

Psykososial oppfølging: - teoretisk referanseramme

Seminar 24. og 25. september, 2019

Grethe E. Johnsen, psykologspesialist, ph.d.

Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin

Innhold

- Organisatorisk ramme
 - Hvorfor overgrepsmottakene
 - Kompetanse, lokaler, veiledning
- Teoretisk ramme
 - Helhetlig tilbud: - medisinsk og psykososial oppfølging
 - Fare og krenkelsestraume
 - Vanlige reaksjoner og følgetilstander
 - Årsaker til vedvarende plager
 - Proaktiv oppfølging
 - Hva er virksom behandling



Innhold (forts.)

- Terapeutiske prinsipper
- Nevrobiologi
- Pårørende støtte
- Veiledning

Rammebetingelser

- Økonomiske rammer
- Lokaler
- Kompetanse/fagmiljø
- Faglig veiledning

Helhetlig tilbud

- Akutt ivaretagelse
- Kortvarig oppfølging

«Det er etablert overgrepsmottak over hele landet som tilbyr medisinsk hjelp og rådgivning. Henvisning er ikke nødvendig og tilbudet er gratis. De yter hjelp uavhengig av om overgrepet anmeldes til politiet og uavhengig av hvor lenge det er siden overgrepet fant sted.»

«Det å kunne tilby oppfølging på samme sted i en kortere periode, kan være stabiliserende og avklarende med hensyn til om videre henvisning til mer langvarig oppfølging er nødvendig.»

«Alle mottak bør derfor ha tilgjengelig helsepersonell med nødvendig kompetanse på medisinsk og psykososial oppfølging ved overgrep. Muligheten for den helhetlige oppfølgingen starter i mottakene.»



Hvorfor ved overgrepsmottakene

Samlet konsept: få behandling samme sted

Kunnskap

Relasjon

Tilgjengelighet

- Ved første undersøkelse skjer en viktig alliansebygging som er viktig å bygge videre på
- Forebygge og behandle ettervirkninger/følgetilstander

- 
- 
- Helhetlig konsept
 - Rammebetingelser på plass
 - Kompetanse
 - Veiledning
 - Lokaler

Forekomst

- 9,4% kvinner og 1,1% menn (livstidsprevalens)
- Halvparten av kvinnene som rapporterte voldtekt hadde opplevd dette før fylte 18 år
- 44% redd for å bli alvorlig skadet eller drept
- 29% oppga fysiske skader
- 11% var til medisinsk undersøkelse/behandling i den første tiden
- 29% hadde ikke fortalt om voldtekten til andre

Seksuelle overgrep

- Høy grad av sykkelighet (40-50% PTSD).
- Vanskelig gruppe å nå (kun 11% av kvinnene i NKVTS forekomststudie hadde oppsøkt medisinsk behandling i etterkant av hendelsen, 29% ikke fortalt det til andre).
- Sårbar gruppe – høy grad av tidligere viktimisering. 59% en risikofaktor, 29% mer enn en (Vik et al., 2016).

- Faretraumer - PTSD: aktivering, gjenopplevelser og unngåelse
 - Må tale minnet
 - Utslokke minne
- Krenkelsestraume - Depresjon: tilbaketrekning, skam og skyld

Seksuelle overgrep

- Rammer selvfølelsen
- Rammer opplevelsen av verdi
- Rammer erfaringen med å kunne påvirke sine omgivelser
- Tilbaketrekning og isolasjon er ofte svaret på dette

Følgetilstander

- Akutte stressreaksjoner
- Posttraumatisk stressforstyrrelse (PTSD)
- Andre tilstander er også vanlig (depressive reaksjoner, andre angsttilstander, seksuelle problemer, skyld og skam, alkohol og rusproblemer, somatiske plager)

- Subkliniske tilstander (lettere plager)
- Vurdere psykisk sårbarhet (tidl behandling)
- Hvem skal henvises videre

Vanlige stressreaksjoner

- Emosjonelle reaksjoner (frykt, angst, nummenhet, skam, skyld, sinne, tristhet, avmakt)
- Kognitive reaksjoner (nedsatt konsentrasjon og hukommelse, tilbakevendende tanker)
- Kroppslige reaksjoner (tretthet, utmattelse, hyperaktivering, redusert seksuell lyst)
- Atferdsreaksjoner (unngåelse, endret søvn- og spisemønster)
- Relasjonelle og sosiale reaksjoner (tilbaketrekning, isolasjon, nedsatt evne til nærhet, forlatt/avvist, mistillit)

Normale reaksjoner på en unormal hendelse

Reaksjoner etter overgrep

- Isolering og unngåelse av sosial kontakt som vedvarer
- Angst, uro og skvettenhet som ikke går over
- Vedvarende minner eller flashbacks
- Vedvarende skyld- og skamfølelse som ikke bedrer seg
- Irritabilitet, sinneutbrudd
- Tankekjør og bekymringer
- Suicidaltanker og handlinger
- Forandring i alkohol og rusbruk
- Risikoatferd

Sosiale konsekvenser

- Problemer i utdanning- og arbeidssituasjon
- Relasjonelle problem (partner, familie og venner)
- Omsorgsevne
- Behov for endret bosituasjon
- Økonomiske problem
- Kulturelle rammebetingelser og æresbegreper

Proaktiv oppfølging

- Styrke den utsattes evne til å dekke egne behov
- hjelpe de til å håndtere stressreaksjoner
- Styrke følelse av håp
- Få funksjon tilbake
- Kartlegge hvem de har i sitt nettverk

Når blir hendelser traumatiske

- Hendelsene overstiger personens kapasitet til å integrere hendelsene i ens øvrige erfaringer
- Det er **uvirkelig**.
- Personen klarer ikke virkeliggjøre/ta inn over seg hendelsene og deres konsekvenser og mening
- Klarer ikke integrere hendelsene i ens autobiografiske/private hukommelse

Manglende integrering skjer når

- En unngår traumatiske minner
- En undertrykker tanker om de traumatiske hendelsene
- En har negative tanker om de påtrengende traumerelaterte minnene, eller er utkjørt.

Når blir hendelser traumatiske

- Overgeneralisering av fare
- Sterkt fokus på fare
- Sikkerhetsatferd - unngåelse

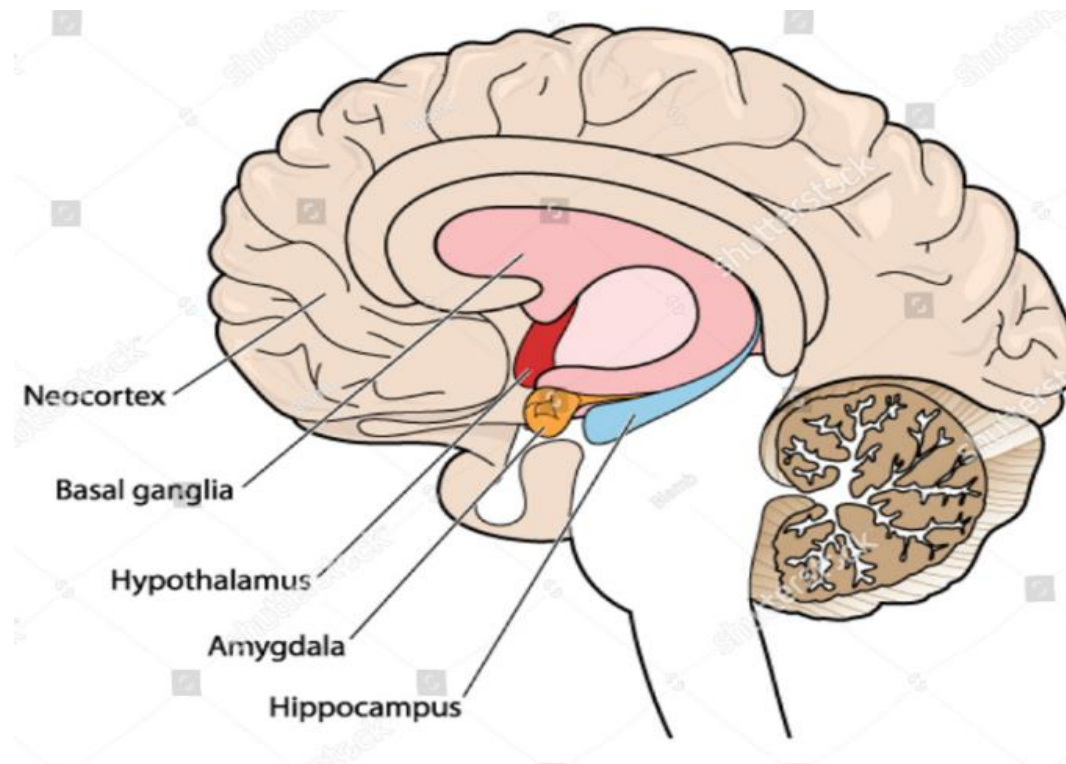
Beredskap

- Kroppen er i en konstant beredskapstilstand
- Muskelspenninger og smerter, hodepine, mage- og tarmsymptomer
- Søvn- og konsentrasjonsproblemer
- Endringer i oppmerksomhetsfokus
- Utmattelse og utslitthet

Hva påvirker sannsynligheten for å søke hjelp?

- Tidligere behandling for psykiske plager
- Depressive symptomer
- Økt alkoholforbruk

Hjernens alarmsystem



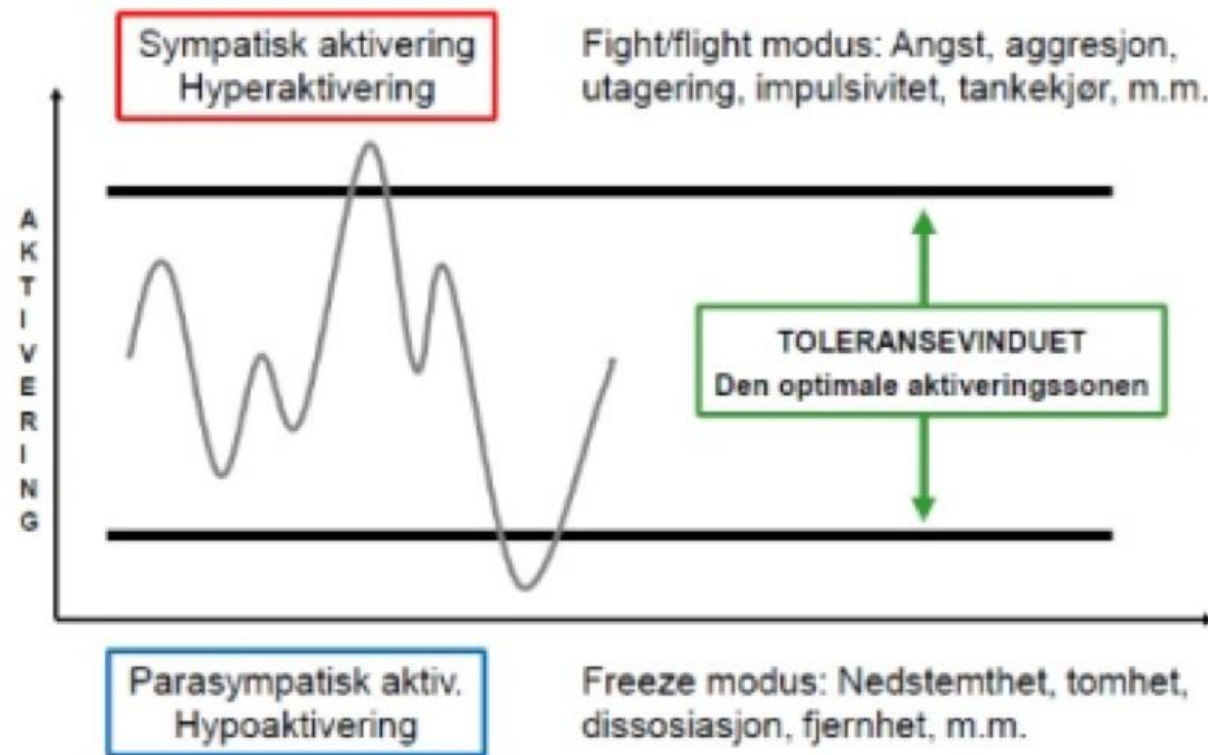
Nevrobiologisk perspektiv

- Sensitivisering av alarmsystemet og hemning av reguleringsystemet (gjenopplevelser)
- Blir mer på vakt og unngår det som minner om (unngåelsesreaksjoner)
- Blir generelt mer anspent (overaktiveringsreaksjoner)

Normale reaksjoner: hjernen er programmert for å huske farlige situasjoner

Toleransevinduet

Toleransevinduet, et nyttig verktøy





Affektregulering

- Problemer med å regulere affekt
 - Skal mindre til for å komme i sterk affekt som for eksempel angst og sinne
 - Evnen til å kontrollere og regulere disse affektene
 - Ting som minner kan være nok til å utløse affekt

Hva hjelper?

- Proaktiv
- Ikke støttekonsultasjoner
- Må få redskaper til å håndtere stressreaksjoner
- Tørre å snakke om selve hendelsen/ redusere intensiteten i reaksjonene
- Få integrert at faren er over

Behandlingsforholdet

- Relasjon og allianse
- Aksept, varme og omsorg
- Validere/gyldiggjøre (så bra at du delte dette, jeg skjønner godt at du følte sånn, det hørtes vondt ut)
- Empati (evnen til å sette seg inn i andres følelsesliv)
 - Kunne skille mellom egne og andres følelser
- Positive forventninger

Sentrale aspekter ved oppfølging

- Oppfølgingen skal hjelpe dem til å bearbeide overgrepet
- Redusere stressreaksjoner
- Være mer tilstede her og nå
- Avbetinge/reducere frykt og angst
- Endre hvordan de ser på seg selv
- Gi dem kontroll

Oppfølging

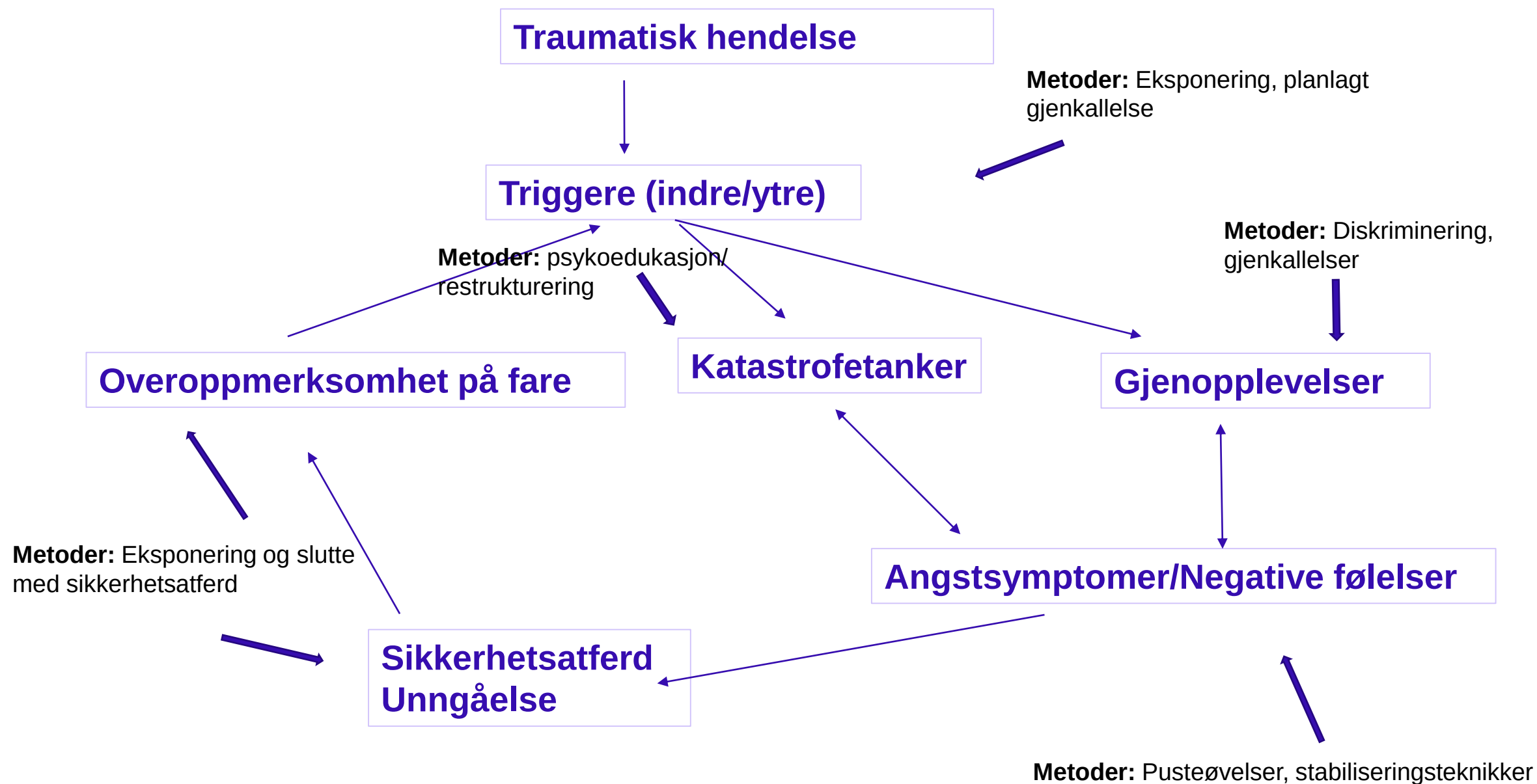
- Undersøke hvordan de forholder seg til overgrepet
- Kartlegge reaksjoner
- Engasjere pasienten i en målsetning med oppfølgingen

Oppfølging

- Hva de plages med?
- Hva som trigger det?
- Hva de gjør for å mestre?

Traumefokusert kognitiv atferdsterapi

- Stabilisering/Affektregulering
- Psykoedukasjon
- Angsthåndtering
- Eksponeringstrening
- Stressmestring/avspenning
- Bearbeiding av hendelsen – kognitiv prosessering
- Reparere tillit til andre
- Fremtidig sikkerhet



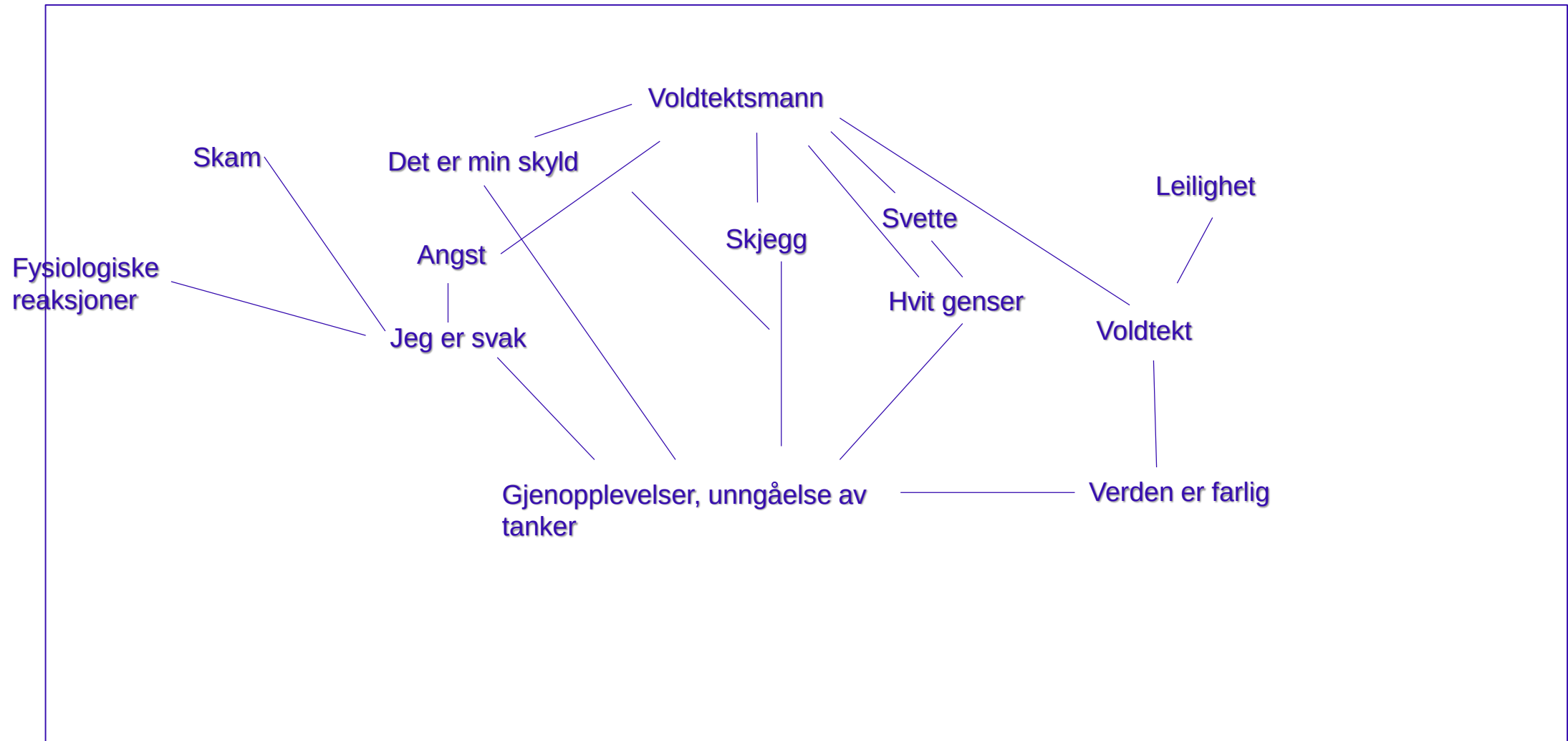
Hva arbeides det med

- Negative tanker og vurderinger av den traumatiske hendelsen
- Erindring av hendelsen/usammenhengende og uorganisert innkoding av minner
- Triggere
- Uhensiktsmessige mestringsstrategier
- Opplevelse av en vedvarende trussel

Kasuistikk

Sara er 21 år og blir voldtatt etter en fest i sin egen leilighet. Hun er beruset og har flørtet litt med en mann på festen. Han har mørkt hår og skjegg og har på seg hvit hettegenser. Da festen er slutt spør han om han kan få overnatte på sofaen. Noe hun gir han lov til. Noen timer senere våkner hun av at han er i sengen hennes, han presser seg oppå henne og hun prøver å gjøre mottastand, men han er sterk og trenger inni henne.

Fryktstruktur



Psykoedukasjon

- Pasienter får kunnskap og informasjon om symptomer og reaksjoner

Kognitiv restrukturering

- Utfordring av feilaktige antakelser og tolkinger av seg selv, hendelsen, andre og verden
 - jeg er svak, det kommer til å klikke for meg, jeg er ødelagt og kommer ikke til å bli meg selv igjen.

Angsthåndtering

- Psykoedukasjon
- Pusteøvelser
- Eksponeringstrening

Eksposeringstrening

- Pasienten skal gradvis utsette seg for det en frykter

Pårørendestøtte

- Seksuelle overgrep rammer pårørende
- Tilbud om dette

Faglig veiledning

- For å vedlikeholde og utvikle kompetanse
- Faglig fellesskap - delekultur
- Forebygge utbrenthet: (rolleavklaring)
 - Yrker, der jobben gjør noe med deg



Tre fokus i veiledning

- Det som handler om pasienten: forståelse og analyse av pasienten
- Det som handler om den som blir veiledet: reaksjoner, læringsbehov, motoverføring
- Det som handler om metoden: hvordan det skal handles i en sak

Debriefing

- Fokus på hjælper og dens følelser

Hva tenger dere?

Meg/følelser

Pasienter/fag

Debriefing

Veiledning

Konsultasjon

Takk for oppmerksomheten - spørsmål

