne til at ryste af sig selv. Teorien bag TRE er, at når kroppens muskler ryster eller vibrerer, aflades spændinger i muskulaturen, hvilket kan føre til en forløsning af fastlåste symptomer på stress og traumer, hvorved nervesystemet genfinder sin naturlige balance. Dette fænomen kendes fra dyreverdenen, hvor hjorten ”ryster” en farlig hændelse (flugt fra løvens angreb) af sig for kort efter at fortsætte græsningen.

TRE-øvelserne kan relativt nemt læres og bruges på egen hånd af de fleste i forhold til lettere stresstilstande og spændinger. Anbefalingen fra Berceli er dog, at man bør instrueres og følges af en certificeret TRE-instruktør, hvis man bruger øvelserne til at arbejde med egentlige traumer.

Før klienterne sættes i gang med øvelserne i TRE, får de en forklaring om baggrunden for metoden, dvs. en psykoedukativ indføring på baggrund af Bercelis og Levines opfattelser af betydningen af traumer og traumereaktioner, og hvordan ryste-øvelserne i TRE kan få positiv indflydelse på den enkelte.

De 7 øvelser vises på papir og i praksis, ligesom deltagerne guides i, hvordan hver enkelt øvelse teknisk skal udføres. Derpå sættes den enkelte deltager i gang med at guide terapeuten i de 7 øvelser (enkeltvis), således at man gennem den omvendte proces kan afstemme, at deltageren har fået korrekt fat på, hvordan øvelserne skal gennemføres. Endelig sættes klienterne til at tegne øvelserne én for én, så godt de kan, for derigennem at bruge endnu en kanal til at få øvelserne indlært korrekt.

Det understreges, at gentagelse har betydning, og at der er tale om træning i selvregulering. Det kræver, at man øver sig. Når den enkelte øvelse gennemføres, instrueres klienten i at mærke efter på en skala fra 1 til 10, hvor 1 repræsenterer et meget lavt niveau af anstrengelse, og 10 er den øvre grænse for anstrengelse. Klienten opfordres til at stoppe ved niveau 7, idet det også ligger i øvelserne at træne sig i at mærke egne grænser, fremfor at præstere, konkurrere eller imponere.

De intenderede rystelser, primært i psoas-musklerne forklares. Psoas major er hoftens vigtigste bøjemuskel. Det er en stor aflang muskel der ligger dybt i bughulen (figur 5). Den udspringer fra siden af rygsøjlen ud for T12 - L5 og løber gennem bækkenet og lysken for at hæfte på medialsiden af lårbenet (trochanter minor) sammen med iliacus musklen.



Figur 5. Illustration af Psoas major

Denne muskelgruppe har en primær rolle – sammen med andre større muskelgrupper i blandt andet mellemgulvet – i at hjælpe kroppen med at reagere under pludselig og voldsom traumepåvirkning ved at kroppen i et sæt trækker sig sammen i retning af en fosterlignende sammenbøjning i den hensigt at beskytte kroppens bløde dele og sanser mod skade.

De fleste (voksne) mennesker har lært sig at "holde igen" eller "kæmpe imod", hvis der er optræk til at man begynder at ryste, når man bliver bange. Der kan derved opstå forskellige bindinger, spændinger og forkrampninger i kroppen, som kan resultere i

eksempelvis smertetilstande forskellige steder i kroppen, og bidrage til en letvakt arousalrespons, som også kan stå i vejen for psykologisk bearbejdning af traumeerindringer, som dermed fortsætter med at være til skade.

Ved TRE-øvelserne forklares rystelserne som en naturlig reaktion, som der ikke er grund til at være nervøs for. Det er vigtigt at stoppe, når man når grænsen (jf. 1-10 og niveau 7).

Klienten instrueres i at have fokus på kroppen og dens reaktioner – ikke på psykologisk traumemateriale. Der kan dog komme flashback eller optræk til dette, hvilket ikke er meningen med øvelserne, som ikke skal have katharsisk præg i psykologisk forstand. Her trænes klienten i at føre sig selv tilbage til et rent fysisk fokus på muskler og krop, og på den måde styrkes klientens selvregulering. Det er vigtigt at lade kroppen arbejde, uden at gå i flashback. Kroppen "rens selv ud". Der kan forløses følelser, som egentlig ikke søges psykologisk eksploreret eller forklaret i denne setting, men der mærkes efter hvor i kroppen fornemmelsen udspiller sig. Fokus bliver på kroppen og på her-og-nu. Klienten opfordres til at blive ven med følelsen og især forløsningen af den.

Øvelserne slutter med, at man til sidst kommer ind i en mere eller mindre udtalt autonom rysten i psoas-området. Når klienten begynder at få rutinen med øvelserne, vil rystelserne hos de fleste opstå hurtigere.

Efter øvelsesprogrammet skal der være tid til at drøfte klienternes erfaringer og oplevelser undervejs. Hvis øvelserne foregår i gruppe, stopper klienterne efterhånden, som de er færdige med gennemløbet af de 7 øvelser. De får derefter et tæppe over sig, og ligger i ro til dæmpet musik i 5 minutter. Derefter guides de i en bodyscanning, og til slut en kort verbalisering af den fysiske

oplevelse, men ikke noget som tangerer terapi af det bagvedliggende traumemateriale.

De, som deltager, skal have en vis evne til at kunne regulere sig, for at komme i gang med at lave øvelserne på egen hånd. Inden en klient inkluderes, bør der være opmærksomhed på eventuelle psykiske hindringer i form af diagnosticeret psykisk lidelse, hvor der bør tages stilling i hvert enkelt tilfælde til klientens muligheder for at profitere eller omvendt få det værre af øvelserne. Somatisk set bør der også være opmærksomhed på symptomer og lidelser, der er uforenelige med øvelserne (visse muskulo-skeletale lidelser; visse hjertelidelser m.v.).

Yogaøvelser

At dyrke yoga kan rumme mange elementer: den kropslige dimension med kropsovelser, smidighed, åndedræt, men også for mange en mere åndelig, livsindstillingsrelateret dimension. På Ringgården har vi nedtonet det sidstnævnte element og har fokuseret på, hvorledes yoga kan medvirke til at forløse kropslige spændinger, skabe fokus på kropslige tilstande og måske lindre negative tilstande af uro og ubehag. Det er dermed en anden måde at arbejde med nogle af de samme problemområder, som vi forsøger at påvirke med TRE-metoden, åndedrætsøvelser og mindfulness.

Teorien er, at yogaøvelser med rolig muskel- og ledstræk kan lindre spændinger i kroppen, som står i vejen for fysisk og mentalt velvære og koncentration. Gennem gentagen brug af øvelserne, hvor blodomløbet øges og muskler strækkes, kan kroppen lære at være afspændt. I forbindelse med yogaøvelserne indgår også

fokus på åndedræt og på kroppen selv i en form for ”dynamisk mindfulness”, dvs. en bevidst opmærksomhed for kroppen, der medvirker til at skabe ro.

Der arbejdes typisk med øvelserne i 1 time ad gangen, så der både er intensitet og tid til at indøve hele serien grundigt hos deltagerne, så de har kunnet *tage øvelserne med sig* videre.

Selv om deltagerne befinder sig i samme rum – i behørig afstand – betones det, at der ikke lægges op til konkurrence eller præstation. Opmærksomheden skal holdes ved personen selv, når der arbejdes med de forskellige yogastillinger og øvelser. Disse udgør *formen*, mens opmærksomheden og nærværet er *indholdet*. Øvelserne er inspireret af Simon Krohn, som projektmagerne, Susanne og Palle, har været på kursus hos, og dennes bog *”Nærmere noget – filosofien bag yoga”* (Krohn 2017), hvorfra der er hentet inspiration til de konkrete øvelser.

Deltagerne er orienteret om, at tilgangen overordnet er, at det ikke kommer an på, hvor smidig, man er, men fokus er på, hvad yogaøvelserne kan gøre for/ved den enkelte i forhold til evnen til bevidst nærvær som metode i at regulere sig selv følelses- og tankemæssigt. Beskrivelsen herunder er ikke tænkt som en beskrivende manual, men mere en antydning af arten af yogaarbejdet. For en mere indgående beskrivelse henvises til Krohns ovennævnte bog.

Deltagerne har varmet op med en serie gulvøvelser med henblik på at ”komme rundt i kroppen” og finde afslapning i forskellige muskelgrupper. Der startes eksempelvis med at gå ned på alle 4, svaje i ryggen, krumme i ryggen, og lægge mærke til åndedrættet. Efterhånden synkroniseres svajning med indånding og krumning

med udånding. Der instrueres i at holde opmærksomheden på åndedrættet.

Der laves forskellige strækøvelser og arbejdes videre fra stående stilling, hvor der eksempelvis strækkes maksimalt mod loftet samtidig med indånding, efterfulgt af maksimal lænen fremad og udånding. Der følger herefter forskellige øvelser med sammentrækning og udstrækning – hele tiden med fokus på åndedrættet. Efterfølgende foretages 3 *solhilsner* – en serie øvelser i bestemt rækkefølge med eksempelvis maksimalt stræk mod loftet, fald forover, tilbagetræden i *planken*, knæ i gulv, op i *cobrastilling*, tilbage i *hundestræk* osv.

Den enkelte yogasession afsluttes hver gang med en afspændingssekvens med bodyscanning eller en kort stund i dyb ro og afslapning.

Åndedrætstræning

Formålet er her også øvelse i bevidst nærvær i forhold til situationer, hvor man ellers ville lade følelserne tage automatisk styring på det, der sker. Ved at skabe fokus på åndedrættet og søge dette nedreguleret, genoprettes også den mentale ro og dermed tilgangen til de erfaringer, der kan hjælpe én til at reagere adækvat i en given situation, så man træffer den gode beslutning. I projektet har vi bl.a. været inspireret af *Breathe Smart* programmet som beskrevet af bl.a. Jakob Lund (Hviid 2017).

Der har været arbejdet med bodyscanning og efterfølgende selvregulering via åndedrættet. Der har været vægt på, at der her er tale om at søge balance mellem det sympatiske og det parasympatiske nervesystem, og der er arbejdet psykoedukativt

med kropsbevidsthed om åndedrættets betydning og nødvendighed.

Der er også trænet åndedræt ved hjælp af øvelser med bolde i en form for selvmassage, hvor man har rullet forskellige dele af kroppen på bolde, som er lidt større end tennisbolde.

I praksis har åndedrætstræningen været lagt ind i forskellige sammenhænge. Det har været naturligt at blande åndedrætsøvelserne med mindfulness og yoga, hvor det at bruge og fokusere på åndedrættet er en fast bestanddel. Men åndedrætstræningen er også sket i forbindelse med gruppe-seancerne typisk om tirsdagen og om torsdagen, hvor et gruppemøde f.eks. kunne begynde eller slutte med åndedrætsøvelser.

Mindfulness

Det sidste element, der er inddraget i projektet, er mindfulness, der allerede har sin faste plads i Ringgårdens program. Mindfulness er vidt udbredt i psykiatrisk behandling ift. f.eks. depression, angst og stresslidelser, og det anvendes mange steder også som et element i rusmiddelbehandling (Gilbert 2018; Marlatt & Chawla 2012).

Mindfulness kan beskrives som evnen til bevidst at bringe fuld opmærksomhed ind i det aktuelle øjeblik uden at dømme. Målet er at opøve en bevidst opmærksomhedskontrol, en form for informationsbearbejdning, der går imod den automatiske tænkning, som ellers ofte karakteriserer afhængighed, depressive tilstande, angst, stress m.v.

Den positive effekt ved mindfulness-træningen kan forklares ved, at metoden udvikler en særlig opmærksomhed. Det vil sige, at man lærer at observere tankeprocesser, mens de foregår. Derved skaber man en ændring i relationen til de oplevede mentale begivenheder – tanker ses som tanker – og ikke som afspejling af virkeligheden. Dette vil i forbindelse med f.eks. drikketrang eller højrisikosituationer give den pågældende en mulighed for ikke blindt at følge de tankemæssige indskydelser.

I projektsammenhæng har mindfulness – ud over de faste elementer i Ringgårdens program, dvs. 2 x 1 times sessioner ugentligt under coronasituationen – dels været lagt ind som små opmærksomhedsøvelser i forbindelse med de andre projektelementer (yoga, åndedrætstræning og delvist TRE) og dels har det dagligt været trænet i gruppetiden. Typisk har der været brugt 10 minutter på en eller flere små mindfulnessøvelser i forbindelse med en gruppesession om morgenen.

Bio-feedback

Vi har i et tidligere udviklingsprojekt på Ringgården (Nielsen & Røjskjær 2007) gjort erfaringer med et ældre computerbaseret trænings- og målingsprogram (Childre 1998) til at billedgøre kropslige tilstande og effekten af afslappende, mindfulde øvelser. Programmet er desværre lidt ”tungt” at bruge i gruppebehandling, fordi der så kræves mange computere og hardware med mange licenser og der skal sættes materiel op til træningsseancerne. Vi vil derfor pege på de muligheder, der ligger i at inddrage de nye og væsentligt lettere tilgængelige *apps*, der

kan ligge på en mobiltelefon. På markedet kan man finde flere gratis og nemt forståelige apps til bio-feedback, f.eks. appen ”*breathe2relax*⁴”.

Breathe2relax appen har en træningsfunktion, hvor man guides gennem en forudbestemt, selvvalgt åndedrætsfrekvens via instruktion og visuelt input, hvilket har den fordel, at brugeren føres gennem en træningssession på en letforståelig måde. Man kan samtidig angive før og efter træningen hvor stresset man føler sig, og gemme data, så man kan følge sin stress-tilstand og udbytte af træningen over tid. App’en indeholder desuden et fint lille psykoedukativt bibliotek, hvor man kan læse om en række væsentlige emner under overskrifterne:

1. Biology of stress
2. Diaphragmatic breathing
3. Effects of stress on the body

Ulempen ved app’en er, at den kun findes i en engelsk-sproget udgave.

Vores erfaring fra praksis er, at brug af en bio-feedback app som f.eks. *Breathe2relax* primært skal være en sekundær støtte for de klienter, der gerne vil have en ”ekstern træner” ved hånden. I forbindelse med selve træningsseancerne/gruppebehandlingen varetages instruktionerne bedre af en instruktør/behandler. Vi mener derfor, at man med fordel kan anbefale og demonstrere apps for en klientgruppe, så de har en ekstern, ”personlig” åndedrætscoach stående klar til træning på egen hånd.

⁴ National Center for Telehealth & Technology (US). Kan findes i App-store og GooglePlay.

Resultater og reaktioner

Det har ikke været hensigten med dette projekt at lave en måling af de ordløse metoders effekt og behandlingsmæssige gennemslagskraft, men vi har valgt at inddrage enkelte tests og mål for dels at få en pejling på, hvorledes deltagerne responderer under forløbet, og dels få erfaring med at anvende og tolke de anvendte tests til vurdering af traumebelastninger⁵.

1. Vi har anvendt **SCL-90 Symptom Checklist-90-Rev.** (Derogatis 1977; Derogatis & Unger 2010), som indgår i Ringgårdens sædvanlige testbatteri, til at få en indikation på deltagernes aktuelle subjektivt oplevede belastningsgrad ved henholdsvis indskrivning og udskrivning.
2. Ligeledes har vi brugt data fra **MCMI-III Millon Clinical Multiaxial Inventory – III** (Millon 2007), som også indgår i Ringgårdens normale testbatteri, til at se på angst, PTSD og svær depression.

Til belysning af deltagernes belastning i forhold til traumer er der ved start og afslutning anvendt to forskellige testskemaer:

3. **HTQ Harvard Trauma Questionnaire** (Socialstyrelsen 2013; Elklit et al. 2012), der består af 16 udsagn, som rates på 4 punkt skala fra "slet ikke" til "ekstremt meget".

4. **TSC-35 Trauma Symptom Checklist** (Briere & Runtz 1989; Elklit 2000), der består af 35 udsagn, som rates på en 4-punkt skala fra "nej" til "meget tit". Der opdeles i følgende underkategorier: depression, angst, dissociation, seksuelle problemer, søvnbesvær, somatisering, interpersonel sensitivitet, fjendtlighed.
5. Derudover har deltagerne ratet add-on elementerne hver for sig på en Likert-skala fra 1-9 i forhold til oplevet udbytte (1 værst; 9 bedst).

SCL-90

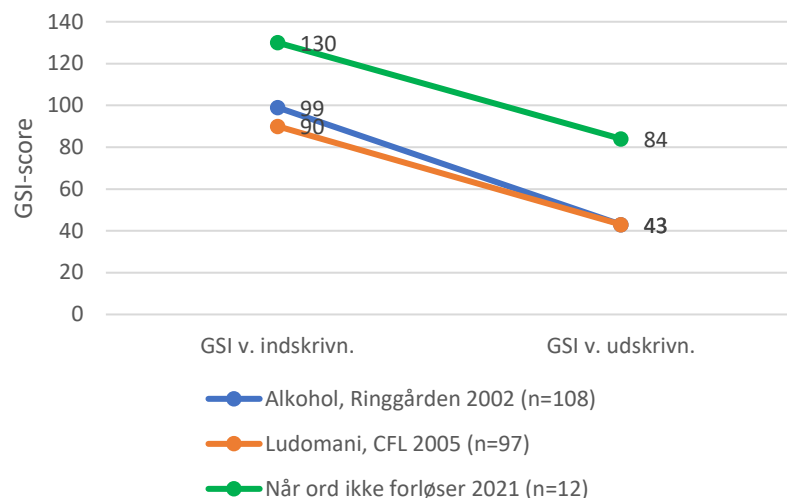
SCL-90-r testen er et klinisk selvrapporteringsskema med 90 spørgsmål omhandlende psykiske og somatiske aktuelle symptomer, der besvares graderet fra "slet ikke" til "i svær grad" i forhold til personens befindende i den uge, der er gået forud for besvarelsen. En summeret score udtrykker personens samlede belastningsgrad ("Global Severity Index").

Som det ses af figur 6 sker der en markant reduktion i det subjektiv oplevede symptombillede ($p < .01$, t-test). Deltagerne i vores lille projekt får det altså bedre i løbet af behandlingen. Det svarer fuldstændig til tidligere undersøgelser, som vi har foretaget med Ringgårdens alkoholklienter i 2002 og med ludomaniklienter på Center for ludomani i 2005, og det er tydeligt, at "hædningskurven" for bedringen er ret ens på tværs af under-

⁵ I de tabeller, hvor der sammenlignes tal fra indskrivning til udskrivning, anvendes kun tal for de klienter, hvor begge datasæt foreligger. Derfor svinger antallet af respondenter.

søgelse. Det fremgår dog også, at de – ganske vist få – deltagere i projekt ”Når ord ikke forløser” ligger noget højere i subjektiv belastningsgrad.

Figur 6. SCL-90 scores ved indskrivning og udskrivning



MCMI-III

Kort efter indskrivning, eventuel afrusning og almen stabilisering bliver alle klienter på Ringgården tilbudt test med MCMI-III, hvilket bl.a. indgår som en del af grundlaget for at tilrettelægge den individuelle kontaktstrategi.

Der anvendes i dette projekt tre delmål fra denne testning: scoren på skalaerne *angst*, *PTSD* og *svær depression*.

Tabel 7. MCMI-scores

	Udvalgte MCMI-scores n=18 Gennemsnitscore for hele gruppen	Antal personer med score i "det kliniske område" (forhøjet score >70)
MCMI angst	88 (SD 21)	16 (89%)
MCMI PTSD	64 (SD 17)	8 (44%)
MCMI svær depression	67 (SD 15)	8 (44%)

Tallene i tabel 7 belyser den generelt høje grad af symptombelastning, der gør sig gældende for Ringgårdens målgruppe. En mulig tilstedeværelse af betydelige symptomer på PTSD hos næsten halvdelen ligger langt over den generelle prævalens i almenbefolkningen.

Lige så mange scorer højt på alvorlige depressionssymptomer ved behandlingens start, men erfaringsmæssigt vil en del af disse ”lægge sig” spontant efter nogle ugers stabilt behandlingsophold. Hos en mindre del kan der være tale om en egentlig klinisk depressionstilstand.

Angstscoren er meget høj over næsten hele linjen, afspejlende dels traumerelaterede symptomer og dels forskellige typer af angstlidelser – og for nogle selvsagt også en mere fredelig afspejling af den usædvanlige situation, det er for de fleste at være startet på et langt og intensivt behandlingsforløb efter et ofte dramatisk rusmiddelmisbrugsforløb lige op til indskrivningen.

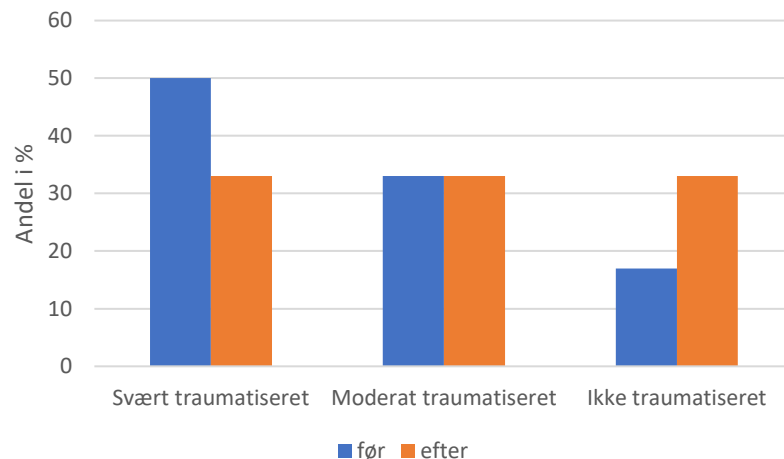
HTQ Harvard Trauma Questionnaire

Med denne test opnås et generelt billede af gruppens og den enkeltes traumebelastning ved starten af behandlingen. Testens cut-off scores er: 32-39 points: mulig traumatisering; 40 points og derover: klar indikation på traumatisering.

Ved behandlingens start havde den undersøgte gruppe en gennemsnitsscore på 42,1 (SD 12), og halvdelen af klienterne lå, som det fremgår af figur 8 over 40 points svarende til "svær traumatisering".

Ved behandlingens afslutning var gennemsnitsscoren faldet fra til 34,2 points ($p < .02$; t-test). Det betød, at andelen i kategorien "svær traumatisering" var faldet til 27%.

Figur 8. Traumekategorisering ud fra HTQ-scores før og efter (n=12)



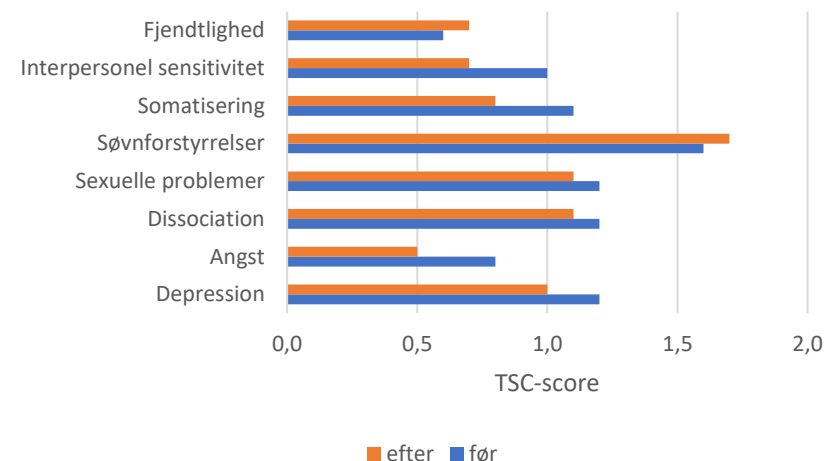
TSC-35 Trauma Symptom Checklist

Den samlede symptombelastning på tværs af alle delsymptomer udtrykkes i en totalscore i TSC-35. Den viser et fald i scoren fra 36,5 før behandlingen og til 32,6 points efter ($p < .037$; t-test, $n=11$).

TSC-35 delscorerne indikerer som det ses i figur 9 overordnet set en markant tendens til søvnforstyrrelser, hvilket ikke alene

behøver at bero på traumatisering, men også på, at den undersøgte gruppe alle har haft alvorlige rusmiddelproblemer frem til deres indskrivning. Da disse imidlertid ikke ser ud til at aftage, kunne det imidlertid være rimeligt at antage, at det skyldes psykologiske årsager. Der er ved behandlingsstart også en tydelig scoring på depression, dissociation, seksuelle problemer, somatisering og interpersonel sensitivitet, som dog har aftaget i forskellig grad ved behandlingsafslutning.

Figur 9. TSC-35-scores før og efter – underkategorier (n=11; omregnet relativscore)



Sammenfatning af de forskellige scores

De indsamlede data for projektgruppen bekræfter billedet fra vores journalgennemgang for 99 klienter fra 2019 (se afsnit 2.1.) og i øvrigt vores almene erfaringer fra behandlingshverdagen på Ringgården: de borgere, som henvises til vores behandling, har for de flestes vedkommende mange symptomer på psykisk belastning og psykopatologi.

Da Ringgården har specialefunktion for denne gruppe af rusmiddelklienter, er dette ikke overraskende. Men det afspejler, at der på de ambulante rusmiddelcentre – hvorfra næsten alle er henvist – går en del klienter rundt med middelsvære til svære psykiske problemstillinger, som meget let kan være til hinder for monofokuseret afhængighedsbehandling. Ligeledes understreger det, at der kan være tale om typer af psykisk *materiale* hos den enkelte borger, som er grundlagt tidligt eller på anden vis stikker så dybt, at gængse metoder – det være sig psykoterapeutiske eller medikamentelle – ikke er tilstrækkelige.

Ved sammenligning af før og efter data fremgår det, at der er generel gruppemæssig symptomreduktion - mest udtalt på kategorier som depression, angst, somatisering og interpersonel sensitivitet. Heroverfor ses en stationær eller svagt øget gennemsnitscore på søvnforstyrrelser, fjendtlighed, seksuelle problemer og dissociation.

En forsigtig tolkning af dette billede kunne være, at den samlede behandling, som projektgruppen har modtaget, lindrer en del på de affektive symptomer (angst og depression), og reducerer nogle af indikatorerne på spærring for at arbejde på et, samtalebaseret metodeniveau. Her tænkes på reduktion af somatisering, det vil sige en mindre kropslig afspejling af belastningssymptomerne til fordel – håber vi – for en højere grad af verbaliseret, bevidst bearbejdning. Og dette samtidig i en mere tillidsfuld kontakt-relation til andre (reduktion af interpersonel sensitivitet). Disse overvejelser er på hypoteseplan, da vi ikke i det aktuelle projekt-design kan danne belæg for en egentlig bekræftelse heraf.

På de symptomer, der udviser et stationært eller forhøjet billede, kunne en forklaring være, at der dels ikke sker mirakler med den psykiske ”bagage” på 3 måneder, og dels gås intensivt ”til stålet”

i behandlingen, hvilket kan aktivere symptomer, som ellers har været holdt nede med dysfunktionelle forsvarsmekanismer som eksempelvis somatisering og misbrug af rusmidler.

Oplevelsen af – for nogles vedkommende – øgede symptomer på seksuelle vanskeligheder kunne muligvis være udtryk for en sådan ”dukken op til overfladen” af ubehageligt traumemateriale, som skal frem for at kunne bearbejdes, hvilket uundgåeligt giver ubehag.

Skal vi et øjeblik svinge os op i lidt højere luftlag, kunne man slå til lyd for, at der bør forskes yderligere og dybere i nogle af de mekanismer, der formodes at ligge bag de former for virkning, der kan opnås gennem behandling af personer med komplekse problemstillinger. Hvor er de mest virksomme elementer i forskellige terapeutiske modaliteter, og hvordan kan vi plukke disse ud og sammensætte dem til – måske – mere effektive og attraktive behandlingstilgange i fremtiden?

Hvordan oplever klienterne add-on metoderne?

Via et spørgeskema ved afslutningen af behandlingen er der samlet data om klienternes subjektive rating af deres oplevelse af add-on elementerne TRE, yoga-øvelser og åndedrætstræning. Der er spurgt: *Hvor meningsfyldt synes du, det har været at arbejde med [elementet]?* Klienterne har derefter individuelt ratet på Likert-skala fra 1 (slet ikke meningsfyldt) til 9 (meget meningsfyldt). Vurdering af mindfulness – som allerede er integreret i behandlingen – indgår i Ringgårdens standard evalueringsskema, men spørgsmålet er formuleret lidt anderledes end for de øvrige tre elementer.

Tabel 10. Deltagernes rating af add-on elementerne ved udskrivning (n=12)

	Gennemsnit score
Hvor meningsfyldt synes du, det har været at arbejde med TRE?	7.5
Slet ikke meningsfyldt 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Meget meningsfyldt	
Hvor meningsfyldt synes du, det har været at arbejde med åndedrætstræning	7.5
Slet ikke meningsfyldt 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Meget meningsfyldt	
Hvor meningsfyldt synes du, det har været at arbejde med yoga-øvelser?	6.9
Slet ikke meningsfyldt 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Meget meningsfyldt	
Hvor tilfreds er du med dit udbytte af mindfulness?	7.5
Ikke tilfreds 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Meget tilfreds	

TRE

TRE-øvelserne rates, som det ses af tabel 10 højt (gennemsnit 7.5 af 9 mulige points), og har hos næsten alle været en positiv overraskelse på grund af metodens power – og lidt *eksotiske* tilsnit, som har givet oplevelser ud over det sædvanlige. Hele 91% af klienterne angiver fra "6" til "9" og har dermed en positiv oplevelse af at arbejde med TRE. For en enkelt person oplevedes TRE som 1 slet ikke meningsfyldt.

Dét at mærke, hvad der "gemmer sig" af spændingstilstande i væsentlige muskelgrupper dybt i kroppen, ovenikøbet områder, som for alle er centralt forbundet med de reflekser, der udløses ved pludselig traumatisering, lader til at have gennemslagskraft blandt klienterne:

"Det har virkelig været godt. I forhold til tidligere behandling synes jeg i det hele taget, at "ordløse metoder" kan noget nyt. Det er et fantastisk supplement." (kvinde)

"Det har for mig været en ny oplevelse at kunne "adskille hoved og krop" (mand)

"Det var overraskende at mærke, hvilke følelser, der gemmer sig i min krop – wauw!" (mand)

Klienternes rating og deres forskellige udsagn under sessionerne og ved efterfølgende udspørgen viser, at TRE er en metode med, i det væsentlige, god forlidelighed med et stort flertal af klientellet. De fleste synes godt om øvelserne og det, de gør for dem; og de fleste opnår ubesværet en god forståelse af rationalet bag TRE, og hvorfor vi har valgt at afprøve denne metode som

supplement til den dobbeltfokuserede rusmiddelbehandling (fokus på afhængighedsproblemer og psykiske problemer).

Åndedrætstræning

Åndedrætsøvelserne rates også højt af deltagerne (tabel 11, gennemsnit 7.5 af 9 mulige points), og det overordnede indtryk af forlidelighed og oplevet udbytte er positivt. Vi fandt, at 82% scorer fra "6" til "9", mens en enkelt deltager er meget negativ (score "1") overfor metodens meningsfuldhed.

Der har med disse øvelser dels været arbejdet selvstændigt med åndedrætstræning, og dels har der været fokus på åndedræt i såvel TRE som i yoga-øvelserne. Åndedrætstræningen har derfor haft en funktion som medierende færdighedstræning, der har været med til at binde de tre ordløse metoder godt sammen i hverdagsarbejdet.

"Det har hjulpet mig meget at kunne arbejde med min dybe, rolige vejrtrækning. Det har fået afgørende betydning for, at min nattesøvn er blevet meget bedre – både med hensyn til at falde i søvn mere naturligt og let og til at få mere sammenhængende søvn natten igennem" (mand)

"Min kontrol med mit iltre temperament bliver stærkt øget, når jeg tager fat i min vejrtrækning. Det er en stor hjælp for mig – og rart for mine omgivelser" (mand)

Yoga-øvelser

Yogaøvelserne rates en anelse lavere (tabel 11; gennemsnit 6.9 af 9 mulige point) end de øvrige metoder, idet 82% af deltagerne er positive med en score mellem "6" og "9". På ny var en deltager (den samme) overvejende negativ (score "2"). De kvalitative tilkendegivelser har vist en vis skepsis hos de fleste inden de kommer i gang med programmet og også en vis overraskelse over, at det for de fleste indebærer en større fysisk anstrengelse at udføre, end de havde forestillet sig. Men for de fleste er der utvetydigt givet udtryk for et mærkbart udbytte både efter den enkelte session, og i løbet af deres behandlingsforløb, hvilket har udmøntet sig i bedre fornemmelse af egen krop og dens grænser samt en følelse af større selvkontrol med hurtigere genoprettelse af den emotionelle balance under pres.

"Jeg tænkte: det er kun for "tøser", men hold op, hvor er det godt." (mand)

Mindfulness

Mindfulness, der som nævnt spørges til i Ringgårdens almindelige evalueringsskema, får som det ses i tabel 11 en gennemsnitlig bedømmelse på 7.5 point i forsøgsgruppen. To klienter angiver henholdsvis "2" og "3" – altså en ret negativ bedømmelse, en angiver "6", mens resten har et meget positivt syn på elementet og angiver "8" eller "9".

En score på 7.5 er over gennemsnittet for den normale klientvurdering af mindfulness, hvor de seneste 349 klienter på Ringgården har givet dette behandlingselement en score på 6.7

point. Vi har en formodning om, at det øgede fokus på de non-verbale metoder i forsøgsgruppen med bedre tid, mere udførlig instruktion og mere vægt på psykoedukation medfører en mere positiv bedømmelse.

Hvordan oplever behandlerne metoderne?

For de to gruppeterapeuter, Susanne og Palle, har det været en stor tilfredsstillelse at arbejde med add-on metoderne. Dels har det været rart, at de fleste af klienterne betragter dem som meningsfulde metoder i forhold til deres problemer med rusmidler – herunder regulering af craving/trang, angst og anden form for affekt – og dels at det har åbnet for temaer og dybder, som ellers næppe var kommet for en dag under samtaleterapien.

Det er selvfølgelig vigtigt, at man lægger nogle programmer for øvelsessessionerne, som passer godt til både instruktør og deltager. Ligeledes at man som instruktør kan give forståelig psykoedukation om, hvorfor denne eller hin øvelse er relevant for klienten, så der ikke bliver uigennemskuelighed eller mystik over arbejdet. Ingen af de valgte add-on elementer har været tilgået ud fra nogen form for metafysisk vinkel, men alene ud fra gængs viden om krop-psyke-relationen. Instruktørerne har fra starten desuden gjort klart, at der her er tale om et forsøg og en række hypoteser, og ikke postuleret nogen form for endegyldig evidens.

Anbefalinger til et praksisprogram

Fra den omfattende kontakt mellem Ringgården som kompetencecenter og de kommunale rusmiddelcentre landet over har vi erfaret, at man i reglen oplever nogle af de samme dilemmaer ved døgnbehandling som ved ambulant behandling: sommetider skal der andet og mere til end dialog gennem det talte ord. Vi håber derfor, at nærværende projekt giver inspiration til at prøve de beskrevne add-on metoder af i ambulant praksis. Her er kontakten afgrænset af tid og rum på en anden måde end i døgnbehandling – det er vi på det rene med. Men alligevel mener vi, der er gode muligheder for at supplere samtalen med et fokus på krop-psyke-relationen.

Hvordan kan man integrere øvelserne i et ambulant behandlingsforløb?

Efter vores erfaring er det væsentligt at starte småt, og i øvrigt følge den franske mesterkok, Escoffier's råd: *"faites simple!"* (fransk for *gør det enkelt*). Det vil sige:

1. Gør dig sikker i din pædagogiske fremstilling af meningen med det, du gerne vil sætte klienten i gang med. Hvad skal det gøre godt for; hvilke mekanismer og processer ved/tror/formoder vi det kan påvirke i gunstig retning hos personer, der gerne vil kæmpe sig ud af deres rusmiddelafhængighed.
2. Øv dig i de få metoder, du vil starte med, så du ikke *fumler* for meget og kommer til at smitte klienten med din

usikkerhed. Arbejd gennemskueligt, det vil sige, hvis du har et instruktionsark, du går frem efter, så giv klienten en kopi, så I kan hjælpes ad med at få det til at køre.

Hvilket omfang bør øvelserne have?

Nogen præcis angivelse kan vi ikke give, men det er vigtigt at betone øvelsesaspektet i psykoedukationen om metodeelementerne, så klienten forstår, at øvelserne skal tjene til at supplere eller – helst – erstatte indgroede, dysfunktionelle selvreguleringsvaner. Og for at nå dertil kræves *øvelse* og masser af gentagelser for at få det til *at sætte sig* i klientens funktionelle og neurale strukturer.

En del af øvelserne kan med fordel laves i gruppe, så man kan støtte hinanden, og så man kan se, at man ikke er den eneste, der skal kæmpe lidt for at få fat på, hvordan det skal gøres.

Og endelig er det væsentligt – som med de fleste andre elementer i ethvert behandlingsforløb – at klienten tager metoderne med sig og praktiserer dem også *mellem* terapisessionerne.

Udkast til et program *faites simple*

Forsøget med ordløse metoder er naturligvis sket i det intensive døgnregi, som er rammen om behandlingen på Ringgården. Det betyder, at vi har en langvarig og tæt kontakt til klienterne, og at vi har meget gode fysiske og tidsmæssige rammer at gennemføre den ordløse træning i. Det vil selvsagt ikke nødvendigvis være

tilfældet, hvis man ønsker at kaste sig ud i at afprøve metoderne i et ambulant, måske individuelt, behandlingsregi. Derfor kan vi heller ikke komme med et endegyldigt og universelt forslag til en behandlingsprotokol for de ordløse metoder. Der vil nødvendigvis være brug for at tilpasse og omtænke brugen af metoderne til de faktiske forhold på f.eks. et kommunalt rusmiddelcenter med sjældnere klientkontakt, mere individuelt baseret terapi og måske praktiske begrænsninger i forhold til logistik og fysiske rammer.

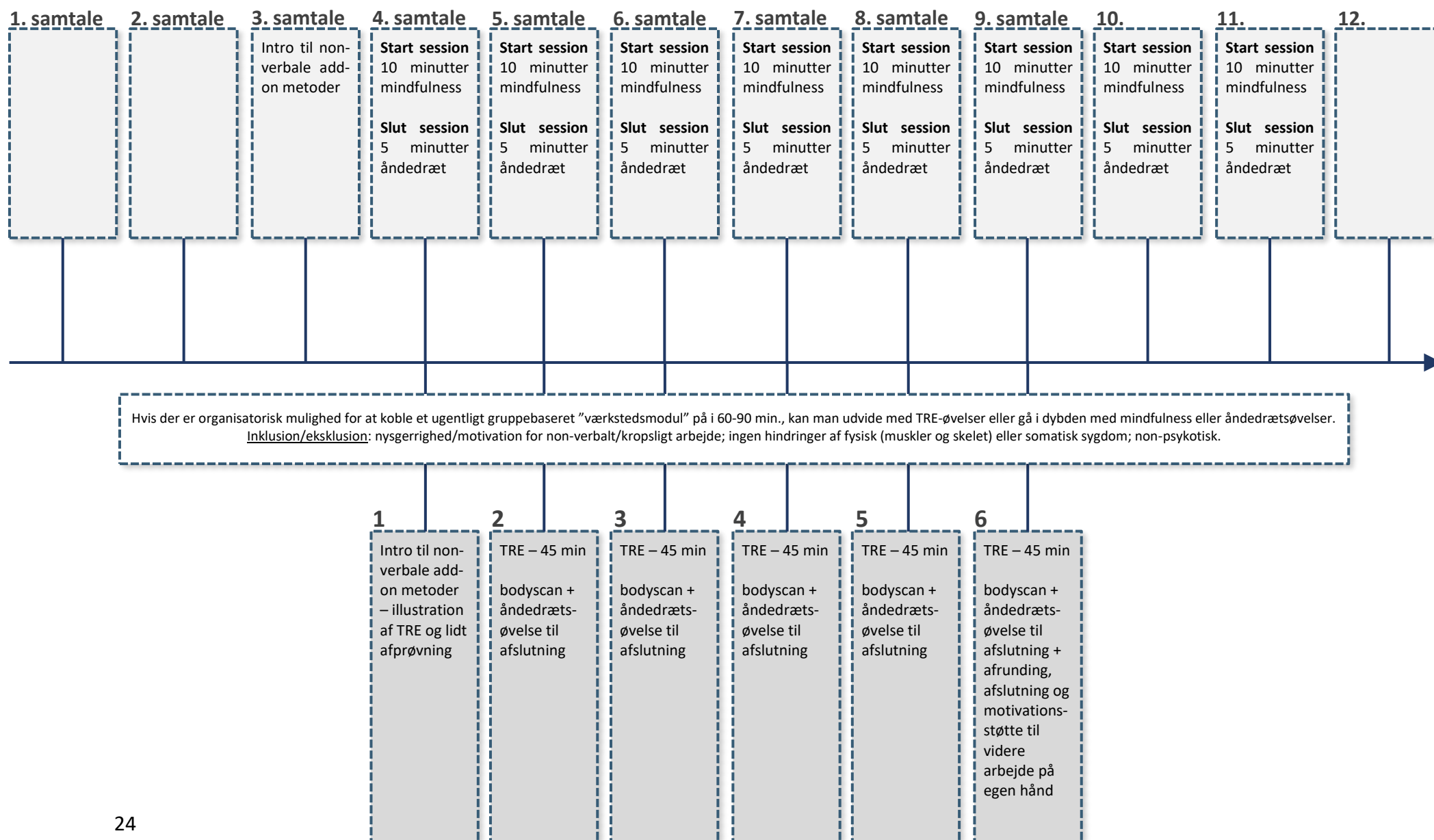
Nedenstående to – overskriftsprægede – modeller skal derfor ses som vores helt overordnede forslag til, hvordan man *kan* sætte de ordløse metoder ind i et behandlingsforløb i ambulant regi.

Helt generelt er det vores overbevisning, at man kan vinde en del på den behandlingsmæssige bane ved at integrere især korte åndedræts- og mindfulnessøvelser i det faste behandlingsprogram, også selvom man kun har korte sessioner med ugers mellemrum. Især vil det give meget god mening, hvis man arbejder med klienter, der har problemer med tankemylder, kaostænkning eller dårlig følelsesregulering, idet de vil kunne profitere godt af enkle og korte øvelser, der nedregulerer og genskaber ro.

Det kan man f.eks. gøre ved at slutte hver session med at lave en eller to enkle åndedrætsøvelser og opfordre klienten til dagligt at bruge 5 minutter på at lave øvelserne. Følg op på det ved næste session.

En oversigtsmodel for et 12 ugers forløb kunne se ud som det er skitseret i skema 11 på næste side.

Skema 11. Model for integrering af ordløse add on-metoder i et ambulant behandlingsforløb med 12 sessioner.



Afslutning og perspektivering

Det er vores oplevelse i dette projekt, at de non-verbale metoder *kan noget*. De kan for det første *interessere* klienterne, der gerne – om end for nogles vedkommende med en vis afmålthed – kaster sig ud i afprøvning og træning af de nye teknikker. Det er tydeligt, at også klienterne er optaget af sammenhængen mellem krop og psyke, og af hvorledes de kan arbejde med og gøre sig nye positive erfaringer med at forstå og påvirke den krop, som for manges vedkommende næsten bare har været en beholder, man hælder alkohol eller andre rusmidler i.

For det andet kan metoderne *give adgang* til at få nogle typer af klienter i tale om deres kropslige sansninger og følelser, som ellers kan være ukendt land for dem.

For det tredje kan disse metoder medvirke til at udvikle mere naturlig *mestring* og *regulering* i situationer, hvor den ønsketænkende trang (wanting) stiller klienten i et skarpt *skal - skal-ikke* valg.

For mange klienter står deres tilbagefald i et procesmæssigt tågeskær, hvor det at verbalisere, hvad der trin for trin sker i deres tænkning og følelser er ekstremt vanskeligt. Ganske vist er der kastet et vist lys over dette gennem for eksempel behandlingsforsøg baseret på *approach-avoidance* psykologi. Her forsøger man sig med non-verbal påvirkning af de mikro-beslutningsprocesser, som ligger indlejret i kognitionen under enhver højrisiko-situation.

Men det store gennembrud i vores behandlingsmetoders tilgang til trang er endnu ikke sket, og vi står derfor i daglig praksis til

stadighed med mennesker, som har brug for at lære metoder, der kan fungere som bolværk mod det helt centrale punkt i ethvert tilbagefald: trangen.

Projekt "Når ord ikke forløser" har givet os en første, lærerig forståelse for, hvorledes vi kan integrere non-verbale tilgange til det at arbejde med afhængighed i en konkret praksis – vi er bestemt ikke på plads med en fuldt udfoldet og integreret behandlingsmodel for dette på Ringgården, men vi har trådt vores barnesko. Der er brug for langt mere metodisk grundig og forskningsbaseret undersøgelse af metodernes brug, før vi kan sige mere om den reelle effekt af de ordløse metoder.

Der er lovende tegn på, at ordløse metoder kan være et godt supplement til den klassiske kognitive tænke-føle-adfærds-tilgang i rusmiddelbehandlingen på i hvert fald to områder: På den ene front fordi metoderne helt praktisk kan afhjælpe nogle af de kropslige/psykiske følgetilstande, man ofte finder blandt rusmiddelafhængige, og dermed kan facilitere den kognitive behandling. På den anden front fordi klienterne får indsigt i sammenhængen mellem krop og sind og tilegner sig enkle teknikker – især åndedrætstræning og mindfulness – der kan støtte dem i bestræbelserne for at opnå et vedvarende rusmiddelfrit liv.

Vi vil på denne baggrund gerne slå et slag for, at vi på rusmiddelbehandlingsområdet – hvad enten det er i døgnregi eller ambulant – øger opmærksomheden på de metoder, der kan supplere og understøtte den gedigne, afprøvede kognitive behandlingsmodel, der er fremherskende på tværs af landet.

Vi stiller os derfor selvfølgelig også gerne til rådighed for at dele vores nyligt høstede, indledende erfaringer med andre nysgerrige og interesserede rusmiddelbehandlere.

Referencer

Ahlmarm, N (2015) Forandring gennem åndedræt. Breathe Smart som en vej ud af kriminalitet og misbrug. Statens Institut for Folkesundhed. Syddansk Universitet

Anda RF, Felitti VJ, Bremner JD, Walker JD, Whitfield C, Perry BD, Dube SR, Giles WH. (2006) The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood: a convergence of evidence from neurobiology and epidemiology. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci. 256:174–186.

Berceli, D (2005) Trauma Releasing Exercises – A Revolutionary New Method for Stress/Trauma Recovery. Booksurge Publications

Berceli, D (2015) Shake It Off Naturally: Reduce Stress, Anxiety, and Tension with TRE. Kindle Edition.

Berceli, D (2018) The Revolutionary Trauma Release Process. Transcend your Toughest Times. Namaste Publishing, Canada.

Briere J & Runtz M (1989) Trauma Symptom Checklist (TSC-33). Journal of Interpersonal Violence

Buhmann CB & Andersen HS (2017) Diagnostik og behandling af posttraumatisk stress-syndrom. Ugeskrift for Læger 2017; 179

Childre D (1998) Freeze Frame – A Scientifically Proven Technique for Clear Decision Making and Improved Health. Heart Math System. Planetary Publications

Derogatis, LR & Cleary, PA (1977) "Confirmation of the dimensional structure of the SCL-90: A study in construct validity". Journal of clinical psychology, vol. 33.

Derogatis, LR and Unger, R (2010) Symptom Checklist-90-Revised.

Corsini Encyclopedia of Psychology, 1-2.

Elklit A et al. (2012) Senfølger og behandling af seksuelt misbrug i barndommen. Syddansk Universitet

Elklit A et al. (2000) Psykologisk traumebehandling – en effektundersøgelse. Syddansk Universitet

Gevirtz R (2009) Emerging Applications of Heart Rate Variability Biofeedback: Trauma. Health & Medicine, Technology

Gilbert, P (2018) Compassions fokuseret terapi. Dansk Psykologisk Forlag

Hall LA, Sachs B., Rayens MK, Lutenbacher M. (1993) Childhood physical and sexual abuse: their relationship with depressive symptoms in adulthood. Image J Nurs Sch. 25:317–323.

Hart, S (ed.) (2008) Neuroaffektiv psykoterapi med voksne. Hans Reitzels Forlag

Hart, S (2012) Neuroaffektiv udviklingspsykologi 1-3. Hans Reitzels Forlag

Hanson, R neuropsykolog (powerpoint + video på nettet)

Heim C, Shugart M, Craighead WE, & Nemeroff CB (2010). Neurobiological and psychiatric consequences of child abuse and neglect. *Developmental Psychobiology*, 52(7), 671–690

Herzog, JL & Schmahl, C (2018): Adverse Childhood Experiences and the Consequences on Neurobiological, Psychosocial, and Somatic Conditions Across the Lifespan. *Front Psychiatry*, 9: 420

Hviid S (red.) (2017): Traumebehandling og resocialisering gennem åndedræt og meditation. Turbine Akademisk

Johnson, JG, Bromley, E., & McGeoch, P. (2005). *Role of Childhood Experiences in the Development of Maladaptive and Adaptive Personality Traits*. In J. M. Oldham, A. E. Skodol, & D. S. Bender (Eds.), *The American Psychiatric Publishing textbook of personality disorders* (p. 209–221). American Psychiatric Publishing, Inc.

Krohn S (2017) Nærmere noget – filosofien bag yoga. Peoples Press

Marlatt, GA & N Chawla (2012) Mindfulnessbaseret misbrugsbehandling. Forlaget Klim

Millon, T (2007) MCMI-III. The Millon Clinical Multiaxial Inventory. Third edit. (dansk udg.) Pearson.

Nielsen, P & Røjskjær, S (2007) BASTA, Behandling af Alkohol-Samt TobaksAfhængighed – et forsøg på metodeudvikling og – afprøvning. Forlaget Behandlingshjemmet Ringgården

Socialstyrelsen (2013) Beskrivelse af validerede instrumenter til evalueringer på det sociale område.

Schwartz A (2016) *The Complex PTSD Workbook. A Mind-Body Approach to Regaining Emotional Control and Becoming Whole*. Althea Press

van der Kolk, Bessel A., McFarlane, Alexander C. , Weisaeth, L (Eds). (2012). *The Effects of Overwhelming Experience on Mind, Body, and Society*. Guilford Press

Wells, A (2005) Detached Mindfulness in Cognitive Therapy: A Metacognitive Analysis And Ten Techniques. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy* 23(4):337-355



RINGGÅRDEN

Nationalt Kompetencecenter
for Dobbeltfokuseret Afhængighedsbehandling

Strandvejen 1, 5500 Middelfart Tlf. 64 41 25 05 www.ringgaarden.dk