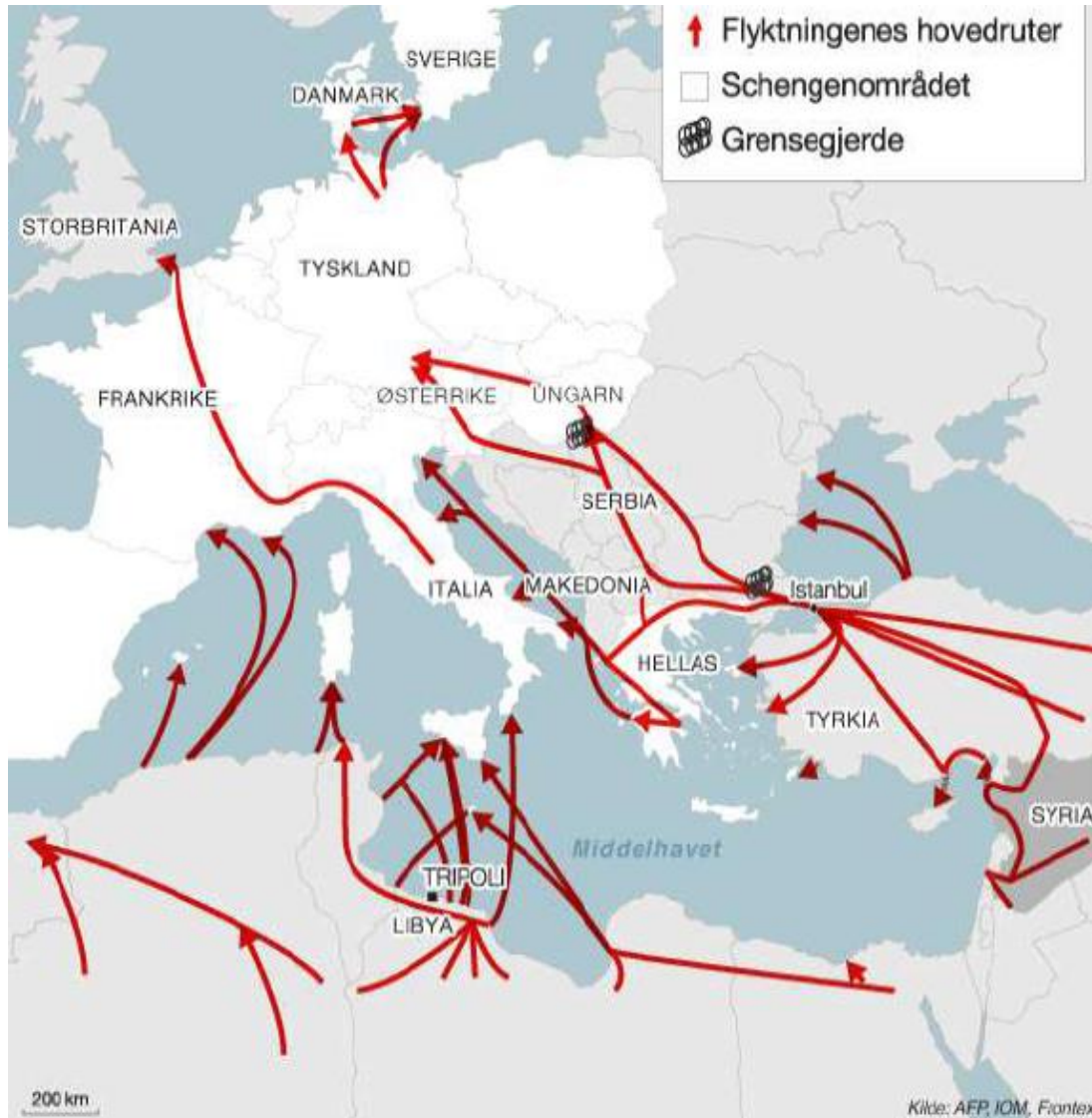




**Psykologisk behandling av enslige mindreårige
asylsøkere med komplekse traumer**

September konferansen Bergen (2016)

V Anders Lundesgaard RVTS Nord



enslige mindreårige asylsøkere asylankomster i Norge

År	Antall enslige mindreårige (EMA)	Totalt antall asylankomster	Andel EMA i %
2008	1373	14 431	9,5
2009	2500	17 226	14,5
2010	892	10 064	8,9
2011	858	9 053	9,5
2012	964	9 785	9,9
2013	1070	11 983	8,9
2014	1204	11 480	10,5
2015	5297	31 145	17,5

UDI anslår at totaltallet for EM kan bli like under 5000, og enda høyere neste år. Om lag 1000 EMA vil i 2015 være under 15 år – klart stigende tendens

Land	2014	Antall	2015
Eritrea	409		717
Afghanistan	324		2000
Somalia	185		144
Syria	66		537
Statsløse (personer uten oppgitt statsborgerskap)	40		50
Etiopia	36		144

Psykisk helse blant asylsøkere i et asylmottak

(n=85) (*jacobsen sveeas et al.2007*)

- 46% PTSD
- 34% depresjon
- 26% angst
- 29% somatoform lidelse
- 1.5% psykose

Traumatiske erfaringer blant asylsøkere

(Jacobsen, Sveaas et al.2007)

- 76% nært drept
- 67% opplevd drap på nære
- 57% torturert
- 31% kvinner er voldtatt.

- 50% farløse.
- 20 % hadde mistet begge foreldrene sine.
- 50 % hadde opplevd krigshandlinger,
- 50% vitne til vold mot andre.
- 80 % opplevd psykisk mishandling og følt seg truet på livet.
- (Jakobsen M., Demott M. A. M., Heir T. 2014)

Enslige mindreårige og psykisk helse

(Jakobsen M., Demott M. A. M., Heir T. 2014)

- Studie av 160 nyankomne enslige mindreårige mellom 15 og 18 år (fra Somalia og Afghanistan)
- 42 prosent hadde minst én psykiatrisk diagnose.
- 16 prosent depresjon
- 10 prosent hadde angstlidelser
- 30 prosent posttraumatiske stresslidelser (PTSD).
- Hovedproblemet var gjenopplevelser av traumatiske hendelser og dårlig søvn

Seksualisert vold

Kvinner og barn ekstremt sårbare i krig og under flukt.

Voldtekt som systematisk ledd i krigføring.

Unge kvinner som krigsbytte.

- Kan oppleves som en verre skjebne enn å dø
- Graviditet, - bære frem et uønsket barn av fienden
- Seksualisert vold, - også mot menn
- Mange overgrep i flyktningleire

Hvorfor forteller de ikke om overgrep

- Skam og ærbarhet
- Konsekvenser av å fortelle, maktstrukturer
- Utrygghet og mistillit
- Hukommelsestap /dissosiasjon
- Religiøse årsaker /guds vilje
- Forstår ikke sammenheng mellom traumer og plager.

“Barndom påvirker helse mer enn krig”.

(Opaas, Varvin 2015)

- Studie 54 pasienter med flyktningbakgrunn i DPS.
- Alvorlig depresjon og angst(alle)og PTSD (nesten alle)
- Barndomstraumer sterkere sammenheng med psykisk helse og livskvalitet enn krigstraumer /menneskeretts brudd før og under flukt.
- Ulike symptomer:
- **Barndomstraumer:** uro ,søvn, vansker med regulere følelser, generell livskvalitet.
- **Krigstraumer:** gjenopplevelser.

Traumereaksjoner redefinert

1. Endringer i affektregulering (inkl. sinne og selvdestruksjon)
2. Endringer i bevissthet (dissosiasjon/depersonalisering)
3. Endringer i selvoppfattelsen (skyld, skam, lavt selvbilde)
4. Endringer i meningssystemer (håpløshet/avmakt)
5. Endringer i relasjonsevne (å stole på/føle seg nær andre)
6. Somatisering og/eller medisinske problemer
7. Integrering av overgriperers meningssystem

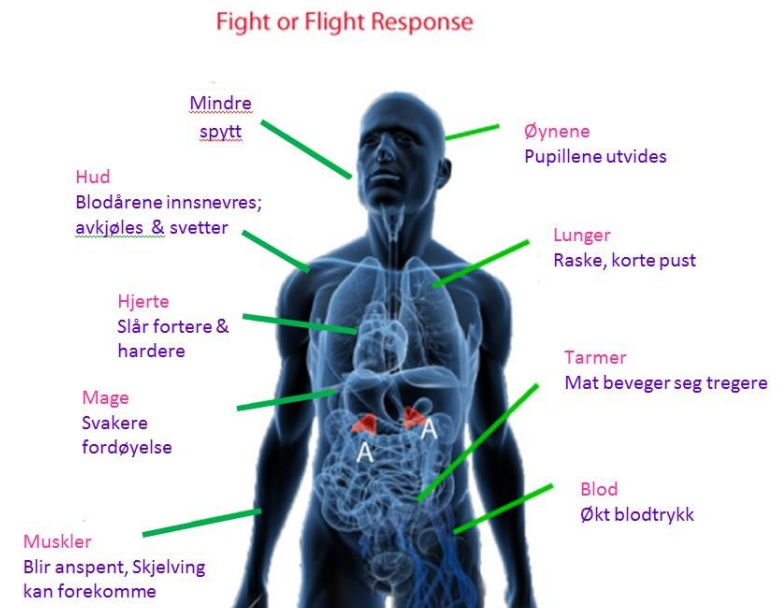
**(utviklingstraumer /Developmental trauma
disorder neste DSM?)**

Vi møter ungdom som

- Blir lett oppbrakt av små problemer
- Har vansker med å berolige seg selv
- Problemer med å kontrollere (sterke) følelser av tristhet
- Problemer med å kontrollere (sterke) følelser av sinne
- Opplever fysiske problemer
- Nummenhet eller unngåelse av følelser.
- Dissosiative anfall besvimelser
- Søvnproblemer og mareritt

Kropp og Traume

- Flyktninger har mer:
 - Traumelidelser
 - Presenterer oftere med somatisk symptomer.
 - Mer medisinsk uforklarlige symptomer
 - Mer somatisering



Kroppslige reaksjoner

- Hyperaktivering; på vakt, skvetten, anspent, muskelspenninger
- Søvn problemer og mareritt
- Endret matinntak, spiser for mye/for lite
- Fordøyelsesproblemer
- Nedsatt immunforsvar



ICD -10 og dissosiasjon

“Det som er felles for dissosiative lidelser er delvis eller fullstendig tap av den normale integrasjon mellom erindringer om fortiden, identitetsbevissthet og umiddelbare sansefølelser, og tap av kontroll over kroppsbevegelser.”

(Fra innledningen til kapitlet om dissosiasjon, F 44)

Mentaliseringssvikt

- Begrepet belyser sammenhengen mellom evne forstå egne følelser og til å tolke sosiale signaler.
- Hos mennesker med kompleks PTSD (relasjonstraumer) er utvikling av begge dimensjoner svekket.
- De strever både med kontakten innover med egen kropp og egne følelser, og med kontakten utover i forhold til å leve seg inn og tolke andre menneskers tanker og følelser.

Relasjonelle konsekvenser av relasjonstaumer

- Reguleringsvansker: Unngår eller blir overveldet av egne følelser.
- Mistolker sosiale signaler
- Kan ikke stole på andre , alene i verden
- Mangler egen verd
- Strever med selv bebreidelse og skam



I kjølevannet av traumer : *skam*, en sosial følelse

- Skam som (skjult) sosial smerte.
- Opplevelsen av ydmykelse mindreverd og avmakt.

indre skam :
Såret/endret selv følelse.

ytre skam: endring i nære
relasjoner,
endring i sosial status

Kollektiv skam i æreskulturer



skam, en relasjonell følelse

- Skam utover: aggresjon

- Skam innover depresjon

- Skjule skam for andre:

 isolasjon

Skjule skam for seg selv:


 dissosiasjon



Ikke bare traumer: Tap og sorg

- Sorg kan være ubearbeidet.
- Selvbebreidelser, maktesløshet, håpløshet, nedstemthet(depressive symptomer)
- Følelsene kan komme til uttrykk fysisk.
(somatiske symptomer)

Migrasjonstress

- Tap av hjem og kjente omgivelser
 - Tap av nettverk og familie.
 - Tap av kultur og samfunn
 - Tap av kjent arbeid og aktivitet
 - Bekymring dårlig samvittighet for etterlatte.
 - Ofte dårlige nyheter fra hjemlandet.
 - Tap av og helse
- 
- A thick yellow curved arrow pointing from the top left towards the bottom right, highlighting the final bullet point.
- Tap av og positiv identitet og verdighet

Akkulturasjonstress

- ***Tilpasning til en ny, dominant kultur***
- Læring av språk og kulturelle spilleregler
- Læring av systemer og samfunnsstruktur
- Risiko for:
- Manglende mestring og mindreverdsfølelse.
- Diskriminering, mistillit og marginalisering.
- Avmakt og sinne.

Belastende asylsøkerperiode, faktorer

- Lang ventetid – og ofte stor usikkerhet mht utfallet av asylsøknaden.
- Man frykte tilbakesending – tvungen retur.
- Passiv tilværelse, lite innflytelse over hverdagen
- Dårlige boforhold, trange leiligheter
- Uro og konflikter på mottaket.
- Dobling av PTSD angst og depresjon de første 4 år i eksil.
-

Veivisere i behandling

- Å være vitne til historie og identitet
- Relasjonsarbeid trygghet og tillit
- Tilstedeværelse, inntoning og samregulering
- Traumebevisshet og utviklingsstøtte.
- Fokus på mestring og resiliens
kroppsbevisshet og bevegelse.
Makt og avmaktbevisshet
kontekst- og kulturbevissthet.
Refleksjon over egen rolle

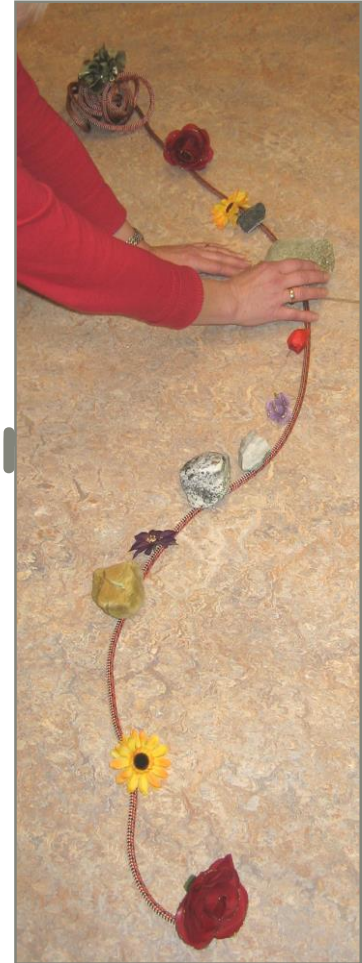
▪

Å være vitne til historien
Det vonde og det gode i livet.

Identitet:
viktige erfaringer og relasjoner

emosjonelle kjernetema

Livslinjen (fra NET)



Identitet historie og egenverd

- Du har hatt det vanskelig, du overlever.
- Du har viktige mennesker i dit liv du betyr noe for andre
- Du har styrke og mot , du har verdier, du fortjener respekt.
- Du har en historie du har en fremtid

Veivisere i behandling

Forskning på fellesfaktorer i terapi *(Wampold, B. E. (2011)).*

- Den terapeutiske alliansen og kvaliteten på samarbeid mellom terapeut og pasient er avgjørende for utfallet av behandling, uavhengig av teoretisk forankring eller metode.
- Det forutsetter imidlertid at terapeuten er godt skolert og evner å formidle behandlingen, slik at pasienten både kan forstå og akseptere den.
- Behandling må tilpasses behandling til den enkelte pasients egenskaper, preferanser og kulturelle bakgrunn.

Veivisere i behandling: Fellesfaktorer i terapi for *PTSD*:(*Wampold et al 2010*)

- Et logisk psykologisk rasjonale som pasienten kan godta.
- En systematisk behandling som er i tråd med det terapeutiske rasjonalet.
- Bygge følge med på og gjøre tilpasninger trygg og respektfull terapeutisk relasjon.
- Samarbeid og enighet om oppgaver og målsetninger i terapi.

Fellesfaktorer i terapi for *PTSD*:

- Å fremme håp og bidra til en opplevelse av mestring (self efficacy)
- En anledning til å fortelle om det traumatiske.(narrativ)
- Å sikre seg at pasienten føler seg trygg særlig nå den er offer for overgrep alvorlig traumatisering.
- Lære personen å unngå å utsette seg for nye overgrep.

Fellesfaktorer i terapi for *PTSD*:

- Identifiserere ressursser:
 - Styrke. overlevelses ressurser.
 - Intra- personlige ressurser,
 - Interpersonlige ressurser.
 - Bygge resiliens/motstandskraft
- Undersøke sammenhengende mønstre i samspill og hendelser.
- Eksponering til traumatiske minner.
- Å skape mening å gjøre hendelser og egne reaksjoner forståelige meningsfulle.

Fellesfaktorer

- Å tillegge endring til egne anstrengelser.
- Å oppmuntre til å søke og anvende sosial støtte.
- Å forebygge tilbakefall.

Veivisere i behandling

Makt og avmaktbevissthet:

Anerkjenne opplevelse av avmakt, undertrykkelse og marginalisering:

Å redusere maktulikhet : *Empowerment* (styrking)
Samarbeid basert på likeverd og medvirkning.

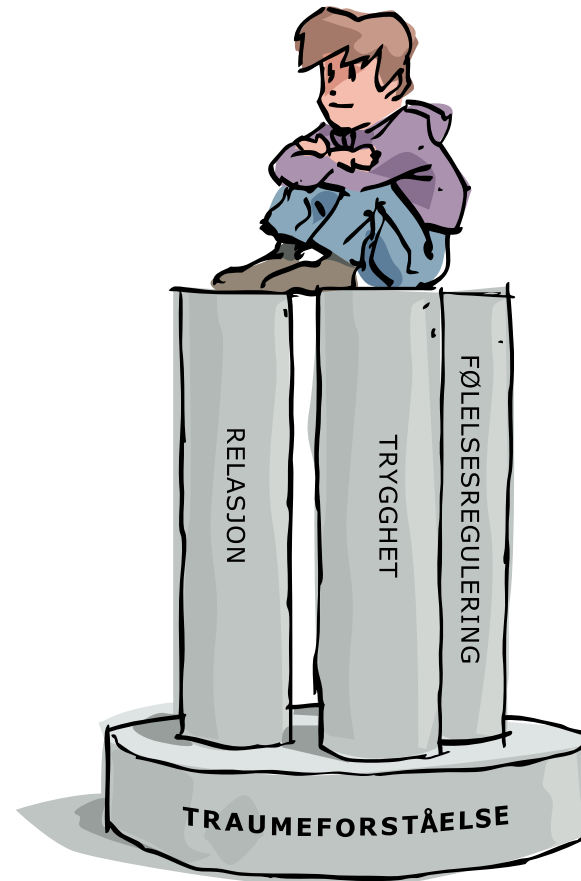
advocacy (å være en talsperson) en utvidet terapeutrolle.

Komme i møte ifht til hjelp til andre problemer –.

NB. Betydning av dokumentasjon og helserklæringer.

Traumeutsatte trenger miljøer som baserer seg på følgende tre grunnpilarer

- trygghet
- relasjon
- Følelsesregulering.



1. Trygghet

- Traumatiserte barn /ungdom utvikler gjerne utrygghet og mistillit til andre.
- Tilfriskning er avhengig av en trygg atmosfære.
- Preget av forutsigbarhet, tilgjengelighet, ærlighet og åpenhet.
- De trenger medbestemmelse og oppleve kontroll over sine omgivelser

2. Relasjon

- Heling skjer i relasjoner som er preget av trygghet, tillit og mestring.
- Behandlingsforskning viser at relasjonen har en størst betydning for utfallet av behandling.

Affektregulering

Affektregulering/selv regulering med aktiv lytting, med evne til å gi uttrykk for følelser og til å reflektere.

- *bevisstgjøring* av egne impulser tanker og følelser.
- *Tilstedeværelse* ("mindfulness") og kroppsbevissthet

Fokus på relasjoner og samregulering i behandling (og i samtalen med tolk)

- **Tilstedeværelse**
- **Inntoning**
- **Samregulering**

- Ansiktsuttrykk
- Kroppsspråk
- Rytme
- Toneleie
- Sette ord på/navngi



Fokus på mestring

- • **Kjerne ressurs er rolig kropp!**
- • Gode minner
- • Gode relasjoner
- • Gode øyeblikk
- • Gode steder
- • Gode bevegelser, lyder, lukter, fornemmelser
- • Gode tanker

Fokus på resiliens

- Å være resilient betyr å komme seg etter belastninger uten varige men.
- Resiliens handler om indre og ytre ressurser, kilder til motstandskraft i møte med potensielt traumatiserende erfaringer..
- Det er god traumebehandling å finne frem til, anerkjenne og styrke ressurser hos den enkelte og i sin relasjon til andre.

Resiliens , indre ressurser og egenskaper

- Trygg tilknytning
- Personlige ressurser som: godt lynne, et godt hode, god fysikk og robust og kreative ferdigheter.
-
- Sosiale ferdigheter med evne til selv regulering og selv refleksjon.(sammenheng med trygg tilknytning)
- Opplevelsen av kontroll og mestring.
- Opplever at egne erfaringer gir mening i en større sammenheng.

Resiliens: nære relasjoner

- Trygg tilknytning til en eller begge foreldrene og til ektefelle og barn eller andre nære personer er blant de viktigste beskyttende faktorer.
- Gode struktur rutiner og meningsfylt innhold i hverdagen.
- Ritualer som skaper mening og kontinuitet.
- Sterke slektsbånd og felles familie verdier er også av betydning

Resiliens: utenfor familien

- I alle fall en person ser en eller bryr seg under oppveksten.
- Gode relasjoner i form av vennskap, fritidsaktiviteter eller annen gruppetilhørighet er også av betydning.

Resiliens på samfunnsnivå:

- Kulturelle ressurser:
- Identitet
- Verdsatte roller oppgaver
- Viktige verdier
- Helende ritualer

Kulturformuleringen i DSM.

- **Kultur, kontekst og psykopatologi**
- **Manual for diagnostisk intervju basert på kulturformuleringen fra DSM-IV.**
- *(Baarnhielm, S.et AL. NAKMI 2010, i samarbeid med norsk psykologforening og norsk psykiatrisk forening)*

KULTURELL IDENTITET

- **1- Hvilken gruppe/grupper viktig for deg og som du føler du hører til?**
- **(Hvordan er det ift det norske?)**

SYKDOM/UTTRYKK/MENINGSKAPNING

- **1-Hva tror du årsaken til plagene/sykdommen er?**
- **2-Hvilke hjelp ville du oppsøkt i hjemlandet ditt?**
- **3-Hva ville familien og de andre rundt deg ment om dette?**

PSYKOSOSIAL FUNGERING/STØTTE

- **1- På hvilke måte påvirker plagene din hverdag?**
- **2- Kan du å snakke med noen om dette?**
- **3- Er det noe i din hverdag som er til hjelp for deg (tro, trossamfunn, familie, venner...)**

MIGRASJON/AKKULTURASJON

- **1-Hvorfor/hvordan kom du til Norge?
(flukten før, under, etter)**
- **2- På hvilken måte har livet ditt blitt påvirket
av å flytte til Norge, kontakt med det nye vs.
Det har man flyttet fra?**

RELASJON TIL KLINIKEREN

- **1- Hvordan synes du det har vært å snakke med meg i dag?**
- **2- Synes du jeg har forstått deg?**
- **3- Er det noe jeg burde spurt deg om?**

- **REFLEKSJON**
- **1- Klinikerens refleksjon over relasjonen til klienten, egen forståelse og mulighet til å forstå klientens plager og situasjon.**

INDIVIDUALIS
TISK

KOLLEKTIVIST
ISK

MÅL

Autonomi

Felleskap

Mestring

Harmoni

INDIVIDUALIS
TISK

KOLLEKTIVIST
ISK

MÅL

Autonomi

Felleskap

Mestring

Harmoni

TRAUME

Reaksjon

*Jeg klarer ikke å
mestre ting alene*

Jeg er uselbstendig

*Jeg sviktet
felleskapet*

Jeg er selvopptatt

Ikke PTSD

PTSD

Ikke PTSD

- Baarnhielm, S.et AL. 2010, *Kultur, kontekst og psykopatologi. Manual for diagnostisk intervju basert på kulturformuleringen fra DSM-IV*. NAKMI i samarbeid med norsk psykologforening og norsk psykiatrisk forening)
- Brom D.et al. et al. (2009) *Resilience as the Capacity for Processing Traumatic Experiences, Treating Traumatized Children*, Ed: Brom, D. et al. Routledge, NY.
- Berg, Akiah(2015) Foredrag. Konferanse om traumer dissosiasjon og psykose. Kristiansand
- Cienfuegos et. al.(1983).*The Testimony of Political Repression as a Therapeutic Instrument..*
- Eide, K. og. Broch, T (Red)(2009) Enslige mindreårige flyktninger – Kunnskapsstatus og forskningsmessige utfordringer
- Eide, K.(red.) (2012) Barn på flukt Psykososialt arbeid med enslige mindreårige Gyldendal

- Hodas, R.G (2006), *Responding to childhood trauma: The promise and practice of trauma informed care.*
- Jakobsen M., Demott M. A. M., Heir T. *Prevalence of Psychiatric Disorders Among Unaccompanied Asylum-Seeking Adolescents in Norway,* in *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health.* Juni 2014.
- Opaas, M., & Varvin, S. (2015). *Relationships of childhood adverse experiences with mental health and quality of life at treatment start for adult refugees traumatized by pre-flight experiences of war and human rights violations.* The Journal of nervous and mental disease, 203(9), 684-695.
Oppedal, Seglem, Jensen(2009)
"Avhengig og selvstendig – enslige mindreåriges stemmer i tall og tale " rapport FHI og IMDi,

- Fonagy, et al. (2004): *Affect Regulation, Mentalisation, and the Development of the Self*. Karnac, London,
- Schauer et al. (2005) *Narrative exposure therapy: A Short Term Intervention for PTSD after war Terror and Torture*. Hogrefe
- Wampold et al 2010. *Determining what works in PTSD*. Clinical Psychological Review
- Waaktaar, T.& Christie, H. J. (2000). *Styrk sterke sider. Håndbok i resiliencegrupper for barn med psykososiale belastninger*.