

**BEHANDLING AF MENNESKER
MED KOGNITIVE
FUNKTIONSNEDSÆTTELSER UDSAT
FOR SEKSUELLE OVERGREB**

Psykoterapeutisk guide

Publikationen er udgivet af
Socialstyrelsen
Edisonsvej 18, 1.
5000 Odense C
Tlf: 72 42 37 00
www.socialstyrelsen.dk

Forfatter: Socialstyrelsen
Udgivet: 28-11-14
Der kan frit citeres fra rapporten med angivelse af kilde.

ISBN: 978-87-93277-09-0
Digital ISBN: 978-87-93277-10-6

Dette er én udgivelse af tre om behandling af mennesker med kognitive funktionsnedsættelser udsat for seksuelle overgreb.

Denne udgivelse er en guide til behandling. Der er yderligere udgivet:

- *Behandling af mennesker med kognitive funktionsnedsættelser udsat for seksuelle overgreb. Introduktion.*
- *Evaluering af en psykoterapeutisk guide til behandling af mennesker med kognitive funktionsnedsættelser udsat for seksuelle overgreb.*

Alle tre udgivelser kan downloades fra www.socialstyrelsen.dk.

Indhold

Forord	4
1. Indledning	5
1.2. Om den psykoterapeutiske guide	6
1.3. Udviklingsprocessen bag den psykoterapeutiske guide	6
1.4. Anvendelse af den psykoterapeutiske guide	7
1.5. Læsevejledning	7
2. Målgruppe for behandlingen	8
2.1. Kognitive funktionsnedsættelser	9
2.2. Seksuelle overgreb og følgevirkninger	10
2.3. Problemforståelse og motivation	10
3. Trin og kernelementer i den psykoterapeutiske guide	11
4. Rammer og struktur	13
4.1. Visitation	14
4.2. Afdækning	15
4.3. Informeret samtykke og tavshedspligt	16
4.4. Samarbejde med socialpædagogisk botilbud	17
5. Forudsætninger for behandlingsforløbet	19
5.1. Samarbejde med socialfagligt personale	20
5.2. Praktisk hjælp og koordination	23
5.3. Relationsarbejde og kommunikation	23
6. Behandlingen	26
6.1. Struktur for behandlingsforløbet	27
6.2. Struktur for den enkelte behandlingssession	29
6.3. Psykoedukation	30
6.4. Bearbejdning af følgevirkninger	31
6.5. Udvikling af mestringsstrategier med et forebyggende sigte	37
6.6. Afrundning	39
7. Bilagsmateriale	41
Bilag 1: Skema til telefonscreening	42
Bilag 2: Skema til visitation	46
Bilag 3: Skema til afdækning	52
Bilag 4: Skema til samtykkeerklæring	56
Bilag 5: Skema til samarbejdsaftale med støtteperson	58
Bilag 6: Informationer til støttepersoner	59
Bilag 7: Skema til behandlingsplan	61
Bilag 8: Skema til afslutning af behandlingsforløb	62
Bilag 9: Diagnosekriterierne for Posttraumatisk stressyndrom	63

Forord

Mennesker med kognitive funktionsnedsættelser er i større risiko for at blive udsat for seksuelle overgreb end den øvrige befolkning, og de har, som alle andre mennesker, behov for og ret til hjælp og behandling, hvis de har været udsat for et seksuelt overgreb. Selvom følgevirkningerne af seksuelle overgreb er sammenlignelige med følgevirkningerne hos ofre for seksuelle overgreb i den øvrige befolkning, har mennesker med kognitive funktionsnedsættelser behov for en anden form for behandling, som er tilpasset og målrettet deres særlige behov. Det er netop de personer, der ikke nødvendigvis selv kan søge hjælp eller give udtryk for deres problemer, vi som samfund har et ansvar for at hjælpe.

Som led i satspuljeaftalen i 2010 blev der afsat 4,5 millioner kroner til udvikling af en metode til behandling af mennesker med udviklingshæmning, der har været udsat for seksuelle overgreb. På den baggrund har Socialstyrelsen udviklet og afprøvet en psykoterapeutisk guide til behandling af menneske med kognitive funktionsnedsættelser udsat for seksuelle overgreb i samarbejde med Center for Voldtægts ofre i Aarhus, Center for Seksuelle Overgreb i København samt en ekspertgruppe bestående af fagfolk på området. Behandlingen er afprøvet og tilpasset specifikt til denne målgruppes særlige behov, og afprøvningen har vist lovende resultater.

Jeg håber, at denne behandlingsguide vil være til inspiration i det fremtidige arbejde med behandling og forebyggelse af seksuelle overgreb på mennesker med kognitive funktionsnedsættelser. Ligeledes håber jeg, at guiden kan bidrage til en endnu større forståelse og anerkendelse af, at mennesker med kognitive funktionsnedsættelser også har gavn af og brug for psykologisk behandling, og at det nytter at tilbyde dem det!

God læselyst.



Knud Aarup
Direktør, Socialstyrelsen

Indledning



1. Indledning

Mennesker med kognitive funktionsnedsættelser er i højere risiko for at blive udsat for et seksuelt overgreb end andre. Det konkluderer et studie¹, der har gennemgået international litteratur om seksuelle overgreb på borgere med kognitive funktionsnedsættelser. Litteraturstudiet peger også på, at forebyggende initiativer kan nedsætte risikoen. Endvidere viser studiet, at de følgevirkninger, mennesker med kognitive funktionsnedsættelser oplever efter seksuelle overgreb, er sammenlignelige med følgevirkningerne hos ofre for seksuelle overgreb i den øvrige befolkning. Det er derfor væsentligt, at mennesker med kognitive funktionsnedsættelser, der har været udsat for seksuelle overgreb, tilbydes relevant behandling.

Denne udgivelse beskriver en psykoterapeutisk guide til behandling af mennesker med kognitive funktionsnedsættelser, der har været udsat for seksuelle overgreb. Den giver en ramme og struktur for, hvordan psykologer kan organisere og gennemføre et behandlingsforløb med klienter i målgruppen.

Guiden er blevet til i forbindelse med et tre-årigt udviklingsprojekt. I den forbindelse har Socialstyrelsen gennemført en international kortlægning af metoder til behandling af mennesker med kognitive funktionsnedsættelser udsat for seksuelle overgreb. Med afsæt heri har en gruppe behandlere og faglige eksperter udviklet den psykoterapeutiske guide, som under udviklingsprojektet er afprøvet – og løbende justeret – i behandlingen af 25 klienter mellem 17-51 år. Det endelige produkt er Socialstyrelsens ansvar.

LÆS MERE I SUPPLERENDE UDGIVELSER

Udgivelsen, *Behandling af mennesker med kognitive funktionsnedsættelser udsat for seksuelle overgreb. Introduktion*, giver en kort introduktion til guiden. Målgruppen for guiden og behandlingen beskrives mere detaljeret – bl.a. med fokus på beskrivelse af kognitive funktionsnedsættelser. Endvidere er de væsentligste resultater fra afprøvningen af den psykoterapeutiske guide samlet i udgivelsen, herunder dokumenterede virkninger for målgruppen samt centrale erfaringer med implementeringen af guiden.

Evalueringsrapporten, *Evaluering af en psykoterapeutisk guide til behandling af mennesker med kognitive funktionsnedsættelser udsat for seksuelle overgreb*, fra Rambøll Management indeholder en dybdegående analyse og beskrivelse af centrale erfaringer med afprøvningen af den psykoterapeutiske guide, herunder også virkningen af guiden og behandlingen for de 25 klienter, der har modtaget behandling for seksuelle overgreb. *Udgivelserne kan downloades fra www.socialstyrelsen.dk*

1.2. Om den psykoterapeutiske guide

Mennesker med kognitive funktionsnedsættelser, som har været udsat for seksuelle overgreb, er i lighed med andre en sammensat gruppe med vidt forskellige personligheder, vanskeligheder og opvækstvilkår. De har været udsat for forskellige typer af overgreb på forskellige alderstrin, og også deres følgevirkninger varierer. En behandlingsmåde, som er anvendelig for alle i målgruppen, må derfor rumme mulighed for fleksibilitet og tilpasninger samt en stor grad af følsomhed over for det enkelte menneske. Den psykoterapeutiske guide indeholder derfor ikke én teoretisk ramme og udgør ikke én metode, men er sammensat af flere metodiske elementer hentet fra forskellige terapeutiske retninger.

Erfaringerne fra afprøvningen af den psykoterapeutiske guide hos Center for Seksuelle Overgreb, København, og Center for Voldtægtsofre, Aarhus, er hovedsageligt baseret på behandlingsforløb med klienter med udviklingshæmning. Således har kun én af de klienter, der har modtaget behandling i afprøvningen af guiden, haft en autismespektrumsforstyrrelse (ASF). Det er derfor ikke muligt at konkludere noget entydigt om guidens potentiale i behandling af klienter med ASF. Fem af de 25 klienter, der har deltaget i afprøvningen, har haft en hjerneskade, mens de resterende 19 klienter har været klienter med udviklingshæmning.

1.3. Udviklingsprocessen bag den psykoterapeutiske guide

Den psykoterapeutiske guide er resultatet af en udviklings- og afprøvningsproces i perioden 2012 til 2014, som har involveret behandlere og faglige eksperter. I forbindelse med udviklingen af guiden blev der nedsat en ekspertgruppe bestående af centrale danske videnspersoner på området. Ekspertgruppen var sammensat af personer med særlig viden i relation til behandling af seksuelle overgreb og mennesker med kognitive funktionsnedsættelser, heriblandt repræsentanter fra de behandlingstilbud, der stod for afprøvningen af guiden.

Guiden er dels sammensat på baggrund af resultaterne af en international og national kortlægning af metoder til behandling af mennesker med kognitive funktionsnedsættelser udsat for seksuelle overgreb gennemført af Socialstyrelsen,

¹ Muff, E. (2001). "Seksuelle overgreb på mennesker med handicap – Et litteraturstudie" Socialt Udviklingscenter SUS

dels på baggrund af en afprøvning af guiden på de to centre; Center for Seksuelle Overgreb, København, og Center for Voldtægtsofre, Aarhus. Rambøll Management har på vegne af Socialstyrelsen gennemført en evaluering af afprøvningen med henblik på at afdække virkningen af den psykoterapeutiske guide. Herunder at identificere, hvilke implementeringsforudsætninger som skal være til stede, for en optimal anvendelse af guiden. I alt er den psykoterapeutiske guide afprøvet i 25 behandlingsforløb med klienter med kognitive funktionsnedsættelser, der har været udsat for seksuelle overgreb. Den psykoterapeutiske guide er primært baseret på tilgange, som ifølge national og international litteratur har vist gode resultater i forhold til behandling af klienter med udviklingshæmning. Disse tilgange er i forbindelse med udarbejdelse og afprøvning af guiden videreudviklet i en ekspertgruppe tilknyttet projektet.

1.4. Anvendelse af den psykoterapeutiske guide

Guiden er et arbejdsredskab for psykologer, der modtager eller ønsker at modtage klienter med kognitive funktionsnedsættelser, som har følgevirkninger efter seksuelle overgreb. Det er imidlertid centralt, at guiden ikke står alene.

PSYKOLOGENS FORUDSÆTNINGER

Anvendelsen af guiden og behandlingen forudsætter, at psykologen har kendskab til følgevirkninger af seksuelle overgreb og erfaringer med traumbearbejdning og traumeteknikker. Samtidig er det et godt udgangspunkt for behandlingen

og anvendelsen af guiden, at psykologen har en vis erfaring og kendskab til behandling af klienter med kognitive funktionsnedsættelser samt de problematikker og udfordringer, der knytter sig hertil.

Psykologer, som anvender guiden, kan søge råd og vejledning af psykologer fra Center for Seksuelle Overgreb, København, og Center for Voldtægtsofre, Aarhus, som har afprøvet den psykoterapeutiske guide i 25 behandlingsforløb. Er der behov for supervision, kan den fx tilkøbes hos Center for Voldtægtsofre, Aarhus.

1.5. Læsevejledning

Hvert kerneelement i den psykoterapeutiske guide følges af en kort beskrivelse af formål og mål samt en beskrivelse af fremgangsmåde og indhold. Guiden indeholder følgende:

- *Kapitel 2*, der beskriver målgruppen for behandlingen og anvendelsen af den psykoterapeutiske guide.
- *Kapitel 3*, der beskriver – og illustrerer – de enkelte trin og kerneelementer i den psykoterapeutiske guide.
- *Kapitel 4*, der beskriver rammer og struktur for behandlingen, herunder visitation, afdækning og samarbejde med socialpædagogiske botilbud.
- *Kapitel 5*, der indeholder en beskrivelse af centrale forudsætninger for behandlingsforløbet, herunder samarbejde med socialfagligt personale og støttepersoner og relationsarbejde og kommunikation.
- *Kapitel 6*, der handler om selve behandlingen, herunder struktur for behandlingsforløb og behandlingssessioner, psykoedukation samt teknikker til bearbejdning af følgevirkninger og udvikling af mestringsstrategier med et forebyggende sigte.

Bilagsmaterialet indeholder en lang række skemaer, der understøtter de forskellige trin og kerneelementer i den psykoterapeutiske guide.

Målgruppe for behandlingen

2



2. Målgruppe for behandlingen

Målgruppen for behandlingen er voksne mænd og kvinder, der har en kognitiv funktionsnedsættelse og har været udsat for et eller flere seksuelle overgreb. Nogle klienter vil være modtagere af socialpædagogisk bistand efter serviceloven, men behandlingen er også målrettet klienter, som ikke bor på et botilbud eller som modtager personlig og praktisk hjælp i eget hjem. I afprøvningen af guiden har alle klienter haft en støtteperson tilknyttet deres behandlingsforløb. Denne guide er derfor baseret på en aktiv inddragelse af støttepersoner.

2.1. Kognitive funktionsnedsættelser

Behandling med brug af den psykoterapeutiske guide er overordnet målrettet mennesker med:

- Udviklingshæmning
- Hjerneskade.

Typisk har klienterne et vidtgående behov for hjælp og støtte i deres hverdag. Indbefattet i målgruppen er også mennesker med begrænset talesprog. Hvis klienten har så omfattende funktionsnedsættelser, at vedkommende ud fra en psykologfaglig vurdering fx ikke kan profitere eller medvirke i dialog med psykologen, indgår klienten ikke i målgruppen. Det kan eksempelvis være, hvis klienten ikke reagerer på psykologens forsøg på kontakt, og der ikke kan etableres meningsfuld kommunikation på trods af relevant kompenserende støtte.

Klienternes kognitive funktionsnedsættelse har betydning for deres udvikling og deres måde at forstå og opleve omgivelserne. Ligesom alle andre er mennesker med kognitive funktionsnedsættelser vidt forskellige. Alligevel er der på nogle områder en række fællestræk. Det er fællestræk, der hænger direkte sammen med funktionsnedsættelsens karakter eller med den særlige livssituation, personen har på grund af sin funktionsnedsættelse. Fællestrækkene findes på følgende områder: Kommunikation, adfærd og følelsesmæssig udvikling. I nedenstående afsnit skitseres de tre områder kort. En uddybende beskrivelse findes i udgivelsen *Behandling af mennesker med kognitive funktionsnedsættelser udsat for seksuelle overgreb. Introduktion til den psykoterapeutiske guide*.

2.1.1. Kommunikation

Mennesker med kognitiv funktionsnedsættelse kan have kommunikationsvanskeligheder i form af problemer med at forstå udsagn og indtryk fra omverdenen og/eller vanskeligheder med selv at udtrykke sig.

Forståelse

En kognitiv funktionsnedsættelse kan blandt andet betyde, at evnen til at forstå er nedsat. Men mennesker med kognitive funktionsnedsættelser forstår ikke bare mindre – på nogle områder forstår de anderledes, og de kan have vanskeligt ved at forstå, hvad der spørges om. Det kan være svært for dem at placere en hændelse i tid, fastsætte tiden mellem to hændelser eller opstille begivenheder i kronologisk rækkefølge. De kan også have problemer med at fastholde opmærksomheden, og arbejdshukommelsen kan være nedsat. Det betyder, at det kan være svært at huske for eksempel beskeder og aftaler, og at de let afledes, hvis opmærksomheden skal deles mellem forskellige aktiviteter.

Udtryksfærdigheder

En kognitiv funktionsnedsættelse kan betyde, at evnen til at kommunikere er nedsat. Det kan være vanskeligt at udtrykke det, man gerne vil og ligeledes være vanskeligt for andre at forstå og tale med personen. Nogle mennesker med kognitive funktionsnedsættelser har intet eller begrænset talesprog og kommunikerer i stedet med alternative kommunikationsformer som tegn, billeder eller teknisk udstyr. Andre har et veludviklet talesprog, men kan eksempelvis have vanskeligheder med at aflæse ansigtsmimik, hvilket betyder, at andres meninger og hensigter kan være svære at tolke.

2.1.2. Adfærd

Mange mennesker med kognitive funktionsnedsættelser er afhængige af hjælp til personlig omsorg og støtte. Det kan have betydning for deres adfærd. Nogle kan være vant til, at kroppen berøres i forbindelse med hygiejne og behandling. Det kan påvirke følelsen af ejerskab over egen krop og gøre det svært at sætte grænser for kontakt. Mennesker med funktionsnedsættelser kan være uvidende om, at seksuelle overgreb ikke er normale, især hvis krænkeren er en af vedkommendes omsorgspersoner (pårørende, pædagog e.l.).

2.1.3. Følelsesmæssig udvikling

Hos mennesker med kognitive funktionsnedsættelser er den følelsesmæssige udvikling ofte ikke alderssvarende. De kan derfor have svært ved at forstå, rumme og håndtere egne følelser.

2.2. Seksuelle overgreb og følgevirkninger

Klienter i målgruppen skal have været udsat for et eller flere seksuelle overgreb. Der anvendes typisk en subjektiv definition af begrebet "seksuelt overgreb", idet det anskues som en overskridelse af den udsatte persons grænser. Det vil sige, at der kan være tale om en seksuelt krænkende handling, selvom krænkelsen hverken anmeldes til politiet eller rejses for domstolene.

Et seksuelt overgreb er en seksuel aktivitet, som klienten ikke har indvilliget i og/eller været i stand til at sige fra over for. Her kan der, for klienter i målgruppen, både være særlige forhold i relation til at kommunikere og sige tydeligt fra og til, ligesom nogle ikke vil være i stand til at forstå og overskue konsekvenserne af den seksuelle aktivitet. Klienten er en del af målgruppen, uanset hvornår overgrebet har fundet sted. Af samme grund kan behandlingen variere fra akut krisehjælp til behandling af senfølger.

For at være i målgruppen skal klienten have følgevirkninger efter det seksuelle overgreb. Ofte forekommende symptomer er:

- Ændringer i personlighed eller opførsel.
- Upassende seksuel opførsel.
- Tilbagetrækning.
- Søvnforstyrrelser.
- Tab af færdigheder/forringet funktionsniveau.
- Tab af eller reduktion i taleevne.
- Selvskadende adfærd.

Udover selve overgrebet kan en række faktorer påvirke følgevirkningerne:

- *Alder.* Jo yngre, des mere omfattende følgevirkninger.
- *Varighed.* Jo længere tid overgrebene forløber over, des mere omfattende kan følgevirkningerne blive.
- *Tvang, trusler og vold.* Vold, manipulation og trusler kan forværre følgevirkningerne.
- *Hemmeligholdelse.* Hemmeligholdelse kan forværre følgevirkningerne.
- *Ikke at blive taget alvorligt.* Hvis ofret ikke føler, at nogen tror på ham eller hende, kan det forværre følgevirkningerne.
- *Omgivelsernes reaktioner.* Både dramatiske og undgående reaktioner kan forværre følgevirkningerne.
- *Slægtskab.* Jo tættere slægtskab og/eller tillidsforhold ofret har til krænkeren, des værre kan følgevirkningerne blive.
- *Skyld.* Hvis ofret påtager sig skylden, kan det forværre følgevirkningerne.
- *Lyst.* Elementer af seksuel lyst hos ofret under overgrebet kan øge skamfølelsen og forværre følgevirkningerne.
- *Tidligere traumer.* Tidligere traumer og øvrige vanskeligheder på overgrebstidspunktet kan forværre følgevirkningerne².

Undersøgelser peger desuden på, at mennesker med kognitive funktionsnedsættelser ofte har opfattelsen af, at de er blevet udsat for overgreb på grund af deres funktionsnedsættelse, og på, at flere på grund af et lavt selvværd kan få en fornemmelse af, at de har fortjent overgrebet³.

En del af følgevirkningerne kan knyttes til PTSD (posttraumatisk stresssyndrom) eller kompleks PTSD. I bilag 9 ses en oversigt over typiske symptomer på PTSD.

2.3. Problemforståelse og motivation

Klienten skal selv indvillige i at deltage i behandlingen. Manglende motivation kan for eksempel bunde i, at klienten er usikker på, hvad et behandlingsforløb indebærer. I de tilfælde, hvor klienten ikke umiddelbart er motiveret, kan visitationssamtalen og de indledende samtaler – herunder psykoedukation – bruges til at afklare, hvorvidt klienten ønsker at modtage behandling. Det er vigtigt, at psykologen er opmærksom på, at der kan være et behandlingsbehov, selvom klienten ikke udviser motivation for behandlingen. Den manglende motivation kan også skyldes, at klienten ikke nødvendigvis har en forståelse af eksempelvis egen risikoadfærd. Både en funktionsnedsættelse og en traumatisering kan medføre, at klienten ikke opfatter sig selv som krænket. Vurderer personer omkring klienten – eksempelvis pårørende eller støttepersoner – at klienten har været udsat for overgreb og har følgevirkninger, skal psykologen i visitationen være opmærksom på, at vurderingerne ikke beror på personlige normer og holdninger til seksualitet. Se afsnit 4.4 for en præcisering af støttepersonens rolle og ansvar i behandlingen.

² Eknes, J. (red.) (2000). "Utviklingshemming og psykisk helse" Oslo: Universitetsforlaget, 2000.

³ Muff, Elsebeth Kirk (2001): "Seksuelle overgreb på mennesker med handicap – Et litteraturstudie" Socialt Udviklingscenter SUS, 2001.

Trin og kerneelementer i den psykoterapeutiske guide

3



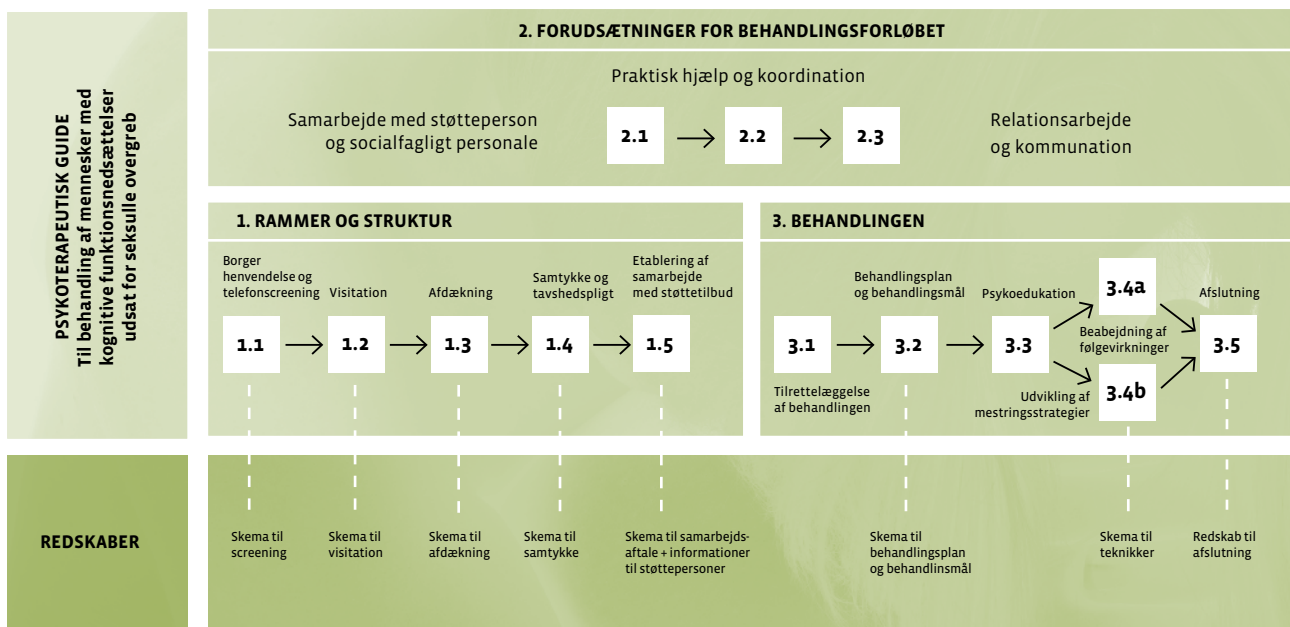
3. Trin og kerneelementer i den psykoterapeutiske guide

Beskrivelsen af den psykoterapeutiske guide er struktureret efter en fremgangsmåde, der er karakteristisk for et psykologisk behandlingsforløb og indeholder et kronologisk perspektiv på processen – og indholdet i behandlingen. Det er imidlertid vigtigt at understrege, at de enkelte trin og kerneelementer kan smelte sammen i én aktivitet. Eksempelvis vil arbejdet med relationsarbejde og kommunikation være en løbende del af behandlingsforløbet, ligesom psykoedukation kan udøves sideløbende med bearbejdning af følgevirkninger og udvikling af mestringsstrategier med et forebyggende sigte. På samme måde vil samarbejde med støtteperson og det socialfaglige personale også være en del af behandlingsforløbet både under og mellem behandlingssessionerne. Nogle klienter vil kunne indgå i meningsfuld kommunikation med psykologen uden understøttelse fra en støtteperson. Her udgør samarbejde med socialfagligt personale ikke et centralt element i behandlingsforløbet.

Nedenstående figur illustrerer processen i et behandlingsforløb med anvendelse af den psykoterapeutiske guide.

Figur 3.1

Trin og kerneelementer i den psykoterapeutiske guide



Beskrivelsen af den psykoterapeutiske guide er bygget op om tre trin, som er sammensat af en række kerneelementer. Første trin handler om rammer og struktur for behandlingen, mens trin to og tre handler om henholdsvis forudsætninger for behandlingsforløbet og selve behandlingen. Figuren illustrerer også, at hvert trin – og en række af kerneelementerne – understøttes af relevante skemaer. De enkelte skemaer er centrale, da de er med til at understøtte en grundig tilrettelæggelse af behandlingsforløbet. De kan også bidrage til, at psykologer, der ikke er vant til at arbejde med målgruppen, får spurgt ind til væsentlige forhold hos klienten.

Af hensyn til formidling og anvendelsespotentialer er de centrale trin og kerneelementer i guiden visualiseret som et lineært behandlingsforløb. I virkelighedens verden vil de forskellige trin og arbejdet med kerneelementerne bryde med den faste kronologi, som figuren illustrerer. Samtidig er det vigtigt at betone, at der i anvendelsen af den psykoterapeutiske guide og i behandlingsforløbet sker en løbende justering. Det indebærer, at fx psykoedukation, samarbejde med støttepersonen samt anvendelse af interventionsteknikker og skemaer løbende tilpasses aktuelle behov og ønsker hos klienten. Fasen, hvor forudsætninger for behandlingsforløbet etableres, foregår også sideløbende med, at rammer og struktur for behandlingen kommer på plads.

Rammer og struktur

4



4. Rammer og struktur

Rammer og struktur for behandlingen indbefatter følgende fire kernelementer:

- Screening og visitation
- Afdækning (i forlængelse af visitationen)
- Informeret samtykke og tavshedspligt
- Samarbejde med socialfagligt botilbud eller lignende boform

4.1. Visitation

Psykologen foretager en grundig visitation for at sikre, at klienten vil kunne gennemføre og profitere af et behandlingsforløb.

4.1.1. Fremgangsmåde og indhold

Visitationen er todelt. Først foretages en telefonisk screening. Vurderes det herefter, at klienten er i målgruppen for behandling, gennemføres en egentlig visitationssamtale. Her vurderes det, om klienten kan gennemføre og profitere af et behandlingsforløb.

Ved visitation af unge under 18 år skal psykologen tage højde for de særlige regler, der er gældende i forhold til behandling af denne målgruppe, herunder regler om samtykke og orienteringspligt.

Den telefoniske screening vil så vidt mulig foregå med klienten. Er det ikke muligt – eksempelvis på grund af klientens kommunikationsvanskeligheder – foretages screeningen med en person fra klientens nærmiljø. Det kan for eksempel være klientens pårørende eller en støtteperson. En støtteperson vil typisk være en fagperson – eksempelvis klientens faste støtte- eller kontaktperson – men kan også være en pårørende, hvis klienten ønsker det.

Visitationssamtalen foregår på behandlingsstedet. For at sikre tryk og tilvejebringelse af den nødvendige information deltager en støtteperson, såfremt klienten ønsker det.

Psykologen skal i forbindelse med visitationen indsamle og registre relevante oplysninger om klienten, som kan bruges til at fastslå, om klienten skal tilbydes behandling. Oplysningerne er også centrale i den senere planlægning af det enkelte behandlingsforløb. Det er vigtigt, at psykologen indhenter informeret samtykke fra klienten omkring indhentning og videregivelse af oplysninger. I afsnit 4.3 ses reglerne for samtykke og tavshedspligt.

Psykologen kan efter samtykke fra klienten blandt andet indhente oplysninger om:

- Karakteren og graden af klientens kognitive funktionsnedsættelse. For at kunne tilrettelægge en behandling målrettet klientens individuelle behov, er det vigtigt, at psykologen danner sig et billede af klientens kognitive funktionsnedsættelse, herunder karakteren og graden af funktionsnedsættelse.
- Tegn på følgevirkninger efter det seksuelle overgreb. Psykologen skal i visitationen indhente oplysninger fra eksempelvis klienten, pårørende eller medarbejderne i botilbuddet om, hvilke umiddelbare følgevirkninger klienten har efter det seksuelle overgreb.
- Klientens nuværende situation. Der skal indhentes oplysninger om klientens situation i forhold til boform, beskæftigelse, ressourcer, interesser, problematikker samt i forhold til, hvordan der arbejdes med klienten på botilbuddet. Psykologen kan fx indhente oplysninger fra personalet på tilbuddet.
- Støtte og opbakning omkring klienten. Psykologen bør også i visitationen indhente oplysninger, der kan belyse, om der er tilstrækkelig opbakning fra klientens nærmiljø til, at forudsætningen for et vellykket behandlingsforløb er til stede. Har klienten behov for en støtteperson, viser erfaringerne fra afprøvningen af guiden, at det er fremmede for støtten til klienten, hvis der på botilbuddet på forhånd afsættes de nødvendige ressourcer og tid til at støtte op om behandlingsforløbet. Dermed kan det forebygges, at praktiske og økonomiske forhold afbryder behandlingsforløbet før tid.
- Klientens fysiske og psykiske sikkerhed. En klient, der ikke er i trygge omgivelser, vil have svært ved at samle sig om et behandlingsforløb. Har overgrebet fundet sted på et botilbud, skal psykologen tage kontakt til kommunen eller

lederen på det pågældende tilbud for at sikre, at klienten beskyttes fremadrettet og har gode omsorgspersoner omkring sig. Psykologen skal derfor skaffe indsigt i den viden, der ligger til grund for klientens sikkerhedsvurdering, og vurdere, om det er relevant at yde akut rådgivning.

- Klientens umiddelbare motivation for at indgå i behandling. I forbindelse med visitationen bør psykologen informere klienten om behandlingsforløbet og give konkret information om, hvordan en session og et forløb foregår. Klienten skal have forståelse for indholdet og omfanget af behandlingsforløbet, herunder at dele af behandlingen kan reaktivere symptomer, men at man også kan få det bedre af behandlingen. Det er centralt, at psykologen løbende er opmærksom på klientens motivation for at indgå i behandlingsforløbet, da det har stor betydning for udbyttet af forløbet.

Psykologens indhentning af oplysninger bør så vidt muligt foretages, før selve behandlingsforløbet begynder eller i den indledende fase. Det sikrer, at psykologen kan bruge oplysningerne i tilrettelæggelsen af forløbet – for eksempel i udarbejdelsen af behandlingsplan og behandlingsmål. Det sikrer også, at visitationsfasen ikke griber unødigt langt ind i selve behandlingsforløbet. Det er vigtigt, at der kun indhentes oplysninger, som er relevante og nødvendige for behandlingsforløbet.

4.1.2. Understøttende skemaer

Screenings- og visitationsfasen understøttes af to skemaer i bilag 1 og 2.

4.2. Afdækning

I forlængelse af visitationen gennemføres en dybere afdækning af øvrige forhold omkring klienten. Denne viden er grundlæggende for tilrettelæggelsen af behandlingsforløbet. Det er centralt at afdække følgevirkninger efter overgrebet og klientens funktionelle vanskeligheder. Men det er også vigtigt at danne sig et bredere indtryk af, hvem klienten er, og hvilke ressourcer og vanskeligheder vedkommende tager med sig i behandlingsforløbet.

En del af afdækningen begynder under visitationen. Den vil desuden være omdrejningspunkt for de første sessioner. Målet med afdækningen er:

- At psykologen og klienten får et grundlag for at identificere behandlingsmål.
- At psykologen får et grundlag for at udarbejde en behandlingsplan og tilrettelægge behandlingen.
- At klienten begynder at bearbejde følgevirkningerne.

4.2.1. Fremgangsmåde og indhold

I alle behandlingsforløb arbejdes der med afdækning af de væsentlige forhold omkring klienten.

Psykologen har allerede i forbindelse med visitation af klienten indsamlet centrale oplysninger om blandt andet klientens kognitive funktionsniveau og kommunikation, det seksuelle overgrebs karakter og tegn på følgevirkninger efter overgrebet (jf. afsnit 4.1).

Selve behandlingen indledes med, at psykologen derudover foretager en afdækning af:

- *Klientens livsomstændigheder.* Erfaringerne fra afprøvningen af guiden viser, at det kan være en fordel for behandlingen, at psykologen afdækker forhold vedrørende klientens baggrund, opvækst, familie, venner og evt. kollegaer, som er relevante for behandlingen. Afdækningen er blandt andet nødvendig for at få et billede af, hvilke ressourcer klienten kan trække på i de nære omgivelser i forbindelse med behandlingen. Kilder til indhentning af oplysninger er først og fremmest klienten, men der kan også gennemføres interview med personale fra klientens botilbud, pårørende og sagsbehandler samt indhentes social anamnese og andre kilder, der belyser klientens omstændigheder i livet.
- *Hvordan den kognitive funktionsnedsættelse kommer til udtryk.* Psykologen målretter behandlingen ved at afdække, hvordan klientens funktionsnedsættelse kommer til udtryk. Oplysninger kan desuden indhentes ved henholdsvis neurolog, læge eller psykiater, hvis klienten tidligere er udredt. Det er dog vigtigt, at psykologens åbne tilgang til den enkelte klient bevares.
- *Det seksuelle overgrebs karakter.* Når tidspunktet er rigtigt, skal psykologen afdække, hvad der er sket under overgrebet, samt hvor og hvornår det har fundet sted. Psykologen skal være følsom over for, at klienten kan have svært ved at tale om overgrebet.
- *Andre traumer eller psykiske problemer.* Psykologen skal afdække, om følgevirkningerne er udløst af et enkeltstående traume, eller om klienten har en kompliceret traumehistorik med flere overgreb bag sig. Afdækningen er vigtig, fordi nye traumer kan reaktivere gamle traumer, hvilket kan have betydning for klientens evne til at mestre det aktuelle traume. Reaktivering af gamle traumer kan komplicere eller blokere behandlingen. Nogle gange vil det være nødvendigt at gå tilbage og arbejde med de oprindelige traumer, før et nyere traume kan bearbejdes. Psykiske og fysiske vanskeligheder af anden art end overgrebet kan ligeledes komplicere behandlingen. Psykologen kan indhente viden fra psykolog, psykiater og neurolog, hvis klienten tidligere er udredt.

- **Mentaliseringsevne.** Mentalisering er klientens evne til at forstå det, der foregår i sig selv og i andre. Mentalisering kan foregå på forskellige niveauer mellem det ubevidste før-sproglige og sansende og det bevidste sproglige og fortolkende. Psykologen skal afdække klientens aktuelle mentaliseringsevne for at kunne tilpasse behandlingen. Afdækningen kan blandt andet ske ved at spørge ind til, hvordan klienten oplevede hændelsen, og hvordan klienten tror, krænkeren oplevede hændelsen – hvis klienten er tryk ved, at der spørges ind til dette. Psykologen skal være opmærksom på, at dette er et af de områder, som mange i målgruppen har svært ved. Der vil ofte være behov for, at psykologen tegner og fortæller for at tydeliggøre sine pointer.
- **Livsanskuelse.** Psykologen bør afdække, hvordan klienten opfatter sig selv og andre efter overgrebet. Klientens livsanskuelse har blandt andet betydning for følelser som skyld og skam og for tilliden til andre mennesker – herunder psykologen. Det er vigtigt at være opmærksom på, at nogle mennesker med kognitive funktionsnedsættelser har oplevet mange nederlag og betragter sig selv som mindreværdige, unormale, eller forkerte. At føle sig anderledes i forhold til andre kan i sig selv konstituere et traume. Følelsen af at være anderledes kan også være en følge af det seksuelle overgreb.
- **Mestringsstrategier.** Psykologen skal afdække klientens mestringsstrategier, herunder om der er typiske mønstre i klientens måde at reagere på, når noget bliver svært, og hvor god klienten er til at affektregulere. Afdækningen er bl.a. vigtig, fordi behandlingen skal tilpasses, så den ikke overstiger klientens evne til at affektregulere og mestre de vanskelige følelser, der dukker op i behandlingen. Viden om klientens mestringsstrategier giver desuden mulighed for at styrke positive, løsningsorienterede strategier og ændre uhensigtsmæssige strategier.
- **Forventninger og håb.** Psykologen skal afdække klientens forventninger og håb til behandlingen.

TEKNIKKER TIL AFDÆKNING

I forbindelse med afdækningen kan psykologen anvende følgende understøttende teknikker:

- **Indhente information hos støttepersonen.** Psykologen kan via samtaler med støttepersonen eller eventuelt en pårørende indhente informationer om klienten. Klienten skal give samtykke hertil, og det er vigtigt, at klienten er til stede, så vedkommende får mulighed for at korrigere, og så psykologen også kan få reaktioner fra klienten.
- **Billedterapeutiske teknikker.** For mennesker, som har et begrænset sprog, eller som har svært ved at åbne op, kan afdækningen tage udgangspunkt i, at klienten maler eller tegner, fx hvordan han/hun har det efter overgrebet. Efterfølgende hjælper psykologen med at fortolke billedet.
- **Afspændingsøvelser.** Afspændingsøvelser kan bruges som en form for kortlægning af, hvor i kroppen klienten har ubehag, spændinger eller smerter efter overgrebet.
- **Dramaterapeutiske teknikker.** I behandlingen af mennesker, der har vanskeligt ved at forklare sammenhænge, er det oplagt at "spille" det, man taler om. Det kan være ved hjælp af rollespil, brug af dukker, men også ved, at man konkret på gulvet viser, hvordan noget foregik.

4.2.2. Understøttende skemaer

Bilag 3 indeholder et skema, der understøtter afdækningen.

4.3. Informeret samtykke og tavshedspligt

Før et behandlingsforløb begynder, skal der indhentes informeret samtykke fra klienten vedrørende indhentning og videregivelse af oplysninger samt eventuel inddragelse af støttepersoner i behandlingsforløbet, uanset om der er tale om fagpersoner eller pårørende. Herunder indhentes samtykke til, at støtteperson og psykolog må udveksle følsomme personoplysninger om klienten. Af samtykket skal det fremgå, hvilke oplysninger der må videregives til hvem. Psykologen skal være opmærksom på, at der ikke må indhentes flere oplysninger end de, der er højst nødvendigt for behandlingen.

TAVSHEDSPLIGT

Psykologer, som behandler klienter med kognitive funktionsnedsættelser udsat for seksuelle overgreb, skal overholde de almene regler omkring tavshedspligt. Derudover er det vigtigt, at psykologen gør klienten og eventuel støtteperson(er) opmærksom på reglerne omkring tavshedspligt og videregivelse af oplysninger.

De vigtigste regler om tavshedspligt og videregivelse af oplysninger findes i følgende paragraffer:

- Straffeloven §§ 152-152 f.
- Persondataloven §§ 5-8, §§ 28-30, § 38.
- Forvaltningsloven § 27, § 28, § 29, §§ 31-32.
- Sundhedsloven §§ 40-49.
- Retssikkerhedsloven § 11a-c og § 43, stk. 1 og 2.

Kilde: www.retsinfo.dk

4.3.1. Fremgangsmåde og indhold

For at sikre det bedst mulige grundlag for samtykke skal klienten forud for sin stillingtagen dels have modtaget nødven-

dig og tilstrækkelig information om, hvad samtykket indebærer, dels have forstået rækkevidden heraf. Informationen skal tilpasses den enkeltes kommunikationsform og funktionsevne.

Et samtykke skal være frivilligt, specifikt og informeret. Der kan være klienter med nedsat funktionsevne, der, på trods af en grundig information, har svært ved at forstå rækkevidden af den handling, der gives samtykke til. Hvis der er tale om klienter, der mangler evnen til at give samtykke, kan de nærmeste pårørende give deres samtykke til behandling. I de tilfælde, hvor patienten er under værgemål, der omfatter kompetence til at træffe beslutninger vedrørende helbredsforhold, jf. værgemålslovens § 5, kan værgen give et informeret samtykke, jf. lovens § 9, stk. 1. Kravet til klientens samtykke kan derfor bero på en konkret vurdering af klientens tilstand.

SAMTYKKE

Et samtykke til behandling skal foreligge udtrykkeligt og være mundtligt eller skriftligt. Et udtrykkeligt samtykke foreligger, når klienten bevidst og konkret giver udtryk for, at han/hun er indforstået med den påtænkte behandling. Dette samtykke kan være mundtligt eller skriftligt. Et mundtligt samtykke er tilstrækkeligt for, at behandlingen kan indledes, men det skal fremgå af klientens journal, hvilken information

der er givet, og hvad klienten har tilkendegivet på baggrund af denne.

Yderligere oplysninger om samtykke findes i bekendtgørelse om information og samtykke og om videregivelse af helbredsoplysninger m.v. og tilhørende vejledning, som kan findes på: www.retsinfo.dk

Klienten har ikke pligt til at underskrive et skriftligt samtykke. Det kan dog i særlige situationer være hensigtsmæssigt, at psykologen anmoder om et skriftligt samtykke. Brug af andre former for samtykke end det skriftlige og mundtlige forudsætter, at psykologen har et indgående kendskab til klientens kommunikationsform (mimik, gestik m.v.), således at der er klarhed omkring, hvorvidt klienten giver samtykke.

Bemærk, at en klient, som har afgivet samtykke, på et hvilket som helst tidspunkt kan tilbagekalde dette. Det gælder både i tilfælde, hvor en klient har givet samtykke til, at en fagperson kan indhente eller videregive oplysninger om vedkommende, og i tilfælde, hvor samtykket er givet i forhold til iværksættelse af en konkret indsats. Samtykket kan tilbagekaldes helt eller delvist.

I praksis foregår indhentningen af samtykke på den måde, at psykologen informerer klienten om, hvorfor der er brug for samtykke og til hvad, jf. ovenstående. Psykologen må gerne inddrage en støtteperson i samtalen. Samtykkeerklæringen (jf. skema i bilag 4) kan udfyldes på stedet, eller klienten kan få den med hjem med henblik på, at vedkommende udfylder den inden næste session – hvis klienten ønsker at udfylde denne. Derved gives klienten mulighed for at tage stilling i vante og trygge omgivelser, ligesom vedkommende kan få hjælp til at forstå indholdet.

4.3.2. Understøttende skemaer

Der er udarbejdet et skema, som kan bruges ved indhentning af samtykke. Det fremgår af bilag 4.

4.4. Samarbejde med socialpædagogisk botilbud

Klienter med kognitive funktionsnedsættelser har ofte behov for støtte under og imellem behandlingssessionerne – blandt andet i forhold til at skabe tryghed, til kommunikation mellem psykolog og klient og til at huske og genfortælle oplevelser og følelser, der er relevante for klienten. Derfor anbefales det, at en støtteperson inddrages i behandlingsforløbet i det omfang, klienten ønsker det, og psykologen finder det relevant. Fx kan støttepersonen inddrages under alle eller dele af behandlingssessionerne, men behovet kan ændre sig undervejs.

En støtteperson vil typisk være en fagperson – eksempelvis klientens faste støtte- eller kontaktperson – men kan også være en pårørende, hvis klienten ønsker det. Hvis klienten ikke ønsker eller har behov for at inddrage en støtteperson i behandlingsforløbet, er det vigtigt at sikre sig, at klienten for eksempel er i stand til at huske aftaler, så de generelle forudsætninger for behandlingsforløbet er til stede.

4.4.1. Fremgangsmåde og indhold

Såfremt klienten ønsker at inddrage en støtteperson i behandlingsforløbet, indgås samarbejdsaftale med den pågældende støtteperson og klientens botilbud. Når en støtteperson skal inddrages i behandlingen, skal der først indhentes samtykke fra klienten, hvorefter støttepersonen skal underskrive en samarbejdsaftale, hvori der også indgår en tavsheds-erklæring (jf. bilag 5).

En forudsætning for et optimalt samarbejde mellem psykolog, støtteperson og øvrige medarbejdere på klientens botilbud er, at der, som led i samarbejdet, foretages en klar forventningsafstemning om behandlingsforløbet. Psykologen skal, i samspil med støttepersonen, sikre, at ledelsen på klientens botilbud er informeret om de potentielle positive forandringer, behandlingen kan have for klienten, og den indsats, der ydes efter lov om social service.

For psykologen kan det fx handle om at tydeliggøre for ledelsen på botilbuddet, at støttepersoner, der inddrages i behandlingsforløbet, kan bidrage til at fremme behandlingen, hvis de har tid til at støtte klienten under og mellem behandlingssessionerne. Endvidere kan det for psykologen være vigtigt at tydeliggøre, at et optimalt behandlingsforløb kræver, at den øvrige personalegruppe bakker op om støttepersonens arbejde med klienten under behandlingsforløbet

SAMARBEJDE MED BOTILBUD

Psykologen skal være opmærksom på:

- At afstemme forventninger til botilbuddets rolle i behandlingsforløbet.
- At orientere om de ressourcer, det kræver at støtte op om behandlingsforløbet bl.a.:
 - Ressourcer forbundet med inddragelse af støtteperson i behandlingsforløbet.
 - Ressourcer forbundet med transport til og fra behandlingsstedet.

- *Behovet for involvering af det øvrige socialfaglige personale - fx behov for, at personalet løbende orienteres om behandlingsforløbet og indgår i støtten til klienten mellem behandlingssessionerne.*

- At klienten i opstarten af behandlingsforløbet kan reagere ved at være ked af det, vred og angst. Der kan derfor være behov for øget opmærksomhed på klienten, når behandlingen påbegyndes.

Det er yderligere centralt, at personalet i botilbuddet er orienteret om, at dele af behandlingen kan reaktivere reaktioner og symptomer hos klienten. Det kan medføre, at klienten i en periode eksempelvis kan blive ked af det, bange, få anfald, mareridt eller flashbacks. Der kan derfor opstå et øget behov for opmærksomhed på klienten i behandlingsperioden.

Som led i behandlingsforløbet kan både støtteperson og det øvrige personale på botilbuddet tilbydes supervision og rådgivning. Det kan være en fordel, at psykologen overvejer, om der tidligt i forløbet er behov for supervision og rådgivning. Det kan bidrage til at forebygge usikkerheder og misforståelser blandt personalet senere i forløbet. Det er op til psykologen – i samspil med klient og støtteperson – at vurdere omfanget af disse aktiviteter. I kapitel 5.1 er fremgangsmåde og indhold for rådgivning og supervision beskrevet mere indgående.

4.4.2. Understøttende skemaer

Bilag 5 indeholder et skema til brug for indgåelse af samarbejdsaftale med en støtteperson. Bilag 6 omhandler informationer, som skal udleveres til støttepersoner, der indgår i behandlingsforløb.

Forudsætninger for behandlingsforløbet

5



5. Forudsætninger for behandlingsforløbet

Forudsætninger for behandlingsforløbet omhandler følgende kerneelementer:

- Samarbejde med socialfagligt personale.
- Praktisk hjælp og koordination.
- Relationsarbejde og kommunikation.

5.1. Samarbejde med socialfagligt personale

Klienter med kognitive funktionsnedsættelser vil ofte have behov for støtte under behandlingssessionerne blandt andet i forhold til kommunikationen mellem psykolog og klient og til at huske og genfortælle oplevelser og følelser. Ligeledes vil mange have behov for hjælp til at bearbejde følelser og tanker mellem sessionerne og for støtte til at omsætte nye tænke- og handlemåder fra behandlingen til hverdagens praksis. Det er desuden en vigtig forudsætning for behandlingens fremdrift, at omgivelserne – det vil sige personale og/eller pårørende – støtter op omkring den forandring, som ønskes gennem behandlingen. Derfor anbefales det, at en støtteperson inddrages i behandlingsforløbet i det omfang, klienten ønsker og har behov for det, og psykologen finder det nødvendigt.

Klientens støtteperson er den person, klienten selv ønsker at have med i forbindelse med behandlingen. Det vil oftest være klientens socialfaglige kontaktperson – fx en pædagog, der er kontaktperson på botilbuddet – men det kan også være en anden socialfaglig støtteperson og i særlige tilfælde en pårørende. Er klientens støtteperson en pårørende, er det vigtigt, at psykologen er opmærksom på de særlige omstændigheder, det kan medføre. Det kan eksempelvis være svært for klienten at udtale sig om overgrebet i den pårørendes påhør. Klienten kan af forskellige grunde også have vrede rettet mod den pårørende – fx hvis klienten mener, at den pårørende har en skyld i overgrebet. Omvendt kan det også for den pårørende være svært at lytte til detaljerede beskrivelser af det seksuelle overgreb, klienten har været udsat for.

Det vigtigste er, at klienten føler sig tryk ved støttepersonen, og at støttepersonen har et grundlæggende kendskab til klienten og er i kontakt med denne til hverdag.

Målet med samarbejdet er:

- At skabe et kontinuerligt behandlingsforløb.
- At skabe tryghed for klienten.
- At sikre nødvendig støtte og omsorg under og mellem sessionerne.
- At samstemme behandlingsindsatsen og den socialfaglige indsats.
- At skabe et støttende miljø omkring klienten.

5.1.1. Fremgangsmåde og indhold

Ved opstart af behandlingsforløbet skal psykologen sammen med klientens støtteperson foretage en forventningsafstemning af støttepersonens involvering under sessionerne, herunder rollefordeling, form for inddragelse af støtteperson samt styring og gennemførelse af behandlingsforløbet og behandlingssessionerne.

Inddragelse af støttepersonen

På baggrund af en vurdering af klientens behov for støtte kan støttepersonen blandt andet ledsage klienten til og fra behandlingstilbuddet eller hjælpe med at lave aftaler og planlægge et regelmæssigt fremmøde. Støttepersonen kan desuden inddrages under hele eller dele af de efterfølgende sessioner på forskellige niveauer – afhængig af klientens behov og ønsker. Psykologen bør være opmærksom på, at behovet kan ændre sig undervejs. For nogle klienter kan det måske give mening, at støttepersoner er til stede hele tiden under de første tre-fire sessioner, hvorefter behovet for støttepersonens tilstedeværelse kan blive mindre.

Støttepersonen kan:

- *Være lyttende/observerende og give tryghed.* Støttepersonen skal med sin tilstedeværelse give tryghed og være lyttende og observerende.
- *Fungere som tolk.* I tilfælde, hvor klienten har et meget begrænset eller utydeligt sprog, kan støttepersonen bruges som tolk, der gør spørgsmål og svar forståelige for henholdsvis psykolog og klient. Støttepersonen kan desuden give psykologen gode råd om kommunikation med klienten.
- *Bidrage med faktuelle oplysninger.* Hvis klienten giver samtykke, kan støttepersonen bidrage med faktuelle oplys-

ninger – fx anamnesticke oplysninger – ligesom støttepersonen kan hjælpe med at udfylde relevante skemaer og screeningsmateriale sammen med klienten.

- *Bidrag med observationer/intuition.* Hvis klienten har svært ved at tage hul på at tale om følgerne efter overgrebet, kan psykologen stille støttepersonen spørgsmålene. Støttepersonen vil ofte kende personen godt og have gjort sig mange observationer, eksempelvis om adfærdsændringer efter overgrebet. Det er her vigtigt, at enten psykologen eller støttepersonen gentagende gange spørger klienten, om vedkommende kan genkende det, støttepersonen fortæller, eller om klienten har oplevet det anderledes.

INDDRAGELSE AF STØTTEPERSON

Vurderingen af, hvordan det giver mening at involvere klientens støtteperson, beror på det enkelte forløb. Herunder præciseres imidlertid, hvilke opmærksomhedspunkter, der knytter sig til inddragelse af en støtteperson i behandlings-sessionerne:

- Støttepersonens tilstedeværelse må aldrig blive en barriere for klientens dialog og samtale med psykologen.
- Muligheden for en fortrolig samtale mellem klient og psykolog skal sikres – det vil sige tid alene mellem klient og psykolog.
- Støttepersonens tilstedeværelse må ikke påvirke klienten på en måde, hvor klienten tilbageholder oplysninger om sine problematikker og symptomer for psykologen.
- En problematisk relation mellem klient og støtteperson må ikke indvirke negativt på behandlingsforløbet – det vil sige opmærksomhed på samspillet mellem klient og støtteperson.

- Det må ikke blive støttepersonens behov for støtte til at håndtere klienten, der bliver dominerende for behandlingsforløbet.
- Støttepersonen skal have den viden, der er nødvendig for, at vedkommende kan støtte op om behandlingen mellem sessionerne, og den viden, der gør vedkommende i stand til at kunne orientere den øvrige personalegruppe på botilbuddet om behandlingsforløbet.
- Støtteperson og psykolog må aldrig tale hen over hovedet på klienten.
- Er støttepersonen en pårørende, skal psykologen være opmærksom på, at denne kan være følelsesmæssigt involveret i klientens behandling.

I samråd med klient og eventuelt støtteperson afklarer psykologen støttepersonens konkrete rolle i behandlingsforløbet, herunder hvordan og hvor meget støttepersonen deltager i de enkelte behandlingssessioner. Det anbefales, at støttepersonen som hovedregel er til stede de sidste 5-10 minutter af hver session. Her ridses op, hvad der er blevet drøftet og aftalt, og hvad klienten skal tænke over eller arbejde videre med frem til næste session. Det er også her, tidspunktet for næste session aftales.

Støttepersonens rolle mellem sessionerne

En positiv forandring forudsætter, at de redskaber, klienten får i forbindelse med behandlingen, kan omsættes til hverdagens praksis. Klienter med kognitive funktionsnedsættelser vil som oftest have behov for støtte til denne proces. Som en del af behandlingsforløbet kan psykologen derfor tilbyde støttepersonen rådgivning til bl.a.:

- *At støtte klienten i at håndtere svære følelser – fx umiddelbart efter en behandlingssession.*
- *At støtte klienten i at anvende konkrete redskaber i hverdagen.*
- *At gennemføre konkrete øvelser med klienten mellem sessionerne.*

MESTRINGSPLAN

Som led i behandlingen kan der udformes en mestringsplan, som kan støtte klienten mellem behandlingssessionerne, men også støttepersonen i arbejdet med klienten. Mestringsplanen kan eksempelvis være en beskrivelse af de handlemuligheder, klienten har, hvis vedkommende bliver vred, ked af det, angst eller lignende. Disse muligheder kan udformes som specifikke anvisninger – fx "Opsøg personale", "Læg et puslespil", "Kontakt støtteperson" – eller som denne mestringsplan, der er udarbejdet i samarbejde mellem behandler, klient og støtteperson:

Når jeg har det dårligt, skal jeg:

- Høre musik
- Være i nærheden af en pædagog
- Køre en lang tur sammen med en pædagog

Hvis det giver mening for klienten, kan sikkerhedsplan, handlemuligheder og anvisninger visualiseres via tegninger, så det bliver enkelt for klienten at se, hvad vedkommende kan gøre i bestemte situationer.

Rådgivningen tager afsæt i psykologens viden om blandt andet typiske traumereaktioner efter seksuelle overgreb. Rådgivningen indeholder konkrete og fagligt begrundede anbefalinger til, hvordan klienten kan støttes i sin hverdag.

I særlige tilfælde kan der desuden tilbydes supervision. Supervision kan anvendes, hvis støttepersonen synes, det er svært at høre og tale om de seksuelle overgreb og er usikker på, hvordan han eller hun kan tale med klienten om over-

grebet. Supervision af støttepersoner bør ideelt set gennemføres af en anden psykolog end den psykolog, der behandler klienten. Supervision og rådgivning af støttepersonen forudsætter et informeret samtykke fra klienten og skal følge psykolognævnets autorisationsordning for psykologer ⁴.

Psykolog og støtteperson skal i fællesskab sikre, at der – i det omfang det er muligt og hensigtsmæssigt – ydes støtte til behandlingsforløbet fra klientens pårørende. Under forudsætning af klientens forudgående samtykke kan det blandt andet ske ved, at de pårørende holdes underrettet om centrale informationer i behandlingsforløbet. En sammenhængende tilgang er med til at sikre, at klienten profiterer mest muligt af behandlingsforløbet.

ORIENTERING TIL PÅRØRENDE

Hvordan hjælper man et offer for et seksuelt overgreb? Som pårørende kan det være vanskeligt at vide, hvordan man støtter bedst muligt. Center for Voldtægtsofre har udgivet en pjeces, som indeholder gode råd, der kan hjælpe pårørende

med at håndtere, at et familiemedlem eller en ven har været udsat for seksuelt overgreb.

Pjecen kan downloades på: www.voldtaegt.dk

Som led i den konkrete rådgivning til støttepersonen er det også centralt, at psykologen hjælper støttepersonen med at omsætte klientens øvelser og træning mellem behandlingssessionerne til praksis i dagligdagen. Psykologen kan øge støttepersonens forudsætninger for at støtte op om klienten mellem sessionerne ved at udarbejde øvelser, planer og værktøjer til støttepersonen samt indgå i løbende dialog og gennemføre mini-evalueringer af fremdriften i behandlingsforløbet.

Det er centralt, at de øvelser, planer og værktøjer, psykologen udvikler i samarbejde med klienten, formidles til støttepersonen på en enkel måde og er anvendelige i det daglige arbejde med klienten.

Understøttelse af den samlede personalegruppe omkring klienten

Personale på botilbud, uddannelses- eller beskæftigelsestilbud har sjældent særlig viden om seksuelle overgreb og kan ufrivilligt komme til at handle uhensigtsmæssigt i forhold til klienten. Ligeledes kan der i personalegruppen opstå uenighed om, hvordan klientens adfærd skal forstås, og hvordan man bedst støtter ham/hende. Der kan også være situationer, hvor det vurderes, at klienten har behov for særlige miljøterapeutiske tiltag.

Den samlede personalegruppe kan tilbydes:

- *Rådgivning om seksuelle overgreb.* Rådgivningen vil ofte indeholde elementer af psykoedukation, hvor psykologen uden at komme ind på den enkelte personsag i mere generelle termer bl.a. fortæller om typiske reaktionsmønstre efter et seksuelt overgreb, om omgivelsernes typiske reaktionsmønstre, og om hvad man kan gøre for at hjælpe personen.
- *Rådgivning om miljøterapeutiske tiltag.* Rådgivningen vil handle om, hvordan klientens hverdag kan tilrettelægges på en måde, så behandlingsprocessen understøttes og personen beskyttes. I en periode kan der fx være brug for at skærme klienten fra bestemte sociale sammenhænge, som fører til stress, eller som højner risikoen for nye seksuelle overgreb. For klienter, som er angste og utrygge, kan der være behov for at skabe større struktur og forudsigelighed, at arbejde mere målrettet med relationer eller at gøre afslapningsaktiviteter til en fast del af hverdagen. Der kan yderligere indgås samarbejdsaftaler med klienten, der kan virke understøttende for behandlingsforløbet. Eksempelvis aftaler om klientens brug af medier, telefon, lukning af internet og lignende, hvis det kan reducere klientens risikoadfærd.

VIDEN OM SEKSUELLE OVERGREB

På hjemmesiden www.forebygovergreb.dk er der konkrete redskaber til forebyggelse af seksuelle overgreb blandt mennesker med kognitive funktionsnedsættelser.

Håndbogen *Seksualitet på dagsordenen – om professionel støtte til sund seksualitet blandt voksne med funktionsnedsættelse* beskæftiger sig med, hvad det vil sige at have en professionel tilgang til andre menneskers seksualitet. Hvad skal man vide, hvad skal man kunne, og hvordan yder man i praksis en professionel indsats i forhold til seksualitet?

Håndbogen kan downloades på: www.socialstyrelsen.dk

Det kan være relevant at henvise til seksualvejledning. Mange botilbud og/eller kommuner har uddannede seksualvejledere ansat. Det er desuden muligt at kontakte seksualvejlederforeningen, som kan oplyse om lokale seksualvejledere eller seksualvejledere med ekspertise inden for fx særlige målgrupper eller særlige problemstillinger.

Læs mere på: www.seksualvejderforeningen.dk

⁴ Psykolognævnet. Autorisationsordning for psykologer: retningslinjer for den praktiske uddannelse

Rådgivning til den samlede personalegruppe omkring klienten forudsætter klientens samtykke, såfremt der er tale om andet end generel information. Det vil sige, hvis der på nogen måde refereres til klienten og dennes situation. Det skal derfor overvejes, hvorvidt det vil være hensigtsmæssigt, at en anden psykolog end den psykolog, som gennemfører behandlingen, yder rådgivning til den samlede personalegruppe.

5.1.2. Understøttende skemaer

Bilag 6 omhandler informationer om roller og ansvar, som skal udleveres til støttepersoner, der indgår i behandlingsforløb.

5.2. Praktisk hjælp og koordination

Som del af behandlingsforløbet kan der i visse situationer være behov for praktisk hjælp, blandt andet til at tage kontakt til og forstå kommunikation med diverse offentlige instanser, som eksempelvis politi, læge, retssystem eller sagsbehandler. I nogle situationer vil klienten også have behov for at blive ledsaget til forskellige instanser. Det vil typisk være støttepersonen, der har opgaven med praktisk hjælp til klienten og koordination med diverse offentlige instanser, men den nærmere rollefordeling aftales mellem psykolog og støtteperson.

Målet med praktisk hjælp og koordination er:

- At understøtte en helhedsorienteret indsats.
- At mindske risikoen for at klienten traumatiseres sekundært af kontakten med andre systemer, fx i forbindelse med en politianmeldelse.
- Praktisk hjælp kan være nødvendig for, at behandlingen kan komme i gang, fordi kontakten til andre systemer kan fylde meget for klienten.

5.3. Relationsarbejde og kommunikation

Ethvert behandlingsforløb forudsætter, at psykologen kan skabe en god kontakt til klienten og arbejder ud fra grundlæggende psykologfaglig viden, etiske retningslinjer, erfaringer og færdigheder. Klienternes kognitive funktionsnedsættelse og den særlige sårbarhed, de har som overgrebs ofre, betyder, at der desuden er en række opmærksomhedspunkter, som det er særligt betydningsfuldt at tage højde for i behandlingen.

Målet med relationsarbejde og kommunikation er:

- At klienten føler sig tryk og anerkendt
- At klienten forstår og bliver forstået i samspillet
- At klienten kan påbegynde en bearbejdning af følgevirkningerne

5.3.1. Fremgangsmåde og indhold

I samtlige forløb arbejdes der med:

- Terapeutisk alliance
- Tilpasset kommunikation
- Spejling/markeret spejling

Terapeutisk alliance

Alle behandlingsforløb arbejder med at etablere en god og tryk terapeutisk alliance.

Særlige opmærksomhedspunkter for relationsarbejdet:

- *Psykologen skal sikre en tydelig forventningsafstemning.* Klienter med kognitive funktionsnedsættelser kan have behov for en meget konkret introduktion til, hvem psykologen er, og hvad klienten kan forvente under behandlingsforløbet. Det er fx vigtigt at informere om, at man ikke nødvendigvis er glad efter en behandlingssession, og at det kan tage lang tid, før man mærker forandringer.
- *Psykologen skal vise omsorg.* Mange mennesker med kognitive funktionsnedsættelser er afhængige af andres hjælp og er derfor meget opmærksomme og følsomme over for andres signaler. Det betyder, at psykologen skal være bevidst om sin udstråling og vise tydelig interesse, empati, respekt og forståelse gennem såvel ord som kropssprog. For nogle klienter i målgruppen kan det være en hjælp, hvis psykologen overskrider den klassiske terapeutiske distance ved fx at holde klienten i hånden eller give et knus. Det er dog vigtigt, at det er klienten selv, der inviterer til eller tager initiativ til denne kontakt. Kunsten er at give trykhed gennem nærhed og eventuel fysisk kontakt uden at overskride klientens eller psykologens egne grænser.

- *Psykologen skal understøtte opbygningen af faste rutiner.* For mange i målgruppen er det vigtigt for følelsen af tryghed og forudsigelighed, at der opbygges faste rutiner omkring behandlingsforløbet. Det kan fx være, at klienten altid drikker en kop kaffe i venteværelset, inden behandlingen begynder. Det er her vigtigt, at psykologen har øje for klientens signaler og ønsker og understøtter disse.
- *Psykologen skal ofte være guidende og aktiv.* Klienter i målgruppen vil som hovedregel have brug for, at psykologen arbejder struktureret, forklarer og illustrerer meget undervejs i behandlingsforløbet. Nogle klienter bruger desuden lang tid på at åbne op, og de svarer meget kort på psykologens spørgsmål. Det betyder, at psykologen må stille flere spørgsmål og løbende stille ord og tolkningsmuligheder til rådighed.
- *Psykologen skal udvise tålmodighed.* For klienter i målgruppen skal der ofte afsættes mere tid til de forskellige dele i behandlingsforløbet. Der vil tit være behov for, at samtaler eller øvelser gentages flere gange. Der kan også være behov for at afsætte tid til at tale om emner, som ikke er direkte knyttet til den terapeutiske behandling. Det er vigtigt, at psykologen lytter og viser interesse for det, der interesserer og optager klienten.

Tilpasset kommunikation

I samtlige behandlingsforløb arbejdes der med at opbygge en respektfuld kommunikation, som skal afstemmes efter klientens følelsesmæssige og kognitive niveau.

Opmærksomhedspunkter for kommunikation:

- *Psykologen skal udvise respekt for klientens selvfølelse og værdighed.* Det er vigtigt, at klienten, uanset den kognitive udviklingsalder, behandles som et voksent menneske. Psykologen skal derfor vælge en tilgang, som er forståelig, men ikke krænker klientens selvfølelse og værdighed.
- *Psykologen skal bruge korte sætninger og konkret tale.* Psykologen skal bruge korte sætninger og tale på et konkret niveau uden at anvende forvirrende talemåder, underforstået humor eller ironi.
- *Psykologen skal tage udgangspunkt i klientens hverdag.* Klienter i målgruppen vil ofte finde det komplekst at forholde sig til mere abstrakte spørgsmål. Der vil derfor være behov for, at kommunikationen tager udgangspunkt i klientens hverdag. Det betyder, at psykologen må tilpasse kommunikationen til klientens oplevelser og interesser. Eksempelvis musik, sport, dyr eller lignende interesseområder.
- *Psykologen kan stille ord til rådighed.* Mange i målgruppen har et begrænset talesprog eller ordforråd og har svært ved at finde de rette ord til at beskrive det, de føler og fornemmer. Psykologen kan derfor løbende stille ord til rådighed. Det er vigtigt altid at give flere muligheder for ikke at lægge ord i munden på klienten.
- *Psykologen skal være opmærksom på, om klienten har forstået, hvad psykologen siger.* Klienter med kognitive funktionsnedsættelser vil ofte gerne fremstå som almindelige og er måske bange for at være til besvær. Det kan betyde, at de giver udtryk for, at de har forstået, uden at det nødvendigvis er tilfældet. Det er vigtigt, at psykologen er opmærksom på, om klienten forstår det, man siger – fx ved at fastholde øjenkontakten med klienten og aflæse hans/hendes mimik og kropssprog. Psykologen kan også lade klienten genfortælle samtalerne med egne ord.
- *Psykologen skal være opmærksom på meningen bag klientens ord.* Klienter med kognitive funktionsnedsættelser kan nogle gange have misforstået begreber eller talemåder. I samtaler med klienten er det derfor vigtigt at sikre sig, at man mener det samme med de ord, der anvendes. Psykologen kan løbende bede klienten om at sætte lidt flere ord på de anvendte begreber, fx en følelse. Nogle klienter med en hjerneskade er desuden usikre i brugen af ja og nej. Derfor skal psykologen være sikker på, at ja eller nej rent faktisk betyder ja eller nej. Psykologen kan blandt andet sammenholde svaret med klientens kropssprog, sammenhængen i samtalen og spørge ind, hvis man er i tvivl. Har klienten svært ved at udtrykke sig, kan støttepersonen bruges som tolk.
- *Psykologen skal vælge interventionsteknikker tilpasset den enkelte.* Målgruppen kan ofte have lettere ved at forstå og udtrykke sig visuelt og kropsligt end sprogligt. Samtalerne understøttes derfor gennem brug af tegninger, malerier, tegneserier eller gennem rollespil. Det er imidlertid vigtigt at tilpasse teknikkerne til den enkelte klient. For nogle kan det fx opleves som nedværdigende at blive bedt om at tegne sine oplevelser.

Spejling/markeret spejling

For at understøtte den terapeutiske alliance, relationsarbejdet og kommunikationen skal der i alle behandlingsforløb arbejdes med spejling som terapeutisk teknik. Spejling er en videreudvikling af forældres spejling af deres børn. Når

forældre fx sætter ord på spædbarnets gråd: ”Du er sulten” – hjælper de barnet med at forstå sit behov samtidig med, at de signalerer, at barnet er forstået. Tilsvarende hjælper terapeuten i behandlingssammenhæng klienten med at sætte ord på indre tilstande og kropslige fornemmelser. Psykologen bekræfter samtidig gennem ord og kropssprog, at klientens følelser er meningsfulde.

Mange i målgruppen har erfaringer med, at deres indre følelser ikke er blevet forstået og anerkendt. Spejling kan derfor i sig selv være med til at bearbejde følgevirkninger efter seksuelle overgreb.

Har klienten et begrænset talesprog, er spejling samtidig en måde, hvor terapeuten kan hjælpe med at finde passende ord på indre tilstande og følelser. Det er vigtigt, at psykologen altid opstiller flere muligheder, så klienten får mulighed for at mærke, hvilke ord der passer bedst til det, vedkommende føler.

Behandlingen

6



6. Behandlingen

Selve behandlingen omfatter følgende kerneelementer:

- Struktur for behandlingsforløbet.
- Struktur for behandlingssessionen.
- Psykoedukation.
- Bearbejdning af følgevirkninger.
- Udvikling af mestringsstrategier med et forebyggende sigte.

6.1. Struktur for behandlingsforløbet

Det er vigtigt, at behandleren møder klienten på en måde, der passer til hans eller hendes funktionsevne, sprog, vilkår og situation. Det stiller krav til en god og systematisk planlægning af behandlingsforløbet, så der tages højde for praktiske og indholdsmæssige forhold i forløbet.

6.1.1. Fremgangsmåde og indhold

Opstart på behandlingsforløb

Formålet med de første behandlingssessioner er at etablere en tryk samarbejdsrelation mellem klient, psykolog og eventuel støtteperson. I opstarten afdækkes og undersøges også en række faktorer vedrørende klienten – bl.a. følgevirkninger efter overgrebet og de funktionelle vanskeligheder, som følger med klientens funktionsnedsættelse. Det er ligeledes vigtigt at få afklaret, hvilke andre vanskeligheder og ressourcer klienten bringer med ind i behandlingen. Psykoedukation indgår som et væsentligt element i disse sessioner. I den forbindelse er det også vigtigt på enkel vis at tydeliggøre og forklare klienten, at der i begyndelsen af behandlingsforløbet kan opstå situationer, hvor klienten oplever, at symptomer aktiveres eller forværres på grund af behandlingen.

OPSTART PÅ BEHANDLINGSFORLØBET

Ved opstart af behandlingsforløbet gennemføres afdækning af:

- Klientens følgevirkninger efter overgrebet og funktionelle vanskeligheder.
- Forhold omkring klientens opvækst og netværk.
- Klientens aktuelle mentaliseringsevne.
- Klientens livsanskuelse i forhold til følelser som skam og skyld samt tillid til andre mennesker.
- Klientens mestringsstrategier i forhold til typiske

reaktionsmønstre, og i hvilket omfang klienten formår at affektregulere.

- Klientens motivation for at indgå i behandlingen.
- Klientens forventninger og håb til behandlingen.

Ved opstart af behandlingsforløbet udarbejdes:

- Behandlingsplan og behandlingsmål, der kobles med konkrete interventionsteknikker.

De første par gange følges der op på klientens motivation for at deltage. Ønsker klienten at fortsætte behandlingen, arbejdes der med at indkredse mål for behandlingen. Inden for de første tre til fire sessioner lægges en behandlingsplan. Denne kan om nødvendigt – og efter behov – justeres undervejs i forløbet.

Behandlingsplan og behandlingsmål

Som led i udarbejdelsen af en behandlingsplan udformes også behandlingsmål. Det er væsentligt, at psykologen er opmærksom på, at målene retter sig mod traumbearbejdning og så vidt muligt udvikling af mestringsstrategier med et forebyggende sigte. Det skal sikre, at klientens øvrige problematikker med rod i den kognitive funktionsnedsættelse ikke bliver selvstændigt fokus for behandlingen, da klientens funktionsnedsættelse ikke kan forventes at ophøre på grund af behandlingen. Derfor er behandlingsmål rettet mod traumbearbejdning og mestringsstrategier også væsentlige i vurderingen af, hvornår behandlingsforløbet kan afsluttes.

Behandlingsmålene bør så vidt muligt opstilles sammen med klienten og eventuelt med inddragelse af støttepersonen. Behandlingsmålene skal forholde sig til de problemer, klienten selv oplever som de mest påtrængende i relation til overgrebet og eventuelt også de problemer, som registreres af det socialfaglige personale. Har klienten en adfærd, der giver høj risiko for yderligere overgreb, kan det være nødvendigt i første omgang at fokusere på mål omkring forebyggelse, inden der arbejdes med traumbearbejdning. Dette vil også skabe et bedre udgangspunkt for arbejdet med klientens traumer og følgevirkninger.

Det er centralt, at psykologen forsøger at inddrage klienten i udformning af behandlingsmål, da klienten herved får ejerskab til målene og bedre kan forholde sig til dem. Der vil dog være klienter i målgruppen, som ikke er i stand til definere

behandlingsmål i begyndelsen af forløbet. Det kan skyldes, at klienten i begyndelsen ikke kan se formålet med behandlingen, ikke formår at italesætte ønsker til behandlingen, eller at klienten ikke ønsker at tale om overgrebet. Det er derfor nødvendigt at tilpasse ambitionsniveauet i udformningen af målene med klientens funktionsniveau, ligesom det kan være centralt at tage udgangspunkt i klientens konkrete hverdag og oplevelser i formuleringen af mål. Samtidig kan det være nødvendigt at revidere behandlingsmål og anvendelse af interventionsteknikker undervejs i forløbet. I takt med, at psykologen får større kendskab til klienten, vil det fx blive tydeligere, hvilke problematikker der relaterer sig til overgrebet, og hvilke der måske i højere grad skyldes klienten kognitive funktionsnedsættelse.

BEHANDLINGSPLAN OG -MÅL

I forbindelse med udformning af behandlingsplan og behandlingsmål er det vigtigt at være opmærksom på:

- At behandlingsmålene så vidt muligt alene rettes mod klientens traumer, følgevirkninger og udvikling af mestingsstrategier med et forebyggende sigte.
- At klienten så vidt muligt er involveret i udformningen af behandlingsmålene og får ejerskab til målene.
- At målene er så konkrete, tydelige og operationelle som muligt.

- At der kan arbejdes med mål, der er mere overordnede, men som omsættes til konkrete delmål, der kan følges trinvis.
- At støttepersonen – i det omfang det er muligt – involveres i udformning af og støtter op om behandlingsplan og behandlingsmål.
- At støtteperson og klient har en klar forståelse af, hvilke mål de skal arbejde med mellem behandlingssessionerne.
- At behandlingsmålene synliggøres for klienten – fx visuelt eller kropsligt.

Det er vigtigt, at behandlingsmålene er så konkrete, tydelige, operationelle og tidsafgrænsede som muligt. På den måde kan målene bruges som sigtepunkter for fremdriften i behandlingsforløbet samt afslutningen af forløbet. Samtidig vil det bidrage til, at klienten får en større forståelse af målene. Målene skal – i det omfang det er muligt – kobles med udvalgte interventionsteknikker. Det bidrager til et samlet overblik over behandlingsforløbet for alle involverede parter. Der kan desuden opstilles mål, der alene defineres af psykologen, og som er mere orienteret mod relationen og udviklingsperspektivet, eksempelvis at klienten bliver mere afslappet under behandlingssessionerne.

Det er vigtigt, at behandlingsmålene visuelt eller kropsligt synliggøres for klienten. Psykologen kan fx tegne målet eller tegne en situation der tilknytter sig målet. Der arbejdes med mål og delmål, som over for nogle klienter med fordel kan illustreres visuelt – fx ved hjælp af en trappemodel. I boksen herunder ses et eksempel fra afprøvningen af guiden.

OPERATIONALISERING AF MÅL OG DELMÅL

En ung kvinde i et behandlingsforløb er i sin hverdag plaget af genoplevelser af overgrebet. Det betyder, at hun ikke tør gå alene ud om aftenen. I kvindens behandlingsplan er der derfor formuleret et mål om, at hun skal lære at færdes alene udenfor igen. Målet nedbrydes bl.a. i et delmål, som handler om at tage alene på shopping i byens indkøbscenter. Første

skridt mod dette mål er at besøge indkøbscentret sammen med støttepersonen. Efterfølgende bedømmer klienten på en skala, hvor godt det gik. Andet skridt i målsætningen er, at klienten ikke skal følges med sin støtteperson til centret, men i stedet mødes med hende derhøve. Fremadrettet er målet, at klienten helt selv skal kunne færdes ude alene.

Endelig er det centralt at sikre støttepersonens opbakning til behandlingsmålene, da det i mange situationer vil være støttepersonen, der sammen med klienten skal arbejde med målene i det daglige på botilbuddet.

Afslutning på behandlingsforløb

Det er psykologens opgave at vurdere varigheden af det behandlingsforløb, klienten har behov for, men udgangspunktet er, at behandlingen afsluttes, når behandlingens mål er opfyldt. Typisk vil behandling af klienter med kognitiv funktionsnedsættelse kræve mere tid end tilsvarende behandling af klienter uden kognitiv funktionsnedsættelse. Det skyldes, at der ofte vil være behov for flere gentagelser i behandlingen, ligesom den forebyggende del af behandlingen kan være kompleks på grund af klientens kognitive funktionsnedsættelse.

Et typisk behandlingsforløb vil indeholde 15 til 20 behandlingssessioner, men der kan på baggrund af en konkret individuel vurdering være behov for et forløb med flere sessioner. Det er centralt, at behandlingens mål er strukturerende for behandlingsforløbet frem for et bestemt antal sessioner.

AFSLUTNING AF BEHANDLINGSFORLØBET

- **Opsummering**, hvor psykologen sammen med klienten gennemgår behandlingsforløbet med fokus på de temaer, psykologen og klienten har talt om undervejs i behandlingen og de redskaber, klienten har lært.
- **Tilbagefaldsplan**, hvor psykologen og støttepersonen taler konkret med klienten om, hvordan vedkommende kan mærke tegn på reaktivering af typiske traumereaktioner, og om, hvad vedkommende har lært – herunder, hvad klienten kan gøre i situationer, hvor han/hun får det dårligt. På baggrund heraf udformes en skriftlig tilbagefaldsplan med retningslinjer for, hvad klienten skal gøre, hvis denne fx tænker mere på overgrebet, sover dårligere om natten mv.
- **Evaluering**, hvor psykolog og klient taler om, hvordan klienten har oplevet behandlingsforløbet. De taler også om – ofte med inddragelse af støtteperson – hvorvidt der er behov for iværksættelse af anden form for støtte.
- **Snak om opfølgningssamtaler/”boostersamtaler”**, hvor det vurderes, om der skal afsættes timer til opfølgning efter afslutning. Det aftales, at støttepersonen kan kontakte psykologen ved behov. Psykologen laver en fast plan med centrale punkter fra behandlingen, som boltibuddet forventes at støtte klienten i at holde ved lige.
- **Farvel**, hvor klienten og psykolog hilser af. Psykolog og støtteperson skal forud herfor have forberedt klienten på afslutningen af forløbet. Psykologen bør tage højde for, at det kan være nødvendigt at imødekomme særlige ønsker fra klienten, da det kan øge forståelsen af og markere at forløbet er slut. Dette kunne eksempelvis være, at psykolog og klienten drikker kaffe og spiser kage sammen.

Det er forskelligt, hvordan klienter reagerer på afslutningen af et behandlingsforløb. Psykologen skal i god tid forberede klienten på, at behandlingsforløbet snart ophører. Det sikrer, at klienten får indflydelse på, hvordan forløbet afsluttes, og kan udtrykke særlige ønsker.

Som led i afslutningen udarbejder psykologen i samarbejde med støtteperson og klient en tilbagefaldsplan. Det sikrer, at personalet på boltibuddet og klient har strategier til at håndtere situationer, hvor klienten oplever/genoplever følgevirkninger – herunder risikoadfærd, som kan være at genoptage kontakt til en krænker eller udvise opsøgende adfærd på internettet. Psykologen aftaler med støttepersonen, hvordan personalet handler, hvis det oplever ændringer. Der lægges også en strategi for, hvordan personalet skal handle, hvis klienten viser risikoadfærd igen. Eventuelt kan der udarbejdes en liste over tegn, der indikerer risiko, ud fra situationer, hvor klienten tidligere har vist risikoadfærd. Derved bliver det tydeligt for personalet, hvornår der er behov for at arbejde forebyggende.

Samtidig er det også vigtigt, at muligheden for opfølgning på behandlingsforløbet afklares med klient og støtteperson. Det kan være, at klienten har behov for en eller to ”boostersamtaler”- samtaler et par måneder efter behandlingsforløbets egentlige ophør. Psykologen kan også aftale med støttepersonen, at vedkommende kan tage kontakt, hvis der efter behandlingsforløbet opstår situationer, hvor støttepersonen er i tvivl eller usikker på, hvordan eventuelle tilbagefald eller ændringer i klientens adfærd håndteres.

6.1.2. Understøttende skemaer

Bilag 7 indeholder et skema til behandlingsplan, som understøtter tilrettelæggelsen af behandlingen.

Bilag 8 indeholder et skema til afslutning af behandlingen

6.2. Struktur for den enkelte behandlingssession

Behandlingssessionerne er omdrejningspunkt for forløbet og kræver derfor særlig opmærksomhed fra psykologen. Målet med en struktur for behandlingssessionen er at sikre, at klienten føres gennem sessionen på en måde, hvor der altid er en rød tråd mellem opstart, behandling og afrunding. Det er samtidig vigtigt, at der i behandlingssessionen vises fleksibilitet og mobilitet, så sessionerne tilpasses klientens specifikke eller foranderlige behov og dermed skaber tryghed for klienten.

6.2.1. Fremgangsmåde og indhold

Behandlingen finder sted på behandlingstilbuddet, men psykologen kan også komme hjem til klienten, hvis særlige forhold gør sig gældende. Behandlingen foregår typisk hver uge i begyndelsen af behandlingsforløbet og hver anden til tredje uge senere i forløbet. En session varer omkring 60 minutter alt efter klientens behov, desuden skal der afsættes tid til forberedelse og dokumentationsarbejde. Samlet beregnes der 1,5 time per session.

Det er vigtigt for behandlingsforløbet, at der etableres en fast struktur for sessionerne. For nogle klienter vil det være hjælpsomt, at der er en visuel dagsorden, som bliver gennemgået, når sessionen starter, og at der følges op på dagsordenen undervejs. Dette kan for eksempel understøttes med et Time Timer ur, der gør det muligt for klienten at følge med i, hvornår sessionen er slut. Strukturen kan tilpasses, så den tager højde for særlige behov hos den enkelte klient.

OVERORDNET STRUKTUR FOR BEHANDLINGSSSESSION

Den enkelte behandlingssession kan følge nedenstående trin:

Opstart:

- Opfølgning på, hvordan klienten har haft det siden sidst – hvad er der sket, og har noget ændret sig? For nogle kan det være en hjælp, at psykologen stiller skalerings spørgsmål. Gerne på en visuel skala.
- Kort opsummering af, hvad man talte om sidste gang, og om der var noget, som klienten har gjort brug af eller tænkt over.
- Kort opfølgning på, hvordan det er gået med eventuelle øvelser. Støtteperson kan inddrages og uddybe eller supplere klientens fortælling om, hvordan der er arbejdet siden sidst.

Behandling:

- Behandlingen gennemføres i henhold til den lagte behandlingsplan.
- Psykologen sikrer, at auditive og visuelle virkemidler, der kan understøtte behandlingen, er til stede i behandlingslokalet.

- Det kan være en idé at tage billeder af de tegninger, psykologen laver på whiteboardet. Billederne gør det nemmere for klienten at huske, hvad der blev talt om.

Afslutning:

- Klienten genfortæller så vidt muligt det, der er blevet gennemgået i sessionen. Dette sikrer, at klienten har forstået og husker, hvad der er aftalt i sessionen.
- De vigtigste pointer skrives ned eller illustreres med billeder, som klienten kan tage med hjem.
- Det aftales, hvad støttepersonen skal orienteres om (hvis denne ikke har været med under hele sessionen).
- Støtteperson informeres. Det kan være en god øvelse at inddrage klienten i at fortælle støttepersonen, hvad der er arbejdet med i dagens session.
- Når det er relevant aftales, hvad der skal øves til næste behandlingssession – eventuelt sammen med støttepersonen, der kan huske på og eventuelt deltage i øvelsen.

I samtlige behandlingsforløb får klienten udleveret en bog, hvor materiale fra behandlingssessionerne løbende samles. Aftaler skrives i bogen, og klienten har bogen med hjem mellem sessionerne, så et eventuelt støtteteam på botilbuddet løbende kan orientere sig med henblik på en sammenhængende tilgang til klienten. Det kan være nødvendigt at arbejde med to bøger. Én bog, der indeholder materiale og aftaler, som kun klient og psykolog har adgang til, og én bog, som støtteperson og personale på botilbuddet kan orientere sig i.

6.3. Psykoekation

Viden om psykologiske processer kan gøre det lettere at bearbejde følgevirkninger. I forbindelse med samtalerne om, hvad der skete under overgrebet, og om de efterfølgende reaktioner er det derfor vigtigt, at psykologen informerer om typiske reaktionsmønstre.

Målet med psykoekation er:

- Almengørelse og normalisering af typiske reaktioner.
- Større forståelse og accept af egne reaktioner.
- Reduktion af skam- og skyldfølelser.
- Motivation for at indgå i et behandlingsforløb.

6.3.1. Fremgangsmåde og indhold

Psykologen skal tilbyde psykoekation som en del af behandlingsforløbet. Psykoekationen bør omhandle de typiske symptomer på PTSD samt andre klassiske efterreaktioner (se bilag 9). Det kan være særlig vigtigt for klienter med kognitive funktionsnedsættelser at få en forståelse af, at deres reaktioner er almindelige og normale, da mange er vant til at tænke sig selv som anderledes og i nogle tilfælde mindre værd end andre.

CASE: "ET PUSTERUM" – BRUG AF PSYKOEDUKATION

Lise er 36 år og blev som barn udsat for incest af sin far. Lise bor i egen lejlighed tæt på et bofællesskab og værested, hvor der er personale, hun kan søge hjælp hos. På værestedet opstår der ofte konfrontationer mellem Lise og andre brugere, fordi Lise ofte påtaler mangler og fejl, som hun mener, andre brugere begår. Lise bliver meget ked af det og føler sig svigtet, når de andre brugere efterfølgende bliver vrede på hende. Hun oplever det som stressende og føler, at hun skal holde øje med, om de andre "opfører sig ordentligt."

I terapien tales om, hvad det har betydet for Lises nuværende funktion, at hun som barn blev krænket og svigtet:

- At et seksuelt overgreb sætter sig som stress og ubehag i kroppen, og at Lise derfor i dag prøver at undgå at skulle mærke sin krop.
- At en af de måder, Lise i dag prøver at berolige og trøste sig

selv på, er ved at spise.

- At når Lise har så meget brug for at have styr på tingene og iredesætter dem, der ikke har det, kan det handle om, at hun er nødt til at passe på den lille pige, hun stadig mærker inde i sig selv. En lille pige, der blev udsat for overgreb og ikke fik sin mors beskyttelse.

Gennem denne forståelse, når Lise frem til, at hun har brug for muligheden for et "pusterum". Der sørges for, at Lise dagligt sammen med en medarbejder på værestedet trækker sig væk fra den øvrige brugergruppe og laver vejrtækningsøvelser. Her fokuseres samtidigt på, at hun mærker forskellige dele af sin krop. Øvelserne har medført, at Lise begynder at blive bevidst om kropsfornemmelser. Hun føler sig mere rolig og tilfreds, og hun sover bedre om natten.

For mange klienter med kognitive funktionsnedsættelser kan det være vanskeligt at forholde sig til egne følelser og forstå sammenhængen mellem følelser, handlinger og reaktionsmønstre. Det vil eksempelvis være for abstrakt for mange at tale om følelser som angst, vrede og sorg generelt.

I arbejdet med psykoedukation er det derfor centralt, at interventionen tilpasses den enkelte klients kognitive funktionsniveau og generelt ikke stiller for store krav til klientens refleksion, kognition og abstraktion. Det kan være nødvendigt at nedtone traditionel psykoedukations kompleksitet og anvende mere basal psykoedukation, når man arbejder med klienter med kognitive funktionsnedsættelser.

Af boksen herunder fremgår en række opmærksomhedspunkter i anvendelse af psykoedukation til klienter med kognitive funktionsnedsættelser. De kan være en hjælp til, hvordan psykologen tilpasser psykoedukation til klienter med kognitiv funktionsnedsættelse. Det er dog centralt, at psykologen nøje afkoder klientens funktionsniveau, så denne ikke føler, psykologen taler ned til ham/hende.

ARBEJDET MED PSYKOEDUKATION

Psykologen kan nedtone kompleksiteten i psykoedukation ved:

- At forklare klienten rationalerne bag psykoedukation på en enkel måde – fx ved at bruge formuleringer som: "En anden person, der har det ligesom dig, har fået det bedre ved...". Det kan øge forståelsen hos nogle klienter, mens det for andre stadig vil være for abstrakt.
- At foretage en indledningsvis afdækning af, hvilke følelser klienten kender – herunder om klienten ved, hvad det vil sige at være bange, ked af det, vred m.v.
- At understøtte klienten i at tegne følelser. Fx ved hjælp af en illustration af en krop, hvor klienten sammen med psykologen undersøger, hvor forskellige følelser sidder i kroppen, og hvordan følelserne mærkes hos klienten, når

dette kobles til en konkret situation, klienten har oplevet.

- At tage udgangspunkt i konkrete og nære eksempler, som klienten har en umiddelbar forståelse og oplevelse af – eksempelvis ved at tage afsæt i oplevelser, klienten har haft for nylig.
- At anvende understøttende redskaber som virkemiddel til at forklare og illustrere følelser, reaktioner og handlemønstre. Eksempelvis tegninger, whiteboard eller ved at vise ansigter, der fx er vrede, kede af det og glade.
- At rette psykoedukative interventioner mod klientens støtteperson i tilfælde, hvor psykologen vurderer, at psykoedukation er for abstrakt for klienten. Fx via orientering om psykiske reaktioner på en krise.

6.4. Bearbejdning af følgevirkninger

Klienter med kognitive funktionsnedsættelser oplever i store træk de samme følgevirkninger og reaktioner som alle andre efter seksuelle overgreb. Seksuelle overgreb kan medføre mange forskellige former for følgevirkninger. En del følgevirkninger kan knyttes til PTSD (posttraumatisk stressyndrom) eller kompleks PTSD.

Målet med bearbejdning af følgevirkninger er:

- At klienten oplever, at de specifikke følgevirkninger er mindsket eller væk.

6.4.1. Fremgangsmåde og indhold

Afhængig af klientens følgevirkninger anvendes en eller flere interventionsteknikker til bearbejdning af disse. Der tages højde for klientens kognitive funktionsnedsættelse og funktionelle vanskeligheder – fx kommunikative vanskeligheder eller koncentrationsbesvær. Endelig skal der tages højde for øvrige afdækkede faktorer. Ofte vil følgevirkningerne være sammenvævet i problemkomplekser. Det er derfor sjældent tilstrækkeligt at arbejde med en enkelt interventionsteknik, ligesom de forskellige interventionsteknikker ofte vil have en bearbejdende effekt på flere følgevirkninger.

Tabel 6.1.1
Interventionsteknikker til bearbejdning af følgevirkninger

INTERVENTIONSTEKNIK	FØLGEVIRKNINGER
Kropslige teknikker	Forhøjet alarmberedskab, dissociation
Åndedrætsøvelser	Forhøjet alarmberedskab, forandret kropsoplevelse
Afspændingsøvelser	Forhøjet alarmberedskab, forandret kropsoplevelse
Groundingteknikker	Forhøjet alarmberedskab, invaderende symptomer, dissociation
Opmærksomhedsteknikker	Forhøjet alarmberedskab, invaderende symptomer, dissociation
Bog	Forhøjet alarmberedskab, invaderende symptomer
Sikkert sted	Forhøjet alarmberedskab
Hypnoterapeutiske teknikker/imaginationsteknikker	Forhøjet alarmberedskab, forandret kropsoplevelse
Eksternalisering	Forhøjet alarmberedskab
Adfærdsterapeutiske teknikker ved søvnforstyrrelser	Forhøjet alarmberedskab
EMDR	Forhøjet alarmberedskab, forandret kropsoplevelse, invaderende symptomer, undgåelsesadfærd
Eksponerings-teknikker	Forhøjet alarmberedskab, invaderende symptomer, undgåelsesadfærd, angst
Reframingteknikker	Forhøjet alarmberedskab, invaderende symptomer, undgåelsesadfærd
Rollespil	Vrede i forhold til gerningsmanden
Ventilering af følelser	Vrede i forhold til gerningsmanden
Reattribuering	Skam og skyld
Identificering af høj-risiko-situationer og sikkerhedsplan ved risiko for selvskade	Dissociation, selvskadende adfærd

Generelt findes der mange følgevirkninger efter seksuelle overgreb. I beskrivelsen af denne guide er der overvejende fokuseret på følgevirkninger, som er knyttet til traumereaktioner, da de er mest udbredt. Generelt reagerer klienter, der har været udsat for seksuelle overgreb, ofte med undgåelse af traumet. Selvom klienten umiddelbart viser hurtige tegn på forbedring, er det centralt at forholde sig undersøgende i forhold til, om klienten fortsat har følgevirkninger i dagligdagen. I det omfang det er muligt, og under hensyn til klienten, kan det være nødvendigt, at psykologen insisterer på at fastholde fokus på bearbejdning af følgevirkninger, selvom klienten måske giver udtryk for, at det ikke er relevant. Samtidig er det vigtigt, at psykologen er fleksibel i anvendelsen af interventionsteknikker, således at teknikkerne tilpasses den enkelte klients respons på behandlingen. Psykologen kan være nødt til at ændre den tilrettelagte behandlingssession og valget af teknikker, hvis klienten ikke er modtagelig for det, psykologen har planlagt.

6.4.2. Interventionsteknikker til bearbejdning af følgevirkninger

Tabel 6.1. viser en oversigt over teknikker og de følgevirkninger, teknikkerne retter sig mod. Under tabellen er interventionsteknikkerne beskrevet mere indgående.

Kropslige teknikker

Gennem kropslige teknikker kan klienten nedtone et forhøjet alarmberedskab – fx forhøjet angst. Kropslige teknikker kan bl.a. være:

- Fodbad.
- Brug af kugledyne.
- Dæmpet musik.
- Massage.

Åndedrætsøvelser

Gennem åndedrætsøvelser kan klienten blandt andet nedtone et forhøjet alarmberedskab og smerter i kroppen. Eksempler på åndedrætsøvelser:

- Symmetrisk åndedræt, hvor vejret trækkes ind, pustes ud, og der holdes pauser, mens der tælles til eksempelvis seks eller otte.
- Dyb vejrtrækning, hvor klienten ligger på gulvet med bøjede ben og en hånd på henholdsvis mave og bryst. Vejret trækkes langsomt ind, indtil hånden på maven løfter sig. Vejret holdes, mens der tælles til fem. Der pustes langsomt ud med svag lyd på udåndingen. Gentages mindst fem gange og øves dagligt i en periode.

Afspændingsøvelser

Gennem afspændingsøvelser kan klienten nedtone et forhøjet alarmberedskab og få en større følelse af nærvær i kroppen. Afspændingsøvelser kan ske ved hjælp af:

- Afspændings-CD, som klienten kan tage med hjem.
- Progressiv afspænding, hvor klienten skiftevis spænder i forskellige muskelgrupper, hvorefter de samme muskelgrupper afslappes. Formålet er, at klienten lærer at skelne mellem afslappede og anspændte muskler og lærer at slippe spændinger.

Groundingteknikker

Teknikker, som bl.a. kan hjælpe klienten ved angst og akut dissociation. Groundingteknikker kan bestå af:

- Kropslige teknikker. Fx at mærke jorden, trække vejret dybt, hoppe, lave spyt i munden, klappe på sig selv.
- Orienter sig i her og nu med alle sanser – fx kigge rundt (også over skulderen), lytte, mærke, lugte og føle, hvor man er i tid og rum, og at man er i sikkerhed.

Opmærksomhedsteknikker

Teknikker, som bl.a. kan hjælpe klienten med at nedtone angst. Opmærksomhedsteknikker kan fx være:

- At kigge rundt på alt, der er blåt.
- At tælle til 10 – igen og igen.
- At synge for sig selv.

Bog

Sammen med psykologen fremstiller klienten en bog, hvor man samler materiale, der fx kan hjælpe klienten i angstprovokerende situationer. Materialet kan bl.a. indbefatte:

- Huskekort med en tegning, som symboliserer, at overgrebet er overstået.
- Et billede af en person, man holder af.
- Et telefonnummer til én, man kan tale med.

CASE: "TRYGGE TURE MED HUNDEN" – BRUG AF SIKKERT STED

Mona er 21 år og udviklingshæmmet. Hun har været udsat for overgreb af to mænd, der inviterede hende hjem til en fest i deres lejlighed, hvor de voldtog hende. Efter overgrebet har Monas søvn været forstyrret. Tankerne kører rundt i hovedet på hende, og hun drømmer om terrorister, der angriber hende. Hun er bange, når hun færdes ude og føler, at hun hele tiden skal se sig over skulderen. I terapisesionen taler Mona og psykologen om tryghed. Mona husker, at trygheden under hendes opvækst især har været i forhold til en hund, som hun gik tur med ved vandet.

Mona forestiller sig, at hun er sammen med hunden og igen

går tur ved vandet. Oplevelsen gennemgås med alt, hvad hun ser og sanser omkring sig i situationen. Alt, hvad hun fornemmer af tryghed i sin krop og de gode følelser, der er forbundet med oplevelsen af tryghed.

Erindringen forankres ved, at Mona knytter hånden. Mona føler glæde, når hun tænker på turene med hunden og anbefales at bruge sit "hunde-anker" til at give tryghed, når hun skal sove, og når hun er ude alene. Da Mona kommer ugen efter, har hun kunnet tage alene med bus og tog. Hun vågner stadig nogle gange om natten, men hendes mareridt er forsvundet.

Sikkert sted

Ved at forestille sig et sikkert sted kan klienten hjælpes til at nedtone sin angst. Psykologen kan bede klienten om:

- At beskrive engang, hvor vedkommende har følt sig helt sikker og tryk.
- At beskrive situationen med så mange sanseindtryk som muligt.
- At mærke fornemmelsen, som breder sig i kroppen, når klienten forestiller sig det sikre sted så tydeligt som muligt.

Hypnoterapeutiske teknikker/imaginationsteknikker

Gennem hypnoterapeutiske teknikker/imaginationsteknikker kan psykologen hjælpe klienten med at identificere og mindske smerter i kroppen samt at udforske mulige mestringsstrategier, som kan sænke alarmberedskabet.

Psykologen kan fx bede klienten om at bruge sin forestillingsevne til:

- At identificere smertefulde steder i kroppen.
- At beskrive smerternes farve, form og materialitet.
- At ødelægge smerten gennem forestillingen.

Bemærk, at mange i målgruppen har vanskeligheder med forestillingsevnen. Denne form for teknik vil derfor være vanskelig for nogle, men ikke for alle.

Eksternalisering

Eksternalisering er en teknik, som kan hjælpe klienten med at adskille overgrebet og reaktionerne på det fra selvet. Man kan fx eksternalisere angst eller vrede relateret til overgrebet ved:

- At tale om angsten som en løsrevet størrelse, der gives et navn, en form eller farve.
- At tale om, hvornår angsten typisk dukker op, hvorfra den får sin næring, og om hvad der skal til for at få angsten til at gå væk.

Adfærdsterapeutiske teknikker ved søvnforstyrrelser

Gennem adfærdsterapeutiske teknikker kan klienten hjælpes til at reetablere et godt søvnmønster. Klienten kan fx rådes til:

- At skabe faste rutiner omkring søvn – så som at gå i seng og stå op på et bestemt tidspunkt, have en bestemt temperatur i lokalet, have faste godnat-ritualer med fokus på tryghed og sikkerhed.
- At have en 'wind down' periode den sidste time inden søvn med dæmpet lys, beroligende musik, ingen stressende samtaler eller andet, som kan trigge traumet.
- Ikke at ligge i sengen mere end 15 minutter uden at kunne sove. Stå op, tale med personale, gøre noget afslappende, gå i seng igen. Proceduren gentages, hvis klienten stadig ikke falder i søvn.

EMDR

EMDR er en integrativ psykoterapeutisk tilgang til behandling af traumer. Tilgangen består af otte faser: Klienthistorie, forberedelse, vurdering, reprocessering, installation, bodyscan, afslutning og reevaluering. Under reprocesseringen bedes klienten om at fokusere på det billede fra overgrebet, der giver mest ubehag samtidig med, at den negative tanke bringes frem, og der fokuseres på de kropslige fornemmelser, som billedet frembringer. Herefter laves der bilateral stimulation, hvor psykologen beder klienten se billedet for sit indre øje samtidig med, at øjnene følger psykologens finger. Dette gøres gentagne gange, indtil ubehaget ved erindringen er forsvundet. Teknikken må kun benyttes af psykologer, der er akkrediteret af EMDR-foreningen.

Eksponeringsteknikker

Gennem eksponeringsteknikker konfronteres klienten med den traumatiserende oplevelse, som invaderer klienten. Teknikkerne kan medvirke til en emotionel bearbejdning af traumet, så det ikke fortsat genopleves med samme høje intensitet. Man kan arbejde med eksponeringsteknikker gennem visualisering eller billeder.

Eksponering af traumet gennem visualisering

- Klienten visualiserer traumet i stadig stigende detaljegråd med sanseindtryk, følelser, tanker og handlinger.
 - Klienten visualiserer traumet med fokus på "hotspots" – det vil sige de værste øjeblikke under traumet, og hvad klienten tænkte lige i det enkelte øjeblik.
 - Klienten visualiserer traumet og tilføjer det, som vedkommende ved nu, men ikke vidste, da overgrebet fandt sted. Eksempelvis at man overlevede.
 - Klienten visualiserer traumet med slutning, hvor han/hun er kommet i sikkerhed.
-

Eksponering af traumat gennem billeder

- Klienten tegner et billede af, hvad der foregik under traumat. I løbet af behandlingen kan klienten tegne en hel sekvens af billeder – en slags tegneserie, som beskriver forskellige tidspunkter under traumat, og som ender, hvor klienten er i sikkerhed igen. Serien skal som minimum indeholde et billede af begyndelse, midte og slutning af traumat.
- Klienten klipper billeder ud, som symboliserer forskellige tidspunkter under traumat, og laver historie ud fra forskellige billeder.
- Psykologen gør brug af ”tegneriesamtaler”, hvor den sociale situation tydeliggøres gennem brug af enkle symboler og tegninger, som viser, hvad de involverede personer tænker, føler, og gør.

CASE: ”TEGNING FORLØSTE DET, DER VAR SVÆRT AT FORTÆLLE” – BRUG AF EKSPONERINGSTEKNIKKER

Nanna er 29 år og udviklingshæmmet. Nanna blev udsat for et seksuelt overgreb, da hun besøgte en mand, hun havde fået kontakt med via et chatforum på internettet. Da behandlingsforløbet begynder, kan Nanna ikke tale om, hvad der sket i mandens lejlighed, men hun har over for personalet på sit botilbud givet udtryk for, at manden tvang hende til noget, hun ikke havde lyst til. I de indledende samtaler med Nanna vurderes det, at hun har flere traumereaktioner, herunder mareridt, påtrængende tanker og billeder, som formodes relateret til hændelsen i lejligheden. Da Nanna vedvarende er meget verbalt tilbageholdende skønnes det, at en indgangsvinkel til at bearbejde overgrebet kan være at tegne det, der er sket. Nanna introduceres til det at tegne overgrebet. Psykologen forklarer Nanna, at formålet er at hjælpe hende med at få de uhyggelige tanker ud af hovedet, så hun kan sove bedre og ikke være ked af det så ofte.

Først er der fokus på, hvad der skete op til overgrebet. Nanna

tegner selv og er meget optaget af opgaven. Der snakkes om de enkelte tegninger undervejs, hvad der skete på det konkrete tidspunkt, og der sættes følelsesudtryk på (eksempelvis at Nanna var glad, bange, ked af det, sur i det pågældende øjeblik). Da de når frem til det, der skete i lejligheden, får Nanna via tegningerne og støttende spørgsmål berettet og tegnet om overgrebet. Nanna tegner og fortæller, at hun var meget bange og ked af det, mens det skete. Psykologen og Nanna tegner, hvad der videre skete – hvordan hun får ringet til personalet og til sidst kommer væk fra lejligheden, tager hjem og får snakket med personalet.

Efter at have tegnet selve overgrebet samt de følelser, hun har gennemlevet, reduceres Nannas traumesymptomer væsentligt. Hun fortæller, at hun nærmest ikke tænker på manden eller selve overgrebet, og at hun ikke længere er bange. Hun sover bedre om natten og er blevet mere social.

Eksponering af flashback gennem visualisering

- Klienten beskriver selve flashbacket.
- Klienten beskriver sanseindtryk i forbindelse med flashbacket.
- Klienten forestiller sig flashback kørt på hurtig gengivelse.
- Klienten forestiller sig flashback på ”rewind”, det vil sige fra slut til start.
- Psykologen spørger klienten om den traumatiske erindring.
- Der sættes fokus på forskellen mellem flashback og den traumatiske erindring.
- Psykologen spørger, hvad klienten kan gøre for at bevare fokus på her og nu, når vedkommende får flashback (evt. tegning på huskekort).

Eksponering af flashback gennem billeder

- Psykologen kan lade klienten tegne sit flashback.

Psykologen kan også anvende eksponering i forhold til undgåelse. Formålet er her at hjælpe klienten med at overvinde sin angst for bestemte steder, personer, situationer etc. Man kan arbejde med eksponeringsteknikker i forhold til undgåelse gennem in vivo-øvelser eller gennem visualisering.

Eksponering af undgåelse gennem in vivo øvelser:

- Der laves en liste over ting, man er begyndt at undgå eller er blevet bange for at gøre.
- Der vælges et mål – eksempelvis at kunne gå ud alene.
- Der laves en trappemodel med få deltrin, der tilsammen fører frem til målet.
- Ved hjælp af smileys laves en vurdering af, hvor vanskelig hvert enkelt trin er.
- Trinene gennemføres et af gangen af klienten. Man starter med det, som skaber mindst angst og bliver der, indtil klienten ikke længere føler angst ved det. Støttepersonen er involveret i udførelsen enten ved at være med eller ved at tage initiativ til, at eksponeringen skal foretages de første mange gange.
- Det er en god idé at have et billede med af én, man holder af, når man foretager sig noget, som gør én angst.

Eksponering af undgåelse gennem visualisering:

- Klienten visualiserer det, der undgås. Det gennemføres succesrigt – eventuelt med hindringer, der overvindes.

Det er vigtigt, at eksponeringsteknikker anvendes med en finfølelse i forhold til, om klienten er i stand til at regulere sine følelser på en måde, så han/hun ikke overvældes af følelser ved eksponeringen. Ved eksponering gennem billeder er det vigtigt, at psykologen hjælper klienten med at verbalisere de tanker/følelser, der var til stede i forbindelse med traumat.

Reframingteknikker

Gennem reframingteknikker kan man ændre handlingen i en traumatisk oplevelse. Teknikkerne kan medvirke til at nedsætte det følelsesmæssige ubehag ved bl.a. mareridt. Man kan arbejde med reframingteknikker gennem visualisering eller billeder.

Klienten visualiserer traume/mareridt med ændringer i situationen ved fx at forestille sig:

- Et sikkert sted, man kan vende tilbage til, når angstniveauet bliver for højt.
- Det, man ville ønske, man havde gjort i situationen.
- Én, som kommer og redder én.
- Situationen i sort/hvid.
- Situationen på en fjernsynsskærm, hvor man kan slukke, skrue op og ned, spole frem til slutningen.
- Situationen med ændrede proportioner, så gerningsmanden fx visualiseres i formindsket form.
- At man uskadeliggør gerningsmanden.
- At man har en tryllestav.

Klienten tegner traume/mareridt med ændringer i situationen ved fx at tegne:

- Sikkerhedsforanstaltninger.
- Markant selvforsvar.
- Én, som kommer og redder én.
- Situationen med ændrede proportioner, så gerningsmanden fx tegnes i formindsket format.
- Uskadeliggørelse af gerningsmanden.

Rollespil

Rollespil kan bruges til bearbejdning og integration af vanskelige følelser – fx intens vrede i forhold til gerningsmanden.

Psykologen kan bl.a. bede klienten om:

- At fortælle, hvad han/hun gerne ville sige til gerningsmanden, hvis han var der.
- At sige det gentagne gange med så meget kraft som muligt.
- At sige det, mens klienten forestiller sig, at han/hun siger det til krænkeren.
- At gentage det flere gange over for ham.

Vær opmærksom på, at rollespil stiller krav til forestillingsevnen, og nogle mennesker i målgruppen vil have svært ved dette, hvorfor øvelsen for dem kan fremstå som uden mening.

Ventilering af følelser

At udtrykke sig til gerningsmanden kan være med til at regulere intensiteten af følelser – fx stor vrede – så de ikke længe er så plagsomme. Klienten kan:

- Skrive et brev til krænkeren.
- Indtale en beretning, der lægges på en CD til krænkeren.
- Tegne en tegning til krænkeren.

Brevet, CD'en eller tegningen skal ikke nødvendigvis sendes til krænkeren.

Reattribuering

Reattribuering er en teknik, som kan hjælpe klienten med at få et mere nuanceret og realistisk billede af fordelingen af skyld og ansvar for overgrebet.

- Psykologen laver sammen med klienten et lagkage-diagram over ansvarsfordelingen. Her tegnes betydningen af forskellige faktorer i forbindelse med overgrebet ind – eksempelvis hvor stor en andel af cirklen gerningsmandens skyld udgør.
- Psykologen spørger ind til, hvordan klienten tror, andre ville placere skylden, fx klientens veninde, forældre, støtteperson eller psykologen. Er der forskel på, hvad klienten selv tænker, og hvad klienten tror, andre tænker, tales der om, hvad forskellen mon er udtryk for. Vær opmærksom på, at teknikken kræver en evne til at sætte sig ind i andre menneskers tanker og følelser, hvilket kan være vanskeligt for nogle i målgruppen. Det kan her være nødvendigt, at psykologen eller en eventuelt tilstedeværende støtteperson hjælper klienten med at forestille sig, hvad andre tænker og føler. Samtidig kan det være en særdeles vigtig øvelse at lave, idet de forestillinger, målgruppen kan have om, hvad andre tænker og føler, kan være fejlagtige.

- Psykologen spørger ind til, hvordan klienten ville fordele skylden, hvis en anden – fx en veninde – havde været udsat for overgrebet.

Identificering af høj-risiko-situationer og sikkerhedsplan

Ved selvskadende adfærd kan psykologen hjælpe klienten med at identificere, hvornår der især er risiko for selvskade. Støttepersonen har muligvis overblik over typiske situationer, der udløser tendens til selvskade. Identificeringen kan bl.a. ske gennem:

- At skrive høj-risiko-situationerne ned.
- At snakke om, hvorvidt der er noget, som kan afhjælpe presset i disse situationer. Fx hvordan støttepersonen kan hjælpe, hvis en høj-risiko-situation nærmer sig.
- At tegne et termometer, som kan vise impulser til selvskade på en skala.
- At snakke om, hvordan en impuls til selvskade føles i kroppen på de forskellige trin af skalaen.
- At snakke om bedre fungerende strategier, der kan bruges på de forskellige trin af skalaen.
- At udarbejde en plan for strategier, som skrives på et lamineret huskekort.

CASE: "JEG VIL GERNE STOPPE MED AT GØRE SKADE PÅ MIG SELV" – IDENTIFICERING AF HØJ-RISIKO-SITUATIONER

Kirsten er 33 år og har en medfødt hjerneskade. Kirstens kognitive vanskeligheder kommer bl.a. til udtryk ved et lavt sprogligt funktionsniveau, sociale- og overbliksvanskeligheder, som gør, at hun ofte har svært ved at overskue konsekvenserne af sine handlinger og overføre erfaringer fra én situation til en anden. Kirsten har været udsat for flere overgreb af forskellige mænd – herunder en medbeboer på hendes bosted. Kirsten har traume-reaktioner, som fx genoplevelser af overgrebene i form af mareridt, flashback, fysiske reaktioner og undgåelsesadfærd, og hun kan være udadreagerende. Hun er meget selvskadende og har flere gange forsøgt selvmord.

I starten af behandlingsforløbet er der arbejdet med at identificere de situationer, hvor Kirsten er selvskadende. Dette sker for fremadrettet at kunne opstille alternative handlestrategier for hende. Med inspiration fra den kognitive metodes kolonneskema opstilles sammen med Kirsten et skema med situation, tanker, følelser, krop og handlinger, som bruges til at analysere de konkrete episoder med selvskade. Skemaet skrives op på en tavle og udfyldes ofte med illustrerende tegninger. Kirsten har i starten meget svært ved opgaven, men bliver gradvist fortrolig med skemaet, herunder at beskrive sine tanker, følelser, kropslige fornemmelser og handlinger i de konkrete situationer. Brugen af skemaet giver et klart billede af nogle af de konkrete situationer, der ud-

løser selvskadende adfærd hos hende. Det bliver tydeligt, at Kirsten, ved uro blandt andre borgere på bostedet om natten, har genoplevet overgrebet. Hun bliver bange og ender med at være selvskadende, fordi hun ikke kan håndtere de svære følelser.

På baggrund af arbejdet med kolonneskemaet laves en procedure for Kirsten, som hun kan bruge, når der er uro på botilbuddet om natten. Det aftales med Kirsten, at når hun vækkes, sætter hun sig ud i fællesrummet til personalet og følges først i seng igen, når der er roligt. Proceduren skrives ned, så den er kendt af alle på botilbuddet. Sammen med støttepersoner laves desuden en liste med alternative strategier for Kirsten, som hun kan bruge, når hun har det svært. Fx "Fortælle personalet, at jeg har det dårligt", "Få personalet til at læse højt for mig" og "Drikke kaffe og spille spil med personalet".

I løbet af behandlingsforløbet bliver Kirsten langt mindre selvskadende. Støttepersonerne beskriver, at de oplever en markant bedring og et øget funktionsniveau. Kirsten er mere aktiv, begynder selv på aktiviteter, er mere åben og udtrykker sig mere følelsesmæssigt, end hun tidligere har gjort. Hun bliver også bedre til at fortælle om sine egne grænser – at hun fx ikke bryder sig om berøring fra visse mandlige beboere på bostedet.

Ved dissociation kan psykologen hjælpe klienten med at identificere, hvornår der især er risiko for dissociation.

Man kan fx:

- Lave en liste over situationer, der kan lede til dissociation.
- Snakke om, hvorvidt der er noget, der kan afhjælpe presset i disse situationer. Fx hvordan støttepersonen kan støtte, hvis en høj-risiko-situation nærmer sig.
- Graduere dissociation på en skala med forskellige farver og kropslige fornemmelser, der passer til de forskellige trin.
- Udarbejde en plan for strategier, som passer til de forskellige niveauer. Eksempelvis kan det ved let dissociation være tilstrækkeligt med opmærksomhedsteknikker, mens det fx kan være nødvendigt at hoppe eller endda nive sig selv i armen ved svær dissociation.
- Skrive planen på et lamineret huskekort.

6.5. Udvikling af mestringsstrategier med et forebyggende sigte

Mennesker med kognitive funktionsnedsættelser er særligt sårbare i forhold til seksuelle overgreb. Mange kan have svært ved at afkode, om den situation, de befinder sig i, er faretruende. Dertil kommer, at afhængigheden af andres hjælp for nogle indebærer, at de har lært at indordne sig og behage omgivelserne, og at de har svært ved at mærke og sætte deres egne grænser. Ønsket om at blive anerkendt som normal kan også medføre, at nogle efterstræber relationer til

mennesker uden eller med en lettere funktionsnedsættelse end de selv og derfor går med til seksuelle praksisser, de reelt ikke har lyst til.

Målet med udvikling af forebyggende mestringsstrategier er:

- At klienten får større viden og tro på egen styrke.
- At klienten får konkrete strategier og værktøjer til at mindske risikoen for nye overgreb.

Tabel 6.2
Interventioner til udvikling af mestringsstrategier

RISIKO-FAKTOR	INTERVENTION	BESKRIVELSE AF INTERVENTION
Har vanskeligt ved at sætte grænser	Kropsterapeutiske teknikker	Gennem kropsterapeutiske teknikker kan klienten hjælpes med at genopbygge sine grænser efter overgreb. Det kan bl.a. ske gennem: <ul style="list-style-type: none"> • Kropsbevidsthedsøvelser med op- og afspænding af musklerne på ydersiden af arme og ben, hvilket kan give en fornemmelse af kontrol over kroppen. • ”Rød snor” – en øvelse, hvor klienten på gulvet lægger en snor omkring sig selv, som helt konkret viser, hvordan han/hun oplever omfanget af sit personlige rum. Når klienten har fået et konkret billede af sin personlige grænse, gennemføres øvelser, hvor klienten forsvær sine personlige grænser.
	Grænsesætning gennem rollespil	Rollespil kan bruges til at træne den del af klientens grænsesætning, som handler om at kunne sige tydeligt nej over for en potentiel krænker. <ul style="list-style-type: none"> • Psykologen viser forskellige mulige reaktioner – fx en meget forsigtig, en passende og en meget voldsom markering. • De forskellige reaktioner drøftes. • Klienten indøver forskellige reaktionsmåder, som passer til graden af fare i situationen. <p>Opbygningen af eget kropssprog hænger sammen med forståelsen af andres kropssprog. Nogle i målgruppen har vanskeligt herved på grund af deres empatiforstyrrelse. For dem er denne øvelse særdeles vigtig. Det kræver ofte meget træning, før klienten bliver tryk ved at være markant i sin grænsesætning.</p>
Har vanskeligt ved at vurdere risiko	Risikovurdering	I arbejdet med klientens kompetencer til at vurdere risiko kan psykologen: <ul style="list-style-type: none"> • Spørge ind til de faresignaler, klienten oplevede inden overgrebet. • Tale om, hvordan bestemte følelser, tanker og fornemmelser kan indikere fare. • Arbejde med at graduere og hierarkisere farlige situationer. <p>For nogle klienter med kognitive funktionsnedsættelser kan der være behov for, at psykologen meget direkte fortæller, hvilke situationer der er farlige, og som man derfor bør undgå.</p>
Har behov for konkrete sikkerhedsplaner	Sikkerhedsplaner	Arbejdet med sikkerhedsplaner er tæt forbundet med risikovurderingerne. Sikkerhedsplanerne kan handle helt konkret om krænkeren, og hvad man skal gøre, hvis man møder ham igen. Sikkerhedsplanerne kan også handle om, hvad man mere generelt gør i forskellige risikosituationer. Psykologen kan: <ul style="list-style-type: none"> • Tale med klienten om forskellige strategier for at komme i sikkerhed. • Arbejde med at graduere strategierne i forhold til risikoen. • Udarbejde en plan for strategier i forskellige situationer, som skrives ned og lamineres. Fx ”Hvis du ser krænkeren på den anden side af gaden, kan du gå i den modsatte retning. Hvis han går efter dig og tager fat i dig, kan du skrike højt.” • Indøve sikkerhedsplanerne flere gange.
Har behov for forebyggelse af tilbagefald	Frivillige aftaler og tilbagefaldsplaner	Som led i arbejdet med forebyggende strategier kan psykologen også motivere klienten til at indgå frivillige samarbejdsaftaler med personalet på botilbuddet. Det kan fx handle om restriktioner i klientens brug af internettet, sociale medier og telefon for at beskytte klienten mod situationer, hvor der er risiko for nye overgreb. Samtidig kan psykolog og støtteperson udarbejde en tilbagefaldsaftale med retningslinjer for, hvordan personalet håndterer og støtter op om klienten ved eventuelle tilbagefald i klientens risikoadfærd.

6.5.1. Fremgangsmåde og indhold

Det kan være vanskeligt at vurdere, hvor grænsen mellem bearbejdning af følgevirkninger og udvikling af mestringsstrategier går, da der ofte vil være overlap. Det er derfor centralt, at psykologen er opmærksom på, at både traumbearbejdning og udvikling af mestringsstrategier med et forebyggende sigte inkluderes i behandlingen.

6.5.2. Interventioner til udvikling af mestringsstrategier med et forebyggende sigte

Tabel 6.2 viser interventioner til udvikling af forebyggende mestringsstrategier.

Afhængig af klientens risiko for at blive udsat for seksuelle overgreb kan én eller flere af ovenstående teknikker til forebyggelse af nye seksuelle overgreb anvendes.

Det kan være en udfordring at arbejde med udvikling af forebyggende mestringsstrategier blandt klienter med kognitive funktionsnedsættelser. Det skyldes, at klienten kan have en risikoadfærd, der er mere udpræget end klienter uden kognitive funktionsnedsættelser. Denne risikoadfærd kommer eksempelvis til udtryk ved, at klienterne oftere fastholder kontakten til krænkeren eller selv opsøger risikofyldte kontakter – fx via sociale medier eller hjemmebesøg.

CASE: ”JEG HAVDE IKKE LYST, MEN KUNNE IKKE SIGE NEJ” – ARBEJDET MED FOREBYGGELSE, SIKKERHEDSPLAN OG EMDR

Camilla er 35 år og udviklingshæmmet. Camilla er blevet udsat for seksuelle overgreb gennem en længere periode og har haft en episode med voldtægt og grov vold umiddelbart før behandlingens start. Camilla er plaget af traumereaktioner i form af angst, undgåelse og mareridt. Hun har tidligere haft risikoadfærd i form af seksualiserende og opsøgende adfærd over for ukendte mænd. Dette er intensiveret efter det sidste overgreb. Hun overser indlysende alarmsignaler i form af ubehagelig, grænseoverskridende adfærd og er opsøgende over for mænd med tidligere domme for overgreb og vold.

Arbejdet med forebyggelse i forhold til yderligere overgreb

Indledningsvist laves en tegning af Camilla selv og en tegning af en mand, der tidligere har begået overgreb mod hende, og som hun er begyndt at se igen. I behandlingen er der fokus på, hvilke tanker og følelser henholdsvis hun og manden har i en konkret situation, hvor hun har sat sig på skødet af ham. Tankerne og følelserne skrives på tegningen for at illustrere, at mens hun udelukkende tænker, at det er hyggeligt, tænker han måske, at det er en optakt til sex. Formålet er at øge mentaliseringen, både i forhold til hende selv og i forhold til manden, herunder at gøre det tydeligt, at der er tale om en situation, som potentielt kan udvikle sig til en overgrebs-situation.

Da Camilla gentagne gange har kontakt med mænd, som er grænseoverskridende og udnyttende, laves en nedskrevet og tegnet liste over alarmsignaler ved disse mænd. Hun kan bruge listen til at vurdere nye mænd, hun får kontakt med. Listen består af signaler, hun selv kan komme i tanke om ud fra sine tidligere erfaringer – fx misbrug, hidsigt temperament, og at de ikke er kærlige. Som supplement til dette laves en liste over, hvilken type kæreste Camilla gerne vil have, og hvad hun gerne vil lave sammen med ham. Det fremgår, at hun har et ønske om nærhed og at være sammen om aktiviteter i dagligdagen. Listen bruges efterfølgende til at vurdere

de mænd, hun får kontakt med i forhold til, om de lever op til de ønsker, hun har til en kæreste.

Udarbejdelse af sikkerhedsplan

Af to omgange laves en sikkerhedsplan med Camilla. Første gang er, da gerningsmanden for det seneste overgreb løslades, og anden gang er i forhold til en situation, hvor hun har fået en ny kæreste, hun er bange for. Konkrete, potentielt farlige situationer beskrives med ord og tegnes (fx at gerningsmanden skriver en sms, eller hun møder ham på gaden). For hver farlig situation beskrives det detaljeret, hvad hun kan gøre, hvis situationen opstår (fx lade være med at svare på hans beskeder, kontakte personalet og ringe efter hjælp). Hun har planerne med sig og gennemgår dem hyppigt med sin støtteperson.

Arbejde med grænsesætning ved hjælp af EMDR

Da det bliver tydeligt, at hendes tendens til at omgås potentielt farlige mænd skyldes, at hun ikke formår at sige nej, laves der EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) med hende. Der tages udgangspunkt i en situation, hvor en mand har spurgt, om hun vil være kæreste. Hun har ikke lyst, men kan ikke finde ud af at sige nej. Under den bilaterale stimulation nævner hun følelsen af ikke at være god nok, at hun ikke har lov til at sige nej og en angst for, at den anden skal blive vred eller ked af det. Der arbejdes med at installere tanken om, at hun har lov til at sige nej, og hun beskriver, at det giver en rigtig god følelse, og at hun får en fornemmelse af, at ”hjertet åbner sig i brystet”.

Camilla giver gentagne gange udtryk for at være glad for behandlingen. Hun vender selv uopfordret tilbage til listerne – både i forhold til om en mand udviser alarmsignaler, og om han lever op til hendes ønsker. Hun fortæller stolt, når hun har formået at sige nej og fortæller om konkrete situationer, hvor hun har husket på det, hun har lyst til og ikke har lyst til.

En klients risikoadfærd kan skyldes, at vedkommende har haft vanskelige opvækstvilkår eller oplevet situationer – eksempelvis brudte voksen- eller familiekontakter, som indvirker på behovet for tilknytning og nærvær. Den kognitive funktionsnedsættelse kan også betyde, at klienten har svært ved at vurdere, hvornår han/hun er i fare. Det er derfor centralt, at psykologen ud fra et samlet billede af klienten understøtter udviklingen af mestringsstrategier med et forebyggende sigte.

6.6 Afrunding

Afprøvningen af den psykoterapeutiske guide viser, at de klienter, der indgik i udviklingsprojektet, har haft positiv effekt af behandlingen. Forandringerne ses på tværs af følgevirkningerne. Eksempelvis oplever klienterne, at de har det bedre i deres hverdag og sover bedre om natten. På grund af det lave antal behandlingsforløb er det vanskeligt entydigt at konkludere, om behandlingen har haft større virkning på nogle følgevirkninger end andre. Resultaterne indikerer dog, at flest klienter har oplevet positiv effekt i forhold til invaderende symptomer og vagtsomhedssymptomer.

CASE: "DET ER MIG, DER BESTEMMER, OG DET FØLES GODT" – BRUG AF ROLLESPIL

Lone er 36 år og udviklingshæmmet. Hun har været udsat for flere forskellige seksuelle overgreb og er gentagne gange endt i situationer, hvor hendes grænser overskrides, uden at hun får sagt fra. Lone er selv opsøgende i forhold til mænd og vil gerne have en kæreste. Hun kan være meget flirtende og inviterer ofte mænd med hjem til trods for, at hun lige har mødt dem. Hun har svært ved at få sagt fra i situationer, hvor mænd kommer fysisk tæt på hende.

Brug af rollespil i forebyggelsen af yderligere overgreb

I de første sessioner arbejdes med en tegning af kroppen. Lone beskriver med egne ord, hvad hun mærker, når hun bliver utryk. Hensigten er, at Lone skal blive bedre til at aflæse sine egne signaler og reagere på dem. Lone er god til med sit kropssprog at vise, hvad der helt konkret sker med hende i situationer, hvor hun bliver angst. Sammenholdt med Lones verbale evner danner dette grundlag for at afprøve teknikken rollespil. Der tages udgangspunkt i et specifikt scenarie, hun har oplevet for nylig. Først tegnes situationen på et stort stykke papir. Den foregår i Lones lejlighed, hvor hun har inviteret en mand hjem til kaffe. Lejligheden – og hvor hun og manden fysisk befinder sig i den – tegnes. I starten sidder de i hver sin sofa med god afstand, hvorefter han rykker nærmere og nærmere. Til sidst er han helt tæt på og befører hende. Psykologen spørger hele tiden ind til, hvordan hun har det med, at han kommer tættere på. Følelserne tegnes

ind på tegningen. Det bliver tydeligt, at Lone blev utryk langt tidligere, end hun selv oprindeligt havde registreret. Det italesættes, hvordan hun på et tidligere tidspunkt kunne have reageret ved at rejse sig, gå hen mod døren og højt og tydeligt sige nej. Hændelsesforløbet spilles herefter som et rollespil, hvor psykologen er manden og fysisk rykker tættere på Lone, siger og gør de ting, Lone har fortalt, han gjorde. Lone skal prøve at sige stop, så snart hun mærker den utrygge fornemmelse. Hun bliver tydeligt anspændt, da psykologen rykker nærmere. Hun stivner i kroppen og trækker sig lidt væk, men bliver alligevel siddende. Hun får sagt nej – lidt forsigtigt i første omgang, og først da psykologen er meget tæt på. Situationen gennemspilles flere gange, indtil Lone tydeligt mærker, hvornår utrygheden starter, og grænsen er nået, og får sagt klart nej.

Efterfølgende øves det samme scenarie, hvor Lone rejser sig fra sin plads, går væk fra stedet og råber nej til psykologen. Hensigten er, at give Lone kontrollen tilbage og udløse de ord, hun ikke kan få sagt. Lone er selv overrasket over, hvilken effekt det har på hende. Hun kan mærke en rar fornemmelse i kroppen og føler, at det er hende, der bestemmer. De efterfølgende sessioner vender Lone ofte tilbage til rollespillet og siger, at det har givet hende en god fornemmelse i kroppen og at hun nu har mere mod på at sige nej, hvis der opstår en grænseoverskridende situation.

Mange i målgruppen har desuden en mere risikobetonet adfærd end mennesker uden en funktionsnedsættelse. Afhængigheden af andres hjælp indebærer for nogle, at de har lært at indordne sig og behage omgivelserne, og at de har svært ved at mærke og markere deres egne grænser. Mange har derfor vanskeligt ved at afkode truende eller grænseoverskridende situationer. Erfaringerne fra afprøvningen viser, at det kan være svært at udvikle klienternes forebyggende mestringsstrategier. Det skyldes blandt andet, at de kognitive funktionsnedsættelser indebærer udfordringer i forhold til læring. Det er derfor afgørende, at behandlingen tilpasses den enkelte klient og løbende justeres.

Endelig forudsætter succesfuld forebyggelse, at klienterne støttes kontinuert af støtteperson og personale på botilbudet, så de fastholdes i at anvende og videreudvikle eventuelle mestringsstrategier fremadrettet.

Læs mere om resultater fra guidens afprøvning i de supplerende udgivelser:

- *Behandling af mennesker med kognitive funktionsnedsættelser udsat for seksuelle overgreb. Introduktion.*
- *Evaluering af en psykoterapeutisk guide til behandling af mennesker med kognitive funktionsnedsættelser udsat for seksuelle overgreb.*

Udgivelserne kan downloades fra www.socialstyrelsen.dk

Bilagsmateriale

De følgende sider indeholder relevante skemaer til understøttelse af arbejdet med kerneelementerne i den psykoterapeutiske guide. Det samlede bilagsmateriale består af:

- Bilag 1: Skema til telefonisk screening.
- Bilag 2: Skema til visitation.
- Bilag 3: Skema til afdækning.
- Bilag 4: Skema til samtykkeerklæring.
- Bilag 5: Skema til samarbejdsaftale med støtteperson.
- Bilag 6: Information til støtteperson i behandlingsforløb.
- Bilag 7: Skema til behandlingsplan.
- Bilag 8: Skema til afslutning af behandlingsforløb.
- Bilag 9: Diagnosekriterierne for Posttraumatisk stressyndrom.

Bilag 1: Skema til telefonscreening

Telefonisk screening

Inden en visitation til behandling foretages en telefonisk screening, der har til formål at vurdere, om klienten er i den umiddelbare målgruppe for behandling.

Klientens kontaktoplysninger

Navn: _____

Adresse: _____

Telefonnummer: _____

Cpr-nummer: _____

E-mail: _____

Indledende oplysninger

Dato for telefonisk kontakt:

____ - ____ - ____ (DD-MM-ÅÅÅÅ)

Hvem er telefonscreeningen gennemført med? (sæt ét kryds)

- Klienten
 Støttepersonen
 Anden. Uddyb hvem: _____

Hvad er klientens køn? (sæt ét kryds)

- Kvinde
 Mand

Hvad er klientens alder?

Hvor er klienten opvokset? (biologiske forældre, plejefamilie, institution eller lignende)

Følger eller har klienten fulgt et psykologisk behandlingsforløb? (sæt ét kryds)

- Ja, tidligere behandling. Uddyb hvornår:

- Ja, går til behandling
 Nej

Følger eller har klienten fulgt et psykiatrisk behandlingsforløb? (sæt ét kryds)

- Ja, tidligere ambulantly behandling. Uddyb hvornår:
-

- Ja, går til behandling ambulantly
 Ja, har været indlagt til behandling
 Ja, er indlagt
 Nej

Hvilken kognitiv funktionsnedsættelse har klienten? (sæt ét kryds)

- Udviklingshæmning
 Hjerneskade
 Andet. Uddyb hvad: _____

Oplysninger om klienten og overgrebet

Hvem har henvist klienten til projektet? (sæt ét kryds)

- Klienten selv
 Støtteperson
 Familienmedlem
 Sagsbehandler/kommune
 Andre. Uddyb hvem: _____

Er der tale om et eller flere seksuelle overgreb? (sæt ét kryds)

- Ét overgreb
 Flere overgreb af samme person. Uddyb:
 Flere overgreb af forskellige personer. Uddyb:
 Ved ikke

Beskriv venligst den/de krænkende hændelse/r kort:

1. _____

2. _____

Hvornår har overgrebet/overgrebene fundet sted? (sæt gerne flere krydser)

- I opvæksten (ikke akut)
 For nylig (akut)
 Både i opvæksten og for nylig
 Andet. Angiv hvornår: (fx har fundet sted over en længere periode i personens voksne liv):
-
-

Hvor har overgrebet/overgrebene fundet sted?

Viser klienten tegn på følgevirkninger efter det seksuelle overgreb? (sæt ét kryds)

- Ja. Uddyb: _____
 Nej

Viser klienten tegn på akut suicidal trussel eller stærk komorbiditet i forhold til psykologiske eller psykiatriske lidelser? (sæt ét kryds)

- Ja. Uddyb: _____
- Nej _____

Ved akutte overgreb: Er overgrebet/overgrebene blevet politianmeldt? (sæt ét kryds)

- Ja
- Nej
- Nej, vil anmelde senere
- Nej, vil overveje anmeldelse
- Nej, ønsker ikke anmeldelse. Uddyb årsag til, at der ikke ønskes anmeldelse:

- _____
- Forsøgt anmeldt, men afvist. Uddyb årsag:

- _____
- Ved ikke

Har klienten tidligere indgået i anden form for behandling i forbindelse med overgrebene? (sæt ét kryds)

- Ja. Uddyb, hvilken type behandling der er tale om: _____

- _____
- Nej

Er klienten blevet undersøgt i forbindelse med overgrebet/overgrebene? (sæt ét kryds)

- Ja. Uddyb, hvilken type undersøgelse der er tale om: _____

- _____
- Nej
- Ved ikke

Er der nogen fysiske/psykiske begrundelser for, at klienten ikke vil kunne profitere af behandling? (sæt ét kryds)

- Ja. Uddyb: _____

- Nej

Har klienten et nuværende eller tidligere misbrug? (sæt gerne flere krydser)

- Ja, nuværende alkoholmisbrug
- Ja, nuværende stofmisbrug
- Ja, tidligere alkoholmisbrug
- Ja, tidligere stofmisbrug
- Andet, uddyb: _____
- Nej

Tager klienten nogen former for daglig medicin (Fx psykofarmaka, sovemedicin, smertestillende)? (sæt ét kryds)

- Ja. Beskriv hvilke: _____
- Nej
- Ved ikke

Har klienten et alkohol-, stof- eller medicinmisbrug, der er så omfattende, at behandling ikke er mulig? (sæt ét kryds)

- Ja. Uddyb: _____
- Nej

Er forudsætningerne for, at klienten er i stand til at følge et behandlingsforløb tilstede? (sæt ét kryds)

- Ja, klienten kan følge behandlingsforløbet på egen hånd
- Ja, klienten har en støtteperson, som kan støtte i behandlingsforløbet
- Nej. Uddyb: _____

Vurderer du, at der er grundlag for, at klienten skal gå videre til en visitation med henblik på behandling? (sæt ét kryds)

- Ja
- Nej

Hvis nej, begrund hvorfor ikke: _____

Bilag 2: Skema til visitation

Visitation

Visitationen til behandlingsforløbet bør foregå på behandlingsstedet og kan strække sig over flere sessioner. Formålet er at indsamle central viden om klienten til brug i tilrettelæggelsen af behandlingen samt at sikre, at klienten vil kunne gennemføre et behandlingsforløb. Desuden er formålet at skabe klarhed over, hvordan eventuelle støttepersoner skal inddrages og sikre, at der er indhentet samtykke fra klienten. For at sikre tryghed kan en støtteperson deltage i visitationssamtalen, såfremt klienten selv ønsker det.

Klientens navn

Navn: _____

Kontaktoplysninger til støtteperson(er), der skal støtte klienten i forbindelse med behandlingen

Navn: _____

Titel/funktion: _____

Adresse: _____

Telefonnummer: _____

Cpr-nummer: _____

E-mail: _____

Kontaktoplysninger til lederen af klientens botilbud

Navn: _____

Titel/funktion: _____

Adresse: _____

Telefonnummer: _____

Cpr-nummer: _____

E-mail: _____

Eventuelle kontaktoplysninger til klientens pårørende eller anden nærtstående person

Uddyb, hvilken relation den pårørende/nærtstående person har til klienten:

Navn: _____

Adresse: _____

Telefonnummer: _____

E-mail: _____

Fakta om klienten

Hvad er klientens statsborgerskab? (sæt ét kryds)

- Dansk
- Andet. Angiv hvilket: _____
- Ved ikke

Hvor er klienten født? (sæt ét kryds)

- Danmark
- Andet. Angiv hvilket: _____
- Ved ikke

Har klienten børn? (sæt ét kryds)

- Ja
- Nej

Har klienten en partner? (sæt ét kryds)

- Ja. Uddyb karakteren af relationen (ny partner/fast partner gennem længere tid): _____
- Nej

Bor klienten sammen med partneren? (sæt ét kryds)

- Ja
- Nej

Har klienten nogen kroniske sygdomme?

- Ja. Beskriv hvilke: _____
- Nej
- Ved ikke

Tager klienten nogen former for daglig medicin (Fx psykofarmaka, sovemedicin, smertestillende)? (sæt ét kryds)

- Ja.
Beskriv hvilke: _____
- Nej
- Ved ikke

Botilbud og støtte i hverdagen

Hvordan bor klienten, herunder om klienten bor i botilbud eller almen ældre- og handicapbolig og lignende, og hvordan klientens behov for støtte i hverdagen er? Disse kan være vigtige informationer i forhold til at kunne danne sig et billede af klientens funktionsniveau og – evne til at klare sig selv i hverdagen.

Hvor bor klienten? (sæt ét kryds)

- Bor i selvstændig bolig (fx lejlighed eller hus)
- Botilbud (fx bofællesskab) uden personale tilknyttet, men med støtte gennem bostøtte eller støtteperson
- Botilbud med personale tilknyttet i dagtimerne
- Botilbud med døgnbemanding
- Bor hos familie. Uddyb, hvem i familien, klienten bor sammen med/hos:
- Andet. Uddyb hvad: _____

Klienten kan ligeledes få forskellige typer af støtte i dennes hverdag (den enkelte klient kan få flere typer støtte). Service-loven indeholder bestemmelser om fx personlig og praktisk hjælp, socialpædagogisk bistand og ledsagelse. De klienter, som bor på botilbud og lignende, hvor der er personale tilknyttet (både dag- og døgnbemanding) vil ofte have en medarbejder tilknyttet her, eller vil være tilknyttet et team af medarbejdere, som yder socialpædagogisk støtte.

Hvilken type støtte får klienten i hverdagen? (sæt ét kryds)

- Socialpædagogisk støtte m.v. efter servicelovens § 85 (Fx hjælp til at vedligeholde og udvikle fysiske og psykiske færdigheder)
- Personlig og praktisk hjælp efter servicelovens § 83 (Fx personlig hjælp og pleje og hjælp eller støtte til nødvendige praktiske opgaver i hjemmet)
- Ledsagerordning efter servicelovens § 97 (Fx hjælp til at komme ud af hjemmet, til selvvalgte fritidsaktiviteter og sociale aktiviteter)
- Frivillige støttetilbud
- Anden form for støtte. Uddyb: _____
- Ingen støtte

Uddannelsesbaggrund og daglig beskæftigelsesform

Klientens uddannelsesbaggrund og daglige beskæftigelsesform kan ligeledes være et centralt bidrag til at kunne danne sig et billede af klientens funktionsniveau.

Hvilket grundskoleforløb har klienten gennemført? (sæt ét kryds)

- 8 år eller færre
- 9-10 år
- Ved ikke
- Andet. Angiv hvad: _____

Hvad er klientens højeste afsluttede uddannelse? (sæt ét kryds)

- Ingen afsluttet uddannelse (8 år eller færre)
- Grundskole/folkeskole
- Ungdomsuddannelse for unge med særlige behov, også kaldet STU (Tilbud til unge under 25 år, der af fysiske eller psykiske grunde ikke – selv ikke med specialpædagogisk støtte – vil kunne gennemføre en ungdomsuddannelse på normale vilkår)
- Kompenserende specialundervisning for voksne (Undervisningstilbud, der henvender sig til voksne mennesker med et eller flere handicap, som giver behov for særlig undervisning med en individuel målsætning)
- Gymnasial uddannelse
- Erhvervsfaglig uddannelse
- Kort videregående uddannelse (under 3 år)
- Mellemlang videregående uddannelse (3-4 år)
- Lang videregående uddannelse (over 4 år)
- Ved ikke
- Andet. Angiv hvad: _____

Hvad er klientens daglige beskæftigelse? (sæt ét kryds)

- Går i skole/er under uddannelse
- Ansat i beskyttet beskæftigelse (Beskæftigelsestilbud knyttet til beskyttede værksteder)
- Ansat i skånejob/job med løntilskud for førtidspensionister (Klienter, som modtager førtidspension og er under 65 år)
- Ansat i fleksjob (Klienter, som ikke modtager førtidspension, men som ikke kan opnå og fastholde beskæftigelse på normale vilkår)
- Ansat i job med løntilskud (Klienter, som har været ledige i mere end sammenlagt 6 måneder og som har modtaget dagpenge eller sygedagpenge i sammenlagt mere end 6 måneder, men som kan opnå og fastholde beskæftigelse på normale vilkår)
- Ansat i ordinær beskæftigelse (Beskæftigelse på normale vilkår)
- Er ikke i beskæftigelse
- Ved ikke
- Andet. Angiv hvad: _____

Uddyb hvilken skole/uddannelse, der er tale om, eller hvilke arbejdsopgaver/hvilken stillingsfunktion, klienten varetager:

Har klienten nogen særlige fritidsinteresser? (sæt ét kryds)

- Ja. Uddyb: _____
 Nej

Fysisk og psykisk sikkerhed

Hvordan er klientens sikkerhedsfølelse nu? (sæt ét kryds)

- Er bange for, at der let kan ske et nyt seksuelt overgreb. Uddyb: _____

- Føler sig helt sikker på, at der ikke sker et seksuelt overgreb igen. Uddyb: _____

- Midt i mellem. Uddyb: _____

- Ved ikke

Er klienten i kontakt med gerningsmanden? (sæt ét kryds)

- Ja
 Nej
 Ved ikke

Hvis ja, uddyb på hvilken måde: _____

Har klienten nogen omsorgspersoner omkring sig, som kan støtte klienten i det daglige? (sæt ét kryds)

- Ja
 Nej
 Ved ikke

Hvis ja, uddyb på hvilken måde: _____

Vurderer du samlet set, at klienten er i fysisk sikkerhed? (sæt ét kryds)

- Ja
 Nej
 Ved ikke

Hvis nej:

- Vurderer du, at der er brug for akut rådgivning?
 Vurderer du, at der er brug for at tage kontakt til kommunen eller eventuelt lederen på den ramtes botilbud for at sikre, at klienten beskyttes fremadrettet?
 Andre kommentarer vedrørende klientens fysiske sikkerhed:

Klientens kognitive funktionsnedsættelse

For at kunne tilrettelægge behandlingen, er det vigtigt at danne sig et billede af klientens kognitive funktionsnedsættelser. Dette kan blandt andet gøres gennem drøftelser med klientens eventuelle støtteperson og/eller udredninger foretaget af en psykolog, psykiater eller neurolog. Det er imidlertid vigtigt at være opmærksom på, at den kognitive funktionsnedsættelse aldrig må udgøre en forsimplet eller mekanisk forståelsesramme i forhold til det enkelte individ. Det er vigtigt, at en åben og nysgerrig tilgang til det enkelte menneske bevares.

- Udviklingshæmning (sæt kryds, hvis formodning herom)

Hvis muligt, udfyldes hvilken grad af udviklingshæmning der er tale om:

- Lettere grad:* IQ-område 50-69. Medfører sædvanligvis indlæringsvanskeligheder i skolen. Mange voksne kan arbejde og klare sig socialt.
- Middelsvær grad:* IQ-område 35-49. De fleste kan i nogen grad klare personlige fornødenheder. Voksne behøver støtte for at klare sig i samfundet.
- Sværere grad:* IQ-område 20-34. Behøver vedvarende støtte og hjælp.
- Sværeste grad:* IQ-område under 20. Er stærkt begrænset i forhold til bl.a. kommunikation og mobilitet. Kræver vedvarende pleje.
- Eventuelle uddybninger vedrørende graden af udviklingshæmningen: _____

- Hjerneskade (sæt kryds, hvis formodning herom)

Hvis muligt, udfyldes hvilken form for hjerneskade der er tale om:

- Medfødt hjerneskade:* En medfødt hjerneskade kan skyldes misdannelser i hjernen i fostertilstanden, sygdomme eller iltmangel under fødslen.
- Erhvervet hjerneskade:* En erhvervet hjerneskade kan skyldes en ulykke, en blodprop, blødning i hjernen eller sygdom.
- Eventuelle uddybninger vedr. hjerneskaden: _____

Andet

Uddyb: _____

Kriterier for deltagelse i behandlingen

I det følgende bedes du på baggrund af dit møde med klienten vurdere, hvorvidt klienten lever op til de væsentlige kriterier for deltagelse i behandlingen.

Er det din vurdering som behandler, at klienten vil kunne respondere (verbalt/non-verbalt) på samtalebaseret behandling?

- Ja, kan respondere uden hjælp fra støtteperson. Uddyb: _____

- Ja, kan respondere med hjælp fra en støtteperson. Uddyb: _____

- Nej, er ude af stand til at respondere og kan derfor ikke profitere af samtalebaseret behandling. Uddyb: _____

Vurderer du, at klienten er motiveret for at indgå i et behandlingsforløb

Ja, Beskriv, hvordan motivationen kommer til udtryk: _____

Nej, Begrund, hvorfor du vurderer, at klienten ikke er motiveret _____

Klienten har svært ved at forstå betydningen af behandlingsforløbet

Hvis nej: Vurderer du, at et andet tilbud er relevant og skal formidles til vedkommende:

Informeret samtykke og samarbejdsaftale**Er der indhentet informeret samtykke fra klienten?**

- Ja
 Nej

Præciser, hvad der er givet samtykke til: _____

Foreligger der en underskrevet samarbejdsaftale omkring klientens støttebehov i forbindelse med behandlingen mellem klienten, behandlingstilbud og botilbud? (sæt ét kryds)

- Ja
 Nej

[Klienter under 18 år]**Er der indhentet samtykke hos forældremyndighedsindehaveren til, at oplysninger i anonymiseret form kan deles med evaluators?**

- Ja
 Nej

Har klienten givet samtykke til, at der må indhentes oplysninger fra relevante myndigheder:

- Ja
 Nej

Eventuel uddybning af besvarelse: _____

Bilag 3: Skema til afdækning

Afdækning

Formålet med afdækningen er at foretage en yderligere afdækning af en række forhold omkring klienten til brug i tilrettelæggelsen af behandlingsforløbet. Det er centralt at afdække følgevirkninger efter overgrebet og de funktionelle vanskeligheder, som følger med en kognitiv funktionsnedsættelse, men det er også vigtigt at danne sig et bredere indtryk af, hvem klienten er, og hvilke ressourcer og vanskeligheder vedkommende tager med sig i et behandlingsforløb. Afdækningsskemaet er behandlernes redskab til at sikre en solid afdækning af forhold omkring klienten, der er væsentlige i tilrettelæggelsen af behandlingsforløbet. Skemaet udfyldes af behandleren umiddelbart efter førmålingen.

Klientens navn

Navn: _____

Hvordan kommer funktionsnedsættelsen til udtryk?

For at kunne tilrettelægge behandlingen er det vigtigt at danne sig et billede af klientens kognitive vanskeligheder. På baggrund af din egen oplevelse af klienten frem til nu, skal du i det følgende vurdere, på hvilken måde du oplever, at klientens funktionsnedsættelse kommer til udtryk.

Hvilke udsagn passer på klienten?

- Klienten har kommunikative vanskeligheder
- Klienten har vanskeligheder med at udtrykke sig og forstå det talte sprog
- Klienten har vanskeligheder ved at indgå i sociale sammenhænge
- Klienten har manglende eller nedsat evne til at forudse konsekvenser af egen eller andres handlinger
- Klienten har vanskeligheder ved at opfange (agere på) sociale signaler fra omgivelserne
- Klienten har nedsat situationsfornemmelse eller blufærdighed
- Klienten har nedsat evne til at overskue en situation og planlægge sin hverdag
- Klienten har nedsat opmærksomhedskapacitet og vanskeligt ved at fastholde koncentration
- Klienten har hukommelsesvanskeligheder og nedsat eller manglende evne til at forestille sig og planlægge fremtidens mål
- Klienten har en meget lav træthedstærskel
- Klienten har følelsesmæssige og/eller adfærdsmæssige problemer
- Klienten har et ledsagehandicap, som fx spastisk lammelse, epilepsi, sansedefekter, medfødte misdannelser eller en adfærdsforstyrrelse eller psykisk lidelse
- Klienten har lammelser
- Klienten har forstyrrelse af sanserne (sensitiv)
- Klienten har problemer med at læse, skrive og regne
- Øvrige kommentarer vedr. funktionsnedsættelsen: _____

Gennemgang af overgrebet/overgrebene

Hvad bestod overgrebet/overgrebene i (afdækkes udelukkende, hvis du vurderer, at klienten kan affektregulere på en måde, der gør en gennemgang mulig)? (sæt gerne flere krydser)

- Husker intet
- Psykisk chikane
- Berøring/kys
- Oral indtrængning
- Anal indtrængning
- Vaginal indtrængning
- Forsøg på indtrængning
- Verbale trusler
- Truende adfærd
- Fastholdelse

Slag/spark/anden vold

Andet. Uddyb: _____

Var klienten påvirket under overgrebet/overgrebene?

Klienten var ædru/clean

Klienten var fuld/skæv

Hvilken karakter havde overgrebet/overgrebene?

Voldtægt

Voldtægtsforsøg

Andet. Uddyb: _____

Ved ikke

Hvor mange gerningsmænd stod bag overgrebet/overgrebene? (skriv antal) _____

Hvad er klientens relation til gerningsmanden/-mændene?

En fremmed. Uddyb, hvor klienten mødte gerningsmanden/-mændene: _____

En kendt. Uddyb relationen: _____

Ved ikke

Ændringer i klientens hverdag efter overgrebet/overgrebene

Har klienten siden overgrebet/overgrebene været ude for andre større livsændringer/-begivenheder (dødsfald, sygdom, skilsmisse, flytninger, familieændringer, jobændringer eller andet?)?

Ja. Uddyb: _____

Nej

Ved ikke

Har overgrebet/overgrebene betydet ændringer i klientens familie eller vennekreds?

Ja. Uddyb: _____

Nej

Ved ikke

Livsomstændigheder

For at få et billede af, hvilke ressourcer klienten kan trække på i de nære omgivelser i forbindelse med behandlingen, skal klientens livsomstændigheder afdækkes.

Hvordan har klientens opvækstvilkår været? Uddyb: _____

Hvordan har klienten oplevet det at vokse op med funktionsnedsættelse? Uddyb: _____

Mestringsstrategier

Du skal afdække klientens mestringsstrategier, herunder om der er typiske mønstre i klientens måde at reagere på, når noget bliver svært, og hvor god klienten er til at affektregulere. Afdækningen er blandt andet vigtig, fordi behandlingen skal tilpasses således, at den ikke overstiger klientens evne til at affektregulere og mestre de vanskelige følelser, der kan dukke op i behandlingen.

Hvordan vurderer du klientens evne til affektregulering?

Uddyb, og giv eventuelt et eksempel: _____

Hvilke ressourcer kan klienten trække på hos sig selv, når det gælder håndtering af de vanskelige følelser?

Uddyb, og giv eventuelt et eksempel: _____

Har klienten et sprogligt begrebsapparat for disse følelser?

Uddyb, og giv eventuelt et eksempel: _____

Har klienten uhensigtsmæssige handlestrategier, når det gælder håndtering af de vanskelige følelser?

Uddyb, og giv eventuelt et eksempel: _____

Andre traumer eller psykiske problemer

Som led i afdækningen undersøges og vurderes det, om klienten har andre traumer eller psykiske problemer. Nye traumer kan reaktivere gamle traumer, hvilket kan have betydning for klientens mestring af det aktuelle traume. Reaktivering af gamle traumer kan komplicere eller blokere behandlingen. Nogle gange vil det være nødvendigt at gå tilbage og arbejde med de oprindelige traumer, før det aktuelle traume kan bearbejdes. Psykiske problemer kan ligeledes komplicere behandlingen.

Er følgevirkningerne udløst af et enkeltstående traume, eller har klienten en kompliceret traumehistorik? (fx har oplevet mange overgreb over tid):

Ja. Udyb: _____

Nej, klienten har en kompliceret traumehistorik (fx har oplevet mange overgreb over tid)

Ved ikke

Opmærksomhedspunkter

Særlige opmærksomhedspunkter i forbindelse med behandlingen (fx struktur, visualisering, samtaleform eller andet)?

Udyb: _____

Bilag 4: Skema til samtykkeerklæring

Samtykkeerklæring

Samtykkeerklæring
Vedrørende behandling hos psykolog




Du er blevet tilbudt behandling hos en psykolog. Behandlingen handler om hjælp og støtte til mennesker, der har været udsat for et seksuelt overgreb.

Før du kan få behandling, skal du give din tilladelse til, at, at du gerne vil have behandling. Du skal ikke skrive under, du må også gerne give tilladelse ved at sige det til psykologen. Kan du ikke læse eller har svært ved at forstå teksten, kan du få hjælp til at læse den. Det kan eksempelvis være en pædagog eller en fra din familie.

Du kan enten udfylde erklæringen nu eller tage den med hjem.
Din psykolog skal have det næste gang I ses.

Samtykke:

Jeg,

Navn 	E-mail 
Adresse 	Tlf. nr. 

giver hermed lov til (sæt kryds):

- 1) Min psykolog må indhente oplysninger om mig, hvis de er relevante for min behandling. Oplysningerne kan eksempelvis komme fra min familie, min støtteperson, min læge eller kommunen.**

Psykologen kan have brug for at indhente oplysninger om dig fra offentlige myndigheder, for eksempel din sagsbehandler og fra dine støttepersoner eller pårørende. Men det må psykologen kun, hvis du har givet lov til det.

- Ja, hvis det er relevant for min behandling

Er der nogen, du ikke vil have, at psykologen indhenter oplysninger fra, kan du skrive det her: _____

- 2) Min psykolog må give nødvendige oplysninger om min behandling til relevante personer. Det kan eksempelvis være til min familie, min støtteperson, mit botilbud, min læge eller min kommune.**

Det kan være relevant for din behandling, at psykologen giver oplysninger om din behandling til andre, for eksempel din sagsbehandler, dine støttepersoner og/eller pårørende, så de kan hjælpe dig i din hverdag. Men det må psykologen kun, hvis du har givet lov til det.

- Ja, hvis det er relevant for min behandling

Er der nogen, du ikke vil have, at psykologen videregiver oplysninger til, kan du skrive det her: _____

3) Hvis du ønsker, at en støtteperson – det kan være en pædagog eller en pårørende – skal følge dig til behandling og deltage i dine samtaler med psykologen, skal vi vide, hvem du vil have med:

Følgende støtteperson(er) må følge mig til behandling og deltage i samtaler med psykologen, når jeg ønsker det:

Husk, at du bestemmer selv, om du vil modtage behandlingen, og du kan altid vælge ikke at deltage længere. Når behandlingen er slut, så gælder dette samtykke ikke længere.

Spørg psykologen eller andre personer, hvis du har spørgsmål til det, du skal skrive under på.

Klientens underskrift

Dato	Underskrift
------	-------------

Eventuel værge eller forældremyndighedsindehavers underskrift

Dato	Underskrift
------	-------------

Indhentning af samtykke:

I forbindelse med indhentning af en klients samtykke er det vigtigt, at klienten forud for sin stillingtagen har modtaget den nødvendige information om, hvad samtykket indebærer, og har forstået rækkevidden heraf. Informationen skal tilpasses den enkeltes kommunikationsform og funktionsevne.

Et samtykke skal være frivilligt, specifikt og informeret.

- Frivilligt betyder, at det ikke må være givet under tvang.
- Specifikt betyder, at det klart og tydeligt skal fremgå, hvad der konkret er givet samtykke til, hvilke oplysninger der må videregives til hvem og med hvilket formål.
- Informeret betyder, at den, der afgiver samtykke, har forstået, hvad vedkommende giver samtykke til.

Der kan være personer med nedsat funktionsevne, der på trods af en grundig information har svært ved at forstå rækkevidden af den handling, der gives samtykke til. Kravet til denne forståelse kan derfor bero på en konkret vurdering af pågældendes fysiske og psykiske tilstand.

Psykologens underskrift

Psykologen bekræfter med sin underskrift, at ovenstående person er tilstrækkelig informeret til at indgå i et behandlingsforløb, herunder at samtykket er frivilligt, specifikt og informeret.

Navn og stempel	Dato
-----------------	------

Bilag 5: Skema til samarbejdsaftale med støtteperson

Samarbejdsaftale

Samarbejdsaftale med støtteperson

Undertegnede,

Navn	E-mail
Arbejdssted	Tlf. nr.

er indforstået med at løse følgende opgaver i relation til behandlingsforløb for:

(klientens navn) _____

- 1) Ledsagelse af klienten til og fra behandling. Ja
- 2) Deltagelse i behandlingssessionerne efter konkret aftale med klienten fra gang til gang. Ja
- 3) Opfølgning og støtte i nærmiljøet mellem behandlingssessionerne. Ja

Bemærk

- 1) For at få så god en effekt af behandlingen som muligt anbefales det, at det er den samme støtteperson, der deltager hver gang. Der kan dog være behov for at etablere et beredskab af støttepersoner, som skal sikre, at klienten også får den rette støtte mellem behandlingssessionerne i situationer, hvor den primære støtteperson er fraværende.
- 2) Klienten kan have givet samtykke til, at kun specifikke støttepersoner må involveres i behandlingen. Dette skal respekteres.
- 3) At samtlige støttepersoner har tavshedspligt i forhold til den viden de måtte erhverve gennem deltagelse i behandlingsforløbet.
- 4) Yderligere oplysninger om støttepersonens rolle og ansvar i bilag 6 – informationer til støttepersoner.

Støttepersonens underskrift

Med din underskrift bekræfter du at have gennemlæst og forstået denne samarbejdsaftale, og at du har modtaget en kopi af aftalen.

Navn og stempel	Dato
-----------------	------

Eventuel leder fra botilbud eller lignende tilbud

Lederen bekræfter med sin underskrift, at ovenstående medarbejder får tid og mulighed for at varetage ovenstående opgave

Navn og stempel	Dato
-----------------	------

Psykologens underskrift

Psykologen bekræfter med sin underskrift, at ovenstående person er tilstrækkelig informeret til at indgå i rollen som støtteperson, herunder at have viden om tavshedspligt, rollefordeling og ansvar

Navn og stempel	Dato
-----------------	------

Bilag 6: Informationer til støttepersoner

Information til støttepersoner i behandlingsforløb

Mennesker med kognitive handicap bliver også udsat for seksuelle overgreb, og de er i endnu større risiko for at blive udsat for overgreb end den almene befolkning. De har behov for behandling, som tager højde for deres funktionsnedsættelser og særlige behov, hvilket blandt andet indebærer brugen af støttepersoner under og mellem behandlingssessionerne.

Mennesker med kognitive funktionsnedsættelser har ofte behov for tilstedeværelse af en støtteperson under behandlingssessionerne bl.a. til at bearbejde følelser, tanker og oplevelser, ligesom støttepersonen mellem sessionerne kan understøtte borgeren i at omsætte strategier fra behandlingen til hverdagen, fx støtte til ændring af handlemåder, overholde aftaler og udføre øvelser. Det er ligeledes en vigtig forudsætning for behandlingen, at omgivelserne, dvs. personale og/eller pårørende, støtter op omkring den forandring, behandlingen kan give.

Derfor anbefales det, at en støtteperson inddrages i behandlingsforløbet, hvis borgeren ønsker det, og psykologen finder det gavnligt.

Hvem er støttepersonen?

Støttepersonen er den person, borgeren selv ønsker at have med i forbindelse med behandlingen. Det vil oftest være borgerens kontaktperson, men kan også være en anden socialfaglig støtteperson. Det vigtigste er, at borgeren er tryk ved støttepersonen, og at støttepersonen har et grundlæggende kendskab til borgeren og er i kontakt med borgeren til hverdag.

Der skal indhentes samtykke fra borgeren, inden støttepersonen inddrages i behandlingen, og først herefter kan psykologen etablere et samarbejde med støttepersonen. Støttepersonen skal desuden underskrive en tavshedserklæring.

Tavshedspligt

Støttepersoner har tavshedspligt i henhold til straffeloven (§ 152) og forvaltningsloven (§ 27), og må derfor ikke videregive fortrolige oplysninger fra behandlingssessionerne uden samtykke fra borgeren.

Tavshedspligten gælder også overfor andet personale og er ligeledes gældende efter behandlingens/ansættelsens ophør. Tavshedspligten skal sikre privatlivets fred for borgeren, således at denne tryk kan tale med psykologen og støttepersonen uden at være nervøs for, at fortrolige oplysninger gives videre til uvedkommende. Det vil sige, at borgeren skal give samtykke til, at støttepersonen må videregive oplysninger til andre, herunder andet personale eller pårørende.

HER FINDES DE VIGTIGSTE REGLER OM TAVSHEDSPLIGT OG VIDEREGIVELSE AF OPLYSNINGER:

- Straffeloven §§ 152-152 f
 - Sundhedsloven §§ 40-49
 - Forvaltningsloven § 27, § 28, § 29, §§ 31-32
 - Retssikkerhedsloven § 11a-c og § 43, stk. 1 og 2
- Kilde: www.retsinfo.dk

Ved at underskrive en samarbejdsaftale bekræfter støttepersonen at være indforstået med tavshedspligtens omfang.

Støttepersonens rolle og ansvar

I samråd med borgeren og støttepersonen vil psykologen afklare støttepersonens konkrete rolle i behandlingsforløbet, herunder hvordan støttepersonen deltager under behandlingssessionerne. Det kan fx handle om rollefordeling, form for inddragelse af støtteperson og styring og gennemførelse af behandlingsforløbet og de enkelte sessioner. Det vil altid være psykologen eller borgeren, der inviterer støttepersonen til at bidrage til samtalen.

Det anbefales, at støttepersonen, som hovedregel, er til stede de første og sidste 5-10 minutter af hver session. Her rides det op, hvad der er blevet drøftet og aftalt, og hvad borgeren skal tænke over eller arbejde videre med frem til næste session. For nogle borgere giver det måske mere mening, at støttepersoner er til stede hele tiden under de første 3-4 sessioner, men behovet for støttepersonens tilstedeværelse kan ændre sig i behandlingsprocessen. Psykologen vil tage initiativ til at revurdere behovet undervejs.

Støttepersonen skal gennem dialog og medrefleksion bidrage til, at borgeren får mest mulig gavn af behandlingen. Støttepersonen skal blandt andet gøre brug af følgende kompetencer:

- *Være lyttende / observerende og give tryghed.* Støttepersonen skal med sin tilstedeværelse under behandlingen skabe tryghed for borgeren og være lyttende og observerende
- *Fungere som tolk.* I tilfælde, hvor borgeren har et meget begrænset eller utydeligt sprog, kan støttepersonen bruges som tolk, der gør spørgsmål og svar forståelige for både psykolog og borger. Støttepersonen kan desuden støtte psykologen, så denne tilpasser sin kommunikation til borgerens forståelsesniveau
- *Bidrage med faktuelle oplysninger.* Hvis borgeren giver samtykke, kan støttepersonen bidrage med relevante og faktuelle oplysninger fx om livs- og sygehistorie, ligesom støttepersonen kan hjælpe med at udfylde relevante spørgeskemaer og screeningsmateriale sammen med borgeren
- *Bidrage med observationer af ændringer i adfærd og vanskeligheder.* Hvis borgeren har svært ved at tage hul på at tale om følgevirkningerne efter overgrebet, kan psykologen med borgerens accept spørge støttepersonen i stedet. Støttepersonen vil ofte kende personen godt og have gjort sig mange observationer fx om adfærdsændringer efter overgrebet. Det er her vigtigt, at enten psykologen eller støttepersonen gentagende spørger borgeren, om vedkommende kan genkende det, som støttepersonen fortæller, eller om borgeren har oplevet det anderledes.

OPMÆRKSOMHEDSPUNKTER I BEHANDLINGEN

- Støttepersonen og psykologen skal ikke tale hen over hovedet på borgeren. Kommunikationen skal vedrøre det, der kan lette kontakten mellem psykolog og klient og fremme behandlingen
- Muligheden for en fortrolig samtale mellem borgeren og psykologen skal sikres – vende til psykologens ansvar
- Støttepersonens tilstedeværelse må ikke blive en barriere for borgerens dialog og samtale med psykologen
- En problematisk situation mellem borgeren og støttepersonen må ikke indvirke negativt på behandlingsforløbet
- Støttepersonens tilstedeværelse må ikke påvirke borgeren på en måde, hvor borgeren ikke ønsker at orientere psykologen om sine problematikker
- Det må ikke blive støttepersonens behov for vejledning til at håndtere borgeren, der bliver dominerende for behandlingsforløbet.

Støttepersonens rolle og ansvar mellem behandlingssessionerne

En positiv forandring forudsætter, at borgeren kan omsætte de redskaber, som vedkommende får i forbindelse med behandlingen til hverdagens praksis. Her kan støttepersonens rolle være at:

- Støtte borgeren i at håndtere svære følelser
- Støtte borgeren i at anvende konkrete redskaber i hverdagen
- Gennemføre konkrete øvelser med borgeren mellem sessionerne

Psykologen kan give støttepersonen rådgivning om blandt andet typiske traumereaktioner efter seksuelle overgreb. Rådgivningen kan indeholde konkrete og fagligt begrundede anbefalinger til, hvordan borgeren kan støttes i sin hverdag. Dette kan støttepersonen viderebringe til botilbuddet.

Ved at underskrive en samarbejdsaftale bekræfter støttepersonen at være indforstået med sin rolle, ansvar og etiske hensyn i behandlingen.

Bilag 7: Skema til behandlingsplan

Behandlingsplan

Forventninger og håb i forbindelse med behandlingen

Hvad er problematisk i klientens hverdag, som klienten ønsker ændret som led i behandlingen? Uddyb:

Klientens personlige mål for behandlingen

Terapiens generelle formål er at mindske klientens følgevirkninger relateret til det seksuelle overgreb samt at reducere risikoen for, at klienten udsættes for nye seksuelle overgreb. I samarbejde med klienten formuleres få, realistiske målsætninger for behandlingen, som adresserer de problematikker, klienten ønsker at arbejde med i forhold til at mindske følgevirkninger. Det er vigtigt, at klienten har ejerskab til målene.

Hvilke personlige problematikker ønsker klienten at arbejde med i forhold til at mindske følgevirkninger?

Problematik 1: _____

Problematik 2: _____

Problematik 3: _____

Eventuelle aftaler: _____

Behandlingsplan

På baggrund af de problematikker, klienten ønsker at arbejde med, præsenteres det overordnede indhold i behandlingen, herunder valg af interventionsteknikker.

Problematik 1:

Hvilke af de foreslåede interventionsteknikker i metodebeskrivelsen vil du afprøve: _____

Hvilke erfaringer har du med interventionsteknikkerne? _____

Andre kommentarer/refleksioner: _____

Problematik 2:

Hvilke af de foreslåede interventionsteknikker i den psykoterapeutiske guide vil du afprøve: _____

Hvilke erfaringer har du med interventionsteknikkerne? _____

Andre kommentarer/refleksioner: _____

Problematik 3

Hvilke af de foreslåede interventionsteknikker i den psykoterapeutiske guide vil du afprøve: _____

Hvilke erfaringer har du med interventionsteknikkerne? _____

Andre kommentarer/refleksioner: _____

Bilag 8: Skema til afslutning af behandlingsforløb

Afslutning af behandlingsforløb

Er behandlingsforløbet gennemført?

- Ja
 Nej

Hvis nej, uddyb, hvorfor behandlingsforløbet afsluttes før tid:

- Behandleren vurderer, at behandlingen er gennemført tidligere end forventet i behandlingsplanen.
 Behandleren vurderer, at klienten ikke kan profitere af behandlingen. Uddyb, hvorfor klienten ikke kan profitere:

-
- Klienten ønsker ikke at fortsætte i behandlingen. Uddyb, hvorfor klienten ikke ønsker at fortsætte behandlingen:

-
- Botilbuddet har afbrudt samarbejdet. Uddyb, hvorfor botilbuddet har afbrudt samarbejdet:

-
- Klienten er flyttet.
 Klienten er død.
 Andet. Angiv hvad: _____

Er der behov for at iværksætte anden støtte?

- Ja
 Nej

Hvis ja, uddyb hvilken støtte: _____

Eventuelle kommentarer: _____

Klientens oplevelse af behandlingsforløbet

Hvad var det bedste? _____

Hvad var ikke så godt? _____

Hvordan har det været at få støtte fra støttepersonen under behandlingsforløbet?

Ved klienten, hvad der skal ske nu? _____

Bilag 9: Diagnosekriterierne for Posttraumatisk stressyndrom

Ifølge diagnosekriterierne i DSM-5 opstilles følgende symptomer på PTSD:

Personen har oplevet dødsfald, trusler om død, været udsat for alvorlige kvæstelser/sexuelt overgreb eller trusler herom på én af følgende måder:

- Direkte udsat.
- Personlig overværelse.
- Indirekte – fx ved at erfare, at en nær slægtning eller ven har været udsat for et traume. Omhandler traumet et dødsfald eller trussel herom, skal dette have været voldsomt eller som følge af en ulykke.
- Gentagne eller ekstreme indirekte eksponeringer for afskrækkende detaljer om begivenhed/-er under udførelse af arbejde (fx udrykningspersonale, opsamling af kropsdele, gentagne eksponeringer for oplysninger om børnemishandling). Det gælder ikke for indirekte, ikke-professionel eksponering gennem elektroniske media, fjernsyn, film eller billeder.

Påtrængende symptomer

Traumet genopleves til stadighed på mindst én af følgende måder:

- Gentagne, ufrivillige og påtrængende minder.
- Traumatiske mareridt.
- Dissociative reaktioner (fx flashbacks), som kan variere fra korte episoder til total bevidstløshed.
- Intens eller langvarig stress/angst efter udsættelse for påmindelser om traume/traumesymboler.
- Tydelige fysiologiske reaktionsmønstre efter udsættelse for traumerelaterede stimuli.

Undgåelse

Vedvarende bevidst undgåelse af angstfremkaldende, traumerelaterede stimuli efter begivenheden (mindst én af følgende):

- Traumerelaterede tanker eller følelser.
- Traumerelaterede eksterne påmindelser (fx mennesker, steder, samtaler, aktiviteter, genstande eller situationer).

Negative forandringer i erkendelse og stemninger

Negative forandringer i erkendelser og stemning, som begyndte eller blev forværret efter den traumatiske begivenhed:

- Manglende evne til at genkalde hovedtræk i den traumatiske begivenhed (som regel dissociativ hukommelsessvigt, som ikke kan tilskrives hovedskader, alkohol eller narkotika).
- Vedvarende (og ofte fordrejet) negativ selvopfattelse, selvværd eller opfattelser af verden (fx "Jeg er et dårligt menneske," "Verden indeholder farer overalt").
- Vedvarende fordrejet pålæggelse af skyld på sig selv eller andre for at have forårsaget traumet eller for konsekvenserne heraf.
- Vedvarende negative traumerelaterede følelser (fx angst, skræk, vrede, skyld eller skam).
- Tydelig nedsat interesse i aktiviteter, som inden traumet var betydningsfulde.
- Følelser af fremmedgjorthed.
- Hæmmet affekt: Vedvarende manglende evne til at opleve positive følelser.

Øget alarmberedskab

Øget alarmberedskab eller reaktionsmønstre, som opstod eller forværredes af den traumatiske begivenhed:

- Irritabel eller aggressiv adfærd.
- Selvdestruktiv eller skødesløs adfærd.
- Overdreven vagtsomhed.
- Overdreven reaktion på forskrækkelse.
- Koncentrationsbesvær.
- Søvnforstyrrelser.

Udover diagnosekriterierne kan nogle opleve stærke reaktioner på én eller flere af følgende traumerelaterede stimuli:

- Personlighedsændring (depersonalisering): Oplevelse af at være tilskuer til eller adskilt fra sig selv (fx en følelse af, at man drømmer).
- Uvirkelighedsfølelse: Følelse af uvirkelighed, distance eller fordrejning (fx "Dette sker ikke").



SOCIALSTYRELSEN – VIDEN TIL GAVN