



AUTONOMI
KOMPETENCER
TILHØRSFORHOLD

-et misbrugsperspektiv



SOFIE EGMONT-PETERSEN

Studie nr.: 201400629 | Master i Positiv Psykologi | Vejleder: Nina Tange
Masterprojekt | År 2016 | Århus Universitet | Afleveret den 24.5.2016

Abstract:

This master's project investigates how the therapist is able to facilitate behavioural change that leads to increased well-being and resilience in the context of clients at KKUC. Supporting traumatised drug addicts towards such a change in behaviour is essential from both a human, societal, and an economic perspective. In order to connect traditional psychology and contemporary neuroscientific research, this paper applies neuroaffective developmental psychology (NAP) and combines it with knowledge from the motivational self-determination theory (SDT). The SDT sub-theory on basic psychological needs (BPNT) is used in particular and focuses on the satisfaction of three needs (autonomy, competencies, and relatedness) as a prerequisite for achieving well-being and resilience. The paper is based on a qualitative, single case study method. Its main argument is that SDT, as an empirically validated theory, can be partially used to guide the support of the three psychological needs and define the framework of interventions with this purpose. However, it lacks appropriate intervention techniques that take into account the particular weaknesses of KKUC's client group. The paper concludes that the therapist at KKUC can support the client's needs through the use of NAP's techniques in a way that enables the client to regulate her mind on the autonomous, limbic, and mental levels.

INDHOLDSFORTEGNELSE

1. INDLEDNING	4
PROBLEMFORMULERING.....	5
OPGAVENS FORMÅL.....	6
OPGAVENS OPBYGNING	6
BELYSNING AF GENSTANDSFELT	8
BESKRIVELSE AF PRAKSISFELTET OG VALG AF DETTE	10
BESKRIVELSE AF MÅLGRUPPEN	11
2. METODE OG VIDENSKABSTEORETISK STÅSTED	12
KVALITATIVT CASE-STUDIE SOM FORSKNINGSMETODE	12
UDVÆLGELSESTRATEGI AF KLIENT	13
PRÆSENTATION AF CASE	13
DATAINDSAMLING/KVALITATIV INTERVIEWS.....	14
(1) INTERVENTIONS-INTERVIEW	14
(2) MÅLINGS-INTERVIEW	15
SEMISTRUKTURERET INTERVIEW	15
TRANSSKRIBERING	16
VIDENSKABSTEORETISK STÅSTED	16
ETISKE OVERVEJELSER I FORHOLD TIL DATAINDSAMLINGEN OG METODE	17
DISKUSSION AF METODE - STYRKER OG SVAGHEDER.....	19
3. DET VIDENSKABELIGE BELÆG FOR INTERVENTIONEN	22
3.1 SDT.....	23
AUTONOMI, KOMPETENCER OG TILHØRSFORHOLD (BPNT)	25
AUTONOMI.....	26
AUTONOMI OG MAGT	26
AUTONOMI OG AFHÆNGIGHED	27
AUTONOMI OG TRAUMERELATERET GENTAGELSESTVANG	29
KOMPETENCER.....	29
TILHØRSFORHOLD	29
NEED THWARTED.....	30
NEED SUBSTITUTE.....	31
OPSUMMERING	32
3.2 NEUROAFFEKTIV PSYKOTERAPI	32
TILKNYTNING (BOWLBY)	33
NEUROAFFEKTIVE UDVIKLINGSPSYKOLOGIS NIVEAUER.....	34

ZONE FOR NÆRMESTE UDVIKLING (VIGOTSKI).....	36
REGULERING OG ORGANISERING	37
OPSUMMERING	37
3.3 CARL ROGERS	37
4. INTERVENTION	39
DESIGN	39
INDHOLDET VED INTERVENTION VED NEUROAFFEKTIVE PSYKOTERAPI (DEN GENERELLE).....	40
-AUTONOME NIVEAU	41
-LIMBISKE NIVEAU	41
-DET MENTALE NIVEAU.....	41
UDDRAG AF DEN KONKRETE INTERVENTION.....	42
5. ANALYSE AF FUND	45
1. AUTONOMIPARADOKSET	45
2. BEHOVET FOR AUTONOMI.....	49
3. BEHOVET FOR KOMPETENCER.....	52
4. BEHOVET FOR TILHØRSFORHOLD	55
6. TEORI-DISKUSSION	59
7. KONKLUSION.....	61
8. PERSPEKTIVERING.....	63
9. LITTERATURLISTE	64
BILAG 1.	67
BILAG 2:	68

1. Indledning

At kunne træffe et frit valg, der er i overensstemmelse med egne værdier, er ifølge Self Determination Theory (SDT) et behov for at have autonomi og centralt i forhold til at opnå trivsel, resiliens og fastholdelse af motivation (Ryan & Deci, 2006). Er autonomi noget, som vi alle har, og hvad betyder det, hvis vi ikke har det? Jeg ønsker i denne opgave at sætte fokus på begrebet autonomi i behandlingen af misbrugere. Behovet for autonomi kan dog ikke stå alene, men følges af to yderligere behov, nemlig behovet for kompetence og tilhørsforhold (Ryan & Deci, 2006). Ryan & Deci sætter med deres metateori om motivation, SDT, fokus på netop dette og vil i denne opgave inddrages som et centralt omdrejningspunkt.

De menneskelige omkostninger ved at være i et stof- eller alkoholmisbrug (fremover benævnt misbrug) er store og komplekse og vedrører områder som bl.a. kriminalitet, job, økonomi, familieforhold, sociale forhold og helbred. Omkostningerne er ikke kun relateret til den enkelte person, men også til dennes familie. Ydermere viser seneste analyse fra Dansk Sundheds Institut, DSI, at omkostningerne på sundhedsområdet for kommunerne er mere end 3 milliarder kroner årligt. Lægger man hertil de relaterede udgifter på socialområdet, er omkostningerne ca. 7 milliarder kroner årligt (Sundhedsstyrelsen, 2012). Indsats over for mennesker med et misbrug er derfor relevant set fra flere perspektiver.

I Danmark varetager kommunerne misbrugsbehandlingen, og socialstyrelsen har udarbejdet nogle nationale retningslinjer til indholdet af denne misbrugsbehandling. Kommunerne samarbejder med en række forskellige behandlingssteder hvor borgerne, efter en udredning af behov, visiteres til.

Kirkens Korshærs Udviklings- og Behandlingscenter (KKUC), som er praksisfeltet i denne opgave, er en af de samarbejdspartnere som Københavns Kommune benytter. I KKUC arbejder terapeuterne med en helhedsorienteret indsats, hvor både afhængigheden og de bagvedliggende årsager til afhængigheden bliver behandlet (kkuc.dk). I KKUC arbejdes der ligeledes ud fra et humanistisk menneskesyn, hvor troen på, at alle har et iboende vækstpotentiale, trods destruktiv adfærd, er central. Der er samtidig en behandlingsmæssig tradition i KKUC, hvor der arbejdes ud fra en målsætning om at bearbejde traumer, der hæmmer personens livkvalitet og trivsel, herunder misbrug og anden selvdestruktiv adfærd (kkuc.dk).

I modulopgave tre undersøgte jeg, hvad SDT kunne tilbyde af værktøjer til behandling af klienter i KKUC. Jeg fandt, at særligt OIT kunne tilbyde en ny og udvidet tilgang til motivation ved forståelsen af, at der findes forskellige typer af motivation. Forskellen på typer af motivation er interessant, idet det adresserer bagvedliggende årsager og derved anviser retning til at arbejde med menneskers motivation. I dag er OIT blevet en integreret del af arbejdet med klienterne i KKUC. Yderligere fandt jeg, at støtte af klienternes tre grundlæggende behov; autonomi, kompetence og tilhørsforhold er afgørende for klienternes trivsel. De tre behov er ifølge SDT alle vigtige, og jeg ønsker i denne opgave at dykke dybere i forståelsen af de behov. Behovet for autonomi har ifølge SDT betydning for individets evne til at regulere sig selv og træffe valg mv. (Ryan & Deci, 2006), men at støtte et andet menneske i deres behov for autonomi synes at indeholde flere paradokser.

For det første vil der ved at støtte mennesker i deres behov for autonomi være indlejret et paradoks, idet der i sig selv vil være en påvirkning, og derved en udfordring til autonomien. For det andet er der en relevant opmærksomhed i forhold til at være autonomistøttende i den terapeutiske kontekst, fordi den relationelle asymmetriske kontekst, som er tilstede mellem terapeut og klienten, ikke kan siges fri for magt (Kvale, 2009). For det tredje er der i KKUCs behandling tale om misbrugere, som har en traumeproblematik (kkuc.dk) og der kan således stilles spørgsmål ved deres mulighed for at træffe et bevidst og godkendt valg, som ifølge SDT er indeholdende i behovet for autonomi (Vansteenkiste, Niemiec, & Soenens, 2010).

Med afsæt i ovennævnte undrer jeg mig over, hvordan terapeuten i KKUC kan forholde sig til begrebet autonomi, og hvorledes det er muligt at støtte en klient i dennes tre behov for autonomi, kompetence og tilhørsforhold. Støtte til de tre behov skal ses ud fra et misbrugs/traumeperspektiv, hvor klienten har særlige sårbarheder. Det fører mig frem til nedenstående problemformulering.

Problemformulering

**Hvorledes kan terapeuten støtte klienterne i KKUC til at øge deres
autonomi, kompetencer og tilhørsforhold?**

Opgavens formål

Det er mit formål med denne masterrapport at undersøge, hvordan behandlerne i KKUC kan støtte klienterne i deres motivation for stoffrihed, således at de kan opnå trivsel og resiliens. Jeg vil tage mit udgangspunkt i SDTs behovsteori, Basic Psychological Needs Theory, BPNT, og undersøge, hvordan og om det er muligt med afsæt i den neuroaffektive psykoterapi (NAP) at støtte klienterne i deres behov for autonomi, kompetencer og tilhørsforhold. Den neuroaffektive psykoterapi er den gennemgående behandlingsmetode i KKUCs traumebehandling (kkuc.dk). Ydermere er det mit formål at sætte fokus på behandlernes rolle og position, således at paradokser og magt tydeliggøres og derigennem bidrager til en øget gennemsigtighed af behandlingen i KKUC.

Af flere årsager findes det interessant at inddrage SDT i behandlingen af traumatiserede stofmisbrugere i KKUC. For det første fordi SDT præsenterer en teori om motivation og anviser en retning i forhold til mulige interventionsformer, som kan understøtte og fastholde klientens motivation til adfærdsændring (Ryan & Deci, 2006). For det andet er det relevant at inddrage teori, som er understøttet empirisk og forskningsmæssigt valideret, idet det er et konkret krav i forhold til kommunale behandlingstilbud til borgerne, at behandlingen tager sit afsæt i evidensbaseret teori og metoder. For det tredje findes det relevant at undersøge om kombinationen af neuroaffektiv psykologi og SDT kan bidrage med ny viden.

Årsagerne til, at der i denne masteropgave ønskes at tage afsæt i neuroaffektiv psykologi, er for det første at NAP er en integreret metode i KKUC og for det andet at målgruppen i KKUC er klienter, som både er traumatiserede og er i et misbrug, og derved vurderes at have særlige behov og sårbarheder, der nødvendigvis må tages højde for i behandlingen.

Opgavens opbygning

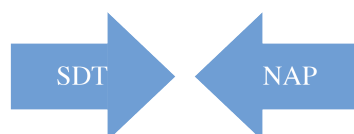
For at besvare min problemformulering har jeg valgt at opbygge opgaven i fire dele.

I del I introduceres indledningen og jeg vil undersøge genstandsfeltet, som i denne opgave er behandling af misbrugere. Jeg vil fokusere på at undersøge forskellige tilgange til behandling af misbrug, hvori støtte af behovet for autonomi, kompetence og tilhørsforhold indgår, og fremkomme med allerede eksisterende forskning på området. Derefter vil der i del II, i metodeafsnittet, tydeliggøres min fremgangsmåde, hvorpå jeg indhenter og bearbejder data, således at det står klart

hvilket videnskabssteoretisk snit, jeg ønsker at lægge i denne opgave. Jeg ligeledes forholde mig kritisk til metodevalget og se på styrkerne og svaghederne.

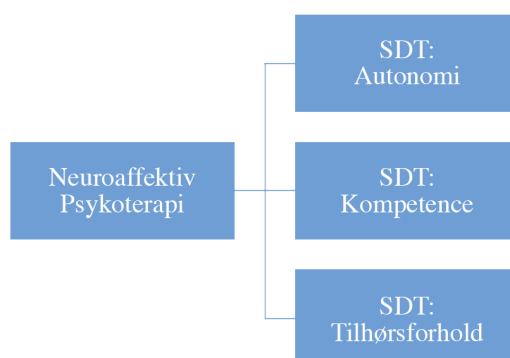
I del III vil jeg præsentere og redegøre for det videnskabelig belæg for opgaven. Først introduceres SDT generelt og derefter redegøres BPNT på et mere uddybende niveau.

I BPNT vil jeg fokusere på de tre behov, autonomi, kompetence og tilhørsforhold. Begrebet autonomi har jeg valgt at belyse fra flere vinkler, idet netop at støtte et individs behov for autonomi i den terapeutiske kontekst synes at indeholde flere paradokser. Derfor er denne mere nuancerede belysning relevant i forhold til forståelse af begrebet set i en større helhed, ligesom muligheder og begrænsninger vil problematiseres. Jeg vil derefter fremkomme med den anden teori, neuroaffektive psykoterapi (NAP), som allerede anvendes i behandlingen af traumatiserede klienter i KKUC. Jeg vil sammenstille de to teorier for at undersøge, hvor de er divergerende og supplerende i forhold til hinanden.



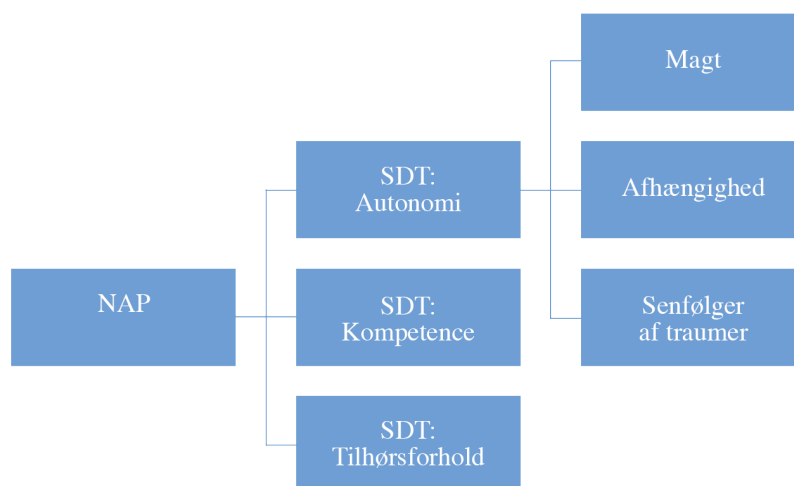
Figur 1 (egen illustration)

I del III vil jeg designe en intervention. Interventionen er et forløb af tre terapisesessioner, hvori der med afsæt i NAP intervenseres, således at de tre psykologiske behov- autonomi, kompetence og tilhørsforhold- støttes.



Figur 2 (egen illustration)

Efter interventionen er gennemført vil der i afsnit 5, 6 og 7 blive analyseret på fund, diskuteret teori, og sluttelig vil jeg fremkomme med en samlet konklusion af fund. Opgaven tegner sig som illustreret i nedenstående figur.



Figur 3 (egen illustration)

Belysning af genstandsfelt

Jeg vil i det følgende først belyse genstandsfeltet generelt, hvor jeg tager afsæt i lovgivningen og retningslinjer for misbrugsområdet i Danmark, og derefter fokuserer jeg på forskning indenfor området. Det er relevant at tydeliggøre, idet genstandsfeltet er et område med forskelligartede og komplekse problematikker og derved også efterspørger forskellige behandlingsmæssige tilgange.

Genstandsfeltet for denne opgave er behandling af misbrugere, som har en traume-problematik. Stofmisbrugsbehandlingen i Danmark udgør et bredt felt med mange forskelligartede metoder og teorier ligesom problematikkerne, som knytter sig til at være i misbrug, også er forskelligartede (Socialstyrelsen, 2016). Indsatserne skal således dække bredt. I Danmark er behandlingen af misbrugere udliciteret til kommunerne, som har pligt til at tilbyde behandling jf. Serviceloven §101 som også beskriver, at borgerne har ret til et behandlingstilbud indenfor 14 dage (kl., 2012). I vejledningen til serviceloven skrives:

”Hovedsigtet med den sociale misbrugsbehandlingen er ud fra brugernes egne ressourcer at forhindre yderligere funktionsnedsættelse og bibringe vedkommende en bedre social og personlig funktion med henblik på at højne livskvaliteten via en socialpædagogisk eller psykologisk funderet indsats” (KL, 2012, s. 35).

Socialstyrelsen har netop udarbejdet nye nationale retningslinjer for misbrugsbehandling i Danmark. Formålet med disse retningslinjer er at give kommunerne et fælles grundlag for kvalitetsudvikling og kvalitetssikring af misbrugsbehandlingen, så indsatsen i højere grad bygger på forskning og gode erfaringer fra praksis (Socialstyrelsen, 2016). Kommunerne visiterer og samarbejder med behandlingsinstitutioner, som følger disse retningslinjer. Centralt i de kriterier fremgår blandt andet krav om evidens i arbejdet med borgerne, som er i et misbrug (Socialstyrelsen, 2016).

Til visiteringen af borgerne er behandlingen opdelt i 5 trin, som gradueres efter intensitet i behandlingsbehovet fra døgnbehandling og til frivilligt besøg. KKUC, som er praksisfeltet i denne opgave, hører under niveau tre, som er ambulant behandling mellem 1-3 timer ugentligt. Endvidere er misbrugsbehandlingen i Danmark delt i døgn, sociale, psykologiske, psykiatriske og frivilligt behandling. Der anvendes indenfor hver enkelt kategori forskellige metodiske tilgange (DAT, Kognitiv, Narrativ, systemisk, AA mfl.).

I KKUC tilbydes ambulant behandling til borgere, som i KKUC kaldes klienter, og de visiteres af egen fri vilje, da de har et ønske om at arbejde med deres misbrug og bagvedliggende årsager til misbruget. Klienterne har ofte en traumeproblematik med sig og forskellige selvdestruktive handlemønstre, heriblandt misbrug (kkuc.dk).

Idet misbrugsområdet er præget af stor forskellighed er det vanskeligt at undersøge, hvad der virker – og hvad der virker bedst. Der forskes bredt og idet denne opgave sætter fokus på begreberne autonomi, kompetence og tilhørsforhold og terapeuternes mulighed for at understøtte disse behov hos klienterne, vil jeg i den forbindelse fremkomme med fund af eksisterende viden indenfor ”behandling af misbrugere”, der relaterer sig til dette.

Viden er undersøgt primært gennem litteratursøgning på udvalgte databaser og læsning af forskningsrapporter fra relevante websites. Databaserne AOL-search og Google Scholar har lagt grund til den brede litteratursøgning med fokus på søgeord som ”autonomi”, ”SDT and drugs abuse”, ”SDT and therapy” og ”SDT and traumaclients”. SDT tilbyder en hjemmeside, hvori al den nyeste

forskning indenfor området offentliggøres. I deres database er der fremkommet med artikler som præsenterer forskning indenfor misbrug, herunder tobak (Williams et al., (2011), metadon (Zeldman & Ryan, 2004), traumer (Lopez, 2012), SDT og alkohol (Ryan, Plant & O'Malley, 1995, Smith, L., 2011) De er brugt til inspiration og vil fungere som baggrundsviden. Alle peger på, at støtte af de tre grundlæggende psykologiske behov fremmer trivsel.

For at orientere mig mere specifikt har forskningsartikler om needs thwarted (Costa, Ntoumanis & Bartholomew, 2014) og implementering af terapeutiske interventioner (Ryan & Deci, 2008) været direkte inspiration, og disse vil også figurere med kildehenvisninger flere steder i opgaven.

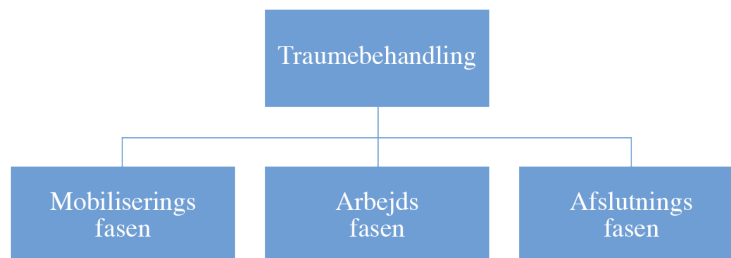
Den helt specifikke kombination af NAP og SDT i en traume- og misbrugsterapeutisk kontekst er der ikke fundet forskning på.

Beskrivelse af praksisfeltet og valg af dette

KKUC er en selvejende non-profit organisation under Kirkens Korshær. KKUC tilbyder ambulant terapeutisk behandling af voksne mennesker med stof- eller alkoholmisbrug, som ofte har haft en traumatisk barndom og ungdom (kkuc.dk). KKUC modtager fast 55 borgere visiteret fra de fire københavnske modtagerenheder og har tilsvarende 55 faste ambulante pladser til borgere fra omegnskommunerne. Der er således indskrevet 110 klienter i KKUC, behandlingen er længerevarende, og således er klienterne i gennemsnit indskrevet i 15 måneder. Klientgruppens problemområder er komplekse og forskelligartede, men der er tale om en klientgruppe, som kan nås terapeutisk, og som er motiveret for selvudvikling (kkuc.dk). Behandlingen i KKUC tager sit udgangspunkt i et humanistisk menneskesyn og anskuer misbrug som selvmedicinering og individets forsøg på at regulere indre ubalancer, samt overleve den følelsesmæssige smerte og magtesløshed barndommens traumatiske oplevelser medfører (kkuc.dk).

I KKUC er den behandlingsmæssige metode en kombination af det systemiske, hvor blandt andet ”positiv reformulering” af selvdestruktiv adfærd udspringer, og den neuroaffektive udviklingspsykologi (NAP). Kontakten med klienterne er baseret på tilknytningen og det relationære samspil (kkuc.dk). Der er således tale om eklektisme i den behandlingsmæssige tilgang i KKUC.

Faserne i behandling forløber som følge:



Figur 4 (egen illustration)

Arbejdet i faserne er fordelt således, at der i mobiliseringsfasen er fokus på stabilisering af fremmøde og misbrug, og i arbejdsfasen er der fokus på det terapeutiske arbejde med sen-følger pga. traumer, og i afslutningsfasen arbejdes der generelt med klientens funktionsniveau og strategier så klienten kan fungere i en hverdag uden misbrug (kkuc.dk).

Beskrivelse af målgruppen

Målgruppen er "mennesker med traumatiske overgreb og svigt i opvæksten, som senere belastes af selvdestruktiv adfærd som følge heraf, f.eks. alkohol- og stofmisbrug." Klienterne i KKUC kommer af egen fri vilje og vurderes til at kunne nås ved psykoterapeutisk indsats (kkuc.dk).

Hvad der definerer et traume, er:

"Den store forandring, der foregår i nervesystemet, når en hændelse går fra at være en udfordring til at blive en stressfyldt hændelse, der igen forvandles til et psykisk traume, hvor nervesystemet enten fastholdes i en årvågen tilstand med en parathed til enten at kæmpe eller flygte eller i en dissociativ tilstand af psykisk ustabilitet"(Hart, 2011, s 9).

2. Metode og videnskabsteoretisk ståsted

Jeg vil i det følgende beskrive, hvilken metode der anvendes gennem denne opgave, og hvilket videnskabsteoretisk ståsted opgaven tager sit afsæt i. Der vil knyttes overvejelser til valg af dette. I opgaven indgår et casestudie af en intervention som består af tre terapisessioner, og derefter foretages et kvalitativt interview som måling af interventionen. Der er således tale om to dataindsamlingsituationer. De benævnes som (1) interventionsinterview og (2) målingsinterview – begge er kvalitative.

Kvalitativt case-studie som forskningsmetode

I denne masteropgave søges der svar på en dybere viden af et fænomen, og et casestudie er således vurderet relevant at benytte af flere årsager. For det første er casestudiet velegnet til at undersøge et fænomen på det dybe og personlige plan (Kruuse, 2007). For det andet er et casestudie velegnet, når der ønskes svar på et fænomen, som er komplekst (Kruuse, 2007). For det tredje er et casestudie relevant til at søge svar på sammenhænge ved et fænomen (Kruuse, 2007). Der søges ikke at få svar på hvor mange, der er misbrugere i Danmark, eller hvor mange der får udbytte af behandlingen i KKUC – til den slags undersøgelse ville den kvantitative metode være brugbar.

Til denne opgave er der valgt at tage udgangspunkt i én klient – altså én single case. Årsagen til dette valg er, at det helt centrale i denne opgave er at undersøge, hvorledes terapeuten kan bidrage til at støtte klienterne i KKUC i behovet for autonomi, kompetence og tilhørsforhold ved hjælp af en sammentolkning af SDT og NAP. Det er derfor relevant i denne opgave at undersøge i dybden og på et personligt plan for at forstå særlige sammenhænge, hvilket én single case som metode er brugbar til. I diskussionsafsnittet af metode senere i opgaven uddybes styrker og ulemper ved valg af casestudie, men Kruuse fremsætter 7 punkter, som terapeutiske casestudies kan anvendes til. I forhold til denne opgave vil casestudiet have følgende formål: (1) fremme klinisk nytænkning, (2) så tvivl om eksisterende teoretiske antagelser, (3) et studie af en enkelt case kan bevirke, at der udvikles nye teknikker og (4) medvirke til videreudvikling af eksisterende teknikker (Kruuse, 2007).

Idet jeg er den eneste, som anvender SDT i behandlingen i KKUC og min klientstamme er på 15 klienter, var det fra de klienter, jeg skulle finde min case. Det førte mig til nedenstående udvælgelsesstrategi.

Udvælgelsesstrategi af klient

En case kan udvælges ud fra forskellige strategier (Flyvbjerg, 2010). I denne opgave er det relevant at vælge en fra målgruppen, en repræsentativ case, altså en *typisk case* (Kruuse, 2007). Formålet ved dette valg er, at jeg derved øger mit fundament for at kunne viderebringe ny viden og indsigter, således at den viden jf. Kruuse (2007) kan bruges i KKUC af andre terapeuter.

Følgende kriterier har indgået i valg af case:

- Misbrug stabiliseret i en grad, så det dybere traumearbejde kan foregå
- Traumeproblematikker fra opvækst, herunder svigt, vold eller overgreb
- Har fremsat ønske om at arbejde med de traumeproblematikker, som klienten har

Præsentation af case

Denne præsentation af casen er baseret på en for-samtale plus et kendskab af klienten gennem seks måneders terapeutisk forløb. Det er således min tolkning, der fremsættes i denne præsentation.

Klienten har været indskrevet i KKUC i seks måneder og er i "arbejdsfasen" i traumebehandlingen. Det betyder, at der er etableret en tilknytning, således at den terapeutisk alliance finder sted, og klienten er stabiliseret i sit misbrug. Det vurderes til, at klienten kan arbejde med sine traumeproblematikker.

Klienten er en kvinde på 48 år. Kvinden har tre børn med tre forskellige fædre. Hun er i dag sammen med en ny mand, som ikke er far til børnene. De har været kærester i ca. ni år. Klienten oplyser, at hendes tre børn alle har været anbragt frivilligt uden for hjemmet. Den yngste, der er 13 år, er stadig anbragt, men klienten oplyser, at hun har et ønske om, at datteren flytter hjem og bor. Klienten har egen bolig, men opholder sig hos kæresten.

Klienten oplyser, at hun er opvokset i en sammenbragt familie, hvor stedfaderen var voldelig. Klienten har været udsat for gentagende grov vold og overgreb. Klienten fraflytter barndomshjemmet som 15 årig og får det første barn, da hun er 18 år. Hun lever med en voldelig mand, som udsætter klienten for grov og livsfarlig vold igennem fire år. Klienten flygter fra ex-manden. Klienten fortæller, at hun har fortsat med at bo med mænd, som udøver vold mod klienten. I dag lever klienten i et parforhold, hvor der ikke har været vold de seneste ca. 4 år, men klienten oplever at, der er andre konsekvenser som straf. Det kan være psykisk straf i form af ikke at blive talt med eller at blive tiltalt med nedladende ord og trusler.

Klienten udviser symptomer på depression, angst og er diagnosticeret med ADHD. Klienten benytter ved indskrivningstidspunktet amfetamin og alkohol. Klienten er i medicinsk behandling og vurderes til at være velmedicineret.

Klienten fortæller, at hun søger terapi, idet hun har et ønske om at få bearbejdet sine traumeproblematikker, således at hun kan realisere sin drøm om at få sin datter hjem og øge sin trivsel generelt.

Klienten har været indskrevet i traume behandlingen¹ i seks måneder og er på dette tidspunkt stoffri, men indtager alkohol 1-2 gange om ugen.

Dataindsamling/kvalitativ interviews

Dataindsamlingen vil foregå af to omgange. Først vil interventionen finde sted, hvori data indsamles til analysen, og derefter vil et semi-struktureret interview anvendes til måling af interventionen. Begge vil anvendes i analysen.

(1) Interventions-interview

At benytte den terapeutiske samtale til forskning er helt særligt, idet behandlingen foregår på samme tid, som forskningen finder sted, og derved opstår en dobbeltrolle for terapeuten/forskeren (Kvale,

¹ Traumebehandlingen i KKUC består af 1 times ugentlig terapi, socialrådgiver støtte og psykiatrisk konsultation efter behov (kkuc.dk).

2009). I den terapeutiske samtale er det klientens formål, at slippe af med nogle problemer ved samtale og terapeutens hjælp, og i denne konstellation er det afgørende, at klienten er i terapi frivilligt², og accepterer terapeutens indgribende i klientens situation, hvorimod i forskningsinterviewet skal forskeren bruge interviewpersonens udtalelser til sine egne forskningsmæssige formål (Kvale 2009).

(2) Målings-interview

Til at måle effekten af interventionen har jeg været igennem flere overvejelser. Folkene bag SDT har udviklet flere kvantitative tests til måling af interventioner baseret på SDT's evidensbaserede tilgange. De test kunne umiddelbart være relevante at benytte, men ulemperne ved at benytte HCCQ testene er flere. For det første at de er på engelsk, og derved skal oversættes med risiko for at vigtig forståelse af data går tabt. Endvidere er evidensen netop knyttet til de engelske test, og dermed ikke overførbart ved en oversættelse til dansk. For det andet måler HCCQ den oplevede autonomistøtte ud fra SDTs anvisninger omkring behovsstøtte, og spørgsmålene i testen tager ikke højde for det specifikke mikro-niveau, som netop terapien med traumeklienter i KKUC arbejder med, og som jeg ønsker at måle. Jeg har derfor valgt at foretage et kvalitativt semistruktureret interview til at måle interventionen.

Semistruktureret interview

Et semi-struktureret interview er en måde at foretage dataindsamling på, hvor interviewer benytter sig af en interviewguide. Interviewguiden er en samling spørgsmål eller emner, som ønskes besvaret under interviewet (Kvale, 2009). Metoden giver mulighed for en styring af interviewet, samtidig med at klienten frit kan besvare spørgsmålene (Kvale, 2009). Det individuelle semistruktureret interview er fundet relevant, fordi klientens egen beskrivelse af terapiens udbytte har været væsentligt at sætte i fokus. For at opnå klientens selvstændige formuleringer af oplevelserne blev interviewet gennemført med afsæt i en interviewguide med åbne spørgsmål. Inspiration til denne

² Klienterne i KKUC søger behandling på frivilligt basis.

interviewguide er hentet ved en samtale hos fagfolk bag den neuroaffektive psykoterapi (Bentzen, M., personlig samtale, den 19 april 2016).

Transskribering

Interventionsinterview: De terapeutiske samtale blev optaget på video, og fordi jeg ønskede at anvende konkrete eksempler fra intervention til min analyse, var det relevant at foretage transskribering. De dele af terapisituationerne som er fundet relevante er transskriberet fra mundtlig til skriftlig form.

Målingsinterview: Interviewet blev lydoptaget. De dele af interviewet som jeg har ønsket at anvende, er blevet transskriberet.

Videnskabsteoretisk ståsted

I det følgende vil jeg beskrive det videnskabelige ståsted, som opgaven tager sit afsæt fra.

Når man arbejder med mennesker i en terapeutisk og behandlende kontekst, har det betydning at tage stilling til hvilket grundlæggende menneskesyn, der arbejdes efter. Det er relevant fordi, det hænger sammen med valgt af metode. I KKUC arbejdes der med afsæt i det humanistiske menneskesyn (kkuc.dk), hvor blandt andet troen på individet har en kerne og en iboende lyst og mulighed for at udvikle sig (Andersen & Christensen, 2013). Dette menneskesyn danner baggrundstæppe for min tilgang til forskningen.

Til at besvare min problemstilling er jeg interesseret i at undersøge, hvordan en klient oplever et fænomen ud fra sin livsverden. Konkret betyder det, at der søges svar på, hvordan klienten kan erfare, opleve en ændring i sig selv og i sin konkrete virkelighed. Idet jeg selv indgår som en aktiv del i denne forståelse og tolkning af data, vil denne opgave således anskues fra et hermeneutisk videnskabeligt ståsted (Kvale, 2009).

De data som fremkommer, forstås som førstepersons-perspektiv på en oplevet virkelighed og vil derved være en sekundær udlægning af den terapeutiske praksis i hverdagen (Kvale, 2009). Klientens erkendelse af denne oplevede virkelighed vil derefter indgå i en hermeneutisk fortolkende

proces, hvor klientens forståelse er uløseligt forbundet med den virkelighed, denne beskriver (Kvale, 2009).

I den videre bearbejdning af data indgår også min erkendelse, forståelse og fortolkning. Processen anskues således ud fra en hermeneutisk forståelsesramme, hvor en bevægelse mellem del-helhed-del-helhed finder sted, og som billedligt kan forstås som en spiral – den hermeneutiske spiral (Kvale, 2009). Men før selve tolkningen af data vil det i den hermeneutiske forståelsesramme ikke være muligt at sige sig fri for en forforståelse, og denne forforståelse er derfor relevant at inkorporere i den samlede tolkning af data. Da jeg har arbejdet med traumeklienter i behandlingen i KKUC i 11 år og har en indgående indsigt og viden om teori og praksisfeltet, har jeg valgt at arbejde ud fra bevidstheden om, at min forforståelse er en uundgåelig del af mig som forsker og derved forskningsprocessen. I mit tilfælde vil forforståelsen således komme i spil både under interventionen og i tolkningen af empiri og i analysen. En del af min forforståelse er, at klienterne kan få det bedre ved terapeutiske samtaler, at de har et vækstpotentiale der kan støttes, men også at de altid har gjort det de bedst kunne på et givent tidspunkt i deres liv, også selv om deres handlinger har været selvdestruktive. Dette ses blot som en måde at regulere en indre ubehag eller smerte på. Med denne forforståelse i spil møder jeg klienterne i deres behandling.

Ifølge Kvale & Brinkmann (2009) vil ny viden fremkomme ved, at informanten via deres erkendelse kan give mig ny viden og indsigt i deres livsverdener, som igen kan bidrage til en ny del til helheden og således sker samspillet mellem del og helhed i den hermeneutiske spiral, hvilket eksempelvis vil ses når klienten beskriver en adfærd eller situation, som jeg kan tolke og forstå på flere forskellige måder. Hvilken tolkning jeg lægger mig fast på, vil afhænge af min forforståelse, som igen udvikler sig kontinuerligt i takt med, jeg får et større indblik i klientens livsverden.

Etiske overvejelser i forhold til dataindsamlingen og metode

At lave forskning på den terapeutiske scene følges af en hel del etiske overvejelser. De etiske overvejelser knytter sig både til de generelle etiske forskningsvilkår, men også specifik til den terapeutiske metode.

At opretholde etikken i kvalitativ forskning handler i høj grad om forskerens forståelse og holdning til håndværket mere end at kunne fremsætte et etisk regelsæt (Kvale, 2009). Etikken følges også

både før, under og efter selve forskningen. At arbejde med etikken i ryggen er i særdeleshed noget, jeg som terapeutiske fagperson forholder mig til på daglig basis i mit arbejde i med klienterne i KKUC.

Til denne opgave har jeg endvidere en dobbeltrolle, hvor jeg på den ene side er klientens terapeut, hvori min position som behandler er, at varetage klientens behandling på den bedste faglige og etiske ansvarlig måde, og på den anden side varetage en forskerrolle med en faglighed, hvori der også indgår et ønske om at indhente ny viden. Det kan diskuteres, om dette er etiske forsvarligt og muligt, men det har været min vurdering, at det godt kan lade sig gøre, og at det lige præcist er vilkårene for at lave forskning i den terapeutiske kontekst.

For at forskningen er foregået etisk forsvarligt, er der lavet en vurdering i forhold til om klienten forstod, hvad forskningens mål var, og om klienten klart forstod egen rolle og vilkår. Ligeledes er det drøftet med ledelsen i KKUC og supervisor for at få en nuanceret vurdering. Begge har givet mundtligt samtykke til at forskningen kunne udføres under etiske og faglige ansvarlige normer. Klienten er blevet informeret om målet og dennes rolle i forskningen, og har underskrevet et informeret samtykke, hvori betingelser med mulighed for at trække sig fra forskningen, er skriftligt formuleret. Klientens navn er anonymiseret og der fremgår således ikke andre (eksempelvis personer klienten nævner i terapien) ved navn eller personnummer. Ved at spørge en sårbar klient må der endvidere tages højde for at netop problematikken omkring grænser ofte er en senfølge, som der arbejdes med i det terapeutiske arbejde. Klienterne i KKUC har ofte været udsat for grænseoverskridende episoder, og har som følge af det en problematik i forhold til selv at sætte grænser. Jeg gør mig derfor ekstra umage for at sikre mig, at beslutningen fra klienten er velovervejet, og at klienten forstår, hvad der gives samtykke til.

Jeg har gjort overvejelser, om der var andre måder, som var lige så gode at indhente relevant viden på. Jeg kunne eksempelvis interviewe andre terapeuter i KKUC om deres vurdering af en klients opfattelse af behovsstøtte, men idet det lige præcist er et fænomen i en klients livsverden, som jeg ønsker at undersøge, er det min vurdering at den valgte metode, er den bedste. På nuværende tidspunkt er der ikke andre terapeuter, der arbejder med afsæt i kombinationen af SDT og NAP, så det er ikke muligt at finde en, der kan interviewes. Det vil med stor sandsynlighed være muligt om det ca. et år.

Ligeledes knytter sig etiske overvejelser i forbindelse med bearbejdelse af data. Det har derfor været vigtigt ved gengivelse af citater i forbindelse med analysen, at være tro mod klientens udtalelser, således at citater ikke tages ud af en kontekst og bruges i en anden.

Jeg har valgt at optage terapisessionen på video, hvori der også knytter sig etiske overvejelser. Det er centralt at jeg opbevarer video båndet forsvarligt, således at fortroligheden og anonymiseringen kan overholdes. Endvidere kan der være en forandring i selvopfattelsen både hos klienten, men også hos undertegnet. Det kan eksempelvis være at der fra klientens side indtræder en selvbevidsthed i forhold til hvilke emner, der bringes op i terapien. Terapeuten kan også blive selvbevidst, idet der kan ligge et ønske om, at gøre det godt og rigtigt.

I terapisessionen arbejdes der under de etiske forsvarlige regler, som der på daglig basis opretholdes i KKUC, hvor behandlerne i KKUC som psykolog eller psykoterapeut er underlagt etiske principper for terapi, som lægger sig op ad den europæiske psykolog-sammenslutning EFPA, "Meta-code", der har til hensigt at dække alle situationer, som den professionelle psykolog kommer ud for.

Diskussion af metode - styrker og svagheder

I dette afsnit sættes fokus på styrker og svagheder ved metoden. Ligeledes ønskes reflekteret over min rolle som interventionsagent.

Flyvbjerg (2010) argumenterer for, at et casestudie er en videnskabelig metode, og han fremfører, at en af styrkerne ved et casestudie netop er muligheden for at få indblik i detaljer og forståelsen af sammenhænge og processer i forhold til at forstå et fænomen (Flyvbjerg, 2010). Videre argumenterer Flyvbjerg (2010) for, at et casestudie er et vigtigt bidrag til at bane vejen for videnskabelig nytænkning, og han fremsætter fem misforståelser om casestudies. Hans formål med at fremsætte de misforståelser er at forsøge at rette op på antagelser om, at man ikke kan generalisere på baggrund af casestudier, og at enkeltstående casestudier ikke bidrager til videnskabelig udvikling (Flyvbjerg, 2010).

I forhold til generaliserbarheden er der indenfor den videnskabelig verden bred uenighed om, hvorvidt et casestudie er generaliserbart eller ej (Kruuse, 2007).

"Ud fra et positivistisk synspunkt fremføres det, at casestudier er unikke, fordi de ikke kan gentages, hvilket er belastende, idet gentageligheden indgår som et af de krav, der stilles til enhver videnskabelig undersøgelse" (Kruuse, 2007 s. 98).

Flyvbjerg (2010) argumenterer som førnævnt netop imod dette positivistiske synspunkt. Dog er han enig i, at de universelle generaliseringer ikke kan foretages fra et single case-studie, men netop indenfor psykiatrien, psykologien og sociologien er der dog tradition for at anvende case-studies (Kruuse, 2007).

Styrkerne ved denne metode er relateret til, at det er muligt at studere fænomenet i sin kontekst. Det vil sige, at mens terapien finder sted, bliver forskningen også udført, og på den måde bliver situationen så virkelighedsnær som mulig. Det giver også læseren en mulighed for at få et indtryk af klienten og terapeutens arbejde, som det rent faktisk sker. Forskningen sker ligeledes i en virkelighed, som er den "almindelige", det vil sige i en kendt ramme. Det er samme terapilokale og samme terapeut, som klienten kender. Det vurderes netop til at være en fordel i forbindelse med forskning for denne målgruppe, idet der arbejdes med følsomme problematikker, og derved efterspørges en stor tryghed i relationen.

Begrænsninger i forhold til denne intervention er at finde implicit i metoden, idet terapeuten bliver en del af relationen, og således indgår i en dobbeltrolle som forsker/terapeut. Der kan således argumenteres for, at forskeren kan søge at påvirke terapien i en given retning, således at der kommer svar på det, der søges undersøgt i denne opgave. Denne påvirkning kan både være bevidst eller ubevidst fra terapeutens side.

Casestudie i terapi kan laves over en session, en intervention, eller et helt forløb. Ved denne intervention foregik forløbet over tre gange, idet processerne med denne klientgruppe er at finde på et micro niveau, og kræver mange gentagelser (Hart, 2012). Det kunne således have været interessant at følge et helt forløb i KKUC på ca. 12-16 måneder, hvor der foretages en kvalitativ måling ved indskrivningen og igen ved udskrivning. Det har desværre ikke været muligt til denne masteropgave af tidsmæssige grunde.

Ved anvendelse af den kvalitative metode som målinstrument, er der flere overvejelser der kommer i spil. For det første kan det have betydning, at det er forskeren, der fortager interviewet, hvor der således er mulighed for, at klienten har et ønske om at få terapien til at fremstå som god, og klientens

selv som en god klient. Endvidere har det betydning hvilke spørgsmål, der er valgt og hvilken tolkning der er fremhævet i analysen. Denne metode blev netop valgt for at give klienten en frihed til at beskrive fænomenet på et personligt plan med egne ord. Omvendt må det fremhæves, at det er særdeles vanskeligt at sætte ord på de micro processer, som arbejdes med i terapien, ligesom det tager tid før de forankres, og således kan registreres indeni klienten. Først når det er sket, kan der sættes ord på.

3. Det videnskabelige belæg for interventionen

I det følgende beskrives det teoretiske grundlag for interventionen. Der beskrives i første del Self Determinations Theory (SDT) og i anden del den Neuroaffektive Psykoterapi (NAP), som er den metode, der arbejdes ud fra i behandlingen af traumeklienter i KKUCs misbrugsbehandling. I tredje del fremsættes dele af Carl Rogers teori som senere anvendes i interventionen.

SDT vil først beskrives overordnet, hvorefter en specifik redegørelse af underteorien Basic Psychological Need Theory (BPNT), som der tages afsæt i til interventionen, vil fremkomme. BPNT er primært relevant af tre årsager. For det første viser forskningen (Ryan & Deci, 2008), at støtte af klientens -autonomi, kompetencer, tilhørsforhold- fremmer opnåelse af behandlingsresultater og fastholdelse af adfærdsændring kan opnås. For det andet er BPNT relevant som foreviser til at give interventionen en overordnet retning. For det tredje er behovsstøtte centralt i SDT's samlede forståelse for både trivsel og psykisk mistrivsel.

Den Neuroaffektive Psykoterapi er relevant, idet den tilbyder et fokus på micro regulering³ og processer i den traumeterapeutiske behandling. Den fokuserer på nervesystemet og hjernesystemet, og den Neuroaffektive Psykoterapi er allerede integreret i behandling i KKUC. Samspillet mellem de to teorier er relevant at undersøge, idet det er mit argument, at SDT kan tilbyde massiv forskning og en retningsanvisning til at arbejde med motivation, trivsel og resiliens, men at retningsanvisningen ikke er tilstrækkeligt til netop denne målgruppe, hvor klienterne er traumatiserede og har destruktiv adfærd. Til at arbejde med de processer som varetager de traumatiserede og destruktive adfærd vil NAP muligvis kunne supplere SDT.

Carl Rogers er relevant i forhold til, hvilke kompetencer terapeuten og konteksten må indeholde for at kunne facilitere en personlig udvikling hos klienterne. Rogers er netop en af initiativtagerne til den humanistiske psykologi og medstifter af foreningen Association of Humanistic Psychology (AHP) i 1962. Rogers argumenterede for, at menneskets inderste potentiale er fuldt ud positive. Mennesket har en medfødt tendens til at udvikle sunde kapaciteter, som han benævnte *aktualiseringer* (Rogers, 1995). Rogers udviklede sin teori over årene fra en ikke-dirigerende rådgivning til klient-centreret terapi og videre til oplevelsesorienterede psykoterapi. Fra den periode

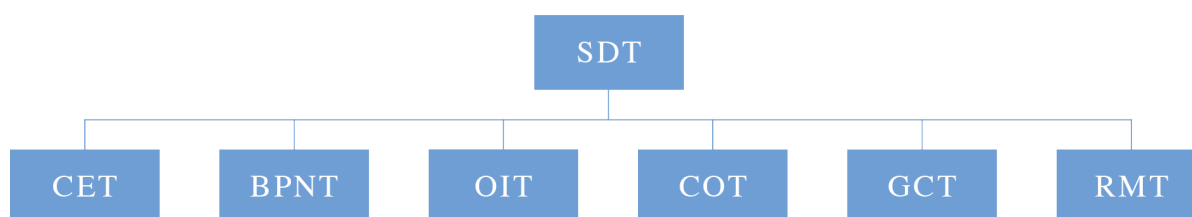
³ Microregulering beskriver de små samspilsprocesser, der foregår mellem mor/barn eller terapeut/klient

er han særlig kendt for at fremkomme med de nødvendige og tilstrækkelige betingelser for terapeutisk forandring (Sommerbeck, 2007).

3.1 SDT

Ryan & Deci er professorer ved University of Rochester i staten New York og har siden 1970erne arbejdet med forskning indenfor motivation. Først fokuserede de på forskellen mellem indre og ydre motivation, og løbende er der kommet flere teorier til. I dag præsenterer de en samlet empirisk funderet metateori under navnet Self Determination Theory (SDT) bestående af seks miniteorier (Vansteenkiste et al., 2010).

De seks miniteorier er Cognitive Evolution Theory (CET), Basic Psychology Need Theory (BPNT), Organismic Integration Theory (OIT), Causality Orientations Theory (COT), Goal Contents Theory (GCT) og Relationships Motivation Theory (RMT) (sdt.org). Alle underteorierne kan stå alene, men de kan med fordel overlappe og supplere hinanden.



Figur 5 (egen illustration, inspiration fra www.sdt.org)

Kognitiv Evaluerende Teori (CET) har fokus på sondringen mellem ydre (extrinsic) og indre (intrinsic) motivation. Forskellen mellem de to motivationsformer består i, at handlingen i indre motivation er målet i sig selv, mens handlingen i ydre motivation er kendetegnet ved, at den belønning eller straf, der kan opnås, er adskillelig fra aktiviteten selv.

Basic Psychological Needs Theory (BPNT) er en behovsteori, som tager afsæt i, at mennesker har tre grundlæggende psykologiske behov, som har brug for næring for at opnå trivsel og optimal funktion. De tre behov er autonomi, kompetence og tilhørsforhold. Næring af de tre behov sker i relation til det omgivende miljø, ligesom underminering af næring også sker i den sociale kontekst.

Organisme Integration Theory (OIT) bidrager til en nuanceret forståelse til begrebet motivation. Det fremsættes, at motivation ikke kun kan forstås ved et menneske kan være lidt eller meget motiveret for en given adfærd, men at der findes forskellige typer af motivation. De forskellige motivationstyper placeres på et kontinuum, som strækker sig fra at være indre motiveret til at være ydre motiveret og endda A-motiveret.

Causality Orientations Theory (COT) beskriver individuelle forskelle i menneskers måde at orientere sig hen imod miljøer og regulere deres adfærd på. COT beskriver tre typer kausale orienteringer: (1) autonomi orientering, hvor personer handler ud af interesse og værdsættelse af, hvad der sker; (2) kontrol orientering, hvor fokus er på belønninger, gevinster og godkendelse; og (3) den upersonlige eller amotivated orientering præget af angst vedrørende kompetence.

Goal Contents Theory (GCT) vokser ud af forskellene mellem indre og ydre mål og deres indvirkning på motivation og trivsel. Mål kan ses som forskellige, hvor ydre mål såsom økonomisk succes, udseende og berømmelse, der er blevet vigtige for mange står i kontrast til iboende mål, eksempelvis tætte relationer og personlig vækst som er indre mål. Indrestyret mål er sandsynligvis forbundet med større trivsel.

Relationships Motivation Theory (RMT) beskæftiger sig med relationer og nævner, at en vis mængde af sådanne interaktioner ikke kun er ønskeligt for de fleste mennesker, men i virkeligheden afgørende for deres tilpasning og trivsel, fordi relationer giver tilfredsstillende af behovet for slægtskab.

Ryan & Deci argumenterer for, at der er en sammenhæng mellem at være ”self-determined⁴” og øget trivsel, vedholdenhed og opnåelse af mål (Ryan & Deci, 2000). At være selvbestemt er i SDTs optik, når individet kan godkende sine handlinger med en reflektivt godkendt valg og fri vilje (Gagné & Deci, 2005).

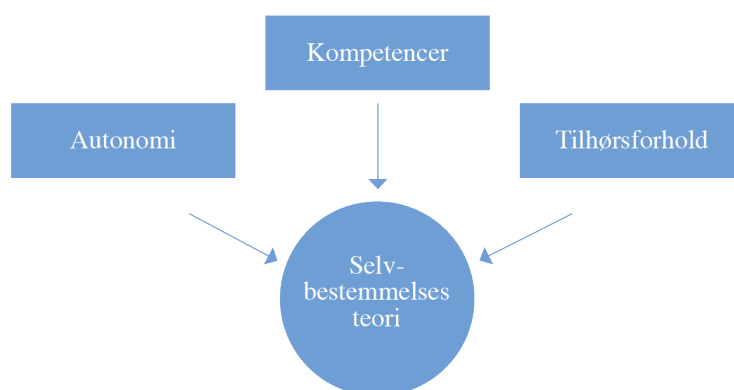
Forskningen i SDT tager sit udgangspunkt i en humanistisk psykologisk retning, hvor tanken om at mennesket har en medført kerne med et iboende behov for at udvikle sig, og at mennesker påvirkes af de omkringværende sociale relationer, er central (Sheldon, 2012). Netop denne dialektik, hvor menneskets eget behov for udvikling ikke kun fungerer automatisk, men at kvaliteten af den sociale kontekst har betydning, er en væsentlig pointe i SDT. Hvis menneskers liv skal udfolde sig og have

⁴ Self-determined oversættes i denne opgave til ”selvbestemt”.

optimal funktion, peges der således på tre psykologiske behov, som skal opfyldes ligeligt, nemlig behov for autonomi, kompetence og tilhørsforhold og undermineres⁵ de tre behov vil det kunne føre til mistrivsel (Ryan og Deci, 2006). Netop dette er omdrejningspunktet i denne opgave og vil uddybes under afsnit om BPNT.

Autonomi, kompetencer og tilhørsforhold (BPNT)

I behovsteorien, BPNT, er der fokus på tre grundlæggende psykologiske behov; autonomi, kompetence og tilhørsforhold. De tre behov er afgørende for individets psykologiske funktion og jo mere de tilfredsstilles, jo sundere og bedre fungerer individet (Ryan & Deci, 2000). Behov i SDTs optik forstås som grundlæggende psykologiske behov som essentiel næring for opblomstring (Ryan & Deci, 2008). Fokus i denne miniteori fra SDT er på, hvad der bidrager til at fremkalde og fastholde indre motivation og trivsel, mere end hvad der forårsager indre motivation og hvordan de tre psykologiske behov støttes i en social kontekst.



Figur 6 (BPNT - egen illustration)

Behovet for autonomi refererer til oplevelsen af at have vilje, psykologisk frihed og en oplevelse af at kunne træffe valg, som er i overensstemmelse med én selv (Vansteenkiste et al., 2010). Behovet for kompetence refererer til oplevelsen af at kunne mestre sine udfordringer. SDTs forståelse af dette begreb ligger sig op ad Banduras begreb for self-efficacy. Self-efficacy refererer til individets oplevede tro på egne evner til at klare en udfordring, og Bandura fremsætter fire kilder hvorpå self-efficacy kan øges og faciliteres; mestring ved erfaring, sociale rollemodeller, social overtalelse, og positiv oplevelse af fysisk og emotionel tilstand (Bandura, 1994). Den væsentlige forskel er, at SDT

⁵ Oversat fra engelsk "Thwarted"

forudser, at kompetence alene ikke er tilstrækkelig, men at den må være ledsaget af fri vilje og autonomi. Dette fremsætter Bandura ikke i sin teori om self-efficacy. Behovet for tilhørsforhold henviser til oplevelsen af gensidig omsorg for andre og en følelse af at høre til (Vansteenkiste et al., 2010).

Autonomi

Jeg vil i dette afsnit belyse tre vilkår, som hænger sammen med autonomiens vilkår i den terapeutiske kontekst i KKUC. De tre forhold er; (1) autonomi og magt, (2) autonomi og afhængighed og (3) autonomi og senfølge af traumatiske begivenheder. Det synes relevant af flere grunde. For det første indebærer begrebet autonomi at kunne handle i overensstemmelse med egen fri vilje og træffe valg, som ved refleksion og bevidsthed er godkendt af egne værdier." Følgende anvendes til forklaring af behovet autonomi: *"Autonomy means endorsing one's actions at the highest level of reflection"* (Gagné & Deci, 2005, s. 334).

Autonomi udvikles og støttes i den sociale kontekst og er altså ikke noget som opstår og blomstrer alene i individet (Ryan & Deci, 2000). I behandlingen i KKUC indgår klienten i en relation, og denne terapeutiske relation repræsenterer en social kontekst, hvori klientens behov for autonomi kan støttes. Det er således relevant at forholde sig til vilkårene fordi (1) terapeuten repræsenterer et påvirkningsfelt, hvori kvaliteten af støtte har betydning, bl.a. indgår terapeuten og klienten i en asymmetrisk relation, som ikke kan siges fri for et magtforhold; (2) fordi afhængigheden ændrer hjernens dynamik, og derved betydningen for at træffe "det frie og reflekteret valg"; og (3) idet klienterne i KKUC har været udsat for traumatiske begivenheder op gennem deres opvækst og i den forbindelse har udviklet forskellige forsvarsstrategier til at overleve i de miljøet og relationer og i de mønstre kan der indgå ubevidste gentagelsesmønstre, hvori autonomiens vilkår kan være udfordret; og sidst (4) klienternes behov for autonomi må antages at være blevet undermineret og forpurret op gennem deres traumatiske opvækst.

Autonomi og magt

I dette afsnit vil jeg fremsætte forhold vedrørende feltet mellem "autonomi og magt" i den terapeutiske konstellation.

I denne kontekst hvor klienterne er sårbare, behandlingen foregår i en asymmetrisk terapeutisk relation og hvor ydelserne for behandlingen betales af Københavns kommune, er det således interessant af flere årsager at kaste et blik på autonomiens vilkår.

Behovet for autonomi understøttes jf. Ryan og Deci (2008) i den sociale kontekst, hvilket i dette tilfælde vil være repræsenteret af terapeuten. I støtten af klientens autonomi eksisterer et påvirkningsfelt, og at gøre sig kvaliteten af det påvirkningsfelt bevidst, er centralt. Ifølge SDT (Ryan & Deci, 2008) kan behovsstøtten både udgøre et næringsperspektiv eller bidrage til underminering af behov (need-thwarted), hvor klienten vil kunne enten opnå trivsel eller mistrivsel. I denne relation mellem terapeut og klient indgår der et magtforhold, idet et grundvilkår i den terapeutiske kontekst er, at relationen er asymmetrisk, og således findes også en magtbalance mellem terapeut og klient (Kvale, 2009). Terapeutens rolle er defineret ved at være en fagperson, som besidder en særlig viden, som klienten implicit i relationen, ønsker at gøre brug af. Ved at være besiddelse af denne viden indlejres således en magtposition (Moesgård, 2011). Klienten besidder også en magt i forhold til, hvad der fremsættes i terapien, og hvad det ikke fremsættes i terapien, og om klienten ønsker forandring eller ikke (Moesgaard, 2011).

I KKUC kommer klienterne af egen fri vilje, men det vil alligevel ikke være muligt at frigøre relationen fra magten. KKUC er en offentlig institution, som modtager bevillingsydelser fra Københavns kommune, hvilket betyder, at det er København kommune, som betaler klientens behandling. Der skrives journalnotater og der ansøges om forlængelser af bevillinger til behandlingen, og således vil de ord og den faglige vurdering, som skrives, have stor betydning i forhold til bevillingerne.

Magt er altså et vilkår, der ikke kan undsiges i behandlingen i KKUC, men det kan gøres eksplicit og viden om magtbalancen kan fordre en ansvarlighed i forhold til at arbejde på et godt fagligt niveau, men nyeste viden indenfor området og med en eksplicitet og gennemsigtighed i behandlingen generelt (Moesgård, 2011).

Autonomi og afhængighed

Jeg vil i dette afsnit sætte fokus på afhængighed set fra et hjernemæssigt perspektiv. Det er relevant i forhold til at undersøge, hvordan afhængigheden hænger sammen med muligheden for at træffe et

frit og refleksivt valg, således at behovet for autonomi kan støttes. Til dette tager jeg afsæt i Anders Gades forståelse af afhængighed og hjernen (Gade, 2007).

For at forstå hvordan afhængighed fungerer er det nødvendigt at kigge på belønningssystemet, da de to hænger sammen. Belønningssystemet skal sikre artens overlevelse og er et område i hjernen (frontallapperne), som giver oplevelsen af lyst og føle sig tilpas. Der er tre systemer for belønning og indlæring, som er relevante nemlig (1) klassisk betinget, (2) Instrumentel betingning, (3) Associativ stimulus-responsindlæring (Gade, 2007).

Klassisk betinget

Naturlig belønning er bl.a. føde, blid berøring, sex og lign, som alle virker i kraft af medfødte mekanismer, som hænger sammen med artens overlevelse. De kaldes også primære forstærkere. De har den funktion at lede kontakten til den adfærd som kan gøre at målet for føde, artens reproduktion mv. nås. Forstærkerne er energiskabende og har en emotionel funktion, som får os til at føle os godt tilpas. De er overvejende ubevidste (Gade, 2007). Der findes primære forstærkere som relaterer sig direkte til stimuli, men der findes også sekundære forstærkere som relaterer sig til associationer til primære forstærkere. F.eks. duft af mad, raslen med bestik eller sekssymboler. Dvs. at en eks-kokain misbrugere kan få udløst en trang, hvis han ser en film med hvidt pulver, eller er på et diskotek hvor han tidligere har taget kokain. Altså kan det også betragtes som udsigten til en kendt belønning vil udløse en lyst følelse. Eksempelvis – vi skal i tivoli og børnene råber ”hurra”.

Instrumentel betingning

Denne kendes også som operant indlæring og relatere sig til organismens egne handlinger og opnåelse af belønning (Gade, 2007).

Associativ stimulus-responsindlæring

Denne form giver en instrumental adfærd, den automatiske karakter, som vi kender for ”vaner” (Gade, 2007).

Alle tre overstående indlæringsformer spiller en rolle i afhængighedens karakter.

Opsummerende kan det sammenfattes, at der i afhængighedens system er tale om tre spor som udløser trang (1) tanke om stoffet, (2) søgning efter stoffet, (3) indtagelse af stoffet.

Belønningssystemets udløsning af stoffet dopamin giver en følelse af behag, som er vældig stærkt, og således fungerer det at belønning, der er baseret på dopamin og vellyst, bliver til tvang og ritualer (Gade, 2007).

Autonomi og traumerelateret gentagelsestvang

I KKUC ses det, at klienterne udlever en destruktiv adfærd, hvori en gentagelse af kendte mønstre finder sted (kkuc.dk). I stedet for at erindre de traumatiske begivenheder, som har skabt traumet, kan en gentagelsesadfærd komme i spil. Det kan f.eks. være, at klienten gennem nuværende relationer gentager de samme problematikker igen og igen. Det er det fænomen, Freud beskriver som gentagelsestvang (netpsykolog.dk). Håbet i gentagelsen er et forsøg på at sætte sig selv i samme situation med mulighed for at hele traumet. Gentageltvangen er lagret i det ubevidste sind, og påvirker således muligheden for at kunne træffe et bevidst og reflekteret valg. I KKUC arbejder vi med fokus på den adfærd, som klienten gentager igen og igen med det formål at gøre denne adfærd bevidst (netpsykolog.dk).

Kompetencer

Kompetencer refererer til at kunne mestre sine udfordringer. Mennesket søger udvikling og har derigennem brug for kompetencer til at løse nye opgaver (Gagné & Deci, 2005). Begrebet ligger som nævnt op ad Banduras begreb Self-efficacy, som refererer til individets oplevede tro på egne evner. En væsentlig forskel er dog, at SDT forudsætter, at kompetencer alene ikke er tilstrækkelige, men at de må være ledsaget af fri vilje og autonomi (Vansteenkiste et al., 2010).

Tilhørsforhold

Individer, der indgår i en social kontekst med støtte og anerkendelse af personen, oplever en øget følelse af selvstændighed (Ryan & Deci, 2000). Undersøgelser viser desuden, at mennesker, som oplever en samhørighed med andre, er mere villige til at ændre adfærd, når de bliver mødt med respekt og anerkendelse, hvorimod kontrol og negativ feedback mindsker følelsen af indre motivation (Ryan & Deci, 2000).

Need Thwarted

I dette afsnit vil der fokuseres på, hvilken betydning det har for individet at være i omgivelser, hvori behovet for støtte af de tre psykologiske behov undermineres. Det er relevant til forståelse af denne masteropgaves målgruppe, idet den netop er opvokset i et miljø (kkuc.dk), hvor deres behov sandsynligvis ikke er blevet støttet.

SDT således fastholder, at opfyldelsen af behov sker i kontekst til det omkringværende miljø. Selvom mennesket har en naturlig tendens til at bevæge sig mod vækst, når det er under behovsstøttende omstændigheder, er mennesker også i risiko for at komme i en mere defensiv funktion, når de udsættes for miljøer, der modarbejder disse behov. Det er f.eks. kontrollerende, kritiske, afvisende relationer eller kontekster hvor individets grænser overskrides med tvang og manipulation. Når de tre psykologiske behov ikke opfyldes, benævner SDT, at et individs behov bliver ”thwarted”⁶ (Ryan & Deci, 2006).

SDT belyser både optimal behovstilfredsstillelse og ikke-optimal behovs-tilfredsstillelse og konsekvenserne af dette og derigennem bidrager med at bygge bro mellem det positive og styrke orienteret psykologiske rammer og psyko-patologiske rammer. SDT bliver således også en teori om psykopatologi, hvor netop afsavn af behovstilfredsstillelse regnes for at spille en afgørende rolle for dannelse af kliniske præsentationer (Ryan, Deci & Vansteenkiste, 2015; Vansteenkiste & Ryan, 2013).

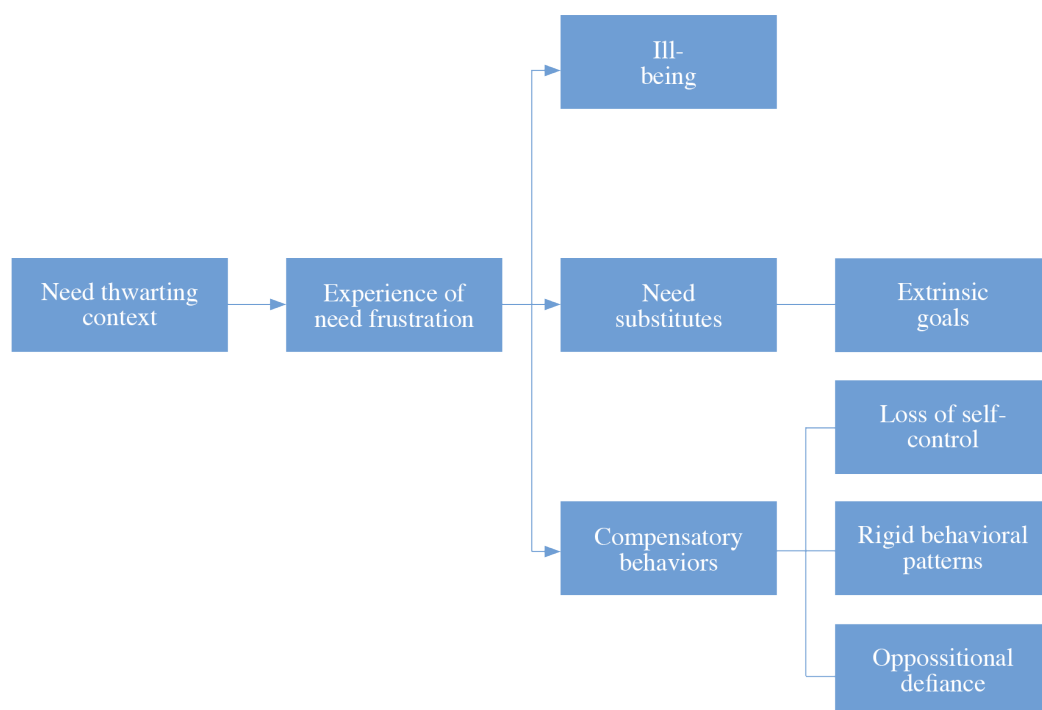
SDT anerkender individuelle forskelle i kapaciteten til at få sine behov opfyldt og fremsætter at forstyrrelser til at få behovene opfyldt kan placeres to steder: 1. i organismet og 2. i de sociale omgivelser. I organismet kan det eksempelvis være temperament, funktionsnedsættelse af hjernens funktioner, som kan udfordre muligheden for at få næring af behovene og i det sociale miljø peges i SDT på relationerne (Ryan et al. 2015).

⁶ Det har været vanskeligt at finde en præcis og dækkende dansk oversættelse og både undermineret, ikke opfyldt og forpurret har været i spil. Den tætteste oversættelse vil være forpurret, men jeg har valgt at benytte det engelske ord thwarted, idet der i forhold til en oversættelse af netop dette ord, vil kunne opstå forvekslinger i forståelsen på det detaljeniveau, som findes relevant i denne opgave.

Costa, Ntoumanis & Bartholomew (2014) har endvidere fundet, at der er en signifikant og væsentlig forskel på om et individs behov bliver ”thwarted” eller om individet oplever ”low needs satisfaction. Vurdering om behovet er ”thwarted” fremsætter Ryan og Deci (2006) er individets subjektive vurdering.

Need substitute

I nedenstående figur illustreres hvordan en udvikling kan forløbe, når et individs behov ikke bliver opfyldt i den sociale kontekst.



Figur 7 (Vansteenkiste & Ryan, 2013 – egen illustration)

Som illustreret ovenfor kan ”need thwarted” føre til individer udvikler sig i en dysfunktionel retning. Når klienterne indskrives i KKUC er de ofte et sted i deres liv, hvor de har erfaret behovsfrustration (experience of need frustration) og udviklet dysfunktioner i form af need substitute og kompenserende adfærd (compensatory behaviors) i forlængelse af en opvækst, hvor de har været i et miljø og en social kontekst, uden mulighed for at få deres behov mødt og støttet på en næringsgivende måde (kkuc.dk).

Opsummering

SDT fremsætter med deres behovsteori BPNT en forklaring på, hvad der sker, når et individs behov bliver støttet i den sociale kontekst, og når de bliver undermineret. Det bevidste og godkendte valg, som fordrer autonomien, synes at være udfordret i forhold til netop denne målgruppe og i den kontekst behandlingen foregår. Med denne viden vil det være interessant at forstå de terapeutiske interventioner, der fokuserer på micro-processerne, som viser sig, når terapeuten faciliterer støtte af klienternes tre psykologiske behov. Til dette formål vil det være relevant at tage afsæt i den Neuroaffektive Psykoterapi.

3.2 Neuroaffektiv psykoterapi

Den anden del af redegørelsen for det teoretiske grundlag er beskrivelsen af den neuroaffektive psykoterapi (NAP), som anvendes i praksisfeltet - KKUC. For en dybdegående udredning af teorien henvises til Susan Harts bog; Neuroaffektiv Psykoterapi med voksne, 2012.

I behandlingen i KKUC arbejdes der med klienterne med afsæt i den neuroaffektive psykologiske tilgang, som Susan Hart indfører. Hart er optaget af, hvordan tilknytningsteorier, som blandt flere er fremført af John Bowlby og Daniel Stern, kan indgå i dialog med den nyere hjerneforskning, og hvordan denne dialog kan være med til at perspektivere en psykisk udvikling. Neuroaffektiv udviklingspsykologi beskæftiger sig med samspillet mellem personlighedsudviklingen og tilknytningen på den ene side og nervesystemet på den anden. Ved denne dualisme tilbydes således et ståsted mellem psykoterapi og neurovidenskab. Udover at Hart tager sit afsæt i tidligere tilknytningsteorier, trækker hun også på Paul Mclean hjerneforskning og Allan Schores forståelse af affektregulering (Hart, 2012). Dog understreger hun, at den affektive neuropsykologi kun lige er begyndt, og vil blive udviklet mere i takt med forskningen fremkommer med nye fund. Hart omtaler integrationen af personlighedspsykologien og neurovidenskaben som en ny æra, der med stor sandsynlighed vil ændre den traditionelle forståelse af faglige opdeling som hjerne/sind og arv/miljø til fordel for nye samlede måder at anskue psykologiske sammenhænge på (Psykolog nyt, 2007). Denne integration indebærer på ingen måde en forkastelse af tidligere psykologiske teoridannelser, men skal ses som en ny måde at organisere og sammensætte forskellige teoridannelser (Hart, 2012).

Den neuroaffektive psykoterapi tager sit afsæt i en forståelse af, at personlighedsmønstre har deres basis i genetiske eller medfødte forudsætninger, herunder også temperamentsforudsætninger, men

at de udvikles gennem personlige erfaringer i relationerne, hvor især barndommen og de tidlige leveår har stor betydning (Hart, 2006). Både biologi og tilknyttede relationer mellem mennesker former nervesystemet og således personligheden og som Hart fremsætter (2006) er mennesket født med en plastisk hjerne, der er skabt til at indgå i samspil med det omkringværende miljø. Menneskets psykiske funktionsniveau afhænger således af kvaliteten af de interaktioner og transaktioner, individet har med det sociale miljø og de relationer former menneskets nervesystem og personlighed (Hart, 2006). Dette er i tråd med SDTs forståelse omkring dualismen mellem behovstilfredsstillelse og kvaliteten af den støtte, der tilbydes i det omgivende sociale miljø (Ryan & Deci, 2000).

Tilknytning (Bowlby)

Betydningen af tilknytning har i psykologien været kendt længe og blev i 1970'erne af spædbørnsforskerne Bowlby, Stern mfl. studeret på micro-niveau. Dette blev muligt, idet man fik adgang til videoudstyr og kunne videofilme interaktionen mellem forældre og barn. De fandt i korte træk, at mor-barn dyaden består af mange synkroniserede adfærdsmønstre, som udspiller sig med variationer og i et kreativt samspil, hvor barnet lærer at regulere emotioner gennem en interaktiv affektregulering. Affektiv afstemning formidler indre tilstande, og gør at barnet føler sig følt (Hart, 2006). Igennem disse interaktionsforløb udvikler barnet relationsstrategier eller relationsmønstre, som bliver en slags prototype for den måde, barnet indgår i fremtidige interaktioner med andre på, og således kan man tale om, at relationen strækker sig ud over den tidlige dyade (mor/barn), der udvikler sig i barndommen og kommer til at gælde for både jævnaldrende og andre omsorgspersoner (Hart, 2006).

Relationsforstyrrelser kan forekomme i situationer, hvor omsorgspersonens oplevelse og handling ikke er i overensstemmelse med barnets behov og tilstand (Hart, 2006). Da spædbarnets nervesystem ikke er udviklet til at håndtere negative tilstande, som har en intensitet og hyppighed, vil det således være i risiko for at udvikle psykiske udviklingsforstyrrelse. Et barn mangler (har ikke udviklet endnu) mestringsstrategier til at håndtere negative tilstande over tid og vil derfor ikke være i stand til at etablere selvregulering. Barnet må således i grader lukke for tilknytningskommunikationen og dissociere (Hart, 2006), hvilket betyder at barnet lukker af for at mærke sine følelser. Hart fremsætter: *"Dissociation fungerer som et psykisk forsvar mod integration af over vældende, ekstremt ubehagelige stimuli"* (Hart, 2011, s. 13). Uanset om barnet udsættes for høje

arousalniveauer, fx, ved overgreb, eller det udsættes for lave arousalniveauer, fx, ved deprivation eller omsorgssvigt, kan det have store konsekvenser for nervesystemets udvikling (Fonagy m. Fl., 2009). Netop denne tilstand ses blandt de klienter i KKUC, som er opvokset med tilknytningstraumer og senere hen har udviklet et misbrug i forsøg på at mestre en regulering. Denne tilstand kan sammenlignes med den SDT beskriver som "need thwarted" (Ryan & Deci, 2008) – altså hvor et behov ikke bliver opfyldt eller ligefremt forpurret.

Vigtigt er det, at tilknytningsrelationerne også kan fremme udviklingen af hjernens selvregulerende mekanismer. Indgår barnet, og senere den voksne, i et positivt samspil med andre, kan det styrke sine selvregulerende færdigheder, og det selvorganiserende potentiale udfolde sig således resiliens og trivsel kan opnås (Hart 2006).

Hart taler om macro og micro regulering, hvor macro reguleringer forstås som den rammesætning der er for, at micro reguleringen kan opstå. Micro reguleringen er det terapeuterne i KKUC arbejder med i forhold til klienterne. Til at forstå hvad der er i spil på micro niveauerne kan benyttes den neuroaffektive udviklingspsykologi, som samler personlighedsudviklingen under nedenstående tre niveauer.

Neuroaffektive udviklingspsykologiske niveauer

Neuroaffektiv udviklingspsykologi bevæger sig mellem tre forskellige niveauer, nemlig et neurobiologisk, et intrapsykisk og et interpersonelt niveau. Personlighedsudvikling foregår på tre hierarkisk forbundne niveauer i nervesystemet, nemlig arousal-regulering, affektafstemning og mentalisering (Hart, 2012).

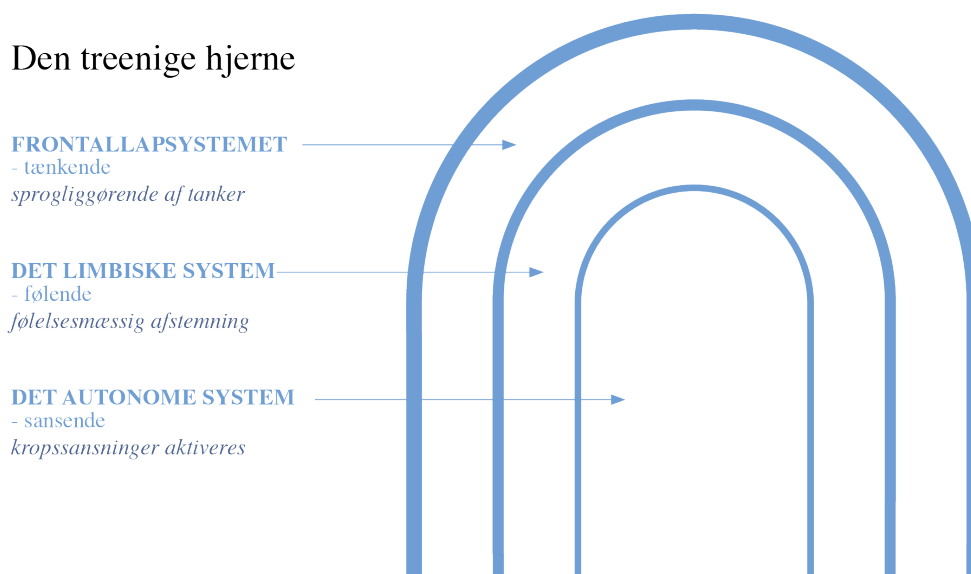
- Arousal regulering (berolige, opmuntre, udtryk for vågenhed, parathed).
- Affektafstemning (at sætte sig ind i den følelse der ligger til grund for den andens adfærd).
- Mentalisering (omtanke, evne til at se os selv udefra og andre indefra, prøve at forstå andre, hvorfor andre tænker og føler som de gør).

Ved at terapeuten gentagne gange interagerer med klienten på de tre niveauer muliggøres, at klienten kan gå fra at være ekstern reguleret til at blive og selvreguleret, og NAP fremsætter at udviklingen af evnen til selvregulering netop er et af psykoterapiens hovedmål (Hart, 2012).

Hart fremsætter videre, at forskningen i dag påviser, at tidligere livserfaringer har stor betydning for nervesystemets organisering, og at nye erfaringer kan modne hjernen og ændre den modne hjerne. Derved fremsættes et perspektiv for et forandringspotentiale. Netop i relationen mellem terapeut og klient er der mulighed for at skabe et neuralt udviklingsmiljø, og det er i denne relation, at klientens nervesystem støttes til udvikling (Hart, 2012).

Den treenige hjerne (Hart)

Hart formidler en forståelse af den treenige hjerne, som bygger på, at menneskets hjernestruktur er opdelt i tre lag. Denne struktur er hierarkisk, hvilket betyder, at højere funktioner kun kan arbejde på basis af lavere funktioner, mens lavere funktioner kan arbejde uafhængigt af højere funktioner (Hart, 2009). De tre strukturer er illustreret nedenfor i figur 8.



Figur 8 (egen illustration inspiration fra Hart, 2009, s 237)

Lag 1: Det autonome system.

Det er også kaldet krybdyrshjerne og arbejder instinktivt. Det er det mest primitive lag og omhandler det sansende lag og består af det autonome nervesystem, hvor nervesystemets arousal reguleres.

Lag 2: Det Limbiske system:

Det er også kaldet ældre pattedyrshjernen. Det er området for følelsesmæssige evner. Dette lag muliggør det sociale samspil og sociale emotioner.

Lag 3: Frontallap systemet.

Det er også kaldet den nye pattedyrshjerne. Her får tankerne om det, der sanses og føles, et sprog. Det gør mennesket i stand til at organisere, planlægge strategier og der bliver skabt mening i det man opfatter. Det bliver også muligt at affektregulere og udvikle et komplekst og nuanceret følelsesliv (Hart, 2006). Der er således tale om impuls kontrol med mulighed for at træffe ét valg frem for et andet.

Ved sammenhængen mellem de tre niveauer kan der tales om et modent nervesystem, hvor det at sanse, føle og tænke kan sammenkædes, og hvor individets indre og ydre virkelighed får sammenhæng.

Hart fremsætter:

Psykisk udviklingen drejer sig om at udvide nervesystemets arousalkapacitet, støtte limbisk afstemning og aktivere komplekse og abstrakte niveauer af højere neokortikal aktivitet, som til sidst betyder, at klienten kan reflektere over sig selv og have impuls kontrol. Terapien kan således forbinde de forskellige niveauer i den tredelte hjerne og samle krop, emotioner og bevidst opmærksomhed. (Hart, 2012, 74-75).

Zone for nærmeste udvikling (Vigotski)

Det psykoterapeutiske rum er, ifølge den neuroaffektive psykoterapi, beregnet til at støtte væksten af neuroner og integrere neurale netværk, hvilket foregår mest effektivt inden for den nærmeste zone for udvikling (Hart, 2012). Dette begreb, zonen for nærmeste udvikling (ZNU), er hentet fra Lev Vygotski som påpegede at de grundlæggende mekanismer for internalisering af psykiske funktioner opstår i interaktionen og denne internaliseringsproces finder sted inden for det, han kaldte zonen for nærmeste udvikling. ZNU definerede han som de funktioner, der endnu ikke har udviklet

sig, men er i udvikling (Vigotsky, 1978 citeret i Hart, 2012). Denne interaktion findes først i mor/barn relation og kan senere støttes i en klient/terapeut relation.

Regulering og organisering

Ifølge Hart (2006) begynder udviklingen i affektregulering i en tryk relation og opstår i en balance mellem omsorg og optimal stress. Bevægelsesprocessen omhandler omsorgspersonens og barnets gentagelse af aktivitet, som skaber et repertoire af nu-øjeblikke. Ud fra nu-øjeblikke opstår der møde-øjeblikke, som er emotionelt ladede og ”varme”. Disse møde-øjeblikke øger nervesystemets evne til at samregulere sig med andre (Hart, 2006). Udvikling af evnen til selvregulering er som nævnt et af psykoterapiens hovedmål og netop facilitering af en præcis intervention med affektregulering i relationen mellem klienten og terapeut er et middel til dette mål (Hart, 2012). Dette er i tråd med SDTs behov for autonomi, hvor Ryan & Deci (2006) netop fremhæver det centrale i behovet for autonomi og selvregulering. Selvom terapeutisk alliance ikke er en SDT konstruktion i sig selv, er det klart i overensstemmelse med SDTs begrebsramme (Ryan & Deci, 2008).

Opsummering

Med afsæt i nærmeste zone for personlig udvikling hos klienterne i KKUC, arbejdes der i behandlingen med afsæt i neuroaffektiv psykoterapi. I den neuroaffektive psykoterapi fremsættes, at hjernen interagerer med omgivelserne gennem samhørighedsoplevelser og netop denne interaktion kan modne de psykiske strukturer i personligheden. Modningen foregår på tre hierakiske og forbundne niveauer i nervesystemet; arousalregulering, affektafstemning og mentalisering (Hart, 2012) og når de tre niveauer er integreret og synkroniseret, vil klienterne med sandsynlighed kunne opnå større vil resiliens og trivsel.

3.3 Carl Rogers

Jeg vil i det følgende redegøre for relevansen af inddragelsen af Carl Rogers' terapeutiske kernebegreber, samt redegøre for de vigtigste pointer fra Rogers klientcentreret terapiform.

Årsagen til at inddragelsen af Carl Rogers klientcentreret terapeutiske metoder er fundet relevant, er for det første, at Rogers' tilgang udspringer fra den humanistiske retning, og således deler

menneskesyn med det i KKUC integrerede menneskesyn, og som også SDT og NAP tager deres afsæt i. For det andet peger SDT på, at netop for at forstå og respektere autonomiens vilkår er det helt centralt at klientens støttes og ikke programmeres (Ryan & Deci, 2008), som nogle metodiske retninger arbejder ud fra. For det tredje er det væsentligt at terapeuten har nogle faste retningslinjer at praktisere ud fra, idet det bidrager til en gennemsigtigheden.

Rogers er netop en af initiativtagerne til den humanistiske psykologi og medstifter af foreningen Association of Humanistic Psychology (AHP) i 1962. Rogers argumenterede for, at menneskets inderste potentiale er fuldt ud positivt og at mennesket har en medfødt tendens til at udvikle sunde kapaciteter, som han benævnte *aktualiseringer* (Rogers, 1995). Rogers udviklede sin teori over årene fra en *ikke-dirigerende rådgivning* til *klient-centreret terapi* og videre til sin *oplevelsesorienteret psykoterapi*. Fra den periode er han særlig kendt for at fremkomme med *de nødvendige og tilstrækkelige betingelser* for terapeutisk forandring. De kernebetingelser vil netop anvendes som metode til at være i kontakt med klienten. Det kan være vanskeligt at udføre Rogers' seks betingelser stringent, og det vil derfor i opgaven være en inspireret udgave af Rogers teori, som anvendes, således at der gøres plads til anvendelse af teknikker fra SDT og NAP. Jeg er således klar over, at der kan argumenteres for om det er muligt uden teorien mister sin kerne, men min vurdering er, at det godt kan forenes, så længe det er med en klar viden og bevidsthed i forhold til det.

I Rogers seks kerne-kompetencer er de to første givet, nemlig; at to mennesker er i psykisk kontakt og klienten befinder sig i en tilstand af inkongruens (Rogers, 1995). De følgende fire kerne-kompetencer sættes i spil ved, at terapeuten er kongruent og integreret i relationen, og at terapeuten oplever en ubetinget positiv accept overfor klienten. Endvidere må terapeuten møde klientens indre referenceramme med empatisk forståelse og stræber efter at kommunikere denne oplevelse til klienten (Rogers, 1995).

Når ovennævnte betingelser er tilstede i den terapeutiske interaktion, kan terapeuten blive klientens ledsager til en personlig udvikling. Rogers argumenterer, for at kerne betingelserne er virksomme overfor alle klient-typer og er ikke kun væsentlige i den terapeutiske kontekst, men i alle situationer hvori personlighedsudvikling fremkommer (Rogers, 1995). De kerne-kompetencer vil således viderebringes i design af interventionen.

4. Intervention

I denne masteropgave del IIII beskrives, hvorledes der med afsæt i det videnskabelige belæg er designet og gennemført en intervention. Afsnittet er bygget op som følger:

1. Design af intervention
2. Intervention med afsæt i NAP (generelle plan)
3. Et uddrag af intervention (konkrete case)

Design

Interventionen er designet på baggrund af udvalgte videnskabelige belæg og tager således sit afsæt i SDT, NAP og Rogers. Med afsæt i SDTs teoretiske anvisninger vil interventionen rette sig mod opgavens overordnede fokus, som er at støtte klientens tre psykologiske behov -autonomi, kompetence og tilhørsforhold-. De tre behov vil udgøre rammerne på det overordnede niveau, men da det er mit argument gennem denne opgave (side 22), at målgruppen har særlige behov, som rækker ud over SDTs anvisninger, vil der med afsæt i NAP interverneres med fokus på tilknytning, affektregulering og nervesystemet tre niveauer, autonome, limbiske og mentale.

I tråd med SDTs anvisninger (Ryan & Deci, 2008) om at gøre plads til klientens egen proces og ikke have et fast mål vælges der at tage afsæt i Rogers' kerne-kompetencer. Kerne-kompetencerne er retningsgivende i forhold til terapeutens måde at være i kontakt med klienten og faciliterer den terapeutiske proces. Rogers' kerne-kompetencerne harmonerer med SDTs anbefalinger i forhold til behovsstøtte, hvor bl.a. behovet for autonomi indebærer positiv feedback og accept, og NAP hvor tilknytning og relationen er central (Hart, 2012). På det overordnede niveau er både SDT og i særdeleshed NAP enige i Rogers' kerne-kompetencer, men på det specifikke niveau udspringer der alligevel forskelle. Rogers mener, at teknikker er unødvendige, med mindre de understøtter de seks kerne-kompetencer (Rogers, 1995), hvor Hart ser lidt anderledes på det og fremsætter ”.....at det er nødvendigt at have teorier, begreber og systematisk oparbejdet viden omkring terapeutisk intervention” (Hart, 2006, s. 287). Både SDT og NAP er således langt mere aktive i deres anbefalinger i forhold til interventioner, hvor Rogers' hovedpointe er, at klienten selv skal og kan finde sin vej til udvikling, hvis bare klienten valideres i en varm og empatisk kontakt (Rogers, 1995).

I denne rene form vil denne intervention ikke kunne leve op til Rogers' anvisninger, men som baggrundstæppe og inspiration har Rogers' kerne-kompetencer spillet en rolle.

Situationen omkring interventionerne:

Interventionen foregår over tre terapisesioner, hvor hver session varer ca. 60 minutter og sessionerne finder sted i et terapilokale i KKUC. Klienten filmes og denne film benyttes til analysen. Klienten har givet samtykke til dette (bilag 1). Klienten har været indskrevet i behandlingen i KKUC i ca. seks måneder og således modtaget behandling én gang ugentligt i de seks måneder, og befinder sig nu i arbejdsfasen (figur 4, s. 11). I arbejdsfasen er misbruget stabiliseret, og der arbejdes med traumeproblematikker (kkuc.dk). Hele klientens samlede behandlingsforløb i KKUC forventes at strække sig over ca. 18 måneder, hvorfor dette er et nedslag midt i et længerevarende behandlingsforløb.

Facilitering af støtte til autonomi, kompetence og tilhørsforhold sker først og fremmest ved, at der skabes et trygt miljø, som klienten kan identificere sig med (Ryan & Deci, 2008). Terapeuten må indtage den grundtanke, at alle mennesker har en kerne med et iboende behov for at udvikle sig, og at mennesker påvirkes af de omkringværende sociale relationer. I det trygge miljø skabes en terapeutisk kontakt, således at også den terapeutiske alliance kan etableres. Den terapeutiske alliance er central, idet den kommer til at minde om den tidligere mor/barn relation, hvor der i støtten bliver en mulighed for en sund tilknytning kan finde sted (Bowlby) og hvor klientens nervesystem kan støttes til udvikle mulighed for en sund regulering (Hart, 2012).

I en terapisesionen er interventionerne naturligt præget af en vekselvirkning mellem terapeuten intervention og klientens refleksioner, og det er således ikke muligt at forudsige det præcise forløb, men der vil i sessionerne interveneres med afsæt i den neuroaffektive psykoterapi og SDTs overordnede anvisninger til at facilitere de tre behov (Ryan & Deci, 2008) og tilpasse interventionerne til min klient. Det kan ske ved følgende intervention.

Indholdet ved intervention ved neuroaffektive psykoterapi (den generelle)

I dette afsnit uddybes, hvordan der interveneres med afsæt i NAP. En NAP baseret intervention foregår på tre niveauer, det autonome, limbiske og mentale, som beskrives nedenfor.

-Autonome niveau

Ved intervention på det autonome niveau vil terapeutens fokus rette sig på minimale kropslige forandringer i forskellige kropspositioner som åndedræt, hudfarve og kropsposition. I den terapeutiske proces støttes klienten til at lære sine rytmer af uro/beroligelse og ubehag/behag af kende. Terapeuten er opmærksom på sin egen indre sansning på kroppens bevægelser. Når denne rytme begynder at stabilisere sig, fungerer den for terapeuten som et redskab i forhold til at mærke passive eller overaktive tilstande i sin krop. Det bruges til at regulere eget nervesystem og støtte klienten i at regulere sit ved det resonansfelt, som er i spil mellem terapeut og klient (Hart, 2012).

-Limbiske niveau

Det næste niveau, der kan interveneres på, er det limbiske niveau. Terapeutens fokus på dette niveau er på udviklingen og forfinelsen af den sociale kontakt. I den limbiske kontakt indgår terapeuten og klienten også i et resonansfelt gennem ansigtsudtryk, blik kontakt, sproglige betoning, klang og kropsbevægelser og timing. Denne afstemning med omgivelserne øger nervesystemets resiliens og fleksibilitet i forhold til stresshåndtering (Hart, 2012). Psykoterapeutisk tillid og alliance skabes gennem limbisk afstemning. Den terapeutiske proces på dette niveau drejer sig om at opfange klientens selvregulerende kapacitet og afstemme sig med hans eller hendes nervesystem, så det kan beroliges og derefter aktiveres hensigtsmæssigt (Hart, 2009).

Den naturlige helbredelse finder normalt sted i små trin, og integrationen af neurale forbindelser styrkes således igennem et utal af indlæringsbølger. Interventioner på dette niveau er et langsomt arbejde, idet det limbiske system kræver megen gentagelse for at udvikle sig (Hart, 2012).

-Det mentale niveau

Det tredje lag er laget for den rationelle mentalisering. På dette niveau har terapeuten fokus på at bevidstgøre klienten om de forestillingsbilleder, ord og narrativer, som klienten har dannet i sit liv. På dette niveau skabes mening, og det giver mulighed for et komplekst og nuanceret følelsesliv. Det udvider bl.a. en følelse med det som tænkes om følelsen (Hart, 2009). Det præfrontale niveau er hjernens mest plastiske område, og dette område gør det muligt at udvælge én strategi frem for en anden, således at det bliver muligt at undertrykke eller styre følelser, eller handle anderledes, for at kunne håndtere en situation bedre. Det er i dette område behovsudsættelse finder sted (Hart, 2009).

Uddrag af den konkrete intervention

I det følgende fremsættes et eksempel fra den terapeutiske intervention. Det er til at give læseren en god fornemmelse for, hvordan terapien foregår. Følgende uddrag er fra midt i anden terapisession.

Klient: "Jeg var jo vant til at blive slået, så det var normalt for mig" og min mor gik, når min stedfar blev vred og så gik det ud over mig"

Terapeutens egen autonome afstemning: Trækker vejret dybt og roligt. Terapeuten sanser indre uro. Trækker vejret dybt igen og der falder ro på.

Terapeutens limbiske afstemning: Nikker med hovedet, hovedet er på skrå, blikket fastholdes med et varm og omsorgsfuldt blik, mens der nikkes.

Terapeuten: hmm, det gik ud over dig... kan du mærke noget, når du taler om det?

Klienten: "...næ, ikke rigtigt, det er jo lang tid siden".

Terapeutens mentalisering: "ummmm, ja (pause), det gik ud over dig....(gentager klientens narrativ) Du kunne ikke gå, du var jo et barn.... Det var ikke din skyld, du var barn og han var voksen..... (præsenterer et nyt narrativ for klienten, i den empatiske kontakt)

Klienten: Men de fire år jeg havde med C's far (C er datteren), var langt mere ødelæggende for mig...Jeg mødte ham som 15 årig..... Det var både psykisk og fysisk vold.....Når han først gik i gang med mig tog det flere timer..... Det var slemt, med guns og piske og alt muligt...Jeg turde ikke gå....han ville have slået mig ihjel.....

Terapeutens autonome niveau: Trækker vejret roligt, mærker uro, registrerer det som vrede og magtesløshed (mentalisering) trækker vejret roligt igen, mærker indre pres ved øjnene, registrerer det som medfølelse (mentalisering), trækker vejret roligt igen.....

Terapeutens limbiske niveau: Nikker med et alvorligt, men varmt blik, hovedet på skrå, lader roen være der..... ordløs.....men er i kontakt med klienten hele tiden.

Terapeutens mentaliserings niveau: Efter lidt tid, hmmm, de år med C's far var voldsomme, du var fanget og bange.....(gentager klientens narrativ, men sætter følelser på)....ummm....det var voldsomt... Hvordan overlevede du? Ved du det? (stiller nyt spørgsmål.... Med fokus på et narrativ med ressourcer).

Klienten: "Den dag han tog fat i C..... og det gik ud over C, så vidste jeg, at det skulle være slut.... Han gik amok....hun var kun 1 1/2 år og skreg, fordi han slog mig..... Han tog hende i hovedet og røv og kastede hende ind på værelse, voldsomt, og lukkede døren...hmmm....Jeg måtte ikke gå ind til hende, jeg vidste ikke om hun havde slået sig....død eller levende....men hun skreg jo, så hun levede.....(pause).... Og så gik han i gang med mig....det tog lang tid, flere timer....(pause).... jeg spillede komedie, sagde jeg tilgav ham..... og ventede til næste morgen, så flygtede jeg med C....."

Terapeutens autonome niveau: Trækker vejret roligt, mærker indre uro, registrerer at det er voldsomt, det klienten fortæller. Får en tanke at klienten er sej, stærk, trækker vejret igen roligere... registrerer klienten sidder roligt og fortæller, ingen uro.

Terapeutens limbiske niveau: Fastholder blikket, omsorgsfuldt, alvorligt, varmt blik, nikker, rummer klienten og klientens historie i ro..... (registrerer at klienten ikke er særligt påvirket) registrerer at klienten har dissocierede følelserne).

Terapeutens mentale niveau: Spejler narrativet, så du flygtede, hmmmm, (tilføjer nyt narrativ indeholdende ressourcer).... Du var ung og modig, meget modig, stærk....hmmm, du kan mærke og handle på dine grænser..... Ved du det?

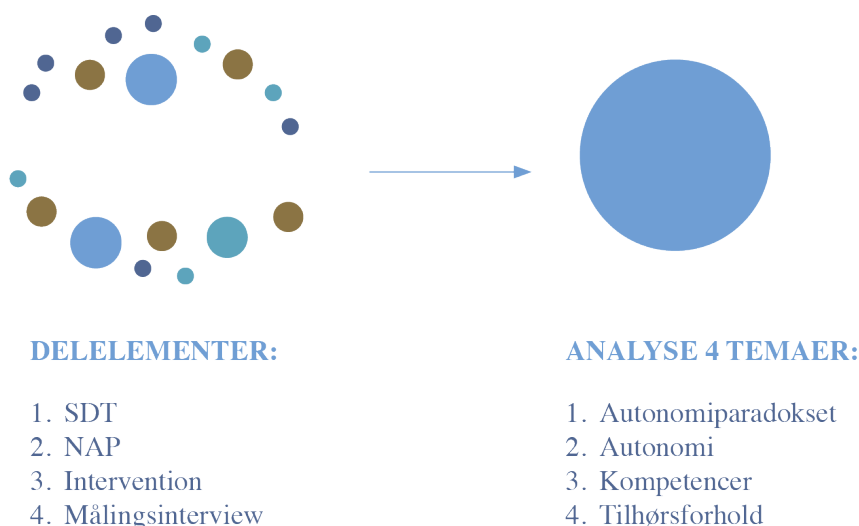
Klienten: ja, nogen gange, men det kan jeg kun, når det går ud over mine børn....ikke når det er mig selv.....

Terapeutens mentaliserings niveau: Nogen gange så gør vi, det vi kender, og ikke det vi gerne vil gøre.... Når du bliver i et forhold, hvor du er så bange, er så truet, er der flere ting på spil. Man kan kalde det gentagelsestvang eller gentagelsesmønstre.. dit nervesystem kender spillereglerne og føler sig på en måde hjemme, når det er bange.... For det var der en lille pige som var, hun var bange.... Når man gentager, så åbner man også en mulighed for at ændre adfærd..... Den lille pige dengang, hun kunne ikke gå..... hun måtte overleve i den familie hun var i,..... og man kan sige, at hver gang du sætter dig selv i samme situation igen, så sætter du den lille piges tryghed

på spil igen..... så når du gentager, har du altså muligheden for at gøre noget andet.... Passe på den lille pige og hjælpe hende til at være tryk og gå..... som du gjorde til sidst.

5. Analyse af fund

I analysen er strategien at bringe teorierne, som er redegjort for i del III, sammen med oplysninger fra interventionen fra del III, og med data fra det kvalitative målingsinterview, hvor klientens vurdering fremkommer, således at der efterfølgende kan konkluderes på fund. Analysen er bygget op omkring fire temaer, som indrammer problemformuleringen i denne Masteropgave. De fire temaer er, (1) fokus på paradokset omkring autonomiens vilkår og fokus på hvorledes klienterne kan støttes i deres behov for; (2) autonomi, (3) kompetence og (4) tilhørsforhold. Skriften i sort kursiv repræsenterer citater fra klientens interventions-interview, og skriften i kursiv blå repræsenterer klientens citater fra målingsinterviewet.



Figur 9 (egen illustration)

1. Autonomiparadokset

Pointen med dette tema er at belyse det paradoks, som jeg argumenterer findes indlejret i konstellationen ”at støtte klienterne i deres behov for autonomi” i relation til klienterne i KKUC. Der vil fokuseres på de tre forhold, som er nævnt i teoriafsnittet nemlig; autonomi og magt; autonomi og hjernen; og autonomi og sen-følger af traumer.

1. Autonomi og magt:

At støtte en klients behov for autonomi i den terapeutiske kontekst giver anledning til overvejelser i form af kvaliteten af denne støtte. Som fremsat i teoriafsnittet er denne kontekst kendetegnet ved en asymmetrisk relation, og det vil derfor ikke være muligt at frigøre relationen fra magten (Kvale, 2009, Moesgaard, 2011). Med afsæt i Foucault er det ikke kun forskellen i positionen, som afgør magtens udseende, men også fordeling af kulturelt accepteret viden (Moesgaard, 2011). Netop den faglige viden omkring det gode liv, trivsel og resiliens, som Ryan og Deci (2008) fremsætter, er eksempelvis en accepteret viden i KKUC og derfor vil have betydning for terapeutens interventioner. Flere andre årsager til påvirkninger eller manipulation fra terapeutens side kan være tilstede. Eksempelvis kan det forestilles, at terapeuten kan have et behov for at få et godt resultat, og derigennem føle sig som en bedre terapeut, eller det kan hænge sammen med muligheden for at opnå en længere behandlingsperiode for klienten i KKUCs regi. Kvaliteten af støtten til klientens behov for autonomi er derfor væsentlig at forholde sig til. Til at øge respekten for klientens autonomi vil særlig interventioner med afsæt i Rogers (1995) kernekompetencer være relevante, idet interventioner med afsæt i kernekompetencerne netop søger at fremme klientens egen potentialer.

If I can provide a certain type of relationship, the other person will discover within himself the capacity to use that relationship for growth, and change and personal development will occur” (Rogers, 1995 s. 33).

Således vil det være muligt at benytte Rogers rammer til at sikre et miljø, hvori klienten kan støttes i sit behov for autonomi.

2. Autonomi og afhængighed:

Afhængigheden viser sig også at udfordre autonomiens vilkår, idet hjernen reagerer på afhængighed og trang, som udløses af belønningssystemet. Det er relevant i forhold til autonomi, fordi den påvirker klientens mulighed for at træffe et bevidst valg (Gade, 2007) og derigennem at handle autonomt. På baggrund af min intervention kan jeg konkludere, at det er væsentligt at arbejde med bevidstgørelse af klientens adfærd, så de valg klienten træffer kan blive autonome. Det fremgår af casen for det første ved, at klienten udtaler:

"...når jeg drikker, er det for at få ro på min følelser, og når jeg tager kokain, er det fordi min kæreste, og hans venner gør det".

Klienten oplyser herved to ting. For det første er det en måde at regulere sine følelserne på. For det andet er det en måde at være social på - at have et tilhørsforhold på. Videre fortæller klienten:

"...det ikke er noget, jeg tænker over, det går så stærkt."

Således fremgår det, hvordan afhængighedens dynamik er på spil jævnfør hjernes dopamin udløsning bare ved tanken om stoffet og så går det stærkt. Det kan videre antages, at der kan være et ubevidst (ureflekteret) ønske hos klienten om at være en del af noget socialt. Klienten kan igennem at tage stoffer få et tilhørsforhold.

3. Autonomi og sen-følger af traumer:

Autonomiens vilkår ser også ud til at være udfordret i forhold til de traumeskader, som klienterne i KKUC kan have. Netop dissociering af følelser ved oplevelse af et traume kan medvirke til, at klienten sætter sig selv i en genkendelig situation igen og igen (Hart, 2012). Det kan lade sig gøre, fordi der ikke er adgang til dissocierede følelser, og klienten derved ikke mærker, hvad det egentlig gør ved hende. Fra casen ses det, ved at klienten oplyser:

".....jeg har altid fundet den samme type mænd. De er spændende, og det er, som om jeg kender dem."

Arbejdet i den terapeutiske proces vil således have til opgave at bevidstgøre de gentagelsesmønstre, som klienten lever med og sætter i spil i sit daglige liv. Bevidstgørelsen af gentagelsesmønstre kan blandt andet ske gennem NAP (Hart, 2012) baserede interventioner i terapien, hvor der specifikt arbejdes med traumerelaterede problematikker eller ved SDT anbefalinger, som bl.a. er at give klienten et perspektiv, hvilket jf. Ryan & Deci (2008) også støtter klientens autonomi.

Fra interventionens ses terapeutens mentaliseringsniveau, som støtter tydeliggørelse af gentagelsesmønstret:

"Nogen gange så gør vi, det vi kender, og ikke det vi gerne vil gøre.... Når du bliver i et forhold, hvor du er så bange, er så truet, er det fordi, der er flere ting på spil. Man kan kalde det gentagelsestvang eller gentagelsesmønstre.... dit nervesystem kender spillereglerne og føler sig på en måde hjemme, når det er bange.... For det var der en lille pige som var, hun var bange.... Når man gentager, så åbner man også en mulighed for at ændre adfærd....."

Del-konklusion:

Det kan konkluderes, at autonomiens vilkår i forhold til casen er udfordret. Den er udfordret fordi relationen indbefatter en magtbalance, og hvordan terapeuten forvalter denne, er essentielt. Denne magtbalance er et vilkår, der ikke kan undviges, men det kan gøres bevidst og eksplicit, således at en gennemsigthed frembringes. Endvidere ses det fra analysen udfordres klientens autonomi, idet misbruget påvirker hjernens belønningssystem i en sådan grad, at trangen til stoffet er så stærk og går hurtigere, end muligheden for refleksion. Det kan også konkluderes, at sen-følger af traumatiske begivenheder som gentagelsesmønstre foregår ubevidst og derved udfordre autonomien, idet autonomien fordrer et bevidst og reflekteret valg, som er godkendt af ens selv (Vansteenskiste, 2010).

Med den generelle opmærksomhed på autonomiens vilkår i ryggen vil der videre analyseres på terapeutens støtte af klientens tre grundlæggende behov; autonomi, kompetencer og tilhørsforhold.

2. Behovet for autonomi

I de næste tre afsnit analyseres SDT, NAP og empiri i forhold til behovet for autonomi, kompetence og tilhørsforhold. Først vil de analyseres i forhold til behovet for autonomi.

Kompleksiteten i forhold til, at autonomiens vilkår er belyst ovenfor, og pointen med at belyse dette tema er at undersøge argumentet, som fremsættes i denne opgave, nemlig at klienterne i KKUC, som har en traumatiserede baggrund, og er i et misbrug, har særlige sårbarheder der nødvendigvis må forholdes til, når deres behov for autonomi støttes i behandlingen.

I casen fremgår det, at klienten flere gange indgår i relationer, hvori hun bliver udsat for vold og krænkelser. Klienten oplyser:

”min kæreste skal ligesom holde mig nede. Han straffer mig. Han har slået mig flere gange, men det er noget tid siden, ... nu er det mere trusler og nedladende ord.... Jeg har også slået ham..”.

Og klienten fortsætter:

”.... Det undrer mig, at han har behov for at være sådan.... men sådan er han bare....”

Hvorvidt det er klientens frie og godkendte valgt at blive i denne relation er kernen i mit argument i denne opgave. Både SDT og NAP fremsætter muligheden for at facilitere en forandring i den terapeutiske kontekst, men anviser forskellige måder at facilitere denne støtte af behovet for autonomi.

Ifølge SDT vil støtten til klientens behov for autonomi indebære, at terapeuten støtter klienten gennem validering i en varm og ikke dømmende kontakt, ligesom terapeuten viser respekt for klientens erfaring og valg (Ryan & Deci, 2008). Ved SDT vil terapeuten eksempelvis tydeliggøre, at klienten har et valg, og således støtte klienten til at reflektere over, hvad dette valg betyder for klienten. Fra casen fremgår det, at klienten på det mentale niveau godt ved det, og hun kan sætte ord på. Hun fortæller videre:

”.....jeg har jo min egen lejlighed stående, men jeg bruger den bare ikke”

Og

"...han (kæresten) er hele tiden nedladende, og hvis jeg har en anden mening, smider han mig ud...mit bæger er fyldt, men jeg gør ikke noget. Jeg ved ikke hvad jeg skal gøre..... "

Klienten har trods indsigt på det mentale niveau, hvor klienten viser forståelse for sin situationen, alligevel valgt at blive i et voldeligt miljø. Denne forklaring skal ifølge NAP findes ved at gå et skridt dybere i forståelse af sen-følger ved traumer. En almindelig tilstand ved den traumatiserede klient er netop den dissocierede tilstand, som kommer efter traumbegivenheder (Hart, 2012). Fra casen ses dette eksempelvis ved, at klienten har et sprog på forklaringsmodeller, men at de ikke er forbundet med følelserne, dvs. at der forekommer dissociering.

Det er en vigtig information til terapeuten og betyder, at der er et arbejds punkt i at opløse klientens dissociation, hvilket kan tage lang tid, og må foregå med mange små interventioner. I dette tilfælde er klientens zone for nærmeste udvikling at kunne sanse små påvirkninger i kroppen og turde rumme dem sammen med terapeuten. De indgår i et resonansfelt, hvor klienten "låner" terapeutens nervesystem. At rumme de store følelser som er knyttet til konkrete traumbegivenheder, som sorg, vrede og tab, vil ikke være zonen for nærmeste udvikling. Det vil være for voldsomt med risiko for at dissociering af følelser vil opretholdes eller klienten vil kunne blive re-traumatiseret. Derfor vil det være relevant at bruge tid på at arbejde dybere i det autonome lag med klientens indre sansninger af små forandringer i kroppen, som sandsynligvis vil forekomme, når vi taler om de traumatiske begivenheder.

Klienten fortæller: *"Jeg mærker det som bobler i min krop hele tiden, jeg tror det er vrede"*

At klienten har været nødt til at dissociere bliver tydeligt igennem casen, hvor klienten fortæller, at hun i sin opvækst har oplevet vold og overgreb (info fra indskrivningssamtalen). Derved kan det konkluderes, at klientens behov for autonomi ikke er blevet støttet og næret. Som barn havde klienten ikke et frit valg, når hendes stedfar slog og forgreb sig på hende. Terapeutens opgave er ifølge SDT (Ryan & Deci, 2008) at støtte klientens behov for autonomi ved at tydeliggøre klientens frie valg, men sker det *uden* at have arbejdet dybere med de dissocierede følelser, viser erfaringerne at klienten igen vil søge samme miljø, fordi det er det klienten kender. Det understøttes ved følgende citat fra interventionen:

"Jeg var jo vant til at blive slået, så det var normalt for mig"..... og min mor gik, når min stedfar blev vred, og så gik det ud over mig".... Jeg er jo ligesom vokset op, hvor jeg så, at man bare blev i familien, selvom der var vold.....

Klienten fortsætter:

"Men de fire år jeg havde med C's far, var langt mere ødelæggende for mig....Jeg mødte ham som 15 årig..... Det var både psykisk og fysisk vold.....Når han først gik i gang med mig tog det flere timer..... Det var slemt, med guns og piske og alt muligt....Jeg turde ikke gå....han ville have slået mig ihjel....."

Ifølge NAP er det afgørende i arbejdet med traumeklienter at støtten tager sit udgangspunkt i klientens zone for nærmeste udvikling (Hart, 2012). At finde klientens zone for nærmeste udvikling kan være vanskeligt, men klientens zone for nærmeste udvikling ligger i forlængelse af det klienten allerede mestrer, og altså ikke nødvendigvis der hvor klientens mål er (Hart, 2012). Klientens zone for nærmeste udvikling finder terapeuten ved gentagne interventioner og opmærksomhed på klientens reaktioner, på det autonome, limbiske og mentale udviklingsniveau. Igennem NAPs interventioner som retter sig mod regulering af arousal og affektive tilstande får klienten mulighed for at integrere og danne nye neurale forbindelser (Hart, 2012) som bidrager til ny viden hos klienten, således at det muliggøres for klientens at træffe et frit og reflekteret valg.

Fra de tre interventioner, hvor der er arbejdet med at sanse og mærke, udtaler klienten:

"jeg kan jo mærke noget nu.....det er ikke godt.....jeg er irritabel hele tiden på min kæreste....alle, hele vejen rundt....., men jeg ved godt, at det er fordi jeg ændrer mig.....jeg er bange."

Klienten fortsætter:

"inderst inden kan jeg mærke, at det er rigtigt, men jeg er bange....., det er det jeg aldrig har turde mærke, for hvad skal jeg gøre.....det ved jeg ikke".

Her ses den udvikling, som klienten har oplevet i terapien, det er små skridt, men hun er begyndt at sanse fra det autonome nervesystem og mærke fra det limbiske system, og hun kan nu også knytte mentaliseringen til (forstå sine følelser). Stadig har klienten ikke redskaber/kompetencer til at agere og handle på sine nye følelser, hvilket vil være den næste nye zone for nærmeste udvikling.

Del-konklusion:

Det kan konkluderes fra denne del af analysen, at behovet for autonomi er væsentligt i forhold til at opnå trivsel. Klienten i casen vurderedes ikke til at have mulighed for at træffe et reflekteret og bevidst valg på grund af vilkår, der er relateret til misbrug og sen-følger af traumatiske begivenheder. For at støtte klienten i dette behov vil det være nødvendigt at arbejde med klienten i en relation, hvori denne indgår i et resonansfelt. I denne kontekst vil klienten kunne udvikle eller genudvikle evnen til at mærke og affektregulere, således at diccosiering ikke længere vil være nødvendigt. Til at facilitere behovet for autonomi som SDT anbefaler, tilbyder NAP interventionsteknikker, som terapeuten i KKUC med fordel kan anvende.

3. Behovet for kompetencer

I dette afsnit analyseres SDT, NAP og empiri i forhold til behovet for kompetencer.

Pointen med dette tema findes i, at klienter med en traumeproblematik godt kan tilegne sig kognitive strategier og konkret læring (Hart, 2012), men hvis ikke de har kompetencer til at regulere deres nervesystem, vil de gang på gang kunne komme i situationer, som vil vanskeliggøre brugen af tilegnet kompetencer i dagligdagen (Hart, 2012).

Fra casen fremgår det, at klienten har udviklet et misbrug af henholdsvis kokain og alkohol. Klienten fortæller:

"....jeg drak for at få ro på nerverne.

Det ses således, at klienten anvender alkohol til at regulere sit nervesystem. Klienten har en uro, men kan ikke berolige sig selv, og er derved ikke reguleret i sit nervesystem endnu. Fra casen fortæller klienten videre:

"...Jeg brugte også kokainen til at få ro og glemme, men også fordi kæresten tog det."

Igen bekræfter klienten, at hun forsøger at regulere sit nervesystem med stoffer. Endvidere fremgår det også, at behovene for kompetence og tilhørsforhold ikke nødvendigvis er adskillelige.

At have en følelse af og tro på at kunne mestre de udfordringer, som individet møder i miljøet omkring sig, og at kunne udvikle nye færdigheder, er ifølge SDT indeholdt i behovet for

kompetencer (Ryan & Deci, 2000). Bandura's Self Efficacy ligger tæt op ad dette begreb. Til at facilitere klientens behov for kompetencer peger SDT på at støtte klienten i struktur og klarhed og strategier i forhold til mål (Ryan & Deci, 2008). Særligt struktur vurderes at være væsentligt til denne klientgruppe, hvis det tolkes ind i et perspektiv, hvor strukturen handler om at få en struktureret dags- og døgnrytme. Klienter der har levet i et misbrug har ofte vendt op og ned på deres døgnrytmer, ligesom at deres naturlige fornemmelse af sult er blevet nedtrykt til fordel for stoffer. Fra casen fortæller klienten:

"Jeg vil egentlig gerne op og have noget ud af min dag, men min kæreste ser fjernesyn til sent og står ikke op, så vores daglige rytme bliver vendt op og ned."

I dette tilfælde kan der arbejdes ud fra SDTs anvisninger om struktur i forhold til morgenrytmer, men hvis ikke klienten tør adskille sig fra kærestens behov og magt, må der arbejdes på nervesystemet, således at uroen/ubehag ved at vælge egne behov kan reguleres. Det vurderes til at være en sen-følge fra klientens traumatiserede opvækst. Klienten har ikke udviklet autonomi, men har fået dette behov undermineret i det omgivende miljø fra sin opvækst. Her er autonomi og kompetencer ikke adskillelige, idet manglende autonomistøtte bevirker at klienten ikke udvikle sine kompetencer.

Ifølge NAP vil klientens zone for nærmeste udvikling til kompetenceudvikling være at kunne mestre selvregulering i nervesystemet (Hart, 2012). At facilitere selvregulering går gennem tilknytningen og bygger dermed bro over til det sidste behov – nemlig behovet for tilhørsforhold, som vil uddybes i næste afsnit. Ifølge NAP (Hart, 2012) begynder al regulering i nervesystemet ved spejling i en andens nervesystem. I det tidligere mor/barn forhold støtter moderen barnet til at regulere behag/ubehag og møder barnet i varm limbisk kontakt, hvor barnets følelsesmæssige tilstand rummes og spejles (Hart, 2012). Dette behov for at "låne" en andens nervesystem vil være tilstede hele livet, men særligt i forhold til traumatiserede klienter, idet deres eget nervesystem ikke kan det. I terapien bliver terapeuten repræsentant for det sunde nervesystem, og opgaven er at støtte klienten i at rumme sine egne reaktioner ved at berolige, rumme mv., således at klienten kan integrere de kompetencer selv (Hart, 2012). Fra casens ses det, at:

"jeg ved ikke hvad jeg skal gøre ved det jeg mærker....min irritation....jeg har aldrig lært det.."

Med afsæt i den neuroaffektive psykoterapi vil behovet for kompetencer således kunne forstås ved evnen til at kunne mestre regulering på de tre niveauer, autonome, limbiske og præfrontale (Hart, 2012). En terapeutisk intervention vil sigte på at øge kapaciteten til fleksibilitet, energimængde og kompleksitet (Hart, 2012), således at klienten kan mestre at regulere sine impulser og følelser og tanker.

Klienten fortæller:

"Jeg får ikke rigtigt gjort noget....Jeg vil også gerne spise fisk, men han (kæresten) vil ikke have fisk i huset...."

og

"Jeg er jo vant til at gå på listefødder... Jeg mærker hele tiden, hvilke humør andre er i...."

Her fremgår det, at klienten er lav i sin energimængde. Hun får ikke rigtigt gjort noget, og får ikke reageret på sine impulser.... Havde hun modsat været høj på i sin energimængde og reageret prompte på sine impulser, havde hun haft tendens til vredesudbrud og affekthandlinger. Når man, som klienten fremstår, er underreageret, er det ifølge NAP (Hart, 2012) væsentligt at arbejde med det autonome nervesystem, således at der fås mere fat i impulser og reaktioner (Hart, 2012). Videre fremgår det af casen, at klienten "hæmmer" sig selv og egne behov ved at "gå på listefødder", hvilket peger på at klienten kunne profitere af at arbejde med at udvikle troen på, at klienten både må, kan sætte og kan fastholde sine grænser. Dette indebærer, at klienten i samspil med terapeuten lærer at mærke sig selv, for videre at kunne reagere på de grænser klienten mærker. Det arbejde vil, jævnfør NAP, begynde med zone for nærmeste udvikling, som er at registrere det sansende i det autonome nervesystem, for derefter at koble følelser på det sansende. Det kan være behag/ubehag eller ro/uro. Senere vil klienten evt. kunne koble det hun registrerer med en følelse, som hun vil kunne beskrive og forstå. Derved er arbejdet med kompetencer i forhold til at stole på at sætte grænse et langt stykke vej. Klienten fortæller fra målingsinterviewet:

"....der sker noget nyt! Jeg tog f.eks. hjem til en veninde og blev i to nætter. Det har jeg aldrig gjort før...selv om han (kæresten) ringede...Jeg mærkede dårlig samvittighed (skyldfølelse) og normalt ville jeg været kørt tilbage...om det så var kl 02:00 om natten... men jeg kunne godt rumme det...jeg sagde til mig selv, at jeg ikke skulle føle skyld, som vi (terapeuten og klienten) har talt om...."

Her ses, at klienten begynder at have kompetencer til at rumme sine impulser, uro og ubehag og hun er begyndt at integrere en måde at berolige sig selv på uden stoffer.

Del-konklusion:

I forhold til casen vil det således betyde, at støtte af klienten i behovet for kompetencer må ske via zone for nærmeste udvikling, som i dette tilfælde er regulering af nervesystemet. Denne regulering sker i den terapeutiske kontekst ved, at terapeut og klient indgår i en relation, hvori klienten støttes i sit nervesystem på det autonome, limbiske og mentale niveau og derigennem dannes nye neurale netværk, således at klienten fremadrettet kan regulere sig selv indeni og i kontakt med andre (Hart, 2012). Hvis behovet for kompetencer støtte alene via kognitive anvisninger, kan et underliggende skadet nervesystem alligevel få klienten til at handle, således at klienten ikke mærker ubehag og uro.

Det ses også, at klienten kan have brug for at støttes i kognitive kompetencer som eksempelvis struktur i dagligdagen, og derved vil også SDTs anvisninger om støtte til kompetencer kunne anvendes i forhold til klienten. Der er således tale om, at terapeuten med fordel kan støtte klientens behov for kompetencer ved både at anvende NAP og SDT efter en vurdering af klientens behov og konteksten, hvori behovet indgår. Vurderingen vil tage sit afsæt i klientens zone for nærmeste udvikling.

4. Behovet for tilhørsforhold

I dette afsnit analyseres SDT, NAP og empiri i forhold til behovet for tilhørsforhold. Pointen med dette tema er at sætte fokus på, hvordan klienterne med sen-følger af traumatiske begivenheder kan støttes i deres behov for tilhørsforhold, og om der er særlige vilkår, der må tages i betragtning.

Hart fremsætter (2011), at klienter som i deres tidlige barndom udsættes for traumatiske begivenheder såsom overgreb, vold og svigt, med stor sandsynlighed vil udvikle tilknytnings- og relationsforstyrrelser. Når klienten senere oplever et tilknytningsbehov, er det således sandsynligt, at en genkaldelse af traumet og traumereaktioner igangsættes hos klienten. Klienten vil altså indgå i relationen med de tilknytningsevner, som klienten har lært, hvilket ofte vil være med forskellige forsvarsstrategier, og terapeuten der arbejder med traumeklienten udsættes derved for et overføringsfelt i tilknytningen og etablering af den terapeutiske alliance (Allen, Fonagy & Bateman, 2010). Fra casen ses det:

”...Jeg kom ikke så meget i starten, for jeg var ikke sikker på dig... men nu føler jeg mig tryk hos dig, og det betyder noget for mig at komme til terapien. Du får mig til at føle, at jeg har lov at være her og have mine egne følelser. Jeg føler, du lærer mig, at mine egne følelser er gode nok.....”

Man kan sige, at tilknytningens kvalitet hos en klient afspejler dyadens (mor/barn) kapacitet. Hvordan klienten er blevet mødt som barn i forhold til at regulere følelser som angst, vrede mv. har betydning for klientens måde at knytte an til andre som voksen (Hart, 2011).

Fra casen fremgår det: *”.....min mor gik bare, når min stedfar blev vred.”*

Overstående citat bekræfter, at klientens tidlige omsorgspersons evne til at passe på klienten har været svækket, og at klienten derved med stor sandsynlighed ikke har fået støtte til at regulere sine følelser. Ligeledes fremgår det fra præsentationen af casen, at klienten konkret har været udsat for både vold og overgreb, og man ved i dag, at de alvorligste traumer børn kan udsættes for, opstår som følger af handlinger fra de mennesker, som børnene er mest knyttede til og afhængige af (Hart, 2011). Hart (2006) fremsætter, at et barn, der udsættes for negative tilstande med en intensitet og hyppighed, ikke vil være i stand til at etablere selvregulering og må således lukke af og dissociere. Fra casen fremgår det:

”...jeg har nok bare sådan en evne til ikke at tænke på, hvordan jeg har det....”

Terapeuten: *”..så hvordan er det, når han (kæresten) truer dig og smider dig ud, hvis du ikke er enig med ham?”*

Klienten: *”...jamen sådan er han (kæresten) jo, det er der ikke noget at gøre ved...”*

Fra casen fremgår det, at klienten lukker af og dissocierer, fordi klienten ikke kan regulere overvældende og ubehagelig stimuli. Hart fremsætter, at kombinationen af kroniske dissociation og manglende selvregulerende kompetencer har alvorlige konsekvenser for personlighedsudviklingen. Videre betyder dissociering, at vigtige relationelle funktioner går tabt, som eksempelvis evnen til at mentalisere ved at forstå egne indre følelser og andres. Det kan endvidere også være evnen til at indgå og løse konflikter og fastholdelse af emotionelle tilstande (Hart, 2010). Evnen til tilknytning er kritisk for klienterne, fordi det er i tilknytningen grundlaget for at kunne agere i kontakt sit eget indre og med andre udvikles (Hart, 2012).

Hart fremsætter, at forskningen i dag viser, at nye erfaringer kan ændre den modne hjerne, og netop relationen mellem terapeut og klient er en mulighed for at skabe et neuralt udviklingsniveau (Hart 2012). Derved bliver den terapeutiske kontekst en ny mulighed for at skabe en tryk base, hvori muligheden for at udfordre de smertelige følelser, som er knyttet til en traumatisk opvækst etableres. Det benævnes også den terapeutiske alliance (Hart, 2012). Denne alliance sikrer, at klienten sammen med en anden kan gå fra den sikre base (terapeutiske relation) og udforske det usikre og smertelige i klientens egen psyke for derefter at vende tilbage til den trygge base igen sammen med terapeuten. Fra casen fortæller klienten:

"...jeg er bange, der er jo en grund til at jeg ikke har ville mærke det her i alle de år..."

Både NAP og SDT fremsætter, at kvaliteten af den støtte, som klienten får fra det omgivende miljø, er afgørende for, hvorledes individet udvikler sig (Vansteenkiste & Ryan, 2013, Hart, 2012). SDT fremsætter, at individer som får behovet for tilhørsforhold thwarted vil med sandsynlighed udvikle need-substitute (som misbrug) og ill-being (Vansteenkiste & Ryan, 2013). Hart (2012) benævner, at individet vil blive dysreguleret og udvikle psykopatologier.

SDT anviser, at måden at støtte klientens behov for tilhørsforhold til en sund udvikling er ved at møde klienten med empati, varme og en ikke-dømmende kommunikation, hvilket forenes fint med Rogers kompetencer. Hvor SDT fremsætter, at behovet for tilhørsforhold er ligeligt vigtigt med autonomi og kompetencer, er NAP helt tydelig i at understrege, at al udvikling begynder og foregår i relationen, hvori klientens sunde kerne kan dannes. Når en sund indre kerne er dannet, er der mulighed for at udvikle sunde sociale kompetencer og kompetencer til at regulere sine følelser, hvilket er en nødvendighed for at kunne indgå i relationer og i tilhørsforhold generelt (Hart, 2012).

Klienten udtaler:

"...at jeg ligesom er blevet tryk ved dig (terapeuten) og kender dig (terapeuten) betyder jo at jeg kommer i terapi, og jeg kan mærke at jeg udvikler mig....der sker noget nyt inden i mig....Jeg tænker tit på vores samtaler....vores samtaler får mig til at tro på mig selv....og jeg kan mærke mere inden i....Det betyder alt.... Det er vigtigt at vi fortsætter.....du forstår mig.."

Og

"... jeg kan nu se at han (kæresten) er den der opfører sig forkert, ikke mig..."

SDTs perspektiv er, at betydningen af autonomi i relation til tilhørsforhold er væsentlig, fordi en sund relation fordrer, at klienten kan være autonom i kontakten – som ikke er at forveksle med uafhængighed (Ryan, Deci & Vansteenkiste, 2015).

SDT fremsætter, at støtte til behovet for tilhørsforhold er centralt i både trivsel og i internaliseringsprocesser, og understreger at støtten ikke blot er en teknik, men betoner at den må være autentisk og ægte for at have betydning. Selvom den terapeutiske alliance ikke er en SDT konstruktion, er det på ingen måde i modstrid med SDTs opfattelse (Ryan, et al. 2015). Ikke mindst ligeså væsentligt fremfører SDT evidens for, at et varmt tilhørsforhold til sin behandler har vist sig at have et positivt udbytte i forhold til fremmøde og engagement i behandlingen (Ryan & Deci, 2008).

Del-konklusion:

Det kan således konkluderes, at vejen til at støtte klienten i behovet for tilhørsforhold ifølge SDT fremkommer i en varm kontakt og et empatisk miljø. Ydermere er støtte af alle tre psykologiske behov i SDTs optik ligeligt vigtige. I NAPs forståelse er det centrale at kunne indgå i en tillidsfuld relation, den terapeutiske alliance, og i denne relation vil evnen til affektregulering skabes, hvilket er et vilkår for at kunne indgå i tilhørsforhold. Både SDT og NAP deler opfattelsen af miljøets mulighed for at påvirke klienten til sund udvikling eller dysfunktion.

6. Teori-diskussion

Gennem opgaven og i særdeleshed i analysen har SDT og NAP spillet op mod hinanden, og i dette sidste afsnit inden konklusionen diskuteres det, hvordan lighedspunkter og forskelle mellem de to teorier kommer til udtryk. Ligeledes undersøges det, om der er tale om et teoretisk overlap, og hvorvidt fund fra analysen kan bidrage til ny viden.

Begge teorier er metateorier og henter det videnskabelig belæg fra flere kilder. SDT er inspireret af tidligere motivationsforskning indenfor den humanistiske gren, Maslov og Rogers, men deres fokus er individets autonomi, hvor indre motivation frem for ydre vægtes. SDT har et stort team af forskere i mange forskellige lande, som ved eksperimenter, feltstudier mv. laver forskning (Sheldon, 2012). NAP er også inspireret af Rogers og henter viden fra de tidligere udviklingsteoretikere som Bowlby, Stern og bygger på den neuroaffektive del fra MacLeans hjerneforskning (Hart, 2012). Helt grundlæggende og måske det mest bemærkelsesværdige er, at både SDT og NAP har den samme fundamentale antagelse, nemlig at mennesket er naturligt orienteret mod vækst, sundhed og velvære (Ryan & Deci, 2008; Hart, 2012).

I denne Masteropgave har der været fokuseret på SDTs underteori BPNT, og den vil i dette afsnit forsat være i fokus. BPNT synes meget klar i sin afgrænsning og fokus, idet det fremsættes at når individet oplever at få de tre grundlæggende psykologiske behov - autonomi, kompetence og tilhørsforhold - støttet, vil det opleve trivsel, resiliens og motivation til adfærdsændring (Vansteenkiste et al., 2010). De tre behov må støttes i den sociale kontekst, hvorfor netop kvaliteten af denne kontekst bliver relevant (Vansteenkiste et al., 2010). Er kvaliteten af støtten således, at individet føler sine behov undermineret, vil der være sandsynlighed for at udvikle need-substitute og ill-being. NAP er enig i, at individets udvikling påvirkes i den sociale kontekst, og at kvaliteten af denne har betydning for, om individet udvikler trivsel eller mistrivsel (Hart, 2012).

Teorierne er enige i målet med terapien, som er at opnå integration af personligheden fremfor adfærdsændring, og at denne integration vil føre til en adfærdsændring (Hart, 2006, Ryan, et al., 2015). Forskellene ligger i anvisningerne til, hvorledes teorierne og kliniske teknikker, der anvendes i interventioner, integreres i praksis. Forskergruppen bag SDT fremkommer med anvisninger til, hvordan de tre behov kan støttes, men anvisningerne fremstår mere overordnede. SDTs anvisninger peger overordnet på en varm, rummelig, empatisk og ikke-dømmende kontakt, hvor klienten

præsenteres for valg og perspektiver, og hvor klientens frie valg er i fokus. Denne tilgang ligger tæt op ad Rogers' og derved vises tillid til, at klienten selv finder sin vej til udvikling.

NAP forholder sig anderledes, når det kommer til interventioner og teknikker, og fremlægger en mere aktiv strategi fra terapeutens side. NAPs afsæt i de tidligere tilknytningsteorier, særligt Bowlby, betyder at den terapeutiske kontekst bliver at sammenligne med de tidligere mor/barn relationer. I denne relation (dyade) støttes klienten til at finde sit potentiale, men terapeuten går lidt foran og balancerer mellem omsorg og optimal stress, således at der udvikles nye forbindelser i det neurale system i hjernen (Hart, 2006). NAP fremsætter således, at terapeutens støtte til klienten indebærer aktivt at hjælpe med at håndtere stressfyldte og ubehagelige situationer, som klienten ikke selv har ressourcer til at klare.

"Det er således omsorgspersonens aktive kompetence som hviler på en intern arbejdsmodel. Evnen til at gå ud over spejlingen. Denne følelsesmæssige hjælpende hånd, som typisk handler om at håndtere stressfyldte emotioner, er afgørende for dyadisk affektregulering" (Hart, 2012, s. 352).

NAP bevæger sig således indenfor traumeramte og dysregulerede individer. SDT anerkender dog, at til klienter med personlighedsforstyrrelser, psykopati mv. vil SDT og andre teorier med fordel kunne informere hinanden. SDT fastlår endvidere, at der ligger et stort og vigtigt fremtidigt arbejde med at forske i netop sammenstillingen af teorier og tilgange indenfor psykopatologi, ligesom forståelse af hvordan generne spiller ind også vil være et relevant fremtidig fokus område (Ryan, et. al, 2015).

Netop denne fremtidige forskning synes interessant, og NAP træder et skridt i den retning ved at beskæftige sig med samspillet mellem personlighedsudvikling, det neuroaffektive begrebsapparat og hjerneforskningsmetoder (Hart, 2012).

I forhold til casen viser teorierne, at de byder ind med hver deres indblik. Hvor SDT tilbyder en overordnet ramme og retningsanvisning i forhold til at støtte individet i de tre psykologiske behov, tilbyder NAP konkrete interventionsmuligheder til at arbejde med klientens regulering af nervesystemet på det autonome, limbiske og mentale niveau.

7. Konklusion

Denne opgaves grundpræmis er SDT's argument om, at mennesker vil kunne opnå større trivsel og resiliens, hvis de støttes i tre grundlæggende psykologiske behov, nemlig behovene for autonomi, kompetence og tilhørsforhold. For at undersøge denne præmis i konteksten af KKUC's klienter, som er traumatiserede og har et misbrug, har jeg i min problemformulering sat fokus på, hvorledes terapeuten i KKUC kan støtte klienterne i netop de tre behov. Min tese i indledningen var, at denne målgruppe har særlige udfordringer, der nødvendigvis må tages højde for i behandlingen. Knyttet til udfordringerne ved målgruppens særlige behov har denne opgave fokuseret på autonomiens vilkår ud fra tre vinkler, nemlig: det asymmetriske forhold i den terapeutiske kontekst, afhængighedens dynamik og sen-følger fra traumatiske begivenheder.

Mit argument i denne masteropgave er, at SDT som en empirisk valideret teori kan bruges til at anvise en retning for støtte af de tre psykologiske behov, men at den ikke er tilstrækkelig til at støtte netop KKUC's klienter, fordi den mangler interventionsteknikker, der tager højde for de særlige sårbarheder, denne klientgruppe har. Hvor SDT tilbyder en overordnet ramme og bestemte retningsanvisninger til at støtte klienter i de tre behov, tilbyder NAP konkrete interventionsmuligheder til at arbejde med traumatiseredes klienters regulering af nervesystemet på det autonome, limbiske og mentale niveau. SDT og NAP er enige om målet med terapien, nemlig at opnå indre integration af personligheden med henblik på at føre til adfærdsændring, men divergerer altså i anvisningerne til, hvordan et individ opnår trivsel gennem interventioner i praksis. Jeg argumenterer således, at disse to teorier med fordel kan supplere hinanden i arbejdet med KKUC's klientgruppe, men at man skal være opmærksom på, at SDT giver mere overordnede retningsanvisninger, hvor NAP fokuserer specifikt på traumatiserede individer på micro-niveau. Denne masteropgave er derfor et eksempel på at integrere forskellige teorier og analysere dem i en bestemt sammenhæng for at opnå mere kontekst-specifik viden om en bestemt målgruppe, i dette tilfælde traumatiserede klienter som har et misbrug.

På baggrund af min analyse af den udvalgte case kan jeg drage to hovedkonklusioner. For det første viser mit case studie, at det er essentielt at være opmærksom på de indlejrede magtforhold i den terapeutiske relation, som udfordrer autonomiens vilkår. Autonomi forudsætter et bevidst og reflekteret valg, og dette er udfordret af de ubevidste gentagelsesmønstre hos klienter med sen-følger fra traumatiske begivenheder samt af afhængighedens dynamikker i hjernen.

For det andet kan det konkluderes, at terapeutens støtte af klientens tre behov tager udgangspunkt i relationen og det resonansfelt, der opstår mellem terapeut og klient. Via relationen opnår klienten kompetencer til at kunne regulere sit nervesystem, således at klienten kan træffe et reflekteret og bevidst valg, som autonomien fordrer. Dette er udgangspunktet for at opnå trivsel og resiliens.

Sluttelig kan det konkluderes, at terapeuten i KKUC kan arbejde med klienternes behov for autonomi, kompetence og tilhørsforhold gennem NAP's konkrete anvisninger til interventionsteknikker, således at klienten støttes til at kunne regulere sit nervesystem på det autonome, limbiske og mentale niveau. Denne støtte må foregå i det resonansfelt, der opstår i relationen mellem terapeut og klient i behandlingen i KKUC.

8. Perspektivering

Masterprojektet har haft fokus på to teorier, der begge tager deres udgangspunkt i trivsel set ud fra det individuelle perspektiv. Selvom begge teorier tager deres afsæt i, at kvaliteten af det omgivende miljø har afgørende betydning for, om individet udvikler trivsel eller mistrivsel, er fokus i denne opgave rettet mod individets udvikling i den terapeutiske kontekst. I KKUCs behandling arbejdes der eksempelvis med at støtte klienten i at rumme sin smerte og forstå nye måder at mestre sin følelsesmæssige regulering, der er forårsaget af tidlige svigt. Der kan således argumenteres for, at ansvaret for individets trivsel hviler på individet selv.

Et andet relevant perspektiv kunne være et mere nuanceret syn på misbrug, som eksempelvis resiliensforskningen, hvor Ann Mastens fremkommer med et langt mere omfattende syn på trivsel og resiliens. Hun fremhæver også samspillet mellem individ og omkringværende systemer, ligesom forståelsen af sammenhæng mellem risikofaktorer og beskyttende faktorer. Konkret tilbyder Mastens via sin shortlist en lang række bud på beskyttelsesfaktorer, hvor der fokuseres på faktorer som findes i individ, miljø, samfundsmæssige og kulturelle forhold (Wright, Masten, Narayan, 2013). Denne brede tilgang synes også relevant, idet genstandsfeltet står i et komplekst felt og har samspil med mange forskellige instanser, ligesom ansvaret for misbrug også vil blive anskuet i et større perspektiv. Masten fremhæver, at hvis alle har adgang til beskyttende faktorer, vil alle med stor sandsynlighed udvikle resiliens.

SDT vil også i denne forbindelse være en interessant medspiller. Med deres bud på menneskers behov for at støttes i de tre grundlæggende psykologiske behov, overlader de til folk selv at indrette deres skoler, virksomheder, vuggestuer, samfund mv., men informerer netop med deres forskningsresultater om, at når individer støttes i behovet for autonomi, kompetence og tilhørsforhold, vil det opnå trivsel, og hvis behovene undermineres vil det med sandsynlighed opnå mistrivsel.

9. Litteraturliste

- Andersen, F.Ø. & Christensen, G., mfl. (2013) Den positive psykologis metoder. København, Dansk Psykologisk Forlag. S. 141-165, 241-259
- Bandura, A. (1994). Self-efficacy. Kognition & Pædagogik, 22 årg. Nr. 83
- Bentzen, M. (2016), personlig samtale d. 19. april 2016.
- Costa, S., Ntoumanis, N., Bartholomew, J, (2014). Predicting the brither and darker sides of interpersonal relationships: Does psychological need thwarting matter?. Springer Science+Business Media New York September 17, 2014.
- Deci, E. L & Ryan, R. M. (2000), The “What “ and “Why” of Goal Pursuits: Human Needs and the Self-Determination of behavior, Psychological Inquiry, Vol. 11, No. 4, pp 227-268.
- Flyvbjerg, B. (2010), ‘Fem misforståelser om casetudiet’ i Brinkmann, S. & Tanggaard, L. (2010), eds., Kvalitative metoder, København, Hans Reitzels Forlag, pp 463-487.
- Fonagy m.fl., (2009), Mentaliseringsbaseret behandling i teori og praksis, 1. Udgave, Hans Reitzels Forlag, København
- Gade, A. (2007), Den afhængige hjerne. Hjerneforum 2007, PP. 5-31).
- Gagné, M. & Deci, E. L. (2005), Self Determinations Theory and work motivation. Journal of organizational behavior, vol 26, p 331-362.
- Hart, Susan (2006), Betydning af samhørighed, -om neuroaffektiv udviklingspsykologi, 1. Udgave. Hans Reitzels Forlag, København.
- Hart, Susan (2009), Den følsomme hjerne, Hans Reitzels Forlag, København.
- Hart, Susan (2011), Dissociations fænomener, 1. Udgave, Hans Reitzels Forlag, København.
- Hart, Susan (2012), Neuroaffektiv psykoterapi med voksne, 1. Udgave. Hans Reitzels Forlag, København. Kapitel 1-3 og 7, 11.
- Kruuse (2007), Emil Kruuse, Kvalitative forskningsmetoder - i psykologi og andre beslægtede fag, Dansk psykologisk forlag, udg. 6., S. (2012)

- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009), Interview, Introduktion til et håndværk, 2. Udgave, Hans Reitzels Forlag.
- Lopez, L. L., (2012): Trauma Counseling, Theories and interventions, Springer, New York.
- Mosgaard, J. (2011): Narrativt Forum PKR Nørrebro, Magt i det terapeutiske rum.
- Rogers, C. R. (1995), On Becoming a Person, New York, Houghton Mifflin Harcourt
- Ryan, R. M., Plant W. R., & O'Malley, S. (1995), Addictive Behaviors., Vol 20. No. 3, pp. 279-297, 1995.
- Ryan, R. M. & Deci, E. L. (2000), Self-Determination Theory and the Facilitation of Intrinsic Motivation, Social Development, and Well Being, American Psychologist, Vol. 55, No. 1, pp 68-78.
- Ryan, R. M. & Deci, E. L. (2006). Self-regulation and the problem of human autonomy: Does psychology need choice, self-determination, and will? Journal of Personality, 74, 1557-1586.
- Ryan, R. M. & Deci, E. L. (2008), Self-Determination Theory Approach to Psychotherapy: The Motivational Basis for Effective Change. Canadian Psychology, Vol. 49, No. 3, pp 186-193.
- Ryan, R. M., Deci, E. L. & Vansteenkiste, M., (2015): Developmental Psychopathology. Theory and method, New Jersey, 385-438
- Sheldon, Kennon (2012). Motivation – Viden og værktøj fra positiv psykologi. Forlaget Mindspace.
- Smith, L., (2011), Self Determination Theory and Potential Applications to Alcohol and Drugs Behaviors. Journal of Alcohol and Drug Education, Aug; 2011, pp 55.
- Socialstyrelsen, (2016), Nationale Retningslinjer for den sociale misbrugsbehandling, Socialstyrelsen
- Sommerbeck, L. (2007), Klient-centreret terapi i psykiatrien (2004), revideret udg. S 27-62, København, Akademisk Forlag.
- Sundhedsstyrelsen, (2012): Narkotika situationen i Danmark.

Vansteenkiste, M., Niemiec C. P., & Soenens, B., (2010) The development of the five mini-theories of self-determination theory: An historical overview, emerging trends, and future directions., Vol 16A, 105-165.

Vansteenkiste, M., & Ryan M. R.,(2013). On Psychological Growth and Vulnerability: Basic Psychological Need Satisfaction and Need Frustration as a Unifying Principle, Journal of Psychotherapy Integration 2013, Vol. 23. No. 3. 263-280.

Williams, G.C., Patrick, H., Niemiec, C.P., Ryan, R.M., Deci, E.L., & Lavigne, H.M. (2011). The smoker's health project: A self-determination theory intervention to facilitate maintenance of tobacco abstinence. Contemporary Clinical Trials, 32, 535-543

Wright, M. O., Masten, A. S., & Narayan, A. J. (2013). Resilience Processes in Development: Four Waves of Research on Adaptation in the Context of Adversity. In: S. Goldstein and R.B. Brooks (eds.), Handbook of resilience in children. New York: Springer Science + Business Media.

Zeldman, A. & Ryan. M. R.,(2004), Motivation, Autonomy support, and Entity belief: Their role in methamphetamine maintenance treatment., Journal of Clinical Psychology, Vol. 23, No5, 2014, pp. 675-696.

Elektroniske kilder:

(kkuc.dk) <http://kkuc.dk/> den 31.3.16 kl 17.

(kl, 2012) En styrket misbrugsbehandling -

http://www.kl.dk/ImageVaultFiles/id_60774/cf_202/En_styrket_misbrugsbehandling.PDF

(netpsyk) <http://www.netpsykolog.dk/psykoanalyse.htm> den 31.3.16 kl 14:35

(psyk.nyt) http://www.neuroaffect.dk/Artikler_pdf/Bro_over_to_forskningsomraader.pdf

(sdt.org) <http://www.selfdeterminationtheory.org/theory/> den 13.04.16 kl 16:50

(socialstyrelsen, 2016) <http://socialstyrelsen.dk/voksne/stof-og-alkoholmisbrug/stofmisbrugsbehandling> den 2.5.2016 kl 13:45

Bilag 1.

Informeret samtykkeerklæring

Jeg erklærer hermed, at jeg giver samtykke til at blive optaget med video i terapi.

Videomaterialet vil blive brugt i forbindelse med Sofie E Petersens Masteropgave på Århus Universitet. Opgaven omhandler motivation og intervention med afsæt i den neuroaffektive psykoterapi.

Jeg har modtaget tilstrækkeligt mundtlig information om opgaven.

Jeg er informeret om og indforstået med:

- At jeg deltager frivilligt
- Mit navn bliver anonymt og jeg vil figurere under et pseudonym i opgaven
- Jeg kan til enhver tid trække mit samtykke tilbage
- Alt optaget videomateriale bliver behandlet fortroligt

Dato: _____

Navn og underskrift: _____

Bilag 2:

Interviewguide

Kort præsentation af opgaven.

Jeg er ved at skrive en Masteropgave, som sætter fokus klienternes trivsel og i den forbindelse er der fokus på at støtte tre grundlæggende behov, nemlig behovet for autonomi, kompetencer og tilhørsforhold. For at blive bedre til dette, arbejdes der ud fra en terapi form, som har fokus på relationen og følelses regulering, den hedder Neuroaffektiv psykoterapi.

Til at måle effekten af terapien, ønskes at høre klientens oplevelse af behandlingen.

1. Hvordan oplever du terapien støtter dig?
2. Er der sket forandringer i forhold til hvordan du mærker ubehag/behag?
3. Hvordan kan du beskrive den?
4. Føler du dig forstået af terapeuten? Hvordan kan du mærke det?
5. Oplever du nye måder at tænke på? Hvordan?
6. Oplever du nye indre forestillinger? Hvordan?
7. Har din terapeut bidraget til at du forstår din situation på en ny måde?
8. Følte du dig hørt og respekteret i behandlingen?