

KLASSIFIKATION AF KLIENTGRUPPEN

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

Det bemærkes, at vores vurderinger af behovet for intervention ved hver af de fem klassifikationsgrupper ikke er et udtryk for, hvad CETT's indsats vil være. De vurderinger, der gøres i det følgende, er vores vurderinger af klientens/borgerens samlede behov i forhold til en rehabiliteringsproces. Indsatsområderne omfatter med andre ord såvel amt (region) som kommune.

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

2.1 Klassifikationsgruppe fem (laveste funktionsniveau)

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

En person med en psykotisk personlighedsorganisation (Kernberg, 1986, 2005) er ikke nødvendigvis manifest psykotisk. En manifest psykotisk person falder udenfor CETT's regi, hvorimod en psykotisk organiseret person (funktionsniveau 5) kan behandles på CETT med henblik på opbygning af øget evne til selvregulering, for bl.a. at forsøge at forhindre manifesterede psykotiske udbrud. Personen er sandsynligvis ubearbejdet (U)/desorganiseret (D) eller afvisende (Ds1)/undgående (A) i forhold til tilknytning (Goodman, 2002) og anvender primitive forsvar som splitting, projektiv identifikation og benægtelsen (Gabbard, 2004, 2005) (se bilag 2).

De laveste funktionsniveauer er derudover karakteriseret ved PTSD-symptomer, symptomer og »røde« signaleffekter som frygt/rædsel, aggression, vagtsomhed, skam, emotionel smerte, anak-

litisk depression, primær depressiv reaktion (hjælpeløshed, manglende evne til autoregulering), håbløshed (manglende evne til interaktiv affektregulering, fortvivlelse m.v.), separationsangst, affektfobi, smertefobi, samt manglende kategorialemotioner og affektbevidsthed (Fosha, 2000) (se fig.3). På »Reading the Mind in the Eye« testen (Baron Cohen 2004) vil personen sandsynligvis score lavt (sandsynligvis under 9), og niveauet for emotionel bevidsthed sandsynligvis ligge omkring 0 og 1 (LEAS, Lane et al. , 1990). Den fremtidige forskning ved CETT vil kunne korrigere og kvalificere disse estimater for scoring for de fem klassifikationsgrupper.

Personen vil i mange tilfælde have et tvingende stort behov for psykofarmakologisk behandling (se bilag 3).

Den fagligt adækvate interventionstype vil være psykoedukationelle interventioner, psykoedukation, ADL-træning, adfærdstræning og ingen eller meget begrænset fokusering på overføring. Der tilbydes supportativ terapi med lav eller ingen traumbearbejdning, og formen på interventionen skal være adfærdstræning, råd, vejledning, ros, opmuntring, anerkendelse (Linehan, 1993, 2004; Rockland, 1989) (se bilag 4). Terapien organiseres som løbende kontakt med personen og hans/hendes familie, fortrinsvis i hjemmet med støtte, kontakt og træning. I nogle tilfælde vil der være behov for permanent kontakt for at undgå indlæggelse. Evt. deltagelse i psykoedukative grupper.

1. »CETT Vejle Amt. Strategi for tilpasning til efterspørgsel og afvikling af venteliste til behandling på CETT, Center for Traume og Torturoverlevende. Internt dokument«
2. »Anaklitisk«, vedrørende tilknytning til andre objekter, i modsætning til narcissistisk tilknytning. »Anaklitisk depression« ses f.eks. hos spædbørn efter en længerevarende afbrydelse af den tidlige tilknytning til moderen; udtrykket er opr. indført af den am. psykolog R.A. Spitz om modersavn.
3. Træning i almindelig daglig livsførelse.

De psykoedukative grupper kan indeholde programmer om PTSD-symptomer, smerte og smertetackling, sociale relationer, elementer fra undervisning i »mindfulness« færdigheder (f.eks. Segal et al., 2002), i symptom- og emotions-teori og i følelsesregulering – den dialektiske adfærdsterapi (DAT) (f.eks. Linehan, 1993, 2004; Rockland, 1989). Et meget anvendeligt mentaliseringsbaseret psykoedukationelt ti-sessioners program er udviklet gennem en årrække på Menninger-klinikken med henblik på alvorligt traumatiserede (Allen, 2004, 2005; Allen & Fonagy, 2006). Programmet omfatter bl.a. sessioner, hvor der fokuseres på: Hvad er traumer, invaderende symptomer, 90/10-reaktioner (se senere), kropslige reaktioner, mentaliseringsbegrebet, identitet, depression, surrogat coping, gentagelsestvang m.v., behandling af traume og håb. Forholdet mellem indre tilstande (overføringen) og den ydre realitet er stærkt forskudt hen imod overføringen, hvor terapeuten forholdsvis ukritisk accepterer klienten, klarificerer, opfordrer og opmuntrer (se fig. 7 i Sørensen, 2006). Forholdet mellem supportative og eksplorative interventioner er tilsvarende forskudt: 90/10 (f.eks. Rockland, 1989) (se bilag 1).

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

Behandlingsteamet er ansvarlig for at kunne beskrive relationsformerne til klienten (og hvor det er muligt mellem forældre og børn) og intervenere i forhold hertil. Teamet skal forsøge at inddrage familie, netværk, lokalsamfund og det øvrige behandlingssystem så meget som muligt. Teamet skal hvor det er relevant, undervise i og overbevise om det nødvendige i evt. at indtage psykofarmaka for at bedre tilstanden.

2.2 Klassifikationsgruppe fire (lavt funktionsniveau)

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

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

Personen vil have symptomer på PTSD, symptomer og »røde« signaleffekter: frygt/rædsel, aggression, vagtsomhed, skam, emotionel smerte, anaklitisk depression, primær depressiv reaktion (hjælpeløshed, manglende evne til autoregulering), håbløshed (manglende evne til interaktiv affektregulering, fortvivlelse m.v.), separationsangst, affektfobi, smertefobi samt manglende kategoriale motioner og affektbevidsthed (bilag 3). På »Reading the Mind in the Eye« testen vil personen sandsynligvis score forholdsvis lavt (sandsynligvis mellem 9 og 18 (Malins et al., 2003)), og niveauet for emotionel bevidsthed, som det måles med LEAS, vil sandsynligvis ligge omkring 1-2.

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

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

Interventionsformen bør være: Adfærdstræning, adfærdseksposering, vejledning, opmuntring, anerkendelse, empatisk validering, opmuntring til at elaborere, klarificering, kortlægning, begrænset konfrontation samt mentalisering. Forholdet mellem indre tilstande (overføring) og den ydre realitet er meget forskudt hen imod overføringen. Forholdet mellem supportative og eksplorative interventioner er tilsvarende forskudt: 65/35 (Rockland, 1989) (se bilag 1).

Terapien kan organiseres som individuel terapi og gruppeterapi, i hjemmet og på CETT. Evt. adfærdstræning i grupper eller individuelt. Det skønnes ud fra de hidtidige tal, at ca. 60 % af de henviste klienter tilhører denne gruppe. Teamet er ansvarlig for at beskrive relationerne til klienten og de konkrete interventionsformer – individuelt og i gruppe. Teamet kan inddrage familie og netværk samt evt. påse, at klienten følger en evt. farmakologisk behandling.

2.3 Klassifikationsgruppe tre (mellemste funktionsniveau)

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

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

En person i gruppe tre vil udvise PTSD-symptomer, symptomer og en blanding af »røde« og »grønne« signalaffekter, ligesom der vil være (ofte dysregulerede) kategoriale motioner til stede (Fosha, 2000) (bilag 3). Den reflekse funktion og mentaliseringsevnen er middel. På »Reading the Mind in the Eye« testen vil personen sandsynligvis score omkring 17-21 (Fonagy & Stein, 2001), og niveauet for emotionel bevidsthed (LEAS) vil sandsynligvis ligge omkring 2-3.

Adækvate interventionstyper er: Skemafokuseret terapi (SFT) (Young et al., 2003) og overføringsfokuseret terapi (TFT) (Kernberg, 1986; Clarkin et al. 1999; Koenigsberg et al., 2002) Gennemgang af traumat, eksponering, responsprævention og interaktiv regulering af klientens dysregulerede affekter (den samlede overføring) via terapeutens autoregulering (Allen, 2004; Yeomans et al. 2002; Fosha, 2000; Schore, 2003 a og b, 2006). Adækvate interventionsformer er: Mentalisering, klarificering, konfrontation, observation, overføringsfortolkning og eksponering (bilag 4).

Terapien vil være individuel terapi og i visse tilfælde terapi i gruppe med en eller to terapeuter i regi af CETT. Forholdet mellem indre tilstande (overføringen) og den ydre realitet er forskudt hen imod realiteterne. Forholdet mellem supportative og eksplorative interventioner er tilsvarende fordelt: 35/65 (Rockland, 1989; Yeomans et al., 2002) (se bilag 1).

Det skønnes ud fra de hidtidige tal fra visitationen, at ca. 10 % af klienterne tilhører denne gruppe. Langt hovedparten i denne gruppe behandles individuelt (jf. oversigten).

2.4 Klassifikationsgruppe to (højt funktionsniveau)

På et højt niveau i klassifikationen finder vi i gruppe to personer med et relativt højt funktionsniveau - personer, der oftere har været forholdsvis velfungerende før de(t) påførte krigs- og torturtraume(r). Hvad angår følelsesmæssig regulering, vil personer i gruppe to således oftere have et forholdsvis mindre behov for at blive reguleret af andre og større evne til at regulere sig selv, og personlighedsorganisationen i gruppe to vil være neurotisk. Personens empatiniveau vil være forholdsvis højt, hvorfor han/hun vil være i stand til selvregulering og til både at være ens med og forskellig fra den anden person. Tilknytning vil sandsynligvis være sikker (F1, F5, -B hos børn).

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

Personen karakteriseres af PTSD-symptomer, symptomer og få »røde« signalaffekter, flere »grønne« signalaffekter og af tilstedeværelsen af flere regulerede/dysregulerede kategoriale-motioner og affektbevidsthed (se bilag 3). Den reflektive funktion og mentaliseringsevnen er højere end på de foregående niveauer. På »Reading the Mind in the Eye« testen vil personen sandsynligvis score omkring 20-26 (kvinder omkring 26, og mænd omkring 22 (Baron-Cohen, 2004)). LEAS scoren vil sandsynligvis ligge omkring 2-4.

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

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

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

2.5 Klassifikationsgruppe et (højeste funktionsniveau)

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

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

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

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

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

Terapien er individuel terapi. Det skønnes, at under 5 % af klienterne tilhører denne gruppe.

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