

Til
Socialstyrelsen

Dokumenttype
Rapport

Dato
August, 2014

**PSYKOTERAPEUTISK GUIDE TIL BEHANDLING AF MENNESKER
MED KOGNITIVE FUNKTIONSNEDSÆTTELSE UDSAT FOR
SEKSUELLE OVERGREB**

EVALUERING

**PSYKOTERAPEUTISK GUIDE TIL BEHANDLING AF
MENNESKER MED KOGNITIVE
FUNKTIONSNEDSÆTTELSE UDSAT FOR SEKSUELLE
OVERGREB
EVALUERING**

Elektronisk udgave: ISBN 978-87-93277-00-7

INDHOLD

1.	Indledning	4
1.1	Denne evaluerings formål	4
1.2	Evalueringsstrategi og undersøgelsesmetoder	5
1.3	Slutrapportens fokus	6
2.	Konklusion	8
3.	Om den psykoterapeutiske guide	13
3.1	Baggrunden for den psykoterapeutiske guide	13
3.2	Målgruppe for den psykoterapeutiske guide	13
3.3	Den psykoterapeutiske guides karakter og kerneelementer	15
3.4	Forandringsteori for den psykoterapeutiske guide	15
4.	Målgruppebeskrivelse	17
4.1	Målgruppens alder og køn	17
4.2	Målgruppens bosted, støttebehov og uddannelsesbaggrund	18
4.3	Målgruppens kognitive funktionsnedsættelser	20
4.4	Målgruppens overgrebshistorik	20
5.	Centrenes erfaring med kerneelementer i den psykoterapeutiske guide	22
5.1	Graden af implementering af den psykoterapeutiske guide	22
5.2	Dosis og frekvens	23
5.3	Screening og visitation	24
5.4	Afdækning, behandlingsplan og behandlingsmål	25
5.5	Støttepersonens rolle i behandlingsforløbet	27
5.6	Supervision til støttepersoner og støttetilbud	31
5.7	Terapeutisk alliance og tilpasset kommunikation	32
5.8	Psykoedukation	33
5.9	Anvendelse af interventionsteknikker og redskaber til udvikling af mestringsstrategier	34
6.	Muligheder og udfordringer i implementeringen	36
6.1	Målgruppens karakteristika	36
6.2	Klientens nærmiljø indvirker på arbejdet med den psykoterapeutiske guide	38
6.3	Implementering i behandlernes praksis	40
7.	Virkninger for klienterne	42
7.1	Klienternes respons på behandlingen	42
7.2	Bearbejdning af følgevirkninger	43
7.3	Udvikling af mestringsstrategier med et forebyggende sigte	52

BILAG

Bilag 1: Skema til før- og eftermåling af virkninger

1. INDLEDNING

Borgere med kognitive funktionsnedsættelser har en væsentlig risiko for at blive udsat for seksuelt overgreb. Det konkluderes i et litteraturstudie¹, der har gennemgået udenlandsk litteratur om seksuelle overgreb på borgere med kognitive funktionsnedsættelser.

Litteraturstudiet peger også på, at det er muligt at nedsætte risikoen igennem forebyggelsesinitiativer. Endvidere viser studiet, at de følgevirkninger borgere med kognitive funktionsnedsættelser har af seksuelle overgreb er sammenlignelige med følgevirkninger for tilsvarende borgere i den øvrige befolkning. Det er derfor væsentligt, at borgere med kognitive funktionsnedsættelser udsat for seksuelle overgreb tilbydes relevant behandling.

Som led i satspuljeaftalen i 2010 blev der afsat midler til udvikling af en psykoterapeutisk guide til behandling af borgere med kognitive funktionsnedsættelser, der har været udsat for seksuelle overgreb. Som led i udviklingsprojektet er der gennemført en kortlægning af internationale og danske erfaringer, som har dannet grundlag for udarbejdelsen af en psykoterapeutisk guide til behandling af borgere med kognitive funktionsnedsættelser. Denne opgave er varetaget af Socialstyrelsen. Det overordnede formål med udviklingsprojektet er at bidrage til, at borgere med kognitive funktionsnedsættelser udsat for seksuelle overgreb får adgang til relevant og virkningsfuld social- og sundhedsfaglig behandling. Dette skal bidrage til, at borgernes følgevirkninger af seksuelle overgreb mindskes, og at risikoen for flere overgreb reduceres gennem opfølgning og forebyggelse.

I perioden ultimo 2012 til medio 2014 har Center for Seksuelle Overgreb og Center for Voldtægtsofre gennemført en afprøvning af den psykoterapeutiske guide.

1.1 Denne evaluerings formål

Sideløbende med afprøvningen af den psykoterapeutiske guide har Socialstyrelsen bedt Rambøll Management Consulting (herefter Rambøll) om at gennemføre en evaluering, hvis overordnede formål har været at tilvejebringe viden om:

- Hvordan guiden er implementeret i praksis – dvs. med hvilken grad af fidelitet er guiden implementeret?
- Hvilke faktorer i implementeringsmiljøet har indvirket på arbejdet med guiden?
- Hvilken virkning har behandlingen haft for borgerne?

Risikofaktorer for seksuelle overgreb

Flere internationale studier har forsøgt at identificere de faktorer, der kan have indflydelse på risikoen for, at borgere med kognitive funktionsnedsættelser bliver udsat for seksuelle overgreb.

I studierne er de hyppigst nævnte faktorer kommunikations-vanskeligheder, begrænsede muligheder for at flygte, afhængighed af andre til at få hjælp, også til intime handlinger, kognitive begrænsninger, der eksempelvis gør det vanskeligt at genkende faretruende situationer samt barrierer i forhold til at anmelde overgreb. En række undersøgelser peger desuden på, at disse faktorer kan forstærkes af, at borgere med kognitive funktionsnedsættelser i nogle samfund er en delvist marginaliseret gruppe, og at sociale forestillinger om borgere med kognitive funktionsnedsættelser og deres seksualitet skygger for en erkendelse af, at seksuelle overgreb på borgere med kognitive funktionsnedsættelser er et reelt problem.

¹ Socialt Udviklingscenter SUS, 2001: Seksuelle overgreb på mennesker med handicap: Et litteraturstudie.

På baggrund af denne viden er det også formålet med evalueringen at identificere, om der er behov for en yderligere nuancering og kvalificering af den psykoterapeutiske guide. Således skal evalueringen bidrage til indsamling af viden, der skal munde ud i en detaljeret beskrivelse af guiden, som bygger på en systematisk og stringent dokumentation af guidens virkning.

1.2 Evalueringsstrategi og undersøgelsesmetoder

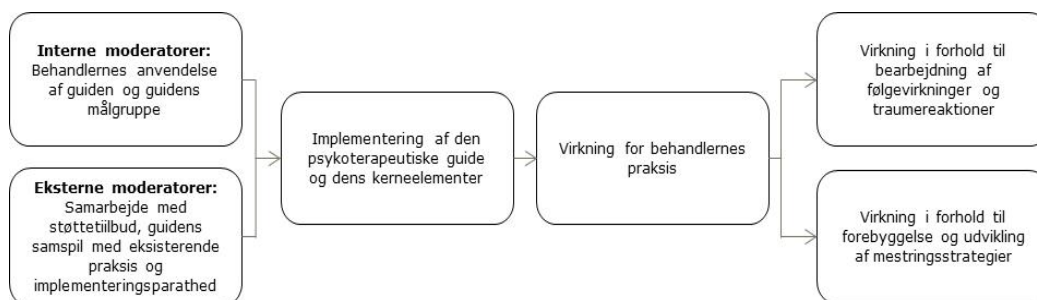
Evalueringen består af to dele. En såkaldt feasibility-evaluering og en virkningsevaluering.

Formålet med *feasibility-evalueringen* har været at indsamle viden om drivkræfter og barrierer i anvendelsen af den psykoterapeutiske guide, herunder også hvilke forhold i miljøet, hvor guiden implementeres, der indvirker på anvendelsen. Det kan dreje sig om særlige drivkræfter eller barrierer i anvendelsen af guidens kerneelementer, men også om forhold i implementeringsmiljøet, som er væsentlige forudsætninger for en vellykket anvendelse af den psykoterapeutiske guide.

Virkingsevalueringen har haft til formål at dokumentere virkningen for klienterne som følge af den behandling, de har modtaget. Virkningsevalueringen består af simple før- og eftermålinger uden kontrolgruppe. Udgangspunktet for denne del af evalueringen er et målingsredskab udviklet specielt til projektet og evalueringen. Måleredskabet er udviklet med udgangspunkt i en række validerede skalaer og tilpasset målgruppen med kognitive funktionsnedsættelser. Det betyder, at der undervejs i udviklingen er gennemført flere tilpasninger i struktur og spørgsmålsformuleringer, som har skullet sikre, at klienterne har kunnet forstå spørgsmålene. Redskabet har inden projektet blev igangsat været igennem en kvalificering blandt eksperter med særlig viden om målgruppen af borgere med kognitive funktionsnedsættelser. I bilagsmaterialet ses redskabet.

I figuren nedenfor fremgår den samlede evalueringstilgang.

Figur 1-1: Evalueringstilgang



Det er vigtigt at gøre opmærksom på, at resultaterne af virkningsevalueringen skal tages med det forbehold, at kun 25 klienter har modtaget og gennemført et behandlingsforløb (28 har opstartet behandlingsforløb, men tre behandlingsforløb er afsluttet uplanlagt). Læsningen af resultaterne skal derfor ses i lyset af det samlede antal klienter, der har modtaget behandling, med udgangspunkt i den psykoterapeutiske guide. Samtidig, som det også fremgår nedenfor, er hovedparten af klienterne borgere med udviklingshæmning, mens kun ganske få klienter er borgere med hjerneskade og Autisme Spektrum Forstyrrelse (ASF). Det er derfor svært at udtale sig om virkningen af den psykoterapeutiske guide over for borgere med hjerneskade og i særdeleshed borgere med ASF, da kun én enkelt klient har sidstnævnte diagnose. Endelig er det værd at bemærke, at det for en række af klienterne har været en udfordring at besvare spørgsmålene i før- og eftermålingen, da de har haft svært ved at forstå dem. I mange situationer, har disse klienter imidlertid svaret ved-ikke til spørgsmålet. Vurderingen er dog, at resultaterne af evalueringen giver gode indikationer af virkningen af behandlingen af borgere med kognitive funktionsnedsættelser udsat for seksuelle overgreb, hvilket også kommer til udtryk ved, at behandlerne vurderer, at hovedparten af klienterne har haft en relativ god

forståelse af spørgsmålene i før- og eftermålingen. Der er dog også enkelte klienter, hvor behandlerne angiver, at de er i tvivl om, hvorvidt klienten har forstået spørgsmålene fuldt ud.

I evalueringen har vi anvendt flere forskellige metoder, som omfatter både kvalitative og kvantitative metoder, herunder systematiske før- og eftermålinger, fokusgruppeinterviews og auditmetoden. Endvidere er der indsamlet data fra forskellige kilder, herunder behandlere, der har afprøvet den psykoterapeutiske guide, klienternes støttepersoner og eksperter inden for målgruppen af borgere med kognitive funktionsnedsættelser samt bearbejdning af traumer i forlængelse af seksuelle overgreb. Data er indsamlet i perioden ultimo 2012 til medio 2014. I tabellen nedenfor ses en oversigt over de forskellige data og datakilder, som evalueringen bygger på.

Tablet 1-1: Oversigt over de indsamlede data i evalueringen

Metode	Datakilde	Evalueringsformål
Behandler- og klientværktøj	Behandlere og klienter	Dokumentation af klientforløb fra screening for deltagelse i forløb til afslutning af forløb
Før- og eftermåling af klienternes udvikling	Behandlere, klienter og klienternes støttepersoner	Dokumentation af klienternes udvikling i forhold til følgerikninger af seksuelle overgreb
Dokumentation af behandlerens fidelitet i implementeringen af den psykoterapeutiske guide	Behandlere	Dokumentation af, hvorvidt den psykoterapeutiske guide er implementeret efter guidens retningslinjer
Telefoninterviews med behandlere	Behandlere	Dokumentation af faktorer i implementeringsmiljøet, der indvirker på arbejdet med den psykoterapeutiske guide
Lærings- og refleksionsmøder	Behandlere	Dokumentation af faktorer i implementeringsmiljøet, der indvirker på arbejdet med den psykoterapeutiske guide
Fokusgruppeinterview med behandlere	Behandlere	Dokumentation af faktorer i implementeringsmiljøet og erfaringer med behandling af følgerikninger og udvikling af mestringsstrategier
Fokusgruppeinterview med støttepersoner	Klienternes støttepersoner	Dokumentation af støttepersonernes erfaringer med deltagelse i behandlingsessioner og behandlingsforløb
Audit med behandlere og eksperter	Behandlere og eksperter	Opsamling på arbejdet med den psykoterapeutiske guide og udvikling af tilpasningsforslag til guiden
Valideringsworkshop med behandlere og eksperter	Behandlere og eksperter	Udvikling og validering af tilpasningsforslag til den psykoterapeutiske guide

1.3 Slutrapportens fokus

Denne slutrapport formidler de samlede resultater af den evaluering, som Rambøll har gennemført på vegne af Socialstyrelsen.

Fokus i slutrapporten er på at analysere implementeringen af den psykoterapeutiske guide og guidens virkning for borgerne. Denne analyse skal også bidrage til at pege på eventuelle behov for tilpasninger i guiden. De tilpasninger til guiden, der peges på i rapporten, er udmøntet konkret i selve den psykoterapeutiske guide fra Socialstyrelsen.

Rapporten er struktureret i følgende kapitler:

Læsevejledning	
Kapitel 2:	Kapitlet sammenfatter rapportens konklusioner, ligesom der peges på behov for tilpasninger i den afprøvede guide.
Kapitel 3:	Kapitlet beskriver den afprøvede psykoterapeutiske guide, herunder baggrund for guiden, målgruppen, guidens kerneelementer samt forandringsteori.
Kapitel 4:	Kapitlet sammenfatter en karakteristik af de borgere, der har deltaget i projektet, herunder beskrives funktionsnedsættelse og overgrebshistorik.
Kapitel 5:	Kapitlet analyserer behandlernes implementering af den psykoterapeutiske guide, herunder i hvilket omfang og hvordan behandlerne har anvendt guidens kerneelementer.
Kapitel 6:	Kapitlet analyserer, hvilke forhold der indvirker på behandlernes implementering af den psykoterapeutiske guide, herunder forhold ved selve guiden og konteksten.
Kapitel 7:	Kapitlet analyserer behandlingens umiddelbare virkning i forhold til bearbejdning af følgevirkninger og udvikling af mestringsstrategier.

I læsningen af rapporten er det nødvendigt med en afklaring af en række begreber, der anvendes kontinuerligt i rapporten:

- **Borgere** anvendes som begreb for de borgere, der udgør målgruppen, men hvor der endnu ikke er igangsat et behandlingsforløb
- **Klienter** anvendes som benævnelse for de borgere med kognitive funktionsnedsættelser udsat for seksuelle overgreb, som har modtaget behandling i projektførløbet
- **Centrene** anvendes som en fælles benævnelse af Center for Voldtægtsofre og Center for Seksuelle Overgreb, som er de to centre, der har deltaget i afprøvningen af den psykoterapeutiske guide
- **Behandlerne** dækker over de psykologer på de to centre, der har afprøvet den psykoterapeutiske guide på udvalgte klienter
- **Støttepersoner** er et udtryk, der anvendes om de pædagoger, familiemedlemmer eller netværkspersoner, der har ydet en tæt støtte til klienten i løbet af behandlingen, eksempelvis via deltagelse i behandlingssessioner
- **Psykoterapeutisk guide** er det udtryk, der anvendes for den guide, som behandlerne har afprøvet i projektperioden
- **Behandling** refererer til den behandling, som klienterne har modtaget og hvor den psykoterapeutiske guide er anvendt
- **Behandlingsforløbet** er udtryk for en klients samlede behandlingsforløb, der består af en række behandlingssessioner og tiden imellem behandlingssessionerne
- **Behandlingssessioner** er omvendt udtryk for den enkelte behandlingssession, hvor summen af behandlingssessioner udgør det samlede behandlingsforløb.

2. KONKLUSION

I dette kapitel samler Rambøll kort op på evalueringens centrale konklusioner. Konklusionen rundes af med en opsamling af de tilpasningsbehov til den psykoterapeutiske guide, som evalueringen har givet anledning til at fremhæve.

Klienten er typisk en kvinde, som har været udsat for flere seksuelle overgreb

I alt er der gennemført og afsluttet behandlingsforløb med 25 klienter. Hovedparten af de klienter, der har gennemført behandlingsforløbene, er kvinder. Kun to ud af de 25 klienter er mænd. Denne tendens findes også i nationale og internationale studier², som viser, at kvinder er overrepræsenteret blandt borgere med kognitive funktionsnedsættelser, der har været udsat for seksuelle overgreb. Evalueringen viser også, at klienternes gennemsnitlige alder er 33 år. Den yngste klient er 17 år, mens den ældste klient er 51 år.

Syv ud af 10 klienter bor på et støttetilbud med enten dag- eller døgnbemanding. Knap syv ud af 10 klienter er diagnosticeret med udviklingshæmning, mens ca. to ud af 10 har en hjerneskade og kun én ud af 10 har en Autisme Spektrum Forstyrrelse. Blandt klienter med udviklingshæmning er hovedparten – syv ud af 10 – diagnosticeret med en middelsvær grad af udviklingshæmning.

Mere end otte ud af 10 klienter har været udsat for flere seksuelle overgreb. For tre ud af 10 er overgrebet begået af både flere forskellige personer og af samme person. Flere studier bekræfter også, at borgere med kognitive funktionsnedsættelser er i særlig risiko for at blive udsat for flere seksuelle overgreb.

Behandlingen indvirker positivt på klienternes følgerikninger

Evalueringen viser, at behandlingen i overvejende grad har positive virkninger for klienterne. Hovedparten af klienterne har oplevet en positiv virkning på tværs af de følgerikninger, der typisk kan spores efter seksuelle overgreb. Det kommer til udtryk ved, at de i mindre grad er påvirket af deres følgerikninger efter behandlingsforløbet, når der sammenlignes med situationen inden behandlingsforløbet. Eksempelvis oplever klienterne, at de har det bedre i deres hverdag, sover bedre om natten, og er blevet mere selvhjulpne. På grund af det lave antal behandlingsforløb er det vanskeligt entydigt at konkludere, om behandlingen har haft større virkning på nogle følgerikninger end andre. Resultaterne indikerer dog, at flest klienter har oplevet positive virkninger i forhold til de følgerikninger, der kommer til udtryk som invaderende symptomer og vagtsomhedssymptomer.

Svært at udvikle klienternes mestringsstrategier med et forbyggende sigte

Behandlerne vurderer, at det er en særlig udfordring at understøtte klienterne i at udvikle mestringsstrategier med et forebyggende sigte, som kan mindske risikoen for nye overgreb. I de tilfælde, hvor det lykkes at styrke klienternes mestringssevne, er der typisk behov for længerevarende behandlingsforløb sammenlignet med behandlingsforløb, hvor det hovedsageligt er følgerikninger og traumer, der fylder for klienten.

Udfordringen består for det første i, at klienterne kan have en mere risikobetonet adfærd sammenlignet med andre borgere uden kognitive funktionsnedsættelser udsat for seksuelle overgreb. Det kommer eksempelvis til udtryk ved, at de fastholder kontakt med krænkeren eller ofte opsøger mænd eller kvinder via datingsites eller sociale medier. Denne risikoprofil kan, ifølge behandlerne, dels skyldes, at klienterne har et øget behov for tryghed og nærhed, eksempelvis som følge af særlige opvækstvilkår, og dels, at de har svært ved at vurdere, hvornår de er i fare

² Se bl.a.: Socialt Udviklingscenter SUS og SISO videnscenteret for sociale indsatser ved seksuelle overgreb mod børn, 2007: Seksuelle overgreb mod børn og unge med handicap – en kvantitativ og kvalitativ undersøgelse af omfang og karakter af seksuelle overgreb; Berlo, van W, 1995: Sexual Abuse Among People with Learning Disabilities, Netherlands Institute of Social Sexological Research; Socialt Udviklingscenter SUS, 2001: Seksuelle overgreb på mennesker med handicap: Et litteraturstudie.

og risiko for et overgreb. Sidstnævnte bekræftes også i en række internationale studier³, hvor det dokumenteres, at borgere med kognitive funktionsnedsættelser er i øget risiko for seksuelt overgreb, da de kan have svært ved at afkode en truende eller grænseoverskridende situation.

For det andet vurderer behandlerne, at udvikling af mestringsstrategier til forebyggelse af risikoadfærd og risiko for seksuelle overgreb kræver flere gentagelser, mere læring og et højere abstraktionsniveau, som klienterne kan have svært ved at honorere. Endelig forudsætter succesfuld forebyggelse, at klienterne støttes kontinuert af støtteperson og personale på deres støttetilbud, så de fastholdes i at anvende og videreudvikle eventuelle mestringsstrategier fremadrettet.

Støttepersonernes rolle i behandlingen varierer og indeholder fordele og ulemper

På baggrund af evalueringen er det muligt at pege på forskellige former for inddragelse af klienternes støttepersoner i behandlingsforløbet. I flere af behandlingsforløbene deltager støttepersonen aktivt i hele behandlingssessionen, eksempelvis ved at udfylde rollen som tolk, eller med sin tilstedeværelse bidrage til at skabe tryghed hos klienten. I andre behandlingsforløb inddrages støttepersonen i opstarten og afslutningen af behandlingssessionerne, mens der i enkelte tilfælde ses behandlingsforløb, hvor støttepersonen har deltaget i hele behandlingssessionen indledningsvis i behandlingsforløbet, hvorefter støttepersonens inddragelse gradvist bliver mindre i takt med fremdriften i behandlingsforløbet.

På tværs af de forskellige former for inddragelse af støttepersonen knytter der sig forskellige opmærksomhedspunkter. Evalueringen viser, at særlige opmærksomhedspunkter er:

- At støttepersonens tilstedeværelse i behandlingssessionen ikke bliver en barriere for klientens dialog og samtale med behandleren, herunder opbygningen af en terapeutisk alliance
- At støttepersonens inddragelse i behandlingssessionen ikke påvirker klienten på en måde, hvor vedkommende ikke ønsker at orientere behandleren om sine problematikker og symptomer
- At en eventuel problematisk relation mellem støttepersonen og klienten ikke indvirker negativt på behandlingssessionerne
- At det ikke bliver støttepersonens behov for "støtte" til at kunne håndtere klienten, der bliver dominerende for fokus i behandlingen
- At støttepersonen får den viden, der er nødvendig for, at vedkommende kan støtte op om klienten mellem behandlingssessionerne
- At støttepersonen får viden, der klæder vedkommende på til at kunne orientere om behandlingsforløbet i den øvrige personalegruppe på støttetilbuddet.

Behov for basal og konkret psykoedukation

På tværs af behandlingsforløbene kan der identificeres forskellige former for anvendelse af psykoedukation. I flere behandlingsforløb er der arbejdet systematisk med psykoedukation. Behandlerne vurderer, at dette har haft en positiv virkning for klienterne. Eksempelvis har klienterne fået en større forståelse for sammenhængen mellem opvækstvilkår og deres behov for nærvær og omsorg, som kan være nogle af de faktorer, der kan udløse risikoadfærd. Dog påpeger behandlerne, at det er nødvendigt at udøve basal psykoedukation over for klienterne ved at tage udgangspunkt i konkrete, nære og nutidige oplevelser, så det bliver forståeligt og konkret for klienten.

³ Se bl.a.: Socialt Udviklingscenter SUS, 2001: Seksuelle overgreb på mennesker med handicap: Et litteraturstudie; Fyrey, 1994: Sexual Abuse of Adults with Mental Retardation: Who and Where, Mental Retardation, Vol. 32, No. 3, (173-180); Turk & Brown, 1993: The Sexual Abuse of Adults with Learning Disabilities, Mental Handicap Research, Vol. 6, No. 3, (193-216); Berlo, 1995: Sexual Abuse among People with Learning Disabilities, Netherlands Institute of Social Sexological Research; McCarthy & Thompson, 1997: A Prevalence Study of Sexual Abuse of Adults with Intellectual Disabilities, Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities, Vol. 10, No. 2, (105-124).

Samtidig viser evalueringen også, at psykoedukation er forsøgt anvendt i en række behandlingsforløb, hvor behandlerne vurderer, at klienten i meget begrænset omfang har kunnet profitere af det. I disse tilfælde er psykoedukation efterfølgende, i højere grad blevet rettet mod klientens støtteperson. Behandlerne vurderer, at den manglende virkning af psykoedukation ofte skyldes, at klienten ikke har haft et abstraktionsniveau, som har gjort det muligt at få forståelse for egne følelser, reaktioner og handlemåder. For at nå denne gruppe vurderer behandlerne og eksperterne, at der er behov for, at psykoedukation gøres mere enkel og tilpasses klientens kognitive funktionsevne.

Brug af flere interventionsteknikker, der er tilpasset klientens situation

Borgere med kognitive funktionsnedsættelser oplever i store træk de samme følgevirkninger efter seksuelle overgreb som den generelle befolkning. På tværs af behandlingsforløbet er der anvendt flere forskellige interventionsteknikker og redskaber, som er sammensat efter klientens specifikke følgevirkninger og situation. Samtidig vidner dokumentationen om, at der typisk tages flere interventionsteknikker i anvendelse i de enkelte behandlingsforløb og at disse tilpasses undervejs i behandlingsforløbet - i takt med at behandleren får en større forståelse af klientens situation og funktionsevne. Det er derfor ikke muligt entydigt at sige noget om, hvorvidt enkelte teknikker er mere virkningsfulde end andre.

Behandlerne er enige om, at valget af teknikker ikke skal stille store krav til klienternes refleksions- og abstraktionsniveau og, at teknikkerne skal implementeres på en måde, hvor de tilpasses klienten, eksempelvis ved at anvende teknikkerne på en kreativ måde eller gøre anvendelsen konkret, så de øvelser og eksempler, der tages i brug som led i arbejdet med teknikkerne, relaterer sig til klientens nære hverdag og umiddelbare oplevelser.

Målgruppens funktionsnedsættelse stiller store krav til behandling og kommunikation

Evalueringen viser også, at karakteristika ved målgruppen har en række implikationer for implementering af indsatsen. Det kommer til udtryk ved, at behandlerne i høj grad skal anvende kerneelementerne i den psykoterapeutiske guide på en måde, hvor de tilpasses og målrettes klientens specifikke funktionsevne og abstraktionsniveau. Eksempelvis kræver det, at behandlerne er konkrete, gentagende og gør brug af understøttende redskaber i form af eksempelvis illustrationer, tegninger, rollespil og tøjdyr.

Evalueringen vidner også om, at behandlerne skal balancere mellem rollen som professionelle behandlere og samtidig være personlige i relationen til klienten. Behandlerne vurderer, at en god personlig relation til klienten i mange situationer er en forudsætning for arbejdet med guidens kernelementer og behandlingen. Både behandlere og støttepersoner peger imidlertid på, at det er afgørende, at klienten ikke bliver "afhængig" af behandleren, da det kan problematisere afslutningen af behandlingsforløbet, ligesom det kan stille støttepersonen i en situation, hvor klienten ikke er "modtagelig" for hans eller hendes støtte efter behandlingsforløbet.

Klientens nærmiljø indvirker på behandlingen

Evalueringen viser også, at opbakning fra klientens nærmiljø, herunder især støttetilbuddet, er et centralt forhold, som indvirker positivt på implementeringen af den psykoterapeutiske guide og behandlingsforløbet. Det er betydningsfuldt, dels at ledelsen på støttetilbuddet bakker klienternes støttepersoner op i forhold til at indgå i behandlingsforløbet, eksempelvis ved at frigøre de nødvendige ressourcer til at støttepersonerne kan indgå i behandlingsforløbet, og dels at ledelsen sørger for at sikre den nødvendige opbakning til behandlingsforløbet i den øvrige personalegruppe på klientens støttetilbud. Dette er centralt for at imødegå, at støttepersonen havner i en situation, hvor der eksempelvis sås tvivl om klients behov for støtte og dermed støttepersonens forbrug af ressourcer på behandlingsforløbet.

Samtidig viser evalueringen, at manglende eller begrænset viden, herunder om traumesymptomer og reaktionsmønstre for borgere udsat for seksuelle overgreb, blandt

støttestøtpersoner og personale på støttestøttilbud ligeledes påvirker implementeringen af den psykoterapeutiske guide. Behandlerne vurderer, at den manglende viden kan føre til, at støttestøtpersonen og personalet på støttestøttilbuddet ikke har tilstrækkelige kompetencer til at støtte op om klientens behandlingsforløb. Både behandlerne og støttestøtpersonerne pointerer, at opkvalificering og uddannelse af støttestøtpersonerne og personalet på støttestøttilbuddet er afgørende for at kunne give klienten tilstrækkelig støtte og dermed fastholde de positive virkninger, klienten har opnået via behandlingsforløbet.

Implementering i behandlerens praksis og kompetencekrav

Alle behandlere vurderer, at erfaring med traumbearbejdning og seksuelle overgreb er centralt for at kunne arbejde med den psykoterapeutiske guide. De peger på, at mange af interventions-teknikkerne er typiske teknikker, der anvendes i traumbearbejdning. Ligeledes kommer følger-virkninger af seksuelle overgreb hos borgere med kognitive funktionsnedsættelser til udtryk på samme måde, som hos borgere uden kognitive funktionsnedsættelser. De vurderer, at det derfor er afgørende, at behandlerne har et indgående kendskab til traumeteknikker, da arbejdet med målgruppen forudsætter, at de er i stand til at anvende teknikkerne på en fleksibel og kreativ måde, som er tilpasset borgere med kognitive funktionsnedsættelser.

Blandt behandlerne er der ikke entydig konsensus om, hvorvidt arbejdet med den psykoterapeutiske guide forudsætter særligt kendskab til målgruppen af borgere med kognitive funktionsnedsættelser. De vurderer, at opkvalificering i form af øget viden om målgruppen vil styrke behandlerens arbejde med den psykoterapeutiske guide, men at indgående ekspert-kendskab til målgruppen ikke er en forudsætning for arbejdet med guiden og målgruppen.

Tilpasninger til den psykoterapeutiske guide

Samlet set peger evalueringens konklusioner på en række centrale tilpasningsbehov i den endelige psykoterapeutiske guide til behandling af borgere med kognitive funktionsnedsættelser. I tabellen nedenfor fremgår en oversigt over de tilpasningspotentialer, Rambøll har identificeret. Hovedparten af tilpasningerne er udmøntet konkret i Socialstyrelsens samlede psykoterapeutiske guide til behandling af mennesker med kognitive funktionsnedsættelser udsat for seksuelle overgreb.

Tabel 2-1: Tilpasningskatalog

Kerneelement	Tilpasningsbehov
Rammer og struktur for behandlingsforløbet	Beskrivelse af klienterne: Behov for flere detaljerede oplysninger om årsager til klientens traumer, traumesymptomer, risikovurdering, sproglige kompetencer, sikkerhed m.v., som skal sikre et dækkende grundlag for tilrettelæggelse af behandlingsforløbet og udformning af behandlingsplaner.
	Screening og visitation: Behov for at tydeliggøre, hvilke oplysninger der kan indsamles som supplement til behandlernes egen indsamling af oplysninger, herunder også beskrivelse af metoder til tilvejebringe disse oplysninger. Endvidere tydeliggørelse af, hvilke specialister det kan være relevant at kontakte for mere detaljerede oplysninger. Endelig er der i guiden behov for at pointere, at støttetilbud og støttepersoner bør involveres tidligst muligt i visitationsfasen.
	Samarbejde med støttetilbud: Behov for at præcisere retningslinjer for, hvilken rolle klientens støttetilbud skal udfylde i behandlingsforløbet, herunder også tydeliggøre det forventede ressourcetræk for støttetilbud og støtteperson ved at deltage i behandlingsforløbet. Dette kan eksempelvis udformes i en pjece målrettet støttetilbud for målgruppen.
	Behandlingsplan og behandlingsmål: Beskrivelse af behovet for præcise og tidsmæssig afgrænsede behandlingsmål, som skal sikre et fokuseret behandlingsforløb og lette målopfølgningen. Endvidere beskrivelse af, at behandlingsmålene kan revideres undervejs i behandlingsforløbet, ligesom eksempler på, hvordan der i samarbejde med klienten kan udformes mere operationelle og specifikke behandlingsmål, formidles i guiden.
Forudsætninger for behandlingsforløbet	Samarbejde med støttepersoner og socialfagligt personale: Behov for at tydeliggøre, at der skal gennemføres en indledende forventningsafstemning mellem støtteperson og behandler, herunder at støttepersonens rolle i behandlingssessionen afklares. Desuden behov for at formidle eksempler på øvelser, opgaver, lister eller redskaber, som kan understøtte støttepersonen i arbejdet med klienten mellem behandlingssessionerne.
	Terapeutisk alliance og tilpasset kommunikation: Behov for at pointere og tydeliggøre anvendelse af alternative og understøttende kommunikationsformer, som ikke nødvendigvis forudsætter et verbalt sprog, da det også tilgodeser klienter, der ikke profiterer af den verbale kommunikationsform. Det kan dreje sig om billeder og tegninger, som understøttende for opbygning af terapeutisk alliance og tilpasset kommunikation.
	Supervision og rådgivning: Behov for at præcisere, hvordan supervision og rådgivning kan bidrage til, at støtteperson og personale tilegner sig de rette kompetencer til at støtte klienten, herunder eksempelvis ved at afholde temadage på støttetilbuddet, hvor behandleren orienterer personalet om psykoedukation, typiske reaktionsmønstre efter seksuelt overgreb og typiske reaktionsmønstre i den udsatte klients omgivelser. I den psykoterapeutiske guide er der også behov for at præcisere, at støttepersoner og det øvrige personale med fordel kan få supervision og rådgivning tidligt i forløbet, da det vil øge deres forståelse af klientens reaktioner på behandlingen og forbedre betingelserne for deres støtte til klienten mellem behandlingssessionerne fra starten af behandlingsforløbet.
Behandlingsforløbet	Psykoedukation: Behov for at nedtone kompleksiteten i beskrivelsen af psykoedukation sammenlignet med "traditionel" psykoedukation, herunder tydeliggøre gode eksempler på basale psykoedukative interventioner.
	Traumesymptomer og følgerikninger: Behov for i guiden yderligere at specificere, hvordan teknikkerne tilpasses klienterne, eksempelvis via cases, der giver eksempler på, hvordan arbejdet med teknikkerne og det verbale kan forankres i visualiseringer, billeder og redskaber.
	Mestringsstrategier og forebyggelse: Behov for at tydeliggøre udfordringer og kompleksiteten i arbejdet med forebyggelse blandt målgruppen, herunder også udvikling af cases, der illustrerer arbejdet med forebyggelse. Endvidere præcisere behovet for, hvordan støttetilbuddet kan understøttes i dets forebyggende arbejde, eksempelvis vha. af tydelige og gennemsigtige forebyggelsesplaner, sikkerhedsplaner m.v.
	Afslutning af behandlingsforløbet: Mere tydelighed om kriterier for afslutning af behandlingsforløb, eksempelvis via beskrivelser af, hvordan behandlingsmål kan gøres til sigt punkter for afslutningen af behandlingen, men også beskrivelse af særlige fremgangsmåder i afslutningen af behandlingen til målgruppen, som behandlerne har haft gode erfaringer med.
	Overlevering til støtteperson og støttetilbud: Behov for beskrivelse af en struktureret afslutning af behandlingsforløbet og samarbejdet mellem behandler og støttepersoner, herunder eksempler på, hvordan behandlere kan hjælpe støttepersonerne i at støtte op om klienten efter behandlingen, eksempelvis ved at udforme øvelser, planer og forskellige redskaber, støttepersonen kan anvende efter behandlingsforløbet.

3. OM DEN PSYKOTERAPEUTISKE GUIDE

I dette kapitel beskrives den udviklede psykoterapeutiske guide, som er afprøvet på Center for Voldtægtsofre, Aarhus Universitetshospital og Center for Seksuelle overgreb, Rigshospitalet.

3.1 Baggrunden for den psykoterapeutiske guide

I satspuljeaftalen 2010 blev der afsat midler til udvikling af en konkret psykoterapeutisk guide til behandling og opfølgning i forhold til borgere med kognitive funktionsnedsættelser, der har været udsat for seksuelle overgreb.

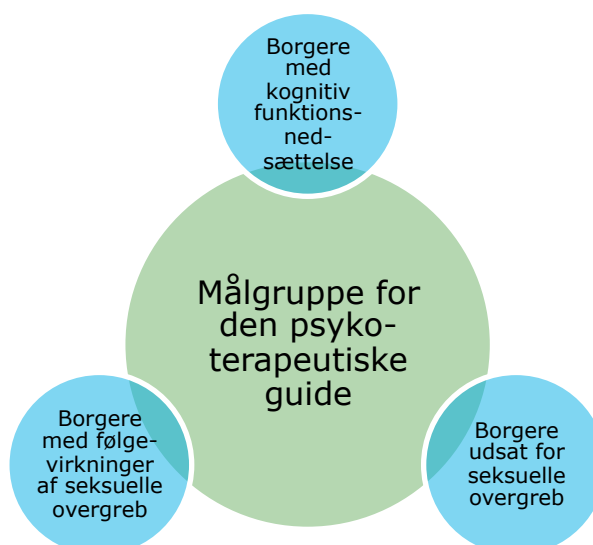
Det overordnede formål med udviklingsprojektet er at bidrage til, at borgere med kognitive funktionsnedsættelser udsat for seksuelle overgreb får adgang til relevant og virksom social- og sundhedsfaglig behandling og opfølgning. Formålet med behandlingsindsatsen er, at følgevirkningerne af seksuelle overgreb mindskes, og at risikoen for flere overgreb reduceres gennem opfølgning og forebyggelse.

Den psykoterapeutiske guide er sammensat på baggrund af resultaterne fra en kortlægning af metoder til behandling af borgere med kognitive funktionsnedsættelser udsat for seksuelle overgreb. Kortlægningen, som er gennemført af Socialstyrelsen, er baseret på international, forskningsbaseret litteratur og interviews med psykologer, som har erfaring med behandling af målgruppen af borgere med kognitive funktionsnedsættelser i en dansk kontekst.

3.2 Målgruppe for den psykoterapeutiske guide

Målgruppen for den psykoterapeutiske guide er borgere med kognitive funktionsnedsættelser, der har været udsat for seksuelle overgreb. Målgruppen omfatter både mænd og kvinder, som er over 18 år. Undtagelsesvis – og på baggrund af en konkret individuel vurdering – har unge i alderen 16-17 år også indgået som målgruppe for behandlingen. Samtidig skal borgere i målgruppen have været udsat for et eller flere seksuelle overgreb samt have følgevirkninger af overgrebet. I figuren nedenfor ses en overordnet karakteristik af målgruppen. De enkelte elementer i målgruppebeskrivelsen er udfoldet nedenfor.

Figur 3-1: Målgruppe for den psykoterapeutiske guide



3.2.1 Borgere med kognitive funktionsnedsættelser

Borgere i målgruppen skal have kognitive funktionsnedsættelser. Det vil sige, at målgruppen udgøres af borgere med forskellige funktionsnedsættelser, som typisk har behov for hjælp og

støtte i deres hverdag. Kognitive funktionsnedsættelser kan variere meget i karakter, men overordnet er den psykoterapeutiske guide målrettet borgere med *udviklingshæmning, Autisme Spektrum Forstyrrelse og hjerneskade*.

Udviklingshæmning

I WHO's diagnoseliste ICD-10 defineres udviklingshæmning som en tilstand af forsinket eller mangelfuld udvikling af evner og funktionsniveau, som normalt viser sig i løbet af barndommen, og som bidrager til det samlede intelligensniveau – dvs. de kognitive, sproglige, motoriske og sociale færdigheder.

Udviklingshæmning inddeles i fire sværhedsgrad:

- Lettere grad: IQ-område 50-69, hvor mange borgere kan arbejde og klare sig socialt
- Middelsvær grad: IQ-område 35-49, hvor borgere behøver støtte for at klare sig i samfundet
- Sværere grad: IQ området 20-34, hvor borgere behøver vedvarende støtte og hjælp
- Sværeste grad: IQ-område under 20, hvor borgere er stærkt begrænset og kræver megen pleje.

Autisme Spektrum Forstyrrelse

Der findes flere former for autisme, og det udtrykkes bedst ved at tale om autisme som spektrum tilstand. Ifølge diagnosekriterierne i ICD-10 skal man have vanskeligheder inden for tre områder, som kaldes triaden; vanskeligheder ved socialt samspil, vanskeligheder ved social kommunikation, manglende fleksibilitet/nedsat social forestillingsevne. Der er fire diagnoser inden for autismspektrum:

- *Infantil autisme*: Borgere med infantil autisme har vanskeligheder inden for samtlige områder i triaden
- *Aspergers syndrom*: Borgere med Aspergers syndrom har hovedsageligt vanskeligheder inden for de områder i triaden, der omhandler socialt samspil og manglende fleksibilitet
- *Atypisk autisme*: Diagnosen gives til borgere, der "kun" har vanskeligheder ved et eller to af områderne i triaden
- *Gennemgribende udviklingsforstyrrelse, uspecificeret (GUU)*.

Hjerneskade

Konsekvenserne af en hjerneskade afhænger af, hvilke områder i hjernen som har taget skade, og hvor stort et område der er blevet skadet. Derfor kan følgerne hos den enkelte, der er ramt af en hjerneskade, være meget forskellige. En hjerneskade kan være medfødt eller erhvervet:

- *Medfødt hjerneskade*: En medfødt hjerneskade kan skyldes misdannelser i hjernen i fostertilstanden, sygdomme eller iltmangle under fødsel
- *Erhvervet hjerneskade*: En erhvervet hjerneskade kan skyldes en ulykke, en blodprop, blødning i hjernen eller sygdom.

Mange hjerneskadede får både kognitive funktionsnedsættelser og bevægelsesmæssige problemer på grund af lammelser af den ene kropshalvdel.

3.2.2 Borgere udsat for seksuelle overgreb

Borgere i målgruppen skal have været udsat for seksuelle overgreb en eller flere gange. Et seksuelt overgreb er en seksuel aktivitet, som borgeren ikke har indvilliget i og/eller været i stand til at sige fra overfor. Her kan der for borgere 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. Det seksuelle overgreb kan være med eller uden fysisk kontakt – dvs. at et seksuelt overgreb også kan omfatte en situation, hvor der ikke har været fysisk kontakt, men at krænkeren fx blotter sig for borgeren, eller borgeren tvinges til at se pornografiske billeder eller film. Borgeren er omfattet af målgruppen uanset, hvornår overgrebet har fundet sted. Af samme grund kan behandlingen variere fra akut krisehjælp til behandling af senfølger.

3.2.3 Borgere med følgevirkninger af seksuelle overgreb

For at indgå i målgruppen skal borgerne ligeledes have følgevirkninger efter det seksuelle overgreb. Følgevirkninger af seksuelle overgreb kan variere meget. En del følgevirkninger kan knyttes an til Post-traumatisk stress syndrom (PTSD) eller kompleks PTSD. Det er ikke en forudsætning for at iværksætte behandling, at borgeren selv oplever eller giver udtryk for, at han eller hun har været udsat for seksuelle overgreb eller har følgevirkninger af overgrebet. Både funktionsnedsættelse og traumatisering kan medføre, at borgeren ikke opfatter sig selv som krænket. Det kan derfor være klientens støtteperson, der i samråd med klienten, tager initiativ til eventuel opstart af et behandlingsforløb.

3.3 Den psykoterapeutiske guides karakter og kerneelementer

Som nævnt bygger den psykoterapeutiske guide på aktuel viden om behandling af målgruppen af borgere med kognitive funktionsnedsættelser. Den aktuelle viden lægger op til en guide, der er sammensat af metodiske elementer, som enten har vist lovende resultater i behandling af målgruppen, eller som vurderes relevant at afprøve i en tilpasset form.

Den psykoterapeutiske guide indeholder derfor ikke en overordnet teoretisk ramme eller udgør én fast metode, men er sammensat af metodiske elementer, der er hentet fra forskellige terapeutiske retninger. Således er der snarere tale om en guide, som indeholder forskellige teknikker til behandling af målgruppen, men som samtidig omfatter en række faste metodiske kerneelementer. Overordnet er den psykoterapeutiske guide sammensat af følgende metodiske trin og kerneelementer:

Den psykoterapeutiske guides kerneelementer

- **En ramme og struktur for behandlingen**, som indbefatter faste retningslinjer for visitationsprocedure, etablering af samarbejde med klientens sociale støttetilbud, tilrettelæggelse af behandlingsforløbet og de enkelte behandlingssessioner, samt udarbejdelse af behandlingsplan og behandlingsmål.
- **Metodiske elementer, som udgør en forudsætning for behandlingsforløbet**, og som indbefatter samarbejde med støttepersoner og personale fra klientens støttetilbud, praktisk hjælp og koordination samt retningslinjer for relationsarbejde og kommunikation.
- **Metodiske elementer, som udgør selve behandlingen**, og som indbefatter afdækning og undersøgelse af klienten, psykoedukation, samt en række individuelt sammensatte interventionsteknikker til bearbejdelse af følgevirkninger og udvikling af mestringsstrategier med et forebyggende sigte.

Som nævnt findes der ingen systematiske effektstudier af metoder til behandling af borgere med kognitive funktionsnedsættelser. Den psykoterapeutiske guide er således overvejende baseret på casestudier og erfaringsbaseret viden, og der er ikke tale om en evidensbaseret metode eller guide. Formålet med projektet har været at gennemføre en veldokumenteret afprøvning af den psykoterapeutiske guide, som skal munde ud i en mere detaljeret beskrivelse af guiden, der bygger på systematisk viden om guidens virkninger.

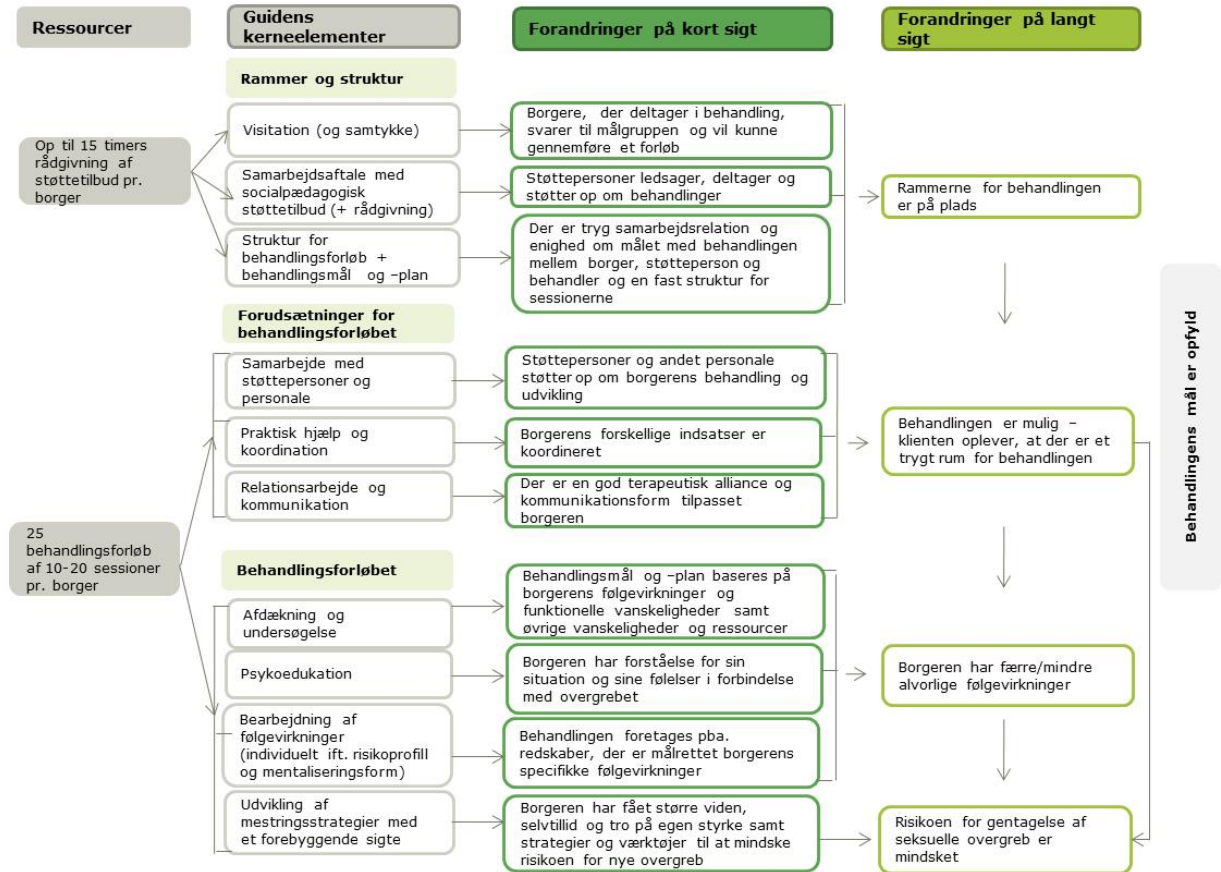
I Socialstyrelsens beskrivelse af fremgangsmåde og indhold i den psykoterapeutiske guide er kerneelementerne udfoldet mere detaljeret.

3.4 Forandringsteori for den psykoterapeutiske guide

Hensigten med den psykoterapeutiske guide er, at borgere udsat for seksuelle overgreb får bearbejdet og reduceret følgevirkningerne af overgrebet, ligesom behandlingen skal bidrage til,

at risikoen for gentagelse af seksuelle overgreb mindskes. Dette fremgår i guidens forandringsteori nedenfor.

Figur 3-1: Forandringsteori for den psykoterapeutiske guide



De grundlæggende antagelser i den psykoterapeutiske guide er, at særlige rammer og strukturer for behandlingsforløbene, herunder samarbejdsaftaler med støttetilbud, strukturer for behandlingsforløb samt behandlingsplan og -mål, bidrager til, at der skabes en tryk samarbejdsrelation mellem støttetilbud, klienten og behandler, herunder også enighed om behandlingsplan og -mål. På sigt er det med til at etablere de rammer, som understøtter et vellykket behandlingsforløb.

Ligeledes er en grundantagelse i guiden, at løbende samarbejde med støttepersoner og personalet på støttetilbud og relationsarbejde klienten og behandlerne imellem bidrager til at etablere de centrale forudsætninger, et vellykket behandlingsforløbet kræver. Endvidere viser forandringsteorien, at psykoedukation, bearbejdning af følgevirkninger og udvikling af mestringsstrategier forventeligt fører til, at borgere med kognitive funktionsnedsættelser på langt sigt oplever færre alvorlige følgevirkninger af det seksuelle overgreb, ligesom risikoen for gentagelse af seksuelle overgreb mindskes.

4. MÅLGRUPPEBESKRIVELSE

Dette kapitel giver en kort beskrivelse af de klienter, der har modtaget et behandlingsforløb i projektperioden. I boksen nedenfor ses kapitlets centrale konklusioner.

Hovedkonklusioner i kapitlet

- Hovedparten af klienterne er kvinder. Kun to ud af de 25 klienter er mænd
- Den gennemsnitlige alder på klienterne er 32,9 år. Den yngste klient, der har deltaget i projektet, er 17 år, mens den ældste er 51 år
- Knap syv ud af 10 klienter er borgere, der har udviklingshæmning som deres kognitive funktionsnedsættelse. Flertallet af klienterne har udviklingshæmning i middelsvær grad
- I alt er der kun én ud de 25 klienter, som har gennemført et forløb, der har Autisme Spektrum Forstyrrelse, mens fem af klienterne har en hjerneskade, som i de fleste tilfælde er en medfødt hjerneskade
- Hovedparten af klienterne bor på et botilbud med enten døgnbemanding eller dagbemanding. I alt gælder det for knap syv ud 10 klienter
- Blandt klienterne er det mere end otte ud af 10, der har været udsat for mere end ét overgreb. Knap tre ud af 10 har været udsat for flere overgreb af både samme person og af forskellige personer.

4.1 Målgruppens alder og køn

Klienternes alder fremgår af nedenstående tabel. Det ses, at den yngste klient er 17 år, mens den ældste klient er 51 år. Dette vidner om en stor spændvidde i målgruppens aldersfordeling. Ud fra tabellen ses det også, at gennemsnitsalderen for klienterne er 32,8 år, mens medianen er 29 år.

Tabel 4-1: Opsamling på målgruppens alder

Yngste klient	Median	Gennemsnitsalder	Ældste klient
17 år	29 år	32,8 år	51 år

Kilde: Behandlernes dokumentation i behandler- og klientværktøj, n= 24 (1 missing).

Kønsfordelingen blandt klienterne vidner om, at en overvægt af kvinder har modtaget behandling. Således er kun to ud af 25 klienter mænd, det vil sige knap 8 pct. Klienternes kønsfordeling stemmer overens med en række øvrige studier. Socialt Udviklingscenter SUS har gennemført en dansk undersøgelse om seksuelle overgreb mod børn og unge med handicap i 2007. En hovedkonklusion fra disse to rapporter var, at 60 pct. af ofrene var piger og 40 pct. var drenge⁴. Disse tal dækker dog over overgreb mod børn og unge med handicap, hvilket kan være en forklaring på, at kvinder i mindre grad udgør hovedparten af ofrene end tilfældet i nærværende evaluering.

Socialt Udviklingscenter SUS har også gennemført et litteraturstudie af udenlandsk litteratur. Her ses samme tendens, idet hovedparten af ofrene for seksuelle overgreb er kvinder. Eksempelvis angives det i et hollandsk studie, at 78 pct. af ofrene var kvinder, mens 22 pct. var mænd⁵. I et

⁴ Socialt Udviklingscenter SUS og SISO videnscenteret for sociale indsatser ved seksuelle overgreb mod børn, 2007: Seksuelle overgreb mod børn og unge med handicap – en kvantitativ og kvalitativ undersøgelse af omfang og karakter af seksuelle overgreb.

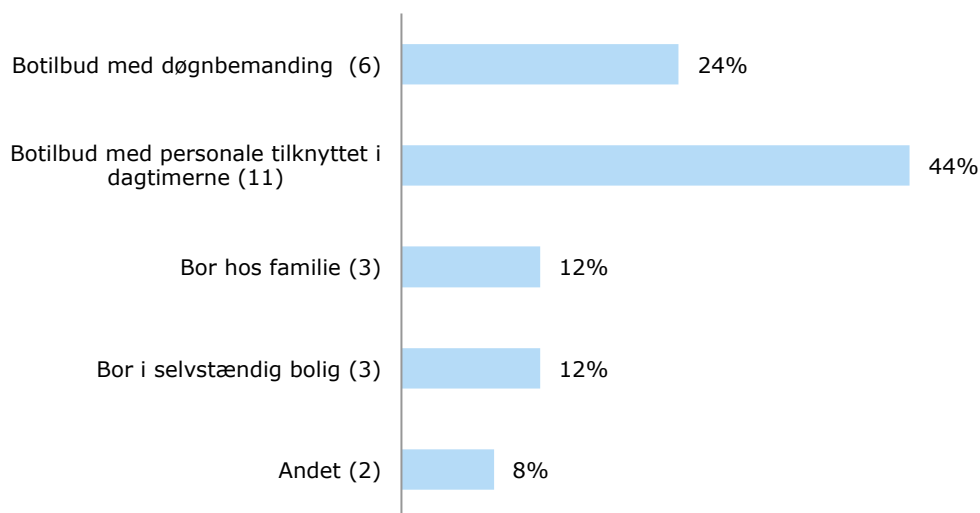
⁵ Berlo, van W, 1995: Sexual Abuse Among People with Learning Disabilities, Netherlands Institute of Social Sexological Research; Socialt Udviklingscenter SUS, 2001: Seksuelle overgreb på mennesker med handicap: Et litteraturstudie.

andet studie ses samme tendens, hvor en gennemgang af 167 rapporter om seksuelle overgreb viste, at 80 pct. af ofrene var kvinder, de resterende 20 pct. mænd⁶. Dog er der også studier, der viser, at der ingen forskel findes, eller at drenge er overrepræsenterede blandt børn med handicap udsat for seksuelle overgreb. Et studie foretaget af Sullivan og Knutson i år 2000⁷ viser, at der ikke er bemærkelsesværdige forskelle mellem drenge og piger, mens Sobsey og Does' studie fra 1997 viser, at drenge med handicap er mere udsatte for overgreb sammenlignet med piger med handicap⁸. Det skal påpeges, at begge disse studier alene kigger på børn udsat for seksuelle overgreb og den overordnede tendens i litteraturen vidner om, at kvinder med handicap i højere grad er udsat for seksuelle overgreb sammenlignet med mænd.

4.2 Målgruppens bosted, støttebehov og uddannelsesbaggrund

Nedenstående figur viser, hvordan klienterne bor – det vil sige, om der er tale om botilbud med døgnbemanding, botilbud med personale tilknyttet i dagtimerne, om klienten bor hos familie eller om klienten bor i selvstændig bolig.

Figur 4-1: Klienternes bosted



Kilde: Behandlernes dokumentation i behandler- og klientværktøj, n=25.

Figuren vidner om, at størstedelen af klienterne bor i botilbud med personale tilknyttet i dagtimerne. Det gør sig gældende for næsten fem ud af 10 klienter. Dernæst følger botilbud med døgnbemanding, hvor lidt over to ud af 10 klienter er bosat. Andelen af klienter, som enten bor hos familie eller i selvstændig bolig, er den samme. Det er ca. én ud af 10 klienter, der bor hos familie eller i selvstændig bolig.

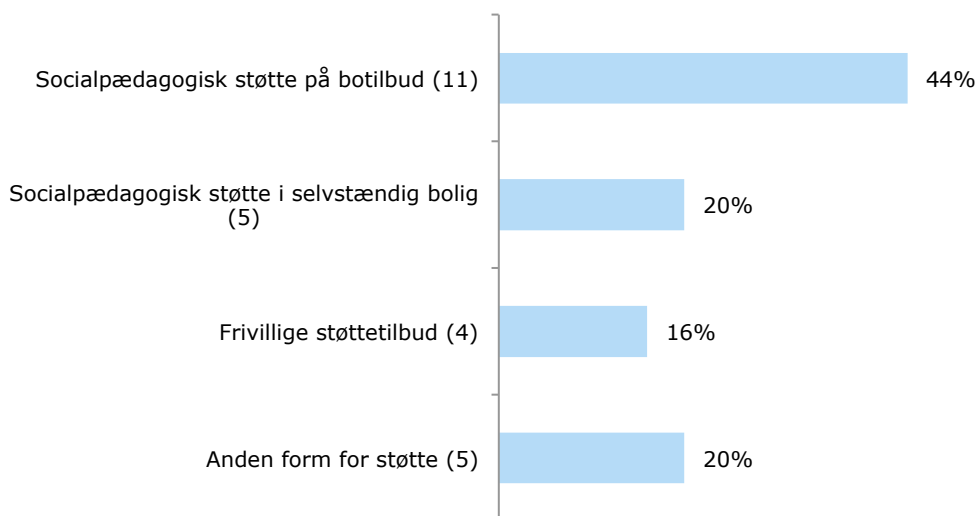
⁶ Bergh, van den, et al, 1998: Dossieronderzoek seksueel misbruik bij mensen met én verstandelijke handicap, DSWO Press, Universiteit Leiden; Socialt Udviklingscenter SUS, 2001: Seksuelle overgreb på mennesker med handicap: Et litteraturstudie.

⁷ Sullivan, P, et al, 2000: Maltreatment and Disabilities: A population-based epidemiological study, Child Abuse and Neglect, Vol. 24, No. 10, (1257-1273).

⁸ Sobsey D, et al, 1997: Gender differences in abused children with and without disabilities, Child Abuse and Neglect, Vol. 21, No. 8, (707-720).

I nedenstående figur er det illustreret, hvilken støtte klienterne får.

Figur 4-2: Støtte, klienterne modtager

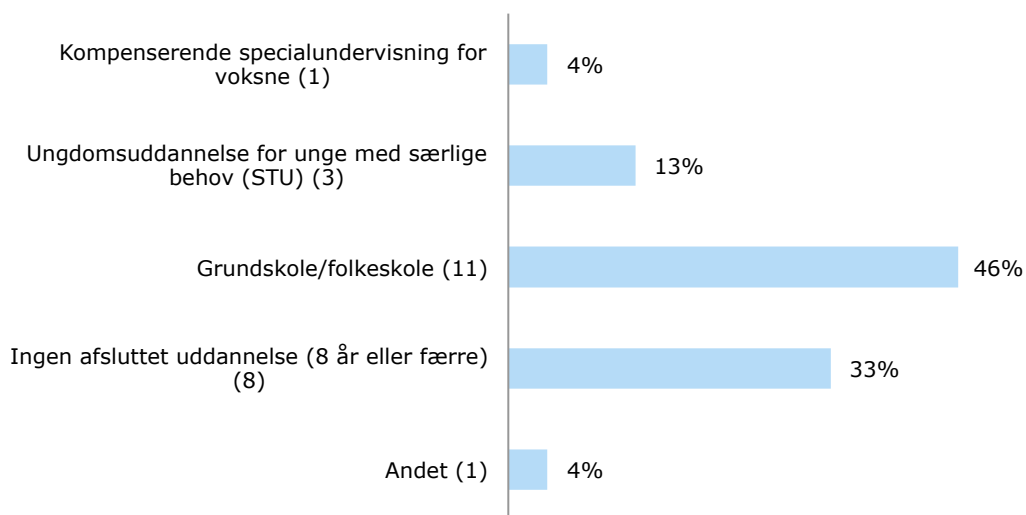


Kilde: Behandlernes dokumentation i behandler- og klientværktøj, n=25.

Figuren viser, at næsten halvdelen af klienterne modtager socialpædagogisk støtte på botilbud. Dette er måske ikke overraskende, eftersom næsten fem ud af 10 klienter også er bosat på et botilbud med personale tilknyttet i dagtimerne. Endelig er der lidt over én ud af 10 klienter, som modtager frivilligt støttetilbud.

Nedenfor fremgår dokumentation, der viser klienternes højest fuldførte uddannelse.

Figur 4-3: Klienternes højest fuldførte uddannelse



Kilde: Behandlernes dokumentation i behandler- og klientværktøj, n=24 (1 missing).

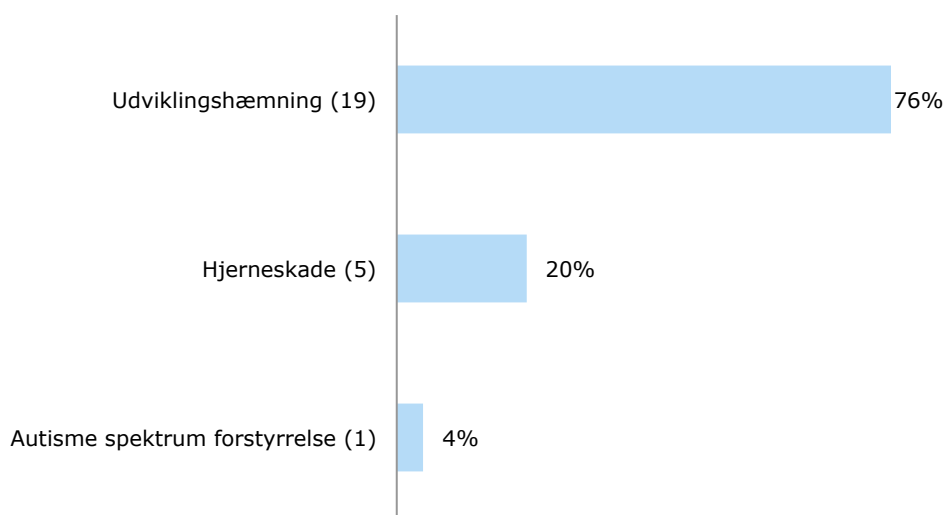
Som det fremgår af figur 4-3, er det otte ud af 10 klienter, der har folkeskole eller ingen afsluttet uddannelse som højeste gennemførte uddannelse. Hvis vi ser på kategorien "ungdomsuddannelse for unge med særlige behov (STU)" er der lidt over én ud af 10 klienter, som højest har fuldført denne uddannelse. I forhold til de sidste to kategorier – dvs. "kompenserende specialundervisning for voksne" samt "anden" uddannelse end de angivne kategorier – er der lige

mange klienter, der højest har fuldført disse uddannelser og der er tale om ganske få klienter, og ud af de i alt 25 klienter udgør disse to kategorier kun to klienter.

4.3 Målgruppens kognitive funktionsnedsættelser

Figur 4-4 viser, hvordan klienternes type af kognitive funktionsnedsættelser fordeles procentvis på tre kategorier af funktionsnedsættelser.

Figur 4-4: Klienternes kognitive funktionsnedsættelser



Kilde: Behandlernes dokumentation i behandler- og klientværktøj, n=25.

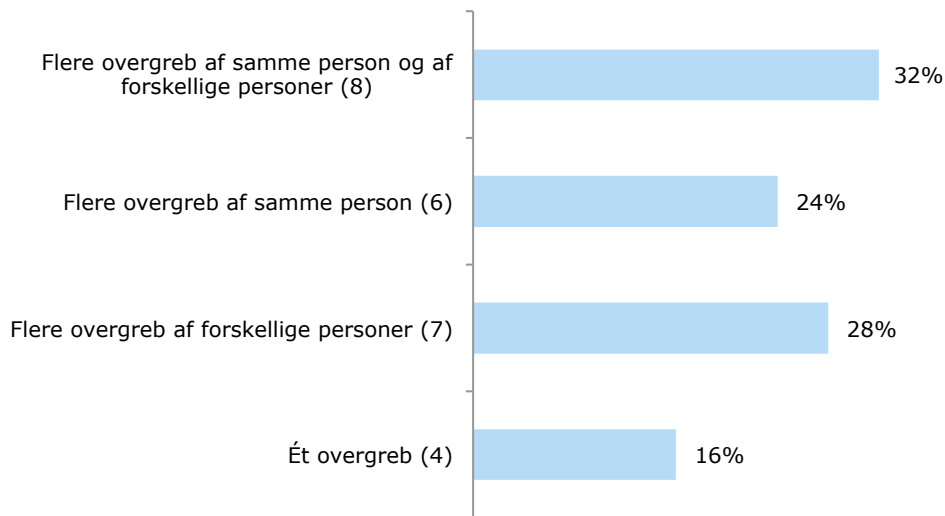
Figuren viser, at den psykoterapeutiske guide i størst omfang er afprøvet i behandling af udviklingshæmmede, idet næsten otte ud af 10 klienter er diagnosticeret med denne funktionsnedsættelse. Herefter følger gruppen af klienter med en hjerneskade, hvor to ud af 10 klienter har denne diagnose. Fordelingen vidner også om, at guiden i et meget begrænset omfang er afprøvet til behandling af klienter med Autisme Spektrum Forstyrrelse, idet kun én klient er stillet med denne diagnose.

Hvis vi ser på fordelingen af klienter med hjerneskade, viser resultaterne, at tre ud fem klienter med en hjerneskade har en medfødt hjerneskade, og to ud af fem har en erhvervet hjerneskade. Som nævnt tidligere, kan følgerne hos den enkelte, der er ramt af en hjerneskade, være meget forskellige, ligesom skadens omfang og karakter afhænger af, hvilken del af hjernen der er skadet. Målgruppen af hjerneskadede kan derfor potentielt være relativ heterogen.

I henhold til WHO's diagnoseliste karakteriseres graden af udviklingshæmning som henholdsvis lettere, middelsvær eller sværere grad. Hovedparten af klienterne i projektet har en middelsvær udviklingshæmning. Her er der tale om, at næsten syv ud af 10 har en middelsvær grad af udviklingshæmning, efterfulgt af klienter med en lettere udviklingshæmning. To ud af 10 klienter tilhører denne gruppe. Klienter med en lettere udviklingshæmning er formentlig i stand til at varetage et arbejde og begå sig socialt, hvorimod klienter med en middelsvær udviklingshæmning behøver større støtte for at klare sig i samfundet. Kun én enkelt klient har en sværere grad af udviklingshæmning.

4.4 Målgruppens overgrebshistorik

I figuren 4-5 ses procentfordelingen over, om klienten har været udsat for et eller flere seksuelle overgreb, samt hvorvidt eventuelle flere overgreb er begået af samme eller af forskellige krænkere.

Figur 4-5: Målgruppens overgrebshistorik

Kilde: Behandlernes dokumentation i behandler- og klientværktøj, n=25.

Størstedelen af klienterne – flere end otte ud af 10 – har været udsat for mere end ét seksuelt overgreb. Denne høje andel tydeliggør relevansen af den psykoterapeutiske guides fokus på udvikling af mestringsstrategier med et forebyggende sigte. Næsten tre ud af 10 har været udsat for seksuelle overgreb af flere forskellige personer, mens en tilsvarende andel af klienterne har været udsat for flere overgreb af samme person, men også af forskellige personer.

5. CENTRENES ERFARING MED KERNEELEMENTER I DEN PSYKOTERAPEUTISKE GUIDE

Formålet med dette kapitel er at belyse, i hvilket omfang og hvordan kerneelementer i den psykoterapeutiske guide er blevet implementeret af behandlerne på de to centre. Viden om behandlernes implementering af kerneelementer er primært baseret på behandlernes dokumentation i fidelitetsskemaer, som behandlerne har udfyldt efter hver gennemført behandlingssession, men også på baggrund af interviews med behandlerne og en række af klienternes støttepersoner. I kapitlet trækkes de centrale erfaringer, drivkræfter og barrierer i anvendelse af kerneelementerne ligeledes frem.

Hovedkonklusioner i kapitlet

- På tværs af behandlingsforløbene er der arbejdet systematisk med at implementere guidens kerneelementer, men der er variation i udmøntningen af de forskellige kerneelementer på tværs af behandlingsforløbene
- Det korteste behandlingsforløb har bestået af syv behandlingssessioner, mens det længste forløb indeholder 27 behandlingssessioner
- Hovedparten – knap 65 pct. – af behandlingsforløbene er forløb, som indeholder over 15 behandlingssessioner
- Den gennemsnitlige længde af behandlingssessionerne er ca. 60-80 minutter, ligesom frekvensen i behandlingssessionerne er hyppigere indledningsvis i behandlingsforløbet sammenlignet med perioden frem mod afslutning af behandlingsforløbet
- På tværs af behandlingsforløbene er der forskellige måder, hvorpå støttepersonen er inddraget i behandlingen. Rambølls evaluering viser, at samarbejdet mellem klient, støtteperson og behandler skal tilrettelægges på en måde, hvor støttepersonens inddragelse ikke indvirker negativt på behandlingssessionerne
- Der er arbejdet systematisk med terapeutisk alliance og kommunikation, som er tilpasset klienten. Det løbende arbejde med terapeutisk alliance tager ofte udgangspunkt i klientens nære hverdagssituation og forskellige interesser
- I flere behandlingsforløb er der arbejdet systematisk med psykoedukation, hvor klienterne har profitteret af det. Omvendt er der også flere behandlingsforløb, hvor psykoedukation er forsøgt anvendt, men hvor interventionen i mindre grad har været anvendelig. Evalueringen viser, at det er nødvendigt at udøve basal psykoedukation over for målgruppen, hvor kompleksiteten reduceres mest muligt
- På tværs af behandlingsforløbet er der anvendt flere forskellige interventionsteknikker og redskaber til forebyggelse, som er sammensat efter klientens specifikke følgevirkninger og situation. Der tages typisk flere interventionsteknikker i anvendelse i de enkelte behandlingsforløb og disse tilpasses undervejs, i takt med at behandleren får en større forståelse af klientens situation og funktionsevne.

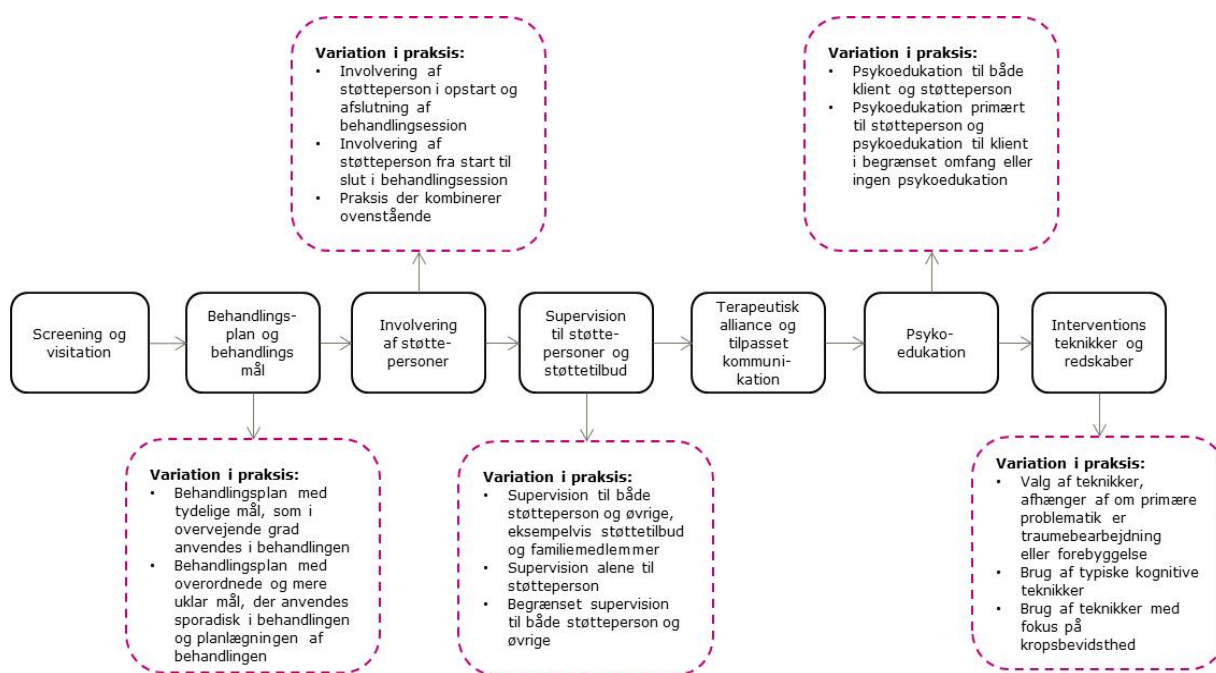
5.1 Graden af implementering af den psykoterapeutiske guide

Overordnet viser Rambølls evaluering, at der på tværs af behandlingsforløbene er arbejdet systematisk med at implementere de centrale kerneelementer i guiden. Evalueringen viser imidlertid, at der i de enkelte behandlingsforløb er forskellige måder at implementere kerneelementerne på. Det kommer til udtryk ved, at kerneelementet er implementeret som foreskrevet, men at den konkrete udmøntning af kerneelementet varierer i behandlingsforløbene.

Dette skal også ses i lyset af, at guiden ikke nødvendigvis angiver bestemte måder, hvorpå de enkelte kerneelementer skal implementeres, men i flere tilfælde beskriver flere muligheder for implementering. Eksempelvis er klienternes støttepersoner involveret i alle behandlingsforløbene, men måden, det kommer til udtryk på, varierer på tværs af behandlingsforløbene. Det samme gør sig gældende blandt andet i anvendelse af interventionsteknikker og anvendelse af behandlingsplan og mål for behandlingen.

Figuren nedenfor illustrerer, hvor kerneelementerne er implementeret relativt ensartet på tværs af behandlingsforløbene, og hvor der kan identificeres variationer i behandlernes implementeringspraksis.

Figur 5-1: Implementering af kerneelementer i den psykoterapeutiske guide



Nedenfor gennemgår Rambøll implementeringen og anvendelsen af de enkelte kerneelementer i den psykoterapeutiske guide mere detaljeret. Indledningsvis beskrives behandlingsdosis i behandlingsforløbene.

5.2 Dosis og frekvens

Tabellen nedenfor indeholder helt overordnet dokumentation om doseringen af guiden. Resultaterne i tabellen er baseret på behandlernes løbende dokumentation af de enkelte behandlingsforløb.

Table 5-1: Oversigt over behandlingsdosis

Korteste forløb (antal sessioner)	Længste forløb (antal sessioner)	Median forløb (antal sessioner)	Gennemsnitligt forløb (antal sessioner)	Andel forløb < 10 sessioner	Andel forløb ml. 10 og 15 sessioner	Andel forløb > 15 sessioner
7	27	17	16,4	8 pct. (3/25)	24 pct. (6/25)	64 pct. (16/25)

Kilde: Behandlernes dokumentation i fidelitetsskemaer, n=25.

Tabellen viser, at det korteste behandlingsforløb har bestået af 7 behandlingssessioner, mens det længste behandlingsforløb har indeholdt 27 behandlingssessioner. Det vidner om en relativ stor forskel i behandlingsforløbene, som udtrykker, at det er individuelt, hvor mange sessioner behandlerne vurderer, den enkelte klient har behov for. Dette afhænger ifølge behandlerne i høj grad af klientens kognitive funktionsniveau, typen og omfanget af følgevirkninger af det seksuelle overgreb, herunder også om det er bearbejdning af følgevirkninger eller udvikling af mestringsstrategier, der fylder i behandlingsforløbet. Endvidere viser tabellen, at det gennemsnitlige behandlingsforløb har en længde på 16,4 behandlingssessioner. Det fremgår også af tabellen, at hovedparten af behandlingsforløbene har flere end 15 behandlingssessioner, mens ganske få behandlingsforløb har haft en længde på færre end 10 behandlingssessioner.

På tværs af behandlingsforløbene varierer længden af behandlingssessionerne mellem 35 minutter til tre timer. I det tilfælde, hvor sessionen har været tre timer, har der ikke kun været tale om en egentlig samtale mellem klient og behandler, men også en afslutningsaftale, som har indebåret rundvisning i klientens hjem. På tværs af alle behandlingsforløbene viser behandlernes dokumentation, at den typiske behandlingssession gennemsnitligt har en længde på ca. 60-80 minutter. Det er behandlernes vurdering, at en passende længde af behandlingssessionerne er ca. 60 minutter, da længere behandlingssessioner stiller store krav til klienternes koncentrationsevne og vedholdenhed.

I den dokumentation, som behandlerne har gennemført af de enkelte behandlingssessioner, er det muligt i et vist omfang at aflæse frekvensen i behandlingssessionerne – dvs. hyppigheden af behandlingssessionerne. Dokumentationen vidner om, at behandlingssessionerne forekommer hyppigere i starten af behandlingsforløbet, hvor der gennemføres sessioner ugentligt eller hver anden uge – ofte frem til behandlingssession ni eller 10. Omvendt gennemføres behandlingssessionerne mindre hyppigt i den sidste fase af behandlingsforløbet, hvor der kan gå ca. 2-3 uger mellem hver session – i nogle tilfælde længere, hvis klienten eksempelvis melder afbud.

Der kan være flere årsager til, at frekvensen i behandlingssessioner afhænger af, hvornår i behandlingsforløbet sessionerne afholdes. For det første peger behandlerne på, at det indledningsvis i behandlingsforløbet er afgørende at få skabt en tryk og tillidsfuld samarbejdsrelation mellem klient, behandler og støtteperson. Det kræver, at behandlingssessionerne gennemføres med en større hyppighed, således at parterne får en fortrolig relation og indgående kendskab til hinanden. For det andet pointerer behandlerne, at den første fase i behandlingsforløbet har til formål at sikre en fyldestgørende afdækning af klientens situation, følgevirkninger og motivation for at deltage i behandlingsforløbet. Dette kan strække sig over flere sessioner og kræver en vis hyppighed i behandlingssessionerne. Endelig giver de udtryk for, at behandlingsforløbet ændrer karakter, jo flere behandlingssessioner der er gennemført. Det skyldes, at det senere i behandlingsforløbet i højere grad handler om, at klienten med støtte fra støttepersonen får implementeret de strategier, teknikker og redskaber, de tilegner sig i behandlingssessionerne, i deres hverdag væk fra behandlingsrummet.

5.3 Screening og visitation

Formålet med den indledende screening og visitation er at indsamle central viden om klienten. Den systematiske screening skal gennemføres for at afdække, om klienten hører ind under målgruppen for behandlingsindsatsen. Endvidere gennemføres en grundig visitation med henblik på, dels at afdække hvorvidt klienten forventeligt kan profitere af behandlingsindsatsen, dels at få indsamlet viden om klienten til brug i tilrettelæggelsen af behandlingsforløbet.

På tværs af alle behandlingsforløbene er der gennemført systematisk screening og visitation med udgangspunkt i de skemaer, der understøtter screenings- og visitationsfasen. Generelt er det behandlernes vurdering, at screenings- og visitationsprocessen bidrager til indsamle mange af de nødvendige oplysninger om klienten. Dog peger flere af behandlerne på, at processen har været udfordret af, at eksempelvis personalet på støttetilbuddet ikke altid har tilstrækkelig viden om

klientens historik eller mangler skriftlige oplysninger, der kan bidrage med viden om historikken. De vurderer, at dette kan have en negativ indvirkning på tilrettelæggelsen af behandlingsforløbet, da udgangspunktet for behandlingsforløbet i disse situationer alene er de oplysninger og vurderinger, behandlerne selv kommer frem til.

Både behandlere og eksperter fra auditforløbet peger også på, at det vil komme fremtidige behandlingsforløb til gavn, at der indsamles så detaljerede oplysninger om klienterne som muligt – og at disse oplysninger supplerer behandlernes egen screening og visitation. Det begrundes med, at eksempelvis oplysninger fra specialister, som læge, psykiater, neurolog m.v. kan bidrage til en mere detaljeret og solid tilrettelæggelse af behandlingsforløbet, ligesom det undtager behandlerne fra at lave vurderinger af klienterne inden for områder, der strækker sig ud over behandlernes faglige ekspertise.

De pointerer også, at der foruden de oplysninger, der indsamles via screening- og visitationsskemaerne, indsamles detaljerede oplysninger om klientens medicinske forhold, neurologiske undersøgelser, sociale anamneser og generelle livshistorie. I den forbindelse udtrykker behandlere og eksperter, at screenings- og visitationsprocessen kan suppleres af interviews med personer i klientens netværk, læge og støttetilbud, såfremt klienten giver samtykke hertil. Flere af behandlerne peger dog samtidig på, at indsamlingen af oplysninger målrettes, så visitationsfasen ikke strækker sig langt ind i den egentlige behandling. Det handler således om at finde en balance mellem behovet for supplerede oplysninger og igangsættelse af behandlingen af klientens følgevirkninger og mestringspotentiale.

5.4 Afdækning, behandlingsplan og behandlingsmål

Som et af de første skridt i behandlingen er det afgørende at afdække forhold hos klienten, der kan indvirke på behandlingsforløbet, herunder klientens følgevirkninger, funktionsevne og overgrebshistorik. Dette skal give behandleren et bedre indtryk af klienten med henblik på at tilrettelægge det bedst mulige behandlingsforløb, som er baseret på en klar behandlingsplan med tilhørende behandlingsmål.

På tværs af alle behandlingsforløbene fremgår det af behandlernes dokumentation, at der er gennemført systematisk afdækning af klienten med udgangspunkt i det afdæknings-skema, der skal understøtte afdækning af forhold omkring klienten, som er afgørende i tilrettelæggelsen af behandlingsforløbet, herunder valg af behandlingsmål og interventionsteknikker. Det er behandlernes vurdering, at afdækningen i langt de fleste tilfælde giver et solidt afsæt for udarbejdelse af behandlingsplaner med mål og angivelse af valgte interventionsteknikker.

Dokumentationen viser også, at der er udarbejdet en behandlingsplan i alle

Eksempel på behandlingsforløb, hvor mål og interventionsteknikker sættes i sammenhæng

I et af forløbene har behandleren gennemført behandling af en 36-årig kvinde med udviklingshæmning, som har meget risikofyldt adfærd og har haft det i mange år. Da kvinden var ung, blev hun første gang udsat for seksuelt overgreb, hvilket resulterede i en graviditet. Sidenhen har kvinden haft mange skiftende mænd, som har udnyttet hende seksuelt

Som led i kvindens behandlingsforløb er der udarbejdet en behandlingsplan for kvinden med tre overordnede behandlingsmål:

- Mindske risikoadfærd, så der ikke sker nye overgreb
- Turde sige nej
- At kunne mærke sig selv bedre.

Disse behandlingsmål er koblet sammen med forskellige interventionsteknikker såsom fx udarbejdelse af sikkerhedsplaner, seksualundervisning, rollespil i forhold til at kunne sige nej samt arbejdet med at kunne genkende følelser.

behandlingsforløbene. I langt de fleste tilfælde er der også angivet mål for behandlingen, ligesom det beskrives, med hvilke interventionsteknikker målene skal realiseres.

På tværs af behandlingsforløbene afspejler behandlernes dokumentation to overordnede former for implementering af behandlingsplanerne og behandlingsmålene. Det skal dog bemærkes, at de to praksisser ikke er rene former, idet der er situationer, hvor behandlerne har implementeret begge praksisser i samme behandlingsforløb.

På den ene side ses en praksis, hvor flere behandlingsplaner indeholder mere overordnede mål, som eksempelvis at klienten skal kunne mærke sine følelser, opnå en større kropsbevidsthed, bearbejde tidligere overgreb, mindske angstniveauet eller opnå øget tillid. I flere af de behandlingsforløb viser dokumentationen også, at behandlingsmålene kun i begrænset omfang er inddraget i behandlingen undervejs. Både behandlerne og eksperterne peger på, at det er en udfordring at formulere meget operationelle mål i samarbejde med klienterne med henblik på at gøre målene til sigtepunktet for behandlingsforløbet. Det skyldes for det første, at klienten måske slet ikke kan se nødvendigheden af at deltage i behandlingsforløbet, hvorfor vedkommende har svært ved at bidrage til formuleringen af mål for behandlingen. For det andet kan klientens funktionsniveau være en barriere for at involvere vedkommende i formuleringen af behandlingsmål. Det betyder, at behandlerne i en række situationer selv har indkredset behandlingsmålene på baggrund af den gennemførte afdækning. Det vanskeliggør samtidig brugen af målene løbende i behandlingen, da klient og behandler ikke nødvendigvis har samme opfattelse af målet med behandlingen. Både eksperter og behandlere peger imidlertid på, at forskellige muligheder for involvering af klienten i formuleringen af behandlingsmålene skal tages i brug – både indledningsvis i behandlingsforløbene men også undervejs i behandlingsforløbet, i takt med at behandler og klient får indkredset de centrale problematikker – idet det har afgørende betydning for klientens ejerskab til målene og muligheden for at relatere sig til målene.

På den anden side viser dokumentation også, at der er behandlingsforløb og behandlingsplaner, hvor målene er mere operationelle og specifikke. Det kan eksempelvis være behandlingsmål om, at klienten skal blive bedre til at sætte grænser, som omsættes til et mere specifikt delmål om, at vedkommende skal kunne sige fra i situationer, der skaber utryghed eller ubehag.

Dokumentationen viser, at de specifikke mål i behandlingsplanen i højere grad inddrages undervejs i behandlingsforløbet, eksempelvis i opstarten på hver behandlingssession, hvor behandlerne ridser formålet med behandlingssessionen op for klient og evt. støtteperson, eller som led i at motivere og anerkende klienten, hvis vedkommende med succes har udført opgaver, der knytter sig til det specifikke behandlingsmål.

Eksempel på operationelle mål knyttet til klientens følger virkninger og teknikker til at opnå målet

En ung kvinde, der har indgået i et behandlingsforløb, er i hendes hverdag plaget af genoplevelser af overgrebet. Det gør, at hun ikke tør gå ud alene om aftenen. **I kvindens behandlingsplan er der derfor formuleret et mål om, at hun skal lære at færdes alene udenfor igen – målet nedbrydes i et delmål, som omhandler, at hun skal kunne tage på shopping i byens indkøbscenter alene.** Første skridt mod dette mål er at tage i indkøbscentret sammen med sin støtteperson, hvor klienten efterfølgende på en skala skal score, 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 derhenne. Fremadrettet er målet, at klienten helt selv skal kunne færdes ude alene. Derudover er et mål også at give klienten konkrete redskaber, hun kan bruge, når der er risiko for undgåelsesadfærd og negative tanker. Her skal klienten gøre ting, hun er glad for som fx at se film, gå en tur eller høre musik.

Både behandlere og eksperter vurderer, at specifikke mål både i forhold til bearbejdning af følgevirkninger og udvikling af mestringsstrategier er centralt, da det giver bedre mulighed for at følge op på behandlingsforløbets indvirkning på klienterne. Samtidig peger de på, at det i arbejdet med borgere med kognitive funktionsnedsættelser er særlig vigtigt at få knyttet behandlingsmål specifikt op på klientens følgevirkninger og mestring, idet det ellers kan være vanskeligt for behandlerne at skelne mellem, om klientens problematikker, følgevirkninger og traumer har rod i det seksuelle overgreb eller klientens kognitive funktionsnedsættelser. De pointerer, at dette er afgørende for også at have et sigtepunkt for afslutning af behandlingsforløbet, da behandlingen ellers kan risikere at fortsætte udover behandlingen af følgevirkninger og udvikling af mestringsstrategier, idet klienten vil have vedblivende problematikker, der knytter sig til vedkommendes kognitive funktionsnedsættelse.

Endvidere peger både behandlerne og eksperterne fra auditmødet på, at arbejdet med klienterne kræver, at behandlingsmålene løbende genvurderes. De argumenterer for, at mål, der fra starten kan være uklare, kan blive mere tydelige, i takt med at ny viden opnås undervejs i behandlingsforløbet. Behandlerne bekræfter også, at interventionsteknikker løbende tilpasses, når der opstår ny viden, som gør det muligt at sætte mere specifikke behandlingsmål for behandlingen og opretholde et samlet overblik over klientens problematikker, så behandlingsindsatsen kan tilpasses.

5.5 Støttepersonens rolle i behandlingsforløbet

Som led i behandlingsforløbet har klienten mulighed for at gøre brug af en støtteperson. Dette skal sikre, at klienten får den rette støtte både i behandlingssessionerne og undervejs i behandlingsforløbet. Formålet er blandt andet at støtte klienten i at bearbejde følelser, tanker og oplevelser mellem behandlingssessionerne, ligesom støttepersonen kan understøtte klienten i at omsætte strategier, handlemåder og øvelser i dagligdagen.

På tværs af alle behandlingsforløbene viser dokumentationen, at alle klienterne i en eller anden udformning har været understøttet af en støtteperson – det kan være en pædagog fra støttetilbuddet, et familiemedlem eller en anden person i klientens netværk. Både behandlere og støttepersoner peger på, at forudsætningen for et vellykket behandlingsforløb i høj grad afhænger af, at behandler, støtteperson og klient afstemmer forventningerne til støttepersonens rolle allerede inden, at den egentlige behandling påbegyndes. Det kan handle om, at parterne bliver tydelige på, hvordan støttepersonen skal inddrages i behandlingsforløbet, hvad behandleren har af forventninger, samt hvad klienten har af ønsker til og behov for inddragelse af støttepersonen.

På tværs af behandlergruppen er der enighed om, at de klienter, der har modtaget behandling, udgør en heterogen gruppe, der har forskellige funktionsnedsættelser, følgevirkninger, adfærd og opvækstvilkår. Det betyder, at behandlerne har skullet imødekomme forskellige behov i de enkelte behandlingsforløb. Det kommer til udtryk ved, at der på tværs af behandlingsforløbene har været forskellige former for inddragelse af klientens støtteperson.

5.5.1 Støttepersonen inddrages i opstart og afslutning af behandlingssessionen

I over halvdelen af behandlingsforløbene viser dokumentationen, at praksis for involvering af støttepersonen har været, at denne involveres i de enkelte behandlingssessioner i opstart og afslutning på sessionen. Det kan være ved, at støttepersonen inddrages de første fem minutter af behandlingssessionen for til sidst at deltage i de resterende 5-10 minutter af sessionen.

Dokumentationen viser, at formålet hermed er, at støttepersonen indledningsvis orienterer behandleren om status i klientens situation, hvordan klienten har haft det siden sidste behandlingssession, herunder hvordan støtteperson og klient har arbejdet med øvelser, redskaber og planer imellem sessionerne. Støttepersonens inddragelse sidst i sessionen handler om at indgå i overvejelser om, hvordan vedkommende kan støtte klienten i forhold til de aftaler, klient og behandler har indgået, og hvilke opgaver og øvelser der skal gennemføres frem mod næste behandlingssession.

Dokumentationen af denne praksis viser også, at behandlerne til tider benytter sig af muligheden for at inddrage støttepersonen undervejs i behandlingssessionen, eksempelvis i situationer, hvor behandleren har behov for støtte til kommunikationen med klienten, eller hvis der er behov for uddybninger, som kræver støttepersonens indspark og tilstedeværelse. Endvidere vurderer behandlerne, at denne praksis for inddragelse af støttepersonen kan være nødvendig i situationer, hvor relationen mellem støttepersonen og klienten er problematisk og måske indvirker negativt på behandlingssessionen, herunder hvis den problematiske relation udgør en barriere for dialogen og alliancen mellem behandler og klient.

Tilsvarende er denne praksis implementeret i situationer, hvor behandlerne eller støttepersonen vurderer, at klienten ikke vil italesætte sine problematikker, fordi støttepersonen er til stede i behandlingsrummet. Det kan dels skyldes, at klienten har svært ved at koncentrere sig i støttepersonens nærvær, dels at klienten er fokuseret på at afkode støttepersonens reaktioner på det, de fortæller til behandleren. Dette bekræftes også af en række af de støttepersoner, Rambøll har interviewet. De giver udtryk for, at deres tætte relation til klienten udgør en risiko for fremdriften i behandlingssessionerne, fordi klienten måske er utryk ved at fortælle behandleren om sine problematikker i støttepersonens påhør. Behandlernes vurdering er, at dette kan udgøre en barriere for eksempelvis opbygningen af en terapeutisk alliance mellem behandler og klient.

Hovedparten af de støttepersoner, der har deltaget i indledningen og afslutningen af behandlingssessionen, giver udtryk for, at det har været en positiv oplevelse og en frugtbar fremgangsmåde. De peger også alle på, at det er afgørende at holde fast i, at støttepersonen inddrages i sessionens afslutning. Det skyldes, at det er her, de får den viden, der understøtter dem i deres løbende støtte til klienten mellem behandlingssessionerne, ligesom det medvirker til, de kan videreformidle relevant viden til det øvrige personale på støttetilbuddet. De vurderer også, at dette bidrager til at aflaste klienterne, da de ikke på egen hånd har ansvaret for at huske aftaler.

Behandler, som altid inddrager støttepersonen i afslutningen af behandlingssessionen

En behandler fortæller, at hun altid inddrager støttepersonen i afslutningen af behandlingssessionerne. Det skyldes, at klienterne ofte skal øve sig og udføre opgaver mellem behandlingssessionerne, som støttepersonen skal understøtte, ligesom det er et vigtigt element i forhold til at "forpligte" støttepersonen på deres opgave i arbejdet med klienterne. Hun fortæller, at hun anvender en logbog, hvori aftaler indgået som afslutning på behandlingssessionerne indskrives, idet det giver et overblik for både klient og støtteperson i forhold til, hvad der er behov for at arbejde med frem mod næste behandlingssession.

Samtidig fortæller hun, at det er vigtigt, at støttepersonen som led i afslutningen af sessionen orienteres om, hvilken behandling klienten har modtaget, hvilke teknikker der er taget i brug, samt hvilke reaktioner hos klienten behandlingen kan frembringe. Dette skal sikre, at støttepersonen forstår klientens reaktioner, ligesom det skal understøtte klienten i at videreformidle viden fra behandlingen til klientens øvrige netværk, herunder personale på støttetilbud, så de forstår klientens reaktioner på behandlingen.

Omvendt peger enkelte støttepersoner på, at fraværet af deres kendskab til klienten i store dele af behandlingssessionen kan gøre det vanskeligt for behandleren at afkode, om klienten måske foregiver at forstå mere, end denne reelt gør. Flere af behandleren vurderer imidlertid ikke, at dette er en problematik, idet de ofte hurtigt kan afkode, hvorvidt klienten foregiver at have forstået indholdet i behandlingen.

5.5.2 Støttepersonen er inddraget i hele behandlingssessionen

I flere af behandlingsforløbene viser dokumentationen, at klientens støtteperson ofte deltager under hele behandlingssessionen. Det kommer til udtryk på forskellige måder. I en række tilfælde ses det, at støttepersonen spiller en aktiv rolle i sessionen, da vedkommende kontinuerligt supplerer klienten i samtalen med behandleren, når han eller hun inviteres til dette. Det kan være i situationer, hvor klienten har svært ved at kommunikere og sætte ord på sine problematikker og støttepersonen derfor fungerer som tolk. Det kan også handle om, at støttepersonen undervejs observerer og noterer, hvordan klienten reagerer under behandlingssessionen med henblik på at overføre disse perspektiver til klienten efter behandlingssessionen. I andre situationer har støttepersonen en mere tilbageholdende rolle, hvor det i højere grad handler om at skabe trykthed for klienten og understøtte klienten i at "åbne op" for behandleren, eller om at opmuntre klienten og bidrage med viden om og kendskab til klienten undervejs i behandlingssessionen.

Blandt både behandlere og støttepersoner peges der på en række drivkræfter, men også barrierer i denne praksis for involvering af støttepersonen. En række af støttepersonerne vurderer, at det har en positiv indvirkning på den støtte, de kan give klienten uden for behandlingslokalet. De pointerer, at deres inddragelse i behandlingssessionerne tilvejebringer viden om behandlingen og fremdriften, som kommer til gavn i arbejdet med klienten mellem sessionerne, ligesom det "ruste" dem til at videreformidle fyldestgørende viden om det samlede behandlingsforløb til det øvrige personale på støttetilbuddet.

De behandlere, som har implementeret denne praksis udtrykker ligeledes, at det indvirker positivt på behandlingssessionen, idet støttepersonen under hele behandlingssessionen kan bidrage til at understøtte kommunikationen og samtalen mellem klienten og behandleren. En behandler fortæller, at støttepersonerne ofte kan formulere tingene anderledes end hun selv kan, hvilket, hun vurderer, er en stor hjælp i behandlingen. Ligeledes vurderer behandlerne, at støttepersonens tilstedeværelse kan bidrage til, at behandleren hurtigt kan tilpasse behandlingen i den enkelte behandlingssession på baggrund af støttepersonens kendskab til klienten.

Omvendt vurderer andre af behandlerne, at støttepersonens deltagelse i hele behandlingssessionen kan udfordre opbygningen af en terapeutisk alliance mellem klient og behandler, eksempelvis i situationer, hvor klienten i samtalen henvender sig til støttepersonen i stedet for behandleren. Behandlerne peger også på, at denne praksis for involvering af støttepersonen forudsætter klare aftaler om rollerne i behandlingssessionen, ligesom behandleren skal evne at kontrollere og styre sessionen, så støttepersonens tilstedeværelse ikke bliver en barriere for samtalen mellem klienten og behandleren.

5.5.3 Støttepersonens inddragelse i behandlingssessionen udfases gradvist

Udover ovenstående praksis for involvering af støttepersonerne, viser dokumentationen af behandlingsforløbene også en praksis, hvor støttepersonen har været til stede under hele behandlingssessionen i de første fire til fem sessioner, for derefter kun at deltage i indledningen og afslutningen af sessionerne.

Dette ses eksempelvis i behandlingsforløb, hvor behandlerne undervejs i forløbet får øje for, at relationen mellem klienten og støtteperson indvirker negativt på behandlingssessionen. Det kan være i situationer, hvor støttepersonen aktivt ytrer sin mening under behandlingssessionen uden at være inviteret ind i samtalen, eller hvis støttepersonen modarbejder eller korrigerer klientens fortællinger uden aftale herom. Den gradvise udfasning af støttepersonens inddragelse i behandlingssessionerne skyldes ifølge behandlerne også, at støttepersonens funktion i opstarten af behandlingsforløbet handler om at bidrage til en tryk relation mellem behandler og klient - og i takt med opbygningen af denne, bliver det naturligt kun at inddrage støttepersoner i opstarten og afslutningen af behandlingssessionerne.

Fordelen ved denne praksis er ifølge enkelte behandlere og støttepersoner, at den tætte involvering af støttepersonen i opstarten af behandlingsforløbet bidrager til, at støttepersonens viden og kendskab til klienten udnyttes fra start, samtidigt med at de barrierer, der kan identificeres ved at involvere støttepersonen i hele behandlingssessionen, håndteres i takt med, at vedkommende får en mindre rolle i behandlingssessionerne senere i behandlingsforløbet.

Eksempel på inddragelse af støtteperson, hvor vedkommendes deltagelse i behandlingssessionen gradvist udfases

I et af behandlingsforløbene inddrages støttepersonen under hele behandlingssessionen de første fire til fem sessioner. Behandleren erfarer hurtigt, at dette ikke er hensigtsmæssigt, fordi klienten viser modstand mod at tale om en del emner, når støttepersonen er til stede. Behandleren forsøger derefter at inddrage støttepersonen ved indledning- og afslutning af sessionen, men også dette skaber problemer for klienten, der forstyrres af støttepersonens mange kritiske spørgsmål. Behandleren beskriver herefter, at hun etablerer faste rammer for støttepersonens rolle under afslutning og indledning, hvilket fører til et mere optimalt samarbejde mellem parterne.

5.6 Supervision til støttepersoner og støttetilbud

Under forudsætning af klientens samtykke, er der mulighed for at tilbyde supervision til klientens støtteperson og personalet på støttetilbuddet. Det er op til psykologen – i samspil med klienten og støttepersonen - at vurdere omfanget af denne supervision.

Eksempler på, hvordan der er ydet supervision og rådgivning til støttepersoner og støttetilbud

- I nogle situationer er der ydet supervision til støttepersonen, som omhandler, hvordan støtteperson og klient kan udforme dags- eller ugeprogrammer som fast følges mellem sessionerne. Dette kan fungere som et konkret redskab til støtteperson og øvrigt personale, da det giver retningslinjer, som de løbende kan følge
- Behandlerne har i andre situationer rådgivet støttepersonen i at udfylde rollen uden for behandlingsforløbet, eksempelvis ved at instruere støttepersonen i, hvordan vedkommende via samtale med klienten kan øge klientens bevidsthed om sig selv, sine handlinger og mønstre. Støtteperson og personale har ligeledes fået supervision i konstruktiv kommunikation med klienten
- Behandlerne har også givet støttepersoner og personale supervision ift. konkrete hverdagsproblematikker, fx hvordan morgenvækning kan foregå så ensartet som muligt
- Behandlerne har rådgivet støttepersoner i forhold til formidling og kommunikation af relevant indhold fra behandlingssessionerne til det øvrige personale på bostedet. Eksempelvis via anvendelse af et konkret hæfte eller bog til optegnelser af, hvad der er blevet talt om i sessionen og hvad der på støttetilbuddet skal følges op på mellem behandlingssessionerne
- Supervision af støtteperson med fokus på at rådgive om støttepersonens rolle i dialogen mellem klienten og familie
- Supervision til personalegruppe med fokus på at udvide forståelsen af klientens problematikker og funktionsniveau samt betydningen af klientens opvækst og traumehistorik for klientens aktuelle adfærd- og tilknytningsmønstre.

Den dokumentation behandlerne løbende har gennemført peger på, at der i hovedparten af behandlingsforløbene er givet supervision til klientens støtteperson, men også i flere situationer til det øvrige personale på klientens støttetilbud. I enkelte behandlingsforløb tegner dokumentationen et billede af, at der kun er givet sparsomt eller ingen supervision til klientens støttepersoner eller øvrige personer i klientens netværk. Samlet tegner behandlernes dokumentation således to former for implementeringspraksis i forhold til supervision af støttepersoner og personale på støttetilbud.

I de fleste af behandlingsforløbene, hvor der er ydet supervision til støttepersonen, har fokus været på, hvordan støttepersonen kan understøtte klienten mellem behandlingssessionerne, eksempelvis ved hjælp af redskaber og planer, men også på at videreformidle viden til eksempelvis personalet på støttetilbuddet om seksuelle overgreb, følevirkninger og typiske handlemønstre udløst af seksuelle overgreb.

En central erfaring, som behandlerne har gjort, er, at det kan være givtigt at yde supervision og rådgivning til personalet på støttetilbud tidligt i den enkelte klients behandlingsforløb. De peger på, at tidlig rådgivning til personale, eksempelvis om typiske reaktioner hos klienten i forbindelse med opstart af behandlingsforløb, kan bidrage til, at eventuelle usikkerheder og misforståelser blandt personale på støttetilbuddet senere i forløbet håndteres forebyggende. Samtidig kan det indvirke på opbakningen til støttepersonen, idet det kan bidrage til, at det øvrige personale på støttetilbuddet får en forståelse for, hvorfor støttepersonen skal bruge ekstra ressourcer på klientens behandlingsforløb.

I de behandlingsforløb, hvor der ikke er givet supervision, peger behandlerne på, at det ofte skyldes, at personalegruppen på støttetilbuddet kan have en opfattelse af, at supervision ikke nytter noget, eller at de er skeptiske over for klientens deltagelse i behandlingen, eller de mangler tid til at deltage i supervision og rådgivning.

5.7 **Terapeutisk alliance og tilpasset kommunikation**

I alle behandlingsforløb er det afgørende, at der arbejdes med at etablere en god og tryk terapeutisk alliance, ligesom behandlerne skal arbejde med at opbygge en værdig kommunikation, som er tilpasset klientens funktionsniveau.

En støtteperson, som udtrykker behov for mere supervision og rådgivning

En af klienternes støttepersoner giver udtryk for, at det har været en udfordring at deltage i behandlingsforløbet, fordi hun vidste for lidt om, hvordan mennesker reagerer, når de har været udsat for seksuelle overgreb. Hun fortæller, at hun har fået supervision i to timer, men vurderer, at dette ikke har været tilstrækkeligt. Den manglende viden betyder ifølge hende selv, at hun har stillet spørgsmålstegn ved handlinger og mønstre i klientens adfærd. Og hun vurderer, at hun har kunnet reagere anderledes i sin støtte til klienten, hvis hun havde haft mere viden.

Støttepersonen vurderer således, at det er vigtigt for hende at være informeret om, hvordan mennesker udsat for seksuelle overgreb reagerer, dels for selv at kunne give støtte til klienten, men også for at kunne informere de øvrige kolleger på støttetilbuddet. Hun peger på, at mere rådgivning (også skriftligt materialet) til hende og personalet er afgørende for, at de kan løfte opgaven med at støtte op om klienten.

Den løbende dokumentation, behandlerne har gennemført af de enkelte behandlingsforløb, viser, at der på tværs af alle behandlingsforløb er arbejdet systematisk med terapeutisk alliance og kommunikation, der er tilpasset klienten. Endvidere tegner dokumentationen et billede af, at fremgangsmåden for arbejdet med terapeutisk alliance overordnet set er relativ ensartet på tværs af behandlingsforløbene og behandlerne.

I hovedparten af behandlingsforløbene anvender behandlerne den første session med klienten til at "forventningsafstemme" med klienten og evt. støttepersonen. I flere tilfælde kommer det til udtryk ved, at behandleren via tilpasset og konkret kommunikation fortæller klienten, hvad behandlingsforløbet handler om, og hvad klienten kan forvente af forløbet. Dette sker samtidig med, at behandleren spørger til, hvad klienten ønsker at tale om. Denne fremgangsmåde benyttes også ofte ved opstart på de efterfølgende behandlingssessioner, hvor behandleren indleder med at fortælle konkret om indholdet af dagens behandlingssession, herunder hvilke mål der kan arbejdes med og, hvordan der arbejdes med målene.

I den forbindelse pointerer behandlerne, at det er vigtigt at have øje for alternative og understøttende kommunikationsformer, som ikke nødvendigvis forudsætter et verbalt sprog, da det også tilgodeser klienter, der ikke profiterer af den verbale kommunikationsform. De peger eksempelvis på billeder og tegninger, som understøttende for opbygning af terapeutisk alliance og tilpasset kommunikation.

Samtidig viser dokumentationen, at det løbende arbejde med terapeutisk alliance ofte tager udgangspunkt i klientens nære hverdagsituation og forskellige interesser. Det kommer eksempelvis til udtryk ved, at klientens musikinteresse, interesse i dyr eller sport bliver omdrejningspunktet for den del af behandlingsforløbet, der ikke specifikt omhandler bearbejdning af følgevirkninger eller udvikling af mestringsstrategier. Dokumentationen viser ligeledes, at flere af behandlerne anvender ros, anerkendelse og opmuntring som særlige virkemidler i opbygningen af en terapeutisk alliance. Det kan omhandle ros af klientens håndtering af

situationer, som de har svært ved, eller anerkendelse af det klienten formår at udtrykke under selve behandlingssessionen. Endelig peger de på, at kommunikationen baserer sig på gentagelser, som sikrer, at kommunikationen tilpasses klienternes funktions- og abstraktionsniveau.

I andre tilfælde, men ikke alle forløbene, anvendes også anden form for kontakt eller omsorg som et virkemiddel til at skabe en relation til klienterne. Eksempelvis kan behandleren støtte klienten med et venligt kram, eller tage klienten i hånden, hvis vedkommende er ked af det og har behov for at blive trøstet.

5.8 Psykoedukation

Psykoedukation er et af de metodiske elementer, som udgør selve behandlingen af klienten. Formålet med psykoedukation er, at klienten opnår en forståelse af egen situation og sine følelser og reaktioner som følge af overgrebet. Denne erkendelse og forståelse skal bidrage til, at klienten styrkes i bearbejdningen af følgevirkninger efter seksuelt overgreb. Endvidere er det målet med psykoedukation at støtte klientens motivation for at indgå i behandlingsforløbet.

På tværs af behandlingsforløbet kan der identificeres forskellige former for anvendelse af psykoedukation. I flere behandlingsforløb er der arbejdet systematisk med psykoedukation, og det er behandlernes vurdering, at dette har haft en positiv virkning. Omvendt er der også flere behandlingsforløb, hvor psykoedukation er forsøgt anvendt, men hvor behandlerne vurderer, at klienten ikke har kunnet profitere af det. I stedet har psykoedukationen i højere grad været rettet mod klientens støtteperson.

Den konkrete udmøntning af behandlernes psykoedukative interventioner varierer. I flere situationer har behandleren på en konkret måde forsøgt at forklare klienten rationaler bag de anvendte interventionsteknikker, herunder fremgangsmåde, formål og virkningen af teknikkerne. I andre behandlingsforløb har behandleren anvendt auditive og visuelt understøttende redskaber. Eksempelvis har en række behandlere benyttet sig af et White Board som virkemiddel til at illustrere og forklare følelse, reaktioner og handlemønstre. Ligeledes ses eksempler, hvor psykoedukation udøves via beroligende øvelser og vejtrækningsøvelser. Men også "almindelige" samtaler om årsager til eksempelvis selvskade, risikoadfærd og følgevirkninger benyttes.

I flere af behandlingsforløbene, hvor denne type psykoedukative interventioner er taget i brug, vurderer behandlerne, at det har bidraget til, at klienten får et større indblik i og forståelse for eksempelvis sammenhængen mellem opvækstvilkår, behov for omsorg og nærvær og risikoadfærd. På den måde bidrager psykoedukationen til, at klienten opnår indsigt og erkendelse af egne handlemønstre og de udløsende faktorer. Alle behandlere peger dog på, at det handler om at udøve basal psykoedukation, hvor kompleksiteten reduceres mest muligt, eksempelvis ved at tage udgangspunkt i oplevelser, behandleren selv har haft, eller med eksempler fra andre klienter, de har behandlet, så det bliver konkret og nærværende for klienten. Eksempelvis har behandlerne brugt formuleringer, som *"Jeg har også oplevet at være vred, fordi det og det... og jeg fik det bedre på den måde..."* eller *"En anden person, der har det ligesom dig, har fået det bedre ved..."*

Dokumentationen viser dog også, at mange klienter i mindre grad har profiteret af psykoedukation, selvom dette er forsøgt anvendt indledningsvis i behandlingsforløbet. Ifølge behandlerne skyldes det, at klienten ikke har haft et abstraktionsniveau, der har gjort det muligt for vedkommende at opnå forståelse og erkendelse for egne følelser, reaktioner og handlemåder. Både behandlere og eksperter, der har deltaget i auditforløbet, peger på, at psykoedukation, som det er beskrevet i guiden, har et kompleksitetsniveau, hvor det ikke giver mening for mange klienter at anvende psykoedukation. De pointerer dog, at det er centralt at have et vedblivende fokus på psykoedukation, men at fremgangsmåden skal gøres mere enkel og tilpasses klientens kognitive funktionsevne. Eksempelvis giver de udtryk for, at psykoedukation kan understøttes i

form af illustrationer, smileys eller tilsvarende kommunikationsformer, der ikke forudsætter verbalt sprog, eller psykoedukation, hvor fokus er på at adressere følelser kropsligt.

I en lang række af de behandlingsforløb, hvor det ikke har været muligt at gøre brug af psykoedukation i forhold til klienten, eller hvor det har været anvendt i begrænset omfang, viser dokumentationen, at psykoedukation har været rettet mod klientens støtteperson. Det kommer eksempelvis til udtryk i form af undervisning om psykiske reaktioner på en krise. Ifølge behandlerne er det centralt, at støtteperson og personer i klientens omgivelser kender til klientens symptomer og de udløsende faktorer, idet det kan bidrage til at håndtere følgevirkninger og iværksætte støtte, der kan reducere risikoen for, at klienten bliver udsat for flere overgreb. Behandlerne vurderer, at psykoedukation til eksempelvis støttepersonerne kan bidrage til, at de i højere grad kan skelne mellem "almindelige" psykiske vanskeligheder og vanskeligheder, der opstår som følge af seksuelt overgreb.

5.9 Anvendelse af interventionsteknikker og redskaber til udvikling af mestringsstrategier

Borgere med kognitive funktionsnedsættelser oplever i store træk de samme følgevirkninger efter seksuelle overgreb som den generelle befolkning. Som en del af den psykotераapeutiske guide indgår et sæt af interventionsteknikker, som har til formål at hjælpe klienten med at bearbejde følgevirkninger. Samtidig indeholder guiden en række redskaber, som kan anvendes til at udvikle og styrke forebyggende mestringsstrategier hos klienten.

På tværs af behandlingsforløbet er der anvendt flere forskellige interventionsteknikker og redskaber, som er sammensat efter klientens specifikke følgevirkninger og situation. Samtidig vidner dokumentationen om, at der typisk tages flere interventionsteknikker i anvendelse i de enkelte behandlingsforløb og at disse tilpasses undervejs - i takt med at behandleren får en større forståelse af klientens situation og funktionsevne. Endvidere viser dokumentationen, at behandlerne typisk anvender interventionsteknikker og redskaber, som de allerede har et forudgående kendskab til. Det er derfor ikke muligt entydigt at sige noget om, hvorvidt enkelte teknikker er mere virkningsfulde end andre.

Arbejdet med kropsterapeutiske teknikker

En behandler har oplevet, at klienterne har svært ved at sætte ord på følelser, ligesom det er svært for klienten at tale om abstraktioner.

Behandleren har derfor haft succes med at arbejde med kropsterapeutiske teknikker, hvor formålet har været at gøre klienten bevidst om, hvor følelser som sorg, vrede og utryghed kan sidde i kroppen og mærkes i kroppen. Det har hun gjort ved at anvende en tegning af en menneskekrop, som klienten i samarbejde med behandleren kan bruge til at udtrykke, hvor i kroppen hun mærker vrede, afsavn og utryghed. På den baggrund sætter behandleren og klienten forskellige farver på kroppen for at visualisere, hvor følelser kan være lokaliseret og mærkes i kroppen. Behandleren oplever, at dette bidrager til, at klienten i højere grad får en fornemmelse af og forståelse for forskellige følelser.

På tværs af behandlingsforløbene kan der spores en række forskellige praksisser i anvendelsen af interventionsteknikker. For det første fylder traumbearbejdning meget i nogle af behandlingsforløbene. I disse situationer er der anvendt forskellige eksponeringsteknikker, grounding-teknikker, men også teknikker med fokus på kropsbevidsthed og hypnoterapeutiske teknikker.

I andre behandlingsforløb fylder traumbearbejdning mindre. Her er det i stedet arbejdet med udvikling af forebyggende mestringsstrategier, der bliver omdrejningspunkt, og teknikker med fokus på grænsesætning, udvikling af sikkerhedsplaner og risikovurdering, der tages i brug.

Ligeledes tages både teknikker til traumbearbejdning og udvikling af mestringsstrategier samtidigt i brug i mange af behandlingsforløbene.

Behandlerne peger på, at det har været en udfordring at vurdere, hvilke interventionsteknikker der virker bedst for den enkelte klient. De vurderer, at det blandt andet skyldes en relativ stor heterogenitet i målgruppen på tværs af klienter med udviklingshæmning og hjerneskade, men også internt i gruppen af klienter med henholdsvis udviklingshæmning og hjerneskade. Samtidig giver de udtryk for, at flere af interventionsteknikkerne er vanskelige at anvende, idet de stiller store krav til klientens abstraktionsniveau. Enkelte behandlere vurderer blandt andet, at "klassiske" samtaleterapiteknikker er svære at anvende i arbejdet med målgruppen. Omvendt peger andre behandlere på, at det i højere grad handler om, at samtaleterapiteknikker specificeres yderligere i guiden således, at det fremgår, hvordan disse tilpasses klienterne, eksempelvis ved i større omfang at forankre det verbale i visualiseringer, billeder og redskaber.

Behandlerne er dog enige om, at valget af teknikker ikke skal stille store krav til klienternes refleksions- og abstraktionsniveau og at teknikkerne skal implementeres på en måde, hvor de tilpasses klienten, eksempelvis ved at anvende teknikkerne på en mere kreativ måde en traditionelt, eller gøre anvendelse af teknikkerne konkret, så de øvelser og eksempler, der tages i brug som led i arbejdet med teknikkerne, relaterer sig til klientens nære hverdag.

På tværs af behandlerne gives der også udtryk for, at det i arbejdet med klienten og valget af teknikker er centralt, at behandleren fastholder fokus på behandling af traumer, selvom klienten viser hurtige tegn på bedring. Ifølge behandlerne skyldes det, at klienter med kognitive funktionsnedsættelser ofte reagerer med undgåelse af traumat. Ligeledes peger de på, at det indledningsvis i behandlingsforløbet kan være nødvendigt at anvende teknikker til forebyggelse, hvis klienten har en udpræget risikoadfærd, da det skal sikre, at behandleren ikke skal "starte forfra", når arbejdet med behandling af følgevirkninger er igangsat.

Endvidere pointerer især eksperterne fra auditforløbet, at der bør være tydelig og konkret opmærksomhed på, at teknikkerne er rettet mod traumbearbejdning, følgevirkninger og mestringsstrategier og ikke de følgevirkninger, der er en konsekvens af klientens kognitive funktionsnedsættelse.

6. MULIGHEDER OG UDFORDRINGER I IMPLEMENTERINGEN

Formålet med dette kapitel er at belyse, hvad der påvirker implementeringen og anvendelsen af den psykoterapeutiske guide. Viden om faktorer, der påvirker implementeringen, er primært baseret på interviews med behandlere og støttepersoner samt det gennemførte auditforløb med deltagelse af behandlere og eksperter. Nedenfor fremgår hovedkonklusionerne i kapitlet.

Hovedkonklusioner i kapitlet

- Evalueringen viser, at målgruppens karakteristika kræver, at behandlerne skal tilpasse guiden til klienternes kognitive funktionsniveau. Brugen af understøttende redskaber i anvendelse af guiden, eksempelvis rollespil, tøjdyr, illustrationer og tegninger, er i den forbindelse særlige drivkræfter i behandlingen
- Behandlerne vurderer, at en god personlig relation mellem behandler og klient i mange situationer er en forudsætning for arbejdet med guidens kerneelementer. Det kræver, at behandlerne kan håndtere balancegangen mellem den professionelle og personlige relation, hvor det både kommer klienten til gavn, men ikke gør vedkommende "afhængig" af behandleren
- Evalueringen viser også, at opbakning fra klientens nærmiljø, herunder især støttetilbuddet, er et centralt forhold, som indvirker på implementeringen af guiden og behandlingsforløbet. Det omhandler dels, at ledelsen på støttetilbuddet bakker klienternes støttepersoner op i forhold til at indgå i behandlingsforløbet, eksempelvis ved at frigøre de nødvendige ressourcer, dels, at ledelsen sørger for at sikre den nødvendige opbakning til behandlingsforløbet i den øvrige personalegruppe på klientens støttetilbud
- Behandlerne vurderer, at manglende viden om seksuelle overgreb kan føre til, at støttepersonen og personalet på støttetilbuddet ikke har tilstrækkelige kompetencer til at støtte op om klientens behandlingsforløb
- Både behandlerne og støttepersonerne pointerer, at opkvalificering og uddannelse af personalet på støttetilbuddet er afgørende for at kunne give klienten tilstrækkelig støtte
- Alle behandlere vurderer, at erfaring med traumbearbejdning er centralt for at kunne arbejde med den psykoterapeutiske guide.

6.1 Målgruppens karakteristika

Rambølls evaluering viser, at karakteristika ved målgruppen for den psykoterapeutiske guide og behandlingsindsatsen har en række implikationer for implementeringen af indsatsen. Det kommer for det første til udtryk ved, at behandlerne ofte må tilpasse arbejdet med guidens kerneelementer til klienternes funktionsevne og abstraktionsniveau. For det andet, at behandlerne skal balancere rollen som professionel behandler med en rolle, der kræver, at behandlerne også bliver personlige i relationen med klienterne. For det tredje, at behandlingsforløbet typisk vil forløbe over længere tid sammenlignet med andre borgere, der har været udsat for seksuelle overgreb.

6.1.1 Behov for tilpasning af den psykoterapeutiske guide til klienternes kognitive funktionsevne

Som det allerede er nævnt i kapitlet ovenfor, kræver anvendelsen af kerneelementerne i den psykoterapeutiske guide, at disse tilpasses klienternes funktionsniveau og abstraktionsniveau. Det omhandler både den måde, hvorpå der opbygges terapeutisk alliance og udøves psykoedukation, og den måde, interventionsteknikkerne tages i anvendelse i arbejdet med klienterne.

Behandlerne peger på, at arbejdet med klienterne skal tage udgangspunkt i deres kognitive funktionsniveau, hvilket medfører, at behandlerne skal være konkrete, gentagende og gøre brug af understøttende redskaber i anvendelsen af interventionsteknikkerne, eksempelvis rollespil, tøjdyr, illustrationer og tegninger. Samtidig peger de på, at arbejdet med klienterne kræver fleksibilitet i selve behandlingssessionen. Behandlerne udtrykker, at de ofte har planlagt indholdet i behandlingssessionen inden mødet med klienten, eksempelvis brugen af rollespil, men at de under sessionen har haft behov for at skifte tilgang og teknikker, fordi klienten ikke har responderet på det, de havde planlagt forud for sessionen.

Samtidig giver de udtryk for, at klienternes funktionsevne og abstraktionsniveau betyder, at nogle af guidens interventionsteknikker egner sig mindre til arbejdet med klienterne. Eksempelvis er der et par af behandlerne, der pointerer, at almindelig samtaleterapi typisk fravælges i behandlingen, idet teknikkerne kræver et relativt højt abstraktionsniveau, som det kan være vanskeligt for klienterne at honorere.

6.1.2 Balancegang mellem den professionelle og personlige relation til klienterne

Flere af behandlerne, men ikke alle, giver udtryk for, at klienterne har en anden opfattelse af professionsbegrebet eller det at gå til psykolog end klienter uden kognitive funktionsnedsættelser. Dette stiller en række krav til behandlerens tilgang til klienterne.

Behandlerne vurderer, at en god personlig relation mellem behandler og klient i mange situationer er en forudsætning for arbejdet med guidens kerneelementer og behandlingen. Dette kræver, at behandlerne taler med klienten om forhold i klientens liv, som ikke direkte vedrører behandlingen, eller at de hygger med klienten, eksempelvis ved at lytte til musik sammen, drikke kakao, spise chips eller anden form for nærvær med klienten. De vurderer, at dette er en særlig drivkraft, som bidrager til et konstruktivt behandlingsforløb og kontakten og dialogen med klienten.

Omvendt peger en række af behandlerne imidlertid på, at dette virkemiddel sætter dem i en situation, hvor de skal kunne håndtere balancegangen mellem den professionelle og personlige relation, hvor det både kommer klienten til gavn, men ikke gør vedkommende "afhængig" af behandleren. Denne balancegang er også vigtig for at sikre, at klienten ikke knytter sig til behandleren på en måde, som vanskeliggør afslutningen af behandlingsforløbet. Denne udfordring påpeges også af to af støttepersonerne, som har deltaget i forskellige behandlingsforløb. De vurderer, at det kan være et dilemma, at klienten knyttes tæt til behandleren personligt, idet det kan efterlade dem og den øvrige personalegruppe på støttetilbuddet i en svær situation, når behandlingsforløbet afsluttes. Én af støttepersonerne fortæller, at de på støttetilbuddet har oplevet, at klienten ikke ønsker at fortælle om sine problematikker til personalegruppen, fordi vedkommende kun ønsker at dele dette med behandleren. Ifølge støttepersonen vanskeliggør det personalets mulighed for at arbejde med klienten, da de ikke får den nødvendige information om klientens problematikker og udfordringer, ligesom klienten risikerer at komme i en situation, hvor vedkommende bliver efterladt alene med problemer, som han eller hun ikke kan tale med nogen om.

6.1.3 Klienterne kræver længere behandlingsforløb

Det er både behandlerne og støttepersonernes vurdering, at målgruppen af borgere med kognitive funktionsnedsættelser kræver længere behandlingsforløb. To af behandlerne vurderer, at behandlingen af borgere med kognitive funktionsnedsættelser kan kræve behandlingsforløb, der er dobbelt så lange som behandlingsforløb for øvrige borgere udsat for seksuelle overgreb. Det fremgår også i kapitel fire, at hovedparten af behandlingsforløbene har bestået af mere end 15 behandlingssessioner og flere af behandlere vurderer, at mange af klienterne har behov for mellem 15-20 behandlingssessioner og i nogle situationer endnu flere, afhængigt af, hvilke problematikker, der fylder i behandlingsforløbet, herunder om det er traumbearbejdning eller udvikling af mestringsstrategier. Det er behandlerens vurdering, at behandlingsforløb, hvor det

primære fokus er udvikling af mestringsstrategier og forebyggelse, ofte har en længere varighed end behandlingsforløb, hvor de alene omhandler bearbejdning af følgerikninger af det seksuelle overgreb.

Behandlerne og støttepersonerne giver også udtryk for, at længden af behandlingsforløbene hænger sammen med, at klienterne er længere tid om at optage læring fra behandlings-sessionerne og omdanne dette til konkret praksis i deres dagligdag. Behandlerne peger derfor på, at hyppigheden i behandlingssessionerne bør være relativ intens, især i behandlingsforløbets indledende fase, idet erfaringen er, at der er behov for mange gentagelser og iterationer af den læring, som overføres til klienten.

Samtidig peger behandlerne på, at særligt afslutningen af behandlingsforløbene er udfordrende. Det handler ifølge dem om, hvornår behandlingsforløbet skal afsluttes, men også om, hvordan den bedste afslutning af behandlingsforløbet for klienten sikres. Deres vurdering er, at der kan være behov for få opfølgende behandlingssessioner efter den endelige afslutning på behandlingsforløb, som kan være med til at sikre, at klienterne holder fast i det, de har lært, ligesom det kan være vigtigt for klienternes tryghed. Enkelte behandlere vurderer også, at denne opfølgning kan udmøntes ved, at eksempelvis støttepersonerne kan kontakte behandlerne efter afslutningen af forløbet, hvis de har behov for at blive rådgivet om situationer, hvor "gamle" reaktioner og handlemåder igen opstår for klienten.

6.2 Klientens nærmiljø indvirker på arbejdet med den psykoterapeutiske guide

Evalueringen viser også, at opbakning fra klientens nærmiljø, herunder især støttetilbuddet, er et centralt forhold, som indvirker på implementeringen af guiden og behandlingsforløbet. Det omhandler dels, at ledelsen på støttetilbuddet bakker klienternes støttepersoner op i forhold til at indgå i behandlingsforløbet, eksempelvis ved at frigøre ressourcer til at støttepersonerne kan indgå i behandlingsforløbet, dels, at ledelsen også sørger for at bidrage til, at den nødvendige opbakning til behandlingsforløbet er til stede blandt den øvrige personalegruppe på klientens støttetilbud.

Endvidere viser evalueringen, at manglende eller begrænset viden, herunder om traumesymptomer og reaktionsmønstre blandt borgere udsat for seksuelle overgreb, blandt støttepersoner og personale på støttetilbud, ligeledes påvirker implementeringen af guiden og behandlingsforløbet. Behandlerne vurderer, at det kan føre til, at støttepersonen og personalet på støttetilbuddet ikke har tilstrækkelige forudsætninger og kompetencer til at støtte op om klientens behandlingsforløb.

6.2.1 Opbakning fra klientens støttetilbud og nærmiljø

Både behandlerne og eksperterne, som har deltaget i den gennemførte audit, giver udtryk for, at en varig, stabil og bæredygtig behandling kræver opbakning fra klientens nærmiljø, herunder klientens støttetilbud. Ifølge behandlere og eksperter er det centralt, at klientens netværk medtænkes i behandlingsforløbet, idet implementeringen og virkningen af behandlingsindsatsen påvirkes negativt, hvis der er personer i klientens nærmiljø, der modarbejder behandlingen.

Behandlerne vurderer, at første skridt er at afstemme forventninger med klientens nærmiljø, herunder især støttetilbuddet. De peger på, at ledelsen af støttetilbuddet bør forpligte sig til at afsætte de nødvendige ressourcer til, at støttetilbuddet kan støtte op om klientens behandlingsforløb. Ifølge behandlerne omhandler det især, at klientens støttepersoner tildeles ressourcer, der muliggør, at de er i stand til at støtte op om klienten under selve behandlingssessionerne og imellem behandlingssessionerne. Dette behov bekræftes også af de støttepersoner, som Rambøll har interviewet. De pointerer, at deltagelse i behandlingsforløbet kræver, at de nødvendige ressourcer tildeles støttepersonerne, for at den fulde virkning af behandlingsforløbet kan realiseres.

Endvidere giver behandlerne udtryk for, at ledelsen samtidig bør arbejde for, at den nødvendige accept af klientens behandlingsforløb er til stede i støttetilbuddets samlede personalegruppe. Behandlerne vurderer, at flere støttepersoner har stået i situationer, hvor de ikke har haft tilstrækkelig opbakning og forståelse blandt deres kolleger i personalegruppen. Det kan komme til udtryk ved, at støttepersonens kolleger ikke har haft forståelse for, hvorfor vedkommende har skullet bruge mere tid på klienten end tidligere. Denne manglende forståelse har sat støttepersonen i en uønsket situation, som har indvirket negativt på vedkommendes mulighed for at støtte op om klientens arbejde med strategier, redskaber og sikkerhedsplaner imellem behandlingssessioner.

Behandlerne udtrykker ligeledes, at opbakning fra klientens nærmiljø ikke alene er nødvendigt for støttepersonens mulighed for at udfylde rollen som støtteperson, men også for behandlerne selv. Arbejdet med klienterne stiller behandlerne i en ny situation sammenlignet med behandlingen af borgere uden kognitive funktionsnedsættelser, da klienten tager "baglandet" med ind i forløbet. Det betyder, at behandlerne ikke alene skal tage hensyn til klienten, men samtidig formå at agere i en situation, hvor der skal tages hensyn til flere parter. Således er opbakning fra dels støttepersonen, men også personalet på støttetilbuddet, et centralt forhold, som også indvirker på behandlernes tilrettelæggelse og gennemførelse af behandlingen.

Støtteperson, som oplever, at det kræver ressourcer at deltage i behandlingsforløbet

En af støttepersonerne fortæller, at det kræver ressourcer at støtte op om klientens behandlingsforløb. Hun fortæller, at de bruger ca. en halv dag, når klienten skal til behandling – men at det også skyldes, at der er en lang køretur til behandlingsstedet. Endvidere fortæller hun, at inddragelse i behandlingsforløbet medfører hjemmearbejde – både for støtteperson og klient. Det betyder, at der kan være andre gøremål med klienten, som de ikke når på støttetilbuddet.

Støttepersonen giver udtryk for, at hun i de uger, hvor hun og klienten er af sted én gang ugentligt, kan bruge op til ca. 10 timer på klientens behandlingsforløb, hvilket også hænger sammen med, at der er en del opfølgning efter behandlingssessionen.

Hun fortæller, at det er vigtigt at støttetilbuddet orienteres om den gode indvirkning, behandlingen har på klienterne, men at det samtidig pointeres, at det kræver, at der afsættes ekstra ressourcer til at støtte op om behandlingsforløbet.

6.2.2 Viden om seksuelle overgreb

Flere af behandlerne – og en række eksperter fra auditmødet – giver udtryk for, at personalet på mange af støttetilbuddene ikke altid har tilstrækkelig viden om seksuelle overgreb og seksualitet blandt borgere med kognitive funktionsnedsættelser. Det betyder dels, at personalet på støttetilbuddet kan have svært ved at forstå klientens behov, eksempelvis for nærvær og intimitet, dels, at personalet på støttetilbuddet misfortolker klientens seksuelle adfærd, der kan være betinget af vedkommendes opvækstvilkår, eller de bestemte reaktionsmønstre, der udløses af, at klienten har været udsat for seksuelt overgreb.

Behandlerne vurderer, at manglende eller begrænset viden om seksuelle overgreb og følgevirkninger kan føre til, at personalet på støttetilbuddet ikke har tilstrækkelige forudsætninger for at støtte op om klientens behandlingsforløb. Det kan omhandle støtte i arbejdet med strategier til bearbejdning af følgevirkninger, men også støtte til klienten i arbejdet med grænsesætning, risikoadfærd og forebyggelse af nye seksuelle overgreb. Eksempelvis kan det være en udfordring for personalet at håndtere klienter, der er meget grænsesøgende i deres adfærd, herunder kontakter mange mænd og kvinder via telefon, sms eller sociale medier, hvis ikke de har den nødvendige viden, der gør dem i stand til at forstå denne adfærd hos klienten. Ifølge behandlerne fører det indimellem til, at personalet misfortolker klientens reaktioner og i værste fald fejlhåndterer disse.

De støttepersoner, Rambøll har interviewet, giver udtryk for samme vurdering. De peger på, at det kan være en udfordring at deltage i behandlingsforløbet og understøtte klienten løbende, når de ikke har kendskab til, hvordan borgere, der har været udsat for seksuelle overgreb, reagerer.

Både behandlerne og støttepersonerne pointerer, at relevant opkvalificering af personalet på støttetilbuddet er centralt for at kunne give klienten tilstrækkelig støtte og dermed fastholde de positive virkninger, klienten har opnået via behandlingsindsatsen. Det kan eksempelvis ske i form af øget supervision til personalegruppen på støttetilbuddet, men også via brochurer og materialer, der eksempelvis formidler viden om seksualitet blandt borgere med kognitive funktionsnedsættelser, følgevirkninger ved seksuelle overgreb, håndtering af risikoadfærd m.v.

6.3 Implementering i behandlernes praksis

Rambølls evaluering viser, at arbejdet med guiden stiller krav til behandlernes kompetencer. Behandlerne vurderer, at erfaring med traumbearbejdning er særligt understøttende for arbejdet med guiden, mens guiden ikke i samme omfang stiller krav til, at behandlere, der benytter guiden, har indgående ekspertviden om borgere med kognitive funktionsnedsættelser. Endvidere vurderer behandlerne, at guiden i sin nuværende udformning, som en guide med flere metodiske elementer og interventionsteknikker, understøtter behandlingen af en målgruppe af heterogene klienter, hvor det er vanskeligt at pege på, hvilke interventionsteknikker der passer bedst til den enkelte klient og behandlingsforløb.

6.3.1 Kompetencekrav og erfaringer

Evalueringen viser, at behandlerne på tværs af de to centre vurderer, at de grundlæggende principper, redskaber og teknikker i den psykotераpeutiske guide i sin helhed spiller sammen med det, de allerede gør i forvejen. Dette skyldes imidlertid, at behandlerne på centrene allerede har stor erfaring med traumbearbejdning i forbindelse med seksuelle overgreb. Alle behandlere vurderer også, at erfaring med traumbearbejdning er centralt for at kunne arbejde med guiden. De peger på, at mange af interventionsteknikkerne er typiske teknikker, der anvendes i traumbearbejdning, ligesom mange af følgevirkningerne af seksuelle overgreb hos borgere med kognitive funktionsnedsættelser kommer til udtryk på samme måde som hos borgere uden kognitive funktionsnedsættelser. I den forbindelse giver de udtryk for, at det er afgørende, at behandlere har et indgående kendskab til traumeteknikker, da arbejdet med målgruppen forudsætter, at behandlere er i stand til at anvende teknikkerne på en fleksibel måde, der er tilpasset borgere med kognitive funktionsnedsættelser.

Blandt behandlerne er der ikke entydig konsensus om, hvorvidt arbejdet med den psykotераpeutiske guide forudsætter særligt kendskab til målgruppen af borgere med kognitive funktionsnedsættelser. En række af behandlerne giver udtryk for, at det har været en udfordring at anvende guiden i arbejdet med målgruppen, herunder især forebyggelsesdelen. De vurderer, at opkvalificering i form af øget viden om målgruppen kan styrke behandlernes arbejde med guiden, men at indgående ekspertkendskab til målgruppen ikke er en forudsætning for arbejdet med guiden og målgruppen.

6.3.2 Behandlernes opfattelse af den psykoterapeutiske guide

Blandt behandlerne er vurderingen, at guiden ikke har karakter af en egentlig metode, der kan ensrette behandlingsforløbene og tydeliggøre, hvilke interventionsteknikker der er bedst egnede i bestemte typer af behandlingsforløb. De opfatter i højere grad guiden som en ramme, der består af forskellige interventionsmuligheder, som behandlerne kan benytte og sammensætte forskelligt i de enkelte behandlingsforløb. Dokumentationen af behandlernes anvendelse af interventionsteknikker i kapitel fem understreger dette.

Behandlernes vurdering er, at det ikke er hensigtsmæssigt at udfolde den psykoterapeutiske guide som én stringent metode, der beskriver retningslinjerne for den gode praksis. Dette skal også ses i lyset af bredden i guidens målgruppe, som ifølge behandlerne betyder, at der ikke kan peges på én bestemt behandlingspraksis, hvor det fremgår, hvilke interventionsteknikker der passer bedst til den enkelte klient.

7. VIRKNINGER FOR KLIENTERNE

I dette kapitel præsenteres de centrale resultater af behandlernes arbejde med den psykoterapeutiske guide med fokus på virkningen for klienterne. I boksen nedenfor fremgår kapitlets hovedkonklusioner.

Hovedkonklusioner i kapitlet

- Overordnet viser resultaterne, at hovedparten af klienterne oplever positive virkninger af behandlingsindsatsen målt via en række typiske følgevirkninger af seksuelle overgreb
- Hovedparten af klienterne giver også udtryk for, at de profiterer af behandlingen, ligesom de oplever, at de bliver taget alvorligt
- Behandlerne vurderer, at klienternes traumesymptomer kan bearbejdes relativt hurtigt og i nogle tilfælde hurtigere end hos klienter uden kognitive funktionsnedsættelser
- Behandlerne og støttepersonerne vurderer, at den store udfordring består i at udvikle mestringsstrategier, der har et forebyggende sigte. Det skyldes, at den forebyggende behandling kræver mange gentagelser, ligesom det stiller store krav til klienternes læring af egne erfaringer og oplevelser.

Resultaterne i kapitlet er baseret på simple før- og eftermålinger, der afspejler virkningen af behandlingsindsatsen til klienterne. Det er værd at bemærke, at det for en række af klienterne har været en udfordring at besvare spørgsmålene i før- og eftermålingen, da de har haft svært ved at forstå dem. Vurderingen er dog, at resultaterne giver et retvisende billede af behandlingens virkning på målgruppen. Dette understreges også af behandlernes vurdering af, om klienten har forstået spørgsmålene, som de har angivet i før- og eftermålingen. Her vurderer behandlerne, at svarene hos 14 af klienterne giver et rimelig retvisende billede, da det virker til, at klienterne har forstået spørgsmålene. I seks tilfælde vurderer behandlerne, at klienternes besvarelse af nogle af spørgsmålene kan være behæftet med usikkerheder, da de har svært at vurdere, hvorvidt klienten fuldt ud har forstået alle spørgsmålene. I de resterende forløb giver behandlerne udtryk for, at klienten har haft meget vanskeligt ved at besvare spørgsmålene i før- og eftermålingerne.

Samtidig er det på grund af det lave antal behandlingsforløb og sammensætning af forskellige interventionsteknikker i de enkelte behandlingsforløb, imidlertid ikke muligt at pege på mere eller mindre virkningsfulde interventionsteknikker.

7.1 Klienternes respons på behandlingen

På tværs af gruppen af behandlere og støttepersoner er vurderingen, at klienterne generelt er positive over at deltage i behandlingsforløbene, ligesom de giver udtryk for, at de profiterer af behandlingen. Behandlerne og støttepersonerne oplever, at klienterne udtrykker, at de bliver taget alvorligt og at behandlingen indvirker positivt på deres villighed til at fortælle om følgevirkninger, traumer og udfordringer.

Omvendt vurderer behandlerne imidlertid også, at flere af klienterne har typiske undgåelsesreaktioner, hvilket kommer til udtryk ved, at de "udskyder" snakken om smerter og overgrebet. Ifølge behandlerne skyldes denne respons, at det for mange af klienterne kan være svært at forstå, at det kan gøre ondt at tale om overgrebet, men at dette er nødvendigt for at behandlingsforløbet på sigt kan bidrage til, at de oplever positive virkninger.

Behandlerne peger derfor på, at det er vigtigt, at der i behandlingssessionerne fastholdes et fokus på traumbearbejdning, selvom klienten måske viser hurtig bedring, idet undgåelse af traumat vurderes at være en naturlig reaktion hos klienterne.

7.2 Bearbejdning af følgerikninger

Ser vi på behandlingens resultater i forhold til bearbejdning af følgerikninger af seksuelt overgreb, viser Rambølls evaluering, at behandlingen har haft positive virkninger for hovedparten af klienterne. Det kommer eksempelvis til udtryk ved, at klienterne i mindre grad er påvirket negativt af invaderende symptomer og vagtsomhedssymptomer som irritation, vrede og besvær med at sove.

I faktaboksen nedenfor fremgår en kort beskrivelse af typiske følgerikninger af et seksuelt overgreb, som indgår i Rambølls evaluering af behandlingen.

Typiske følgerikninger af seksuelle overgreb

Invaderende symptomer kendetegnes af, at den pågældende klient plages af genoplevelsesfænomener ved gentagne, invaderende og belastende erindringer om det skete (flashbacks) og/eller mareridt om begivenheden

Undgåelsesreaktioner kendetegnes af, at den pågældende klient forsøger at undgå tanker eller følelser, der er forbundet med eller kan give erindringer om traumat. Ligeledes kan erindringslakuner, hvor klienten ikke kan genkalde vigtige aspekter af traumat, forekomme

Vagtsomhedssymptomer, hvor den pågældende klient oplever en overdreven vagtsomhed, eksempelvis ift. vanskelighed ved at falde i søvn eller sove igennem, oplevelse af irritabilitet og/eller vredesudbrud

Vrede i forhold til overgrebet kendetegnes af, at klienten har svært ved at regulere sine følelser, dvs. vedkommende oplever ændringer i evnen til emotionel regulering og dermed evnen til at op- og nedregulere følelser i relation til konteksten. Følelser som tristhed eller voldsom vrede kan blive vedvarende og ikke retningsgivende

Mistillid kendetegnes af, at den pågældende klients forhold til andre mennesker ændres og plages af mistillid

Dissociation kendetegnes af, at klienten ændrer sin personlighed eller opførsel og har en oplevelse af, at begivenheder og følelser ikke er virkelige. Dissociation er en typisk benyttet forsvarsmekanisme, som kan benyttes til at lægge afstand til følelser, oplevelser og erkendelser forbundet med et traumat

Forandret kropsoplevelse, hvor den pågældende klient oplever fysiske symptomer såsom rygmerter, mavesmerter, hovedsmerter, underlivssymptomer, vaginisme, myoser, kvalme m.v.

Skam/skyld, hvor den pågældende klient føler sig flov over og/eller skyldig i overgrebet

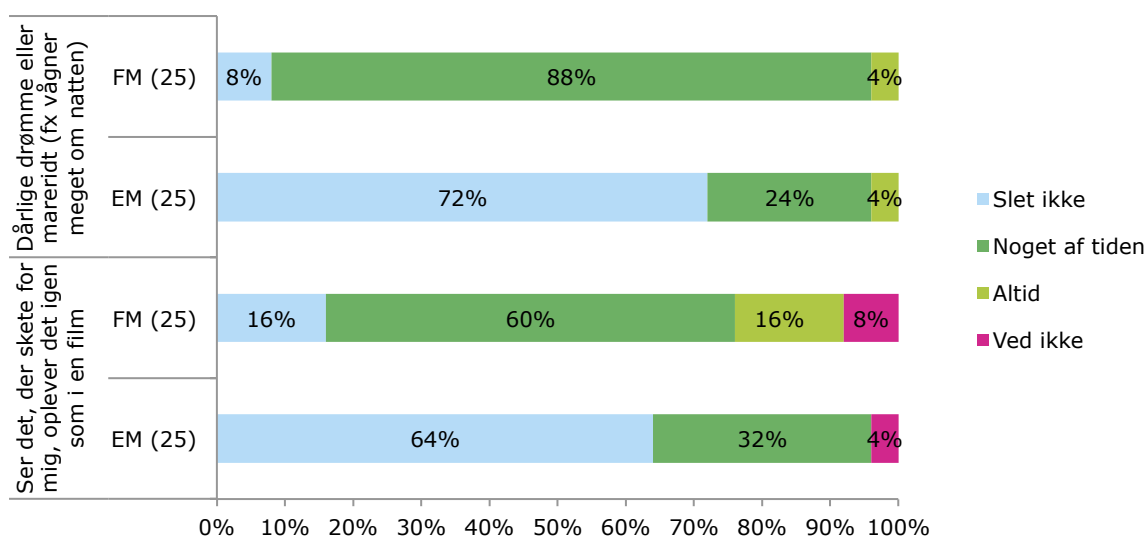
Selvskadende adfærd, hvor klienten har suicidale tanker og handlinger eller tanker og handlinger om at skade sig selv fysisk

Problemer med grænsesætning, hvor klienten plages af ikke at være i stand til at mærke efter, hvad denne har lyst til, samt at sige fra over for andre mennesker.

7.2.1 Invaderende symptomer

Figur 7-2 nedenfor dokumenterer andelen af klienter, der før- og efter behandling oplever invaderende symptomer. Resultaterne viser, at over syv ud af 10 klienter slet ikke oplever at have dårlige drømme eller mareridt efter behandling, mens to ud af 10 er påvirket af invaderende symptomer noget af tiden på trods af behandling. Sammenlignes disse resultater med klienternes situation før behandling, dokumenterer resultaterne, at hovedparten af klienterne har oplevet positive resultater af behandlingen. Således var det knap ni ud af 10 klienter, der noget af tiden var påvirket af dårlige drømme eller mareridt forud for behandling, ligesom kun ganske få klienter aldrig eller slet ikke oplevede disse symptomer.

Figur 7-2: Klienternes invaderende symptomer



Kilde: Før- og eftermålinger af klienternes følgevirkninger.

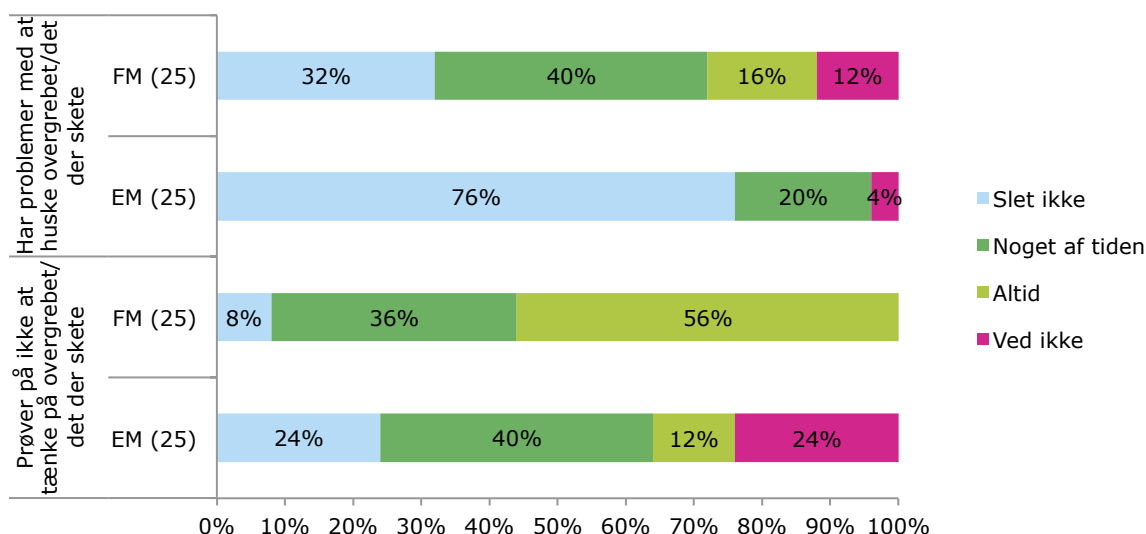
NB: FM er udtryk for førmålinger, mens EM er udtryk for eftermålinger. Tallet i parentes angiver antallet af klienter, der har besvaret spørgsmålet.

Denne samme positive udvikling ses, når opmærksomheden rettes mod den anden måleindikator for invaderende symptomer – dvs. spørgsmålet om, hvorvidt borgerne oplever flashback i forhold til overgrebet, eksempelvis oplever at se overgrebet igen som i en film. Knap otte ud af 10 var før behandlingen plaget af dette noget af tiden eller altid, mens det kun var tilfældet for knap tre ud af 10 efter behandlingen.

7.2.2 Undgåelsesreaktioner

En anden typisk følgevirkning af seksuelt overgreb er undgåelsesreaktioner, der kendetegner den reaktion, hvor klienten forsøger at undgå situationer, der giver associationer til overgrebet. Figur 7.3 nedenfor viser behandlingens resultater på indikatorer for undgåelsesreaktioner. Resultaterne i figuren peger på, at klienterne også her har oplevet positive virkninger af behandlingen. Næsten seks ud af 10 klienter udtrykker, at de før behandlingen havde problemer med at huske overgrebet noget af tiden eller altid, hvilket kan være en typisk undgåelsesreaktion. Efter behandlingen er det to ud af 10 klienter, der angiver, at de noget af tiden har problemer med at huske overgrebet, mens ingen angiver, at de altid har problemer med dette. Næsten otte ud af 10 vurderer selv, at de aldrig har problemer med at huske overgrebet.

Figur 7-3: Klienternes undgåelsesreaktioner



Kilde: Før- og eftermålinger af klienternes følgevirkninger.

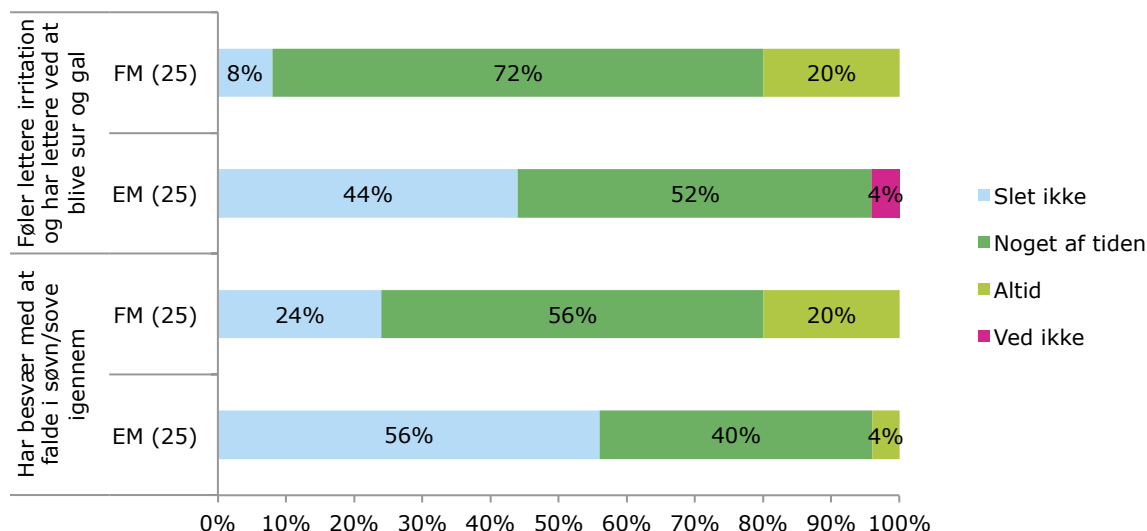
NB: FM er udtryk for førmålinger, mens EM er udtryk for eftermålinger. Tallet i parentes angiver antallet af klienter, der har besvaret spørgsmålet.

På den anden indikator for undgåelsesreaktioner, som dokumenterer, om klienterne forsøger at undgå at tænke på overgrebet, ses ikke helt de samme positive resultater. Før behandlingen angiver ni ud af 10, at de noget af tiden eller altid prøver på ikke at tænke på overgrebet, mens det gælder for knap fem ud af 10 efter behandlingen. Resultaterne viser dog, at relativt færre (knap én ud af 10) altid er påvirket af reaktionen efter endt behandling sammenlignet med før behandlingen (seks ud af 10). Det skal dog bemærkes, at to ud af ti klienter har besvaret ved ikke til dette spørgsmål i eftermålingen, hvilket indvirker på muligheden for at sammenligne før- og eftermålingerne.

7.2.3 Vagtsomhedssymptomer

Vagtsomhedssymptomer, der kendetegnes ved, at klienten lettere føler irritation og kan føle sig forstyrret i forbindelse med søvn, er også en typisk reaktion på seksuelt overgreb. Figur 7.4 nedenfor viser, hvilke resultater behandlingen har haft på to indikatorer, der relaterer sig hertil. Resultaterne viser, at behandlingen har haft en positiv virkning i forhold til, hvor ofte klienterne føler vrede og irritation. To ud af 10 af klienterne vurderede forud for behandlingen, at de hele tiden følte let irritation. Efter behandlingsforløbet oplever ingen klienter dette. Ligeledes er andelen af klienter, der vurderer, at de slet ikke føler lettere irritation, steget fra én ud af 10 klienter ved førmålingen til næsten fem ud af 10 ved eftermålingen.

Figur 7-4: Klienternes vagtsomhedssymptomer



Kilde: Før- og eftermålinger af klienternes følgevirkninger.

NB: FM er udtryk for førmålinger, mens EM er udtryk for eftermålinger. Tallet i parentes angiver antallet af klienter, der har besvaret spørgsmålet.

Også i forhold til spørgsmålet om klienternes besvær med at falde i søvn/sove igennem om natten ses der positive resultater ved behandlingen. Resultaterne viser, at knap seks ud af 10 slet ikke oplever at have problemer med at falde i søvn/sove igennem efter behandlingsforløbet, mens knap fire ud af 10 oplever dette noget af tiden. Sammenlignes resultaterne med målingen forud for behandlingsforløbet ses det, at de ca. to ud af 10, der altid var besværet med at falde i søvn/sove igennem, stort set er reduceret. Ligeledes var der færre, der slet ikke havde søvnproblemer før behandlingen.

7.2.4 Vrede i forhold til overgrebet

En almindelig følgevirkning efter et seksuelt overgreb er, at klienten føler en ubehagelig vrede ved tanke om gerningsmanden. Figur 7.5 herunder viser klienternes vurdering af, hvor meget af tiden de føler sig vrede på grund af overgrebet. Resultaterne fra før- og eftermålingen viser, at andelen, der noget af tiden føler vrede over for gerningsmanden, næsten forbliver uændret, mens andelen, der slet ikke føler vrede, er steget (fra to ud af 10 til fire ud af 10), og andelen, der altid føler vrede, er halveret. Dette peger på, at klienterne i et mindre omfang har profiteret af behandlingen. Igen er det dog værd at bemærke, at en relativ høj andel af klienterne har haft besvær med at forstå og besvare spørgsmålet, hvilket kommer til udtryk ved den høje andel ved ikke-svar.

Figur 7-5: Klienternes vrede i forhold til overgrebet



Kilde: Før- og eftermålinger af klienternes følgevirkninger.

NB: FM er udtryk for førmålinger, mens EM er udtryk for eftermålinger. Tallet i parentes angiver antallet af klienter, der har besvaret spørgsmålet.

7.2.5 Mistillid

Figur 7-6 herunder dokumenterer andelen af klienter, der før og efter behandling oplever mistillid. Klienternes mistillid måles via to indikatorer; klienternes grad af enighed i to påstande om, i hvilken grad man kan stole på andre mennesker.

Resultatet af eftermålingen viser, at det samme antal klienter (knap fire ud af 10 i eftermålingen og næsten tre ud af 10 i førmålingen) erklærer sig uenig i, at det let kan ske, at de udsættes for overgreb igen. Andelen af klienter, der hverken er enige eller uenige, er dog steget (fra tre ud af 10 til fem ud af 10), ligesom færre klienter efter behandlingen er enig i, at det let kan ske, at de udsættes for overgreb igen.

Figur 7-6: Klienternes mistillid



Kilde: Før- og eftermålinger af klienternes følgevirkninger.

NB: FM er udtryk for førmålinger, mens EM er udtryk for eftermålinger. Tallet i parentes angiver antallet af klienter, der har besvaret spørgsmålet.

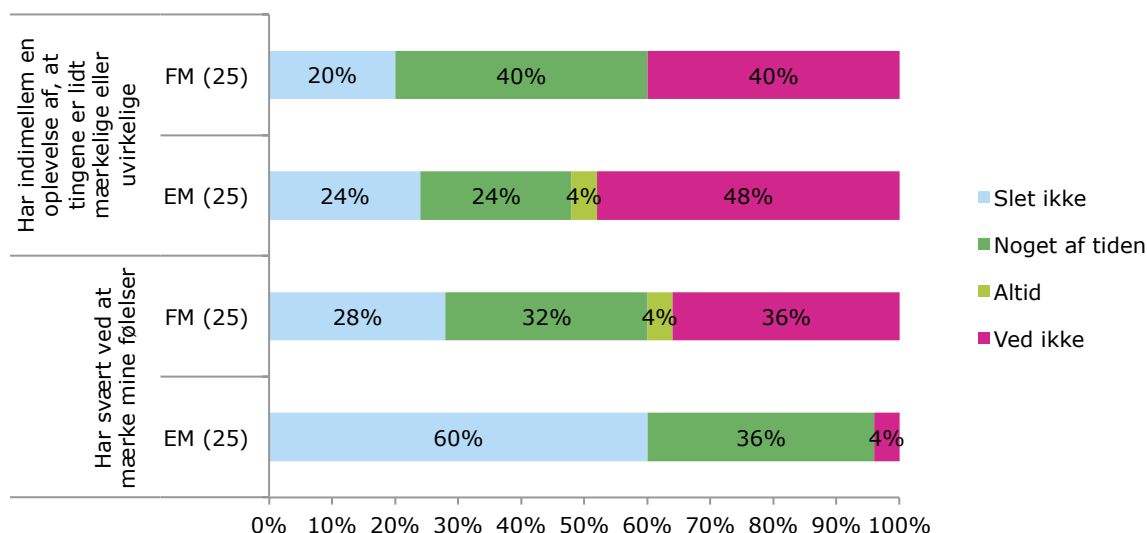
Den anden indikator for klientens mistillid dokumenterer, hvorvidt klienterne er enige eller uenig i påstanden om, at nogen mennesker kunne finde på at gøre dem ondt. På denne indikator for tillid er der begrænsede forskelle på resultaterne af før- og eftermålingen.

7.2.6 Dissociation

En anden typisk følgevirkning af seksuelt overgreb er dissociation, der kendetegnes ved, at klienten har følelsesforstyrrelser. Dette viser sig blandt andet ved, at klienten har en oplevelse/følelse af, at tingene ikke føles virkelige, eller at klienten har problemer med at mærke sine følelser.

Figur 7-7 viser resultatet af, hvorvidt klienten indimellem har en oplevelse af, at tingene føles mærkelige eller uvirkelige. Det fremgår af figuren, at knap halvdelen af klienterne har haft besvær med at besvare spørgsmålet (jf. ved-ikke-svar). Det er derfor vanskeligt at sige noget om virkningen af behandlingen i forhold til dissociation.

Figur 7-7: Dissociation



Kilde: Før- og eftermålinger af klienternes følgevirkninger.

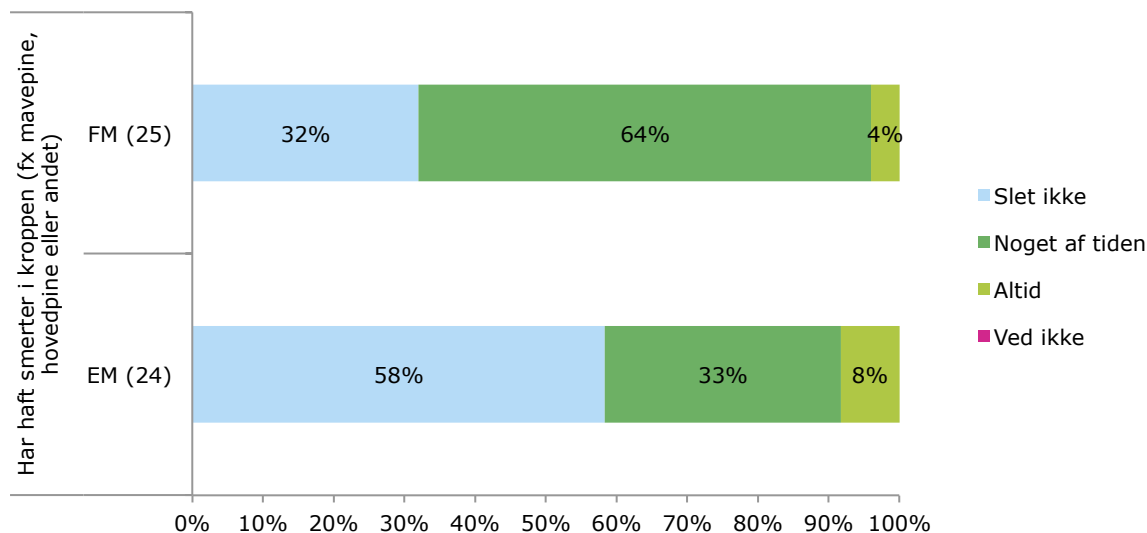
NB: FM er udtryk for førmålinger, mens EM er udtryk for eftermålinger. Tallet i parentes angiver antallet af klienter, der har besvaret spørgsmålet.

En tilsvarende tendens ses ved den anden måleindikator for invaderende symptomer – dvs. spørgsmålet om, hvorvidt borgerne har svært ved at mærke deres følelser. Resultatet af før- og eftermålingen viser dog en stigning i antal klienter, der slet ikke har svært ved at mærke sine følelser (fra knap tre ud af 10 til seks ud af 10). Dog er der knap 4 ud af ti, der har svaret ved-ikke til spørgsmålet i førmålingen.

7.2.7 Forandret kropsoplevelse

En typisk følgevirkning ved seksuelle overgreb er, at borgeren får en forandret kropsoplevelse. Indikatorer på dette er, at borgeren lider af smerter i kroppen, som eksempelvis mavepine og hovedpine. Andelen af borgere, der altid lider af dette, er faldet lidt, mens andelen, der noget af tiden lider af symptomerne, og andelen, der slet ikke lider af dette, er hhv. faldet og steget sammenlignet med før behandlingen.

Figur 7-8: Fysiske smerter



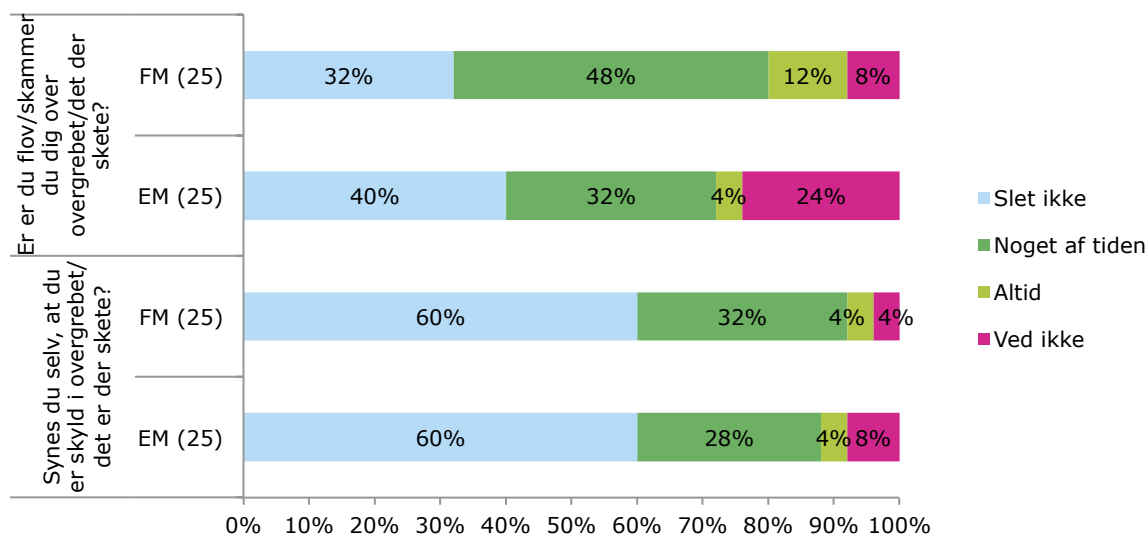
Kilde: Før- og eftermålinger af klienternes følgevirkninger.

NB: FM er udtryk for før-målinger, mens EM er udtryk for efter-målinger. Tallet i parentes angiver antallet af klienter, der har besvaret spørgsmålet.

7.2.8 Skam/skyld

En anden følgevirkning, der kan opstå i kølvandet på seksuelle overgreb, er, at borgeren føler skam og skyld over, hvad der er sket. Målingen viser, at hvor seks ud af 10 klienter forud for behandlingsforløbet vedkendte sig at være flove/skamme sig over overgrebet altid eller noget af tiden, er denne andel reduceret til fire ud af 10 efter behandlingsforløbet. Igen skal det dog bemærkes, at lidt over to ud af 10 klienter har svaret ved-ikke i eftermålingen.

Figur 7-9: Skam/skyld



Kilde: Før- og eftermålinger af klienternes følgevirkninger.

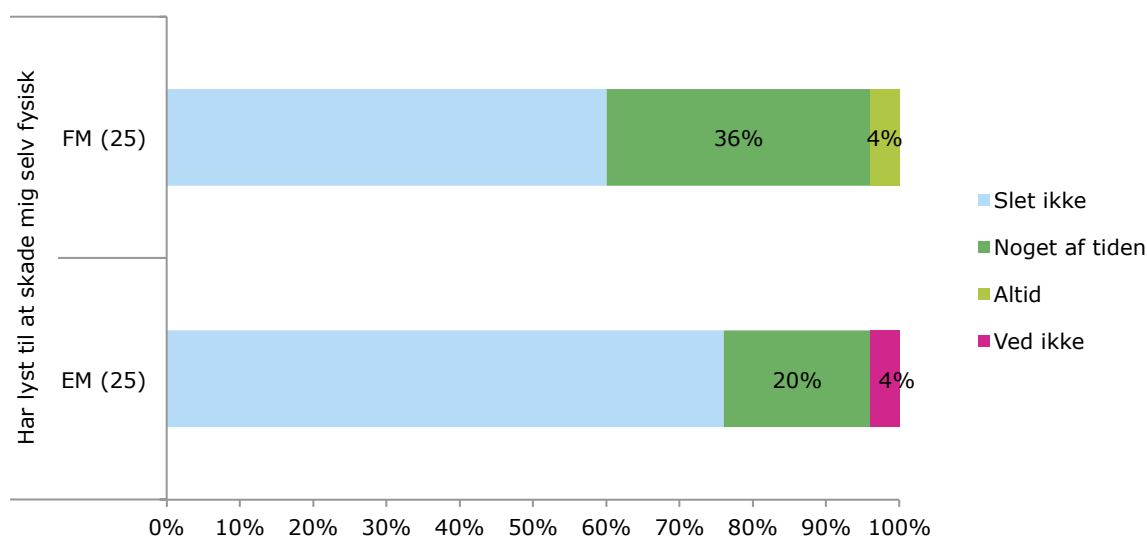
NB: FM er udtryk for før-målinger, mens EM er udtryk for efter-målinger. Tallet i parentes angiver antallet af klienter, der har besvaret spørgsmålet.

Andelen af respondenter, der føler, at de selv er skyld i det overgreb, de har været udsat for, er stort set uændret henholdsvis før og efter behandlingen.

7.2.9 Selvskadende adfærd

En anden følgevirkning, som seksuelle overgreb kan medføre, er, at borgeren yder fysisk skade på sig selv. Figur 7-10 viser, at behandlingsforløbet har haft en positiv indflydelse på borgernes lyst til selvskade. Knap fire ud af 10 borgere vedkendte sig ved førmålingen at have lyst til at yde fysisk skade på sig selv nogen gange. Andelen er efter behandlingsforløbet reduceret til, at to ud af 10 klienter har lyst til dette. Knap otte ud af 10 klienter har efter behandlingsforløbet slet ikke lyst til at yde fysisk skade på sig selv, hvilket var seks ud af 10 før behandlingen.

Figur 7-10 Lyst til fysisk skade

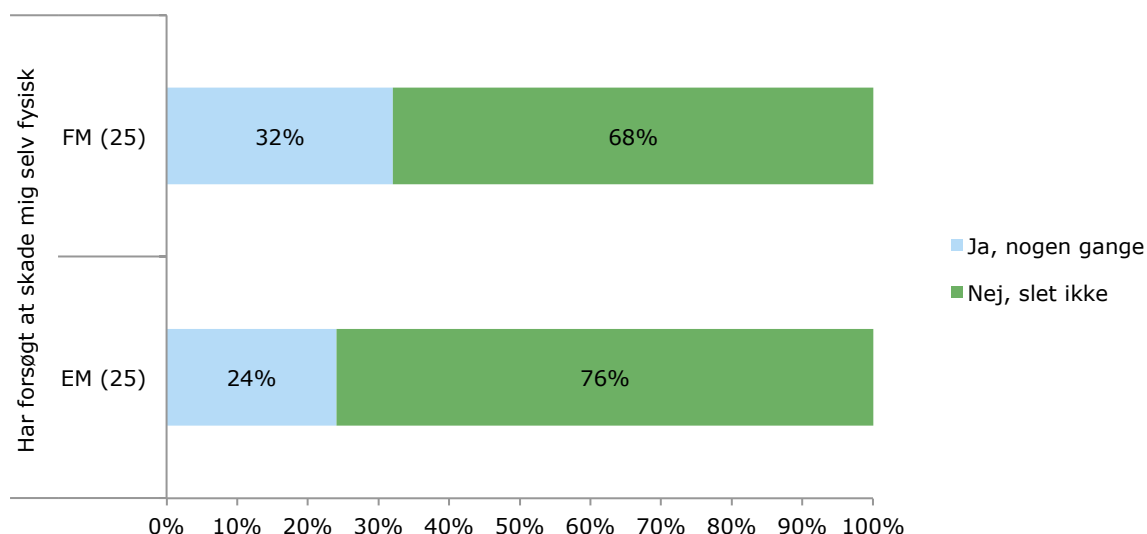


Kilde: Før- og eftermålinger af klienternes følgevirkninger.

NB: FM er udtryk for førmålinger, mens EM er udtryk for eftermålinger. Tallet i parentes angiver antallet af klienter, der har besvaret spørgsmålet.

Figur 7-11 viser, at også i forhold til, hvorvidt klienterne har forsøgt at skade sig selv fysisk, ses der positive resultater ved behandlingen – om end de er begrænset. Tre ud 10 angav, at de nogle gange havde forsøgt at skade sig selv fysisk forud for behandlingsforløbet, mens denne andel efter behandlingsforløbet er faldet til ca. to ud af 10.

Figur 7-11 Forsøgt fysisk skade



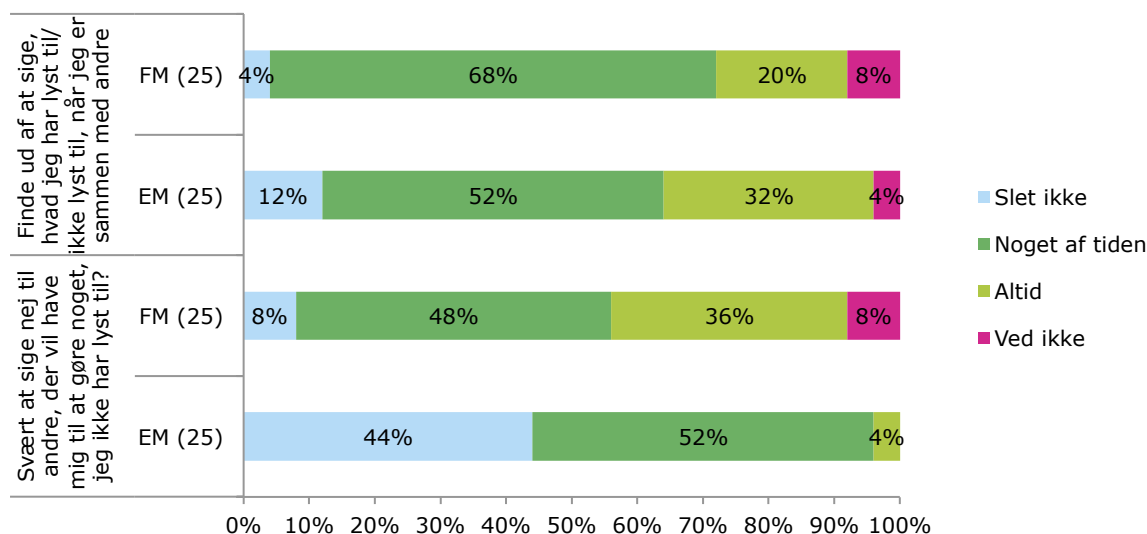
Kilde: Før- og eftermålinger af klienternes følgevirkninger.

NB: FM er udtryk for førmålinger, mens EM er udtryk for eftermålinger. Tallet i parentes angiver antallet af klienter, der har besvaret spørgsmålet.

7.2.10 Problemer med grænsesætning

Figur 7-12 nedenfor dokumenterer andelen af klienter, der før- og efter behandling oplever problemer med grænsesætning. En indikator på dette er, hvorvidt klienten formår at sige, hvad vedkommende har lyst til, når han eller hun er i selskab med andre. Resultaterne i figuren viser, at der ikke er store forskelle. Dog er der lidt flere, der efter behandlingen vurderer, at de kan sige, hvad de har lyst til og ikke har lyst til, sammenlignet med før behandlingen. Omvendt er der efter behandlingen også lidt flere, der giver udtryk for, at de slet ikke kan sige, hvad de har lyst til.

Figur 7-12: Problemer med grænsesætning



Kilde: Før- og eftermålinger af klienternes følgevirkninger.

NB: FM er udtryk for førmålinger, mens EM er udtryk for eftermålinger. Tallet i parentes angiver antallet af klienter, der har besvaret spørgsmålet.

Den anden indikator for grænsesætning omhandler, hvorvidt klienterne formår at sige fra i situationer, hvor andre beder dem om at gøre noget, som de ikke har lyst til.

Her er der sket en meget positiv udvikling, idet næsten fire ud af 10 før behandlingsforløbet giver udtryk for, at de altid har svært ved at sige nej, mens dette gælder for færre end én ud af 10 efter behandlingen. Ligeledes er andelen, der slet ikke har svært ved at sige nej, steget fra én til fire ud af 10 klienter efter behandlingsforløbet.

7.3 Udvikling af mestringsstrategier med et forebyggende sigte

Som det fremgår i kapitel fire, har flere af klienterne været udsat for flere seksuelle overgreb. Såvel nationale som internationale studier viser også, at borgere med kognitive funktionsnedsættelser er i risiko for at blive udsat for gentagne overgreb⁹.

Det har været et centralt mål med behandlingen at arbejde med udviklingen af en række mestringsstrategier hos klienten, som har et specifikt forebyggende sigte.

Overordnet vurderer behandlerne, at det er en udfordring at understøtte klienterne i at udvikle mestringsstrategier, der kan forebygge risikoen for nye seksuelle overgreb. Behandlerne peger på to centrale forhold, der indvirker på udviklingen af mestringsstrategier med et forebyggende sigt.

For det første giver behandlerne udtryk for, at mange af klienterne har en større risikoadfærd end mange klienter, som ikke har samme kognitive funktionsnedsættelser. Det kommer eksempelvis til udtryk ved, at klienten fastholder kontakten

med krænkeren, opsøger mænd eller kvinder via datingsites eller sociale medier eller tager på besøg hos fremmede mennesker, som de har mødt på internettet. Ifølge behandlerne kan denne risikoprofil dels skyldes, at klienterne har et øget behov for tryghed, nærhed og intimitet på grund af særlige opvækstvilkår og dels, at de har svært ved at vurdere, hvornår de er i fare

Faktorer, der forøger risikoen for gentagne seksuelle overgreb

Flere studier identificerer faktorer, som vurderes at have indflydelse på, at seksuelle overgreb på mennesker med handicap ofte foregår gentagne gange og over længere tid.

Et studie identificerer manglende lydhørhed som en faktor, der øger risikoen for gentagne overgreb. Her peges på, at mennesker med udviklingshæmning risikerer ikke at blive troet, hvis de fortæller om et seksuelt overgreb. Det kan blive slået hen som en fantasi eller blive opfattet som et udtryk for misforståelse eller overfortolkning. Andre studier viser også, at det kan være vanskeligt at vurdere, om overgrebet har fundet sted, hvis offeret er en borger med svære kognitive funktionsnedsættelser, der ikke kan kommunikere.

En undersøgelse gennemført af McCarthy og Thompson viser endvidere, at der er forskel på, hvordan personale på botilbud tackler sager om seksuelle overgreb, afhængigt af hvem gerningsmanden er. I deres undersøgelse dokumenteres det, at andre borgere med kognitive funktionsnedsættelser ofte er gerningsmændene bag seksuelle overgreb, men at personale på botilbud eller institutioner kun i få tilfælde vælger at anmelde sådanne sager til politiet. Deres undersøgelse viser, at overgrebene ikke bliver anmeldt, fordi ofrene ikke ønsker at involvere politiet af frygt for repressalier. Undersøgelsen viser dog også en klar tendens til, at personalet ikke opfattede overgreb begået af andre med kognitive funktionsnedsættelser ligeså alvorligt, som et overgreb begået af et menneske uden kognitive funktionsnedsættelser. En del af baggrunden for dette kan ifølge andre studier hænge sammen med, at det kan være vanskeligt at identificere og vurdere, hvorvidt begge parter – i tilfælde hvor begge har kognitive funktionsnedsættelser – indvilliger i en seksuel relation.

⁹ Socialt Udviklingscenter SUS, 2001: Seksuelle overgreb på mennesker med handicap. Et litteraturstudie; Fyrey, 1994: Sexual Abuse of Adults with Mental Retardation: Who and Where, Mental Retardation, Vol. 32, No. 3, (173-180); Turk & Brown, 1993: The Sexual Abuse of Adults with Learning Disabilities, Mental Handicap Research, Vol. 6, No. 3, (193-216); Berlo, 1995: Sexual Abuse among People with Learning Disabilities, Netherlands Institute of Social Sexological Research; McCarthy & Thompson, 1997: A Prevalence Study of Sexual Abuse of Adults with Intellectual Disabilities, Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities, Vol. 10, No. 2, (105-124).

og risiko for et overgreb. Sidstnævnte bekræftes også i en række internationale studier, hvor det dokumenteres, at borgere med kognitive funktions-nedsættelser er i øget risiko for seksuelt overgreb, da de kan have svært ved at afkode en truende eller grænseoverskridende situation, ligesom de kan have svært ved at stole på deres ret til at sige fra.

For det andet vurderer behandlerne, at udvikling af mestringsstrategier til forebyggelse af risikoadfærd og risiko for seksuelle overgreb stiller større krav til klienternes kognitive funktionsevne og abstraktionsniveau sammenlignet med eksempelvis bearbejdning af følgevirkninger eller traumereaktioner. Således peger flere af behandlerne på, at det forebyggende arbejde blandt målgruppen kræver mange gentagelser, mere læring og højere abstraktionsniveau, idet klienterne skal kunne reflektere over de risikofyldte handlinger, de sætter sig selv i. Behandlerne vurderer derfor, at det ofte vil kræve en længerevarende behandlingsindsats for at udvikle mestringsstrategier, som klienterne kan implementere i dagligdagen.

Både behandlerne og eksperterne fra auditmødet peger også på, at der i guiden er behov for et styrket fokus på forebyggelse. Eksempelvis peger behandlerne på, at der mangler en beskrivelse af, hvordan en sikkerhedsplan for klienten udformes, ligesom en tydeliggørelse og mere detaljeret beskrivelse – eksempelvis via cases – af teknikker til forebyggelse kan styrke det forebyggende arbejde med klienterne.

Endvidere gives der udtryk for, at den forebyggende behandling kan styrkes ved at udarbejde tilbagefaldplaner, som eksempelvis indeholder skemaer, øvelser og redskaber, som sikrer, at støttepersoner og personalet på støttetilbuddene følger op på behandlingen, ligesom det giver dem viden om, hvad de kan gøre for at støtte op om klienten fremadrettet.

Forebyggelse af seksuelle overgreb

En række rapporter påviser, at en del bo- og dagtilbud har italesat seksuelle overgreb som emne, men at det ikke er alle bo- og dagtilbud, der har en fælles ramme for procedurer, retningslinjer og afklaring af forebyggelse og håndtering af seksuelle overgreb. Rapporterne peger på, at det kan være gavnligt for forebyggelse af seksuelle overgreb, at bo- eller dagtilbud udformer en politik på området. En fælles politik kan danne rammen for det forebyggende arbejde og indeholde en beredskabsplan, som beskriver, hvilke initiativer bo- og dagtilbud tager, når der er mistanke eller viden om et overgreb, eksempelvis identifikation og afdækning af eventuelle overgreb, politianmeldelse, kontakt til kommunale myndigheder, som kan bevilge behandling og aftale med behandleren om, hvilke aftaler der ligger i bo- og dagtilbud. Medarbejdere på institutioner føler nemlig typisk, set i bakspejlet, at de har handlet for sent, men tør samtidig ikke handle på en mistanke, før der er konkrete beviser.

Kilde: Socialt Udviklingscenter SUS og SISO videnscenteret for sociale indsatser ved seksuelle overgreb mod børn, 2007: Seksuelle overgreb mod børn og unge med handicap – en kvantitativ og kvalitativ undersøgelse af omfang og karakter af seksuelle overgreb; Socialt Udviklingscenter SUS, 2011: Seksuelle overgreb mod mennesker med handicap: gode råd om at se og forebygge overgreb.

BILAG 1: SKEMA TIL FØR- OG EFTERMÅLING AF VIRKNINGER

Skema til førmåling

Skemaet er udviklet til klienter med kognitive funktionsnedsættelser og det forventes, at det vil tage en session at udfylde skemaet, inklusiv en afsluttende snak med borgeren pba. udfyldelsen. Som udgangspunkt skal du læse hvert spørgsmål højt for klienten og selv notere klientens svar i skemaet. I de tilfælde, hvor du på baggrund af oplysninger fra klient og støtteperson samt egen vurdering, anser det som helt åbenlyst, at klienten ikke udviser nogen tegn på ét eller flere af nedenstående følgevirkninger, er det ikke nødvendigt at stille klienten de pågældende spørgsmål knyttet til følgevirkningen. Hvis klienten ønsker det, og du vurderer, at der er behov for det, deltager en støttekontaktperson i samtalen mhp. at støtte klienten med at besvare spørgsmålene. Det er vigtigt, at både du og støttekontaktpersonen løbende vurderer, hvorvidt borgeren har forstået det enkelte spørgsmål. Derfor kan det være relevant at spørge ind til støttepersonens oplevelser undervejs i skemaet. Behandler og støtteperson må gerne omformulere de enkelte spørgsmål, så det sikres, at klienten forstår spørgsmålene tydeligt og klart.

De følgende spørgsmål handler om, hvordan man kan have det efter at have oplevet et overgreb/det der skete.

Generelt

- Hvilke problemer har du i din hverdag? Hvad er svært?

Hvad er støttepersonens vurdering/oplevelse?

Invaderende symptomer

Angiv, hvor meget det pågældende symptom generer dig:

- Ser det, der skete for mig, oplever det igen som i en film? (sæt ét kryds).
 - Slet ikke
 - Noget af tiden
 - Altid
 - Ved ikke/forstår ikke helt
- Dårlige drømme eller mareridt (fx vågner meget om natten)? (sæt ét kryds).
 - Slet ikke
 - Noget af tiden
 - Altid
 - Ved ikke/forstår ikke helt
- *Hvad er støttepersonens vurdering/oplevelse?*

Undgåelsesreaktioner

Angiv, hvor meget det pågældende symptom generer dig:

- Prøver du på ikke at tænke på overgrebet/det der skete? (sæt ét kryds).
 - Slet ikke
 - Noget af tiden
 - Altid
 - Ved ikke/forstår ikke helt
- Har du problemer med at huske overgrebet/det der skete? (sæt ét kryds).
 - Slet ikke
 - Noget af tiden
 - Altid
 - Ved ikke/forstår ikke helt
- *Hvad er støttepersonens vurdering/oplevelse?*

Vagtsomhedssymptomer/forhøjet alarmberedskab

Angiv, hvor meget det pågældende symptom generer dig:

- Har du besvær med at falde i søvn/sove igennem? (sæt ét kryds).
 - Slet ikke
 - Noget af tiden
 - Altid
 - Ved ikke/forstår ikke helt

- Føler du dig lettere irriteret og har lettere ved at blive sur og gal? (sæt ét kryds).
 - Slet ikke
 - Noget af tiden
 - Altid
 - Ved ikke/forstår ikke helt

- *Hvad er støttepersonens vurdering/oplevelse?*

Vrede i forhold til overgrebet/det der skete/gerningsmanden

Angiv, hvor tit du har oplevet følgende:

- Er du tit vred på en ubehagelig måde, når du tænker på gerningsmanden, der har begået overgrebet/det der skete? (sæt ét kryds).
 - Slet ikke
 - Ja, nogle gange
 - Altid
 - Ved ikke/forstår ikke helt

- *Hvad er støttepersonens vurdering/oplevelse?*

Mistillid

Hvor enig eller uenig er du i, at:

- Nogle mennesker kunne finde på at gøre dig ondt? (sæt ét kryds).
 - Uenig
 - Hverken enig eller uenig
 - Enig
 - Ved ikke/forstår ikke helt

- Det let kan ske, at du bliver udsat for et overgreb/det der skete igen? (sæt ét kryds).
 - Uenig
 - Hverken enig eller uenig
 - Enig
 - Ved ikke/forstår ikke helt

- *Hvad er støttepersonens vurdering/oplevelse?*

Dissociation

Angiv, hvor tit du har oplevet følgende?

- Har du svært ved at mærke dine følelser? (fx ikke at være i stand til at græde, føle vrede eller glæde) (sæt ét kryds).
 - Slet ikke
 - Ja, nogle gange
 - Altid
 - Ved ikke/forstår ikke helt
- Har du indimellem en oplevelse af, at tingene er lidt mærkelige eller udvirkelige? (fx som at være med i en drøm eller film)? (sæt ét kryds).
 - Slet ikke
 - Ja, nogle gange
 - Altid
 - Ved ikke/forstår ikke helt
- *Hvad er støttepersonens vurdering/oplevelse?*

Forandret kropsoplevelse, smerter/lammelser

Angiv, hvor tit du har oplevet følgende:

- Haft smerter i kroppen? (fx mavepine, hovedpine eller andet) (sæt ét kryds).
 - Slet ikke
 - Ja, nogle gange
 - Altid
 - Ved ikke/forstår ikke helt
- *Hvad er støttepersonens vurdering/oplevelse?*

Skam/skyld

Angiv, i hvilken udstrækning du mener, at nedenstående udsagn er sande:

- Synes du selv, at du er skyld i overgrebet/det der skete? (sæt ét kryds).
 - Slet ikke
 - Ja, nogle gange
 - Altid
 - Ved ikke/forstår ikke helt
- Er du flov/skammer du dig over overgrebet/det der skete? (sæt ét kryds).
 - Slet ikke
 - Ja, nogle gange
 - Altid
 - Ved ikke/forstår ikke helt
- *Hvad er støttepersonens vurdering/oplevelse?*

Selvskadende adfærd

Angiv, hvor tit har du oplevet følgende:

- Har du lyst til at skade dig selv fysisk? (sæt ét kryds).
 - Slet ikke
 - Ja, nogle gange
 - Altid
 - Ved ikke/forstår ikke helt

- Har du forsøgt at skade dig selv fysisk? (sæt ét kryds).
 - Nej
 - Ja
 - Ved ikke/forstår ikke helt

- *Hvad er støttepersonens vurdering/oplevelse?*

Problemer med grænsesætning

Angiv, hvor tit du har oplevet følgende:

- Er det svært for dig at sige nej til andre, der vil have dig til at gøre noget, du ikke har lyst til? (sæt ét kryds).
 - Slet ikke
 - Ja, nogle gange
 - Altid
 - Ved ikke/forstår ikke helt

- Kan du finde ud af at sige, hvad du har lyst til eller ikke lyst til, når du er sammen med andre? (sæt ét kryds).
 - Slet ikke
 - Ja, nogle gange
 - Altid
 - Ved ikke/forstår ikke helt

- *Hvad er støttepersonens vurdering/oplevelse?*

Afslutning

- Oplever du andre symptomer, som vi ikke har talt om?
 - Nej
 - Ja. Uddyb:

- *Hvad er støttepersonens vurdering/oplevelse?*

Behandlers vurdering af førmålingen

- Hvordan vurderer du som behandler førmålingen? Uddyb:

Skema til eftermåling

Når behandlingsforløbet er gennemført, gennemføres en eftermåling af klienten følger virkninger efter det seksuelle overgreb. Skemaet er udviklet til borgere med kognitive funktionsnedsættelser og det forventes, at det vil tage en session at udfylde skemaet, inklusiv en afsluttende snak med klienten pba. udfyldelsen. Som udgangspunkt skal du læse hvert spørgsmål højt for klienten og selv notere klientens svar i skemaet. I de tilfælde, hvor du på baggrund af oplysninger fra klient og støtteperson samt egen vurdering anser det som helt åbenlyst, at klienten ikke udviser nogen tegn på ét eller flere af nedenstående følger virkninger, er det ikke nødvendigt at stille klienten de pågældende spørgsmål knyttet til følger virkningen. Hvis klienten ønsker det, og du vurderer, at der er behov for det, deltager en støttekontaktperson i samtalen mhp. at støtte klienten med at besvare spørgsmålene. Det er vigtigt, at både du og støttekontaktpersonen løbende vurderer, hvorvidt borgeren har forstået det enkelte spørgsmål. Derfor kan det være relevant at spørge ind til støttepersonens oplevelser undervejs i skemaet. Behandler og støtteperson må gerne omformulere de enkelte spørgsmål, så det sikres, at klienten forstår spørgsmålene tydeligt og klart. De følgende spørgsmål handler om, hvordan man kan have det efter at have oplevet et overgreb/det der skete.

Generelt

- Hvilke problemer har du i din hverdag? Hvad er svært?

Hvad er støttepersonens vurdering/oplevelse?

Invaderende symptomer

Angiv, hvor meget det pågældende symptom generer dig:

- Ser det der skete for mig, oplever det igen som i en film? (sæt ét kryds).
 - Slet ikke
 - Noget af tiden
 - Altid
 - Ved ikke/forstår ikke helt
- Dårlige drømme eller mareridt (fx vågner meget om natten)? (sæt ét kryds).
 - Slet ikke
 - Noget af tiden
 - Altid
 - Ved ikke/forstår ikke helt
- Hvad er støttepersonens vurdering/oplevelse?

Undgåelsesreaktioner

Angiv, hvor meget det pågældende symptom generer dig:

- Prøver du på ikke at tænke på overgrebet/det der skete? (sæt ét kryds).
 - Slet ikke
 - Noget af tiden
 - Altid
 - Ved ikke/forstår ikke helt

- Har du problemer med at huske overgrebet/det der skete? (sæt ét kryds).
 - Slet ikke
 - Noget af tiden
 - Altid
 - Ved ikke/forstår ikke helt

- *Hvad er støttepersonens vurdering/oplevelse?*

Vagtsomhedssymptomer/forhøjet alarmberedskab

Angiv, hvor meget det pågældende symptom generer dig:

- Har du besvær med at falde i søvn/sove igennem? (sæt ét kryds).
 - Slet ikke
 - Noget af tiden
 - Altid
 - Ved ikke/forstår ikke helt

- Føler du dig lettere irriteret og har lettere ved at blive sur og gal? (sæt ét kryds).
 - Slet ikke
 - Noget af tiden
 - Altid
 - Ved ikke/forstår ikke helt

- *Hvad er støttepersonens vurdering/oplevelse?*

Vrede i forhold til overgrebet/det der skete/gerningsmanden

Angiv, hvor tit du har oplevet følgende:

- Er du tit vred på en ubehagelig måde, når du tænker på gerningsmanden, der har begået overgrebet/det der skete? (sæt ét kryds).
 - Slet ikke
 - Ja, nogle gange
 - Altid
 - Ved ikke/forstår ikke helt

- *Hvad er støttepersonens vurdering/oplevelse?*

Mistillid

Hvor enig eller uenig er du i, at:

- Nogle mennesker kunne finde på at gøre dig ondt? (sæt ét kryds).
 - Uenig
 - Hverken enig eller uenig
 - Enig
 - Ved ikke/forstår ikke helt

- Det let kan ske, at du bliver udsat for et overgreb/det der skete igen? (sæt ét kryds).
 - Uenig
 - Hverken enig eller uenig
 - Enig
 - Ved ikke/forstår ikke helt

- *Hvad er støttepersonens vurdering/oplevelse?*

Dissociation

Angiv, hvor tit du har oplevet følgende?

- Har du svært ved at mærke dine følelser? (fx ikke at være i stand til at græde, føle vrede eller glæde) (sæt ét kryds).
 - Slet ikke
 - Ja, nogle gange
 - Altid
 - Ved ikke/forstår ikke helt

- Har du indimellem en oplevelse af, at tingene er lidt mærkelige eller udvirkelige? (fx som at være med i en drøm eller film)? (sæt ét kryds).
 - Slet ikke
 - Ja, nogle gange
 - Altid
 - Ved ikke/forstår ikke helt

- *Hvad er støttepersonens vurdering/oplevelse?*

Forandret kropoplevelse, smerter/lammelser

Angiv, hvor tit du har oplevet følgende:

- Haft smerter i kroppen? (fx mavepine, hovedpine eller andet) (sæt ét kryds).
 - Slet ikke
 - Ja, nogle gange
 - Altid
 - Ved ikke/forstår ikke helt

- *Hvad er støttepersonens vurdering/oplevelse?*

Skam/skyld

Angiv, i hvilken udstrækning du mener, at nedenstående udsagn er sande:

- Synes du selv, at du er skyld i overgrebet/det er der skete? (sæt ét kryds).
 - Slet ikke
 - Ja, nogle gange
 - Altid
 - Ved ikke/forstår ikke helt

- Er du flov/skammer du dig over overgrebet/det der skete? (sæt ét kryds).
 - Slet ikke
 - Ja, nogle gange
 - Altid
 - Ved ikke/forstår ikke helt

- *Hvad er støttepersonens vurdering/oplevelse?*

Selvskadende adfærd

Angiv, hvor tit har du oplevet følgende:

- Har du lyst til at skade dig selv fysisk? (sæt ét kryds).
 - Slet ikke
 - Ja, nogle gange
 - Altid
 - Ved ikke/forstår ikke helt

- Har du forsøgt at skade dig selv fysisk? (sæt ét kryds).
 - Nej
 - Ja
 - Ved ikke/forstår ikke helt

- *Hvad er støttepersonens vurdering/oplevelse?*

Problemer med grænsesætning

Angiv, hvor tit du har oplevet følgende:

- Er det svært for dig at sige nej til andre, der vil have dig til at gøre noget, du ikke har lyst til? (sæt ét kryds).
 - Slet ikke
 - Ja, nogle gange
 - Altid
 - Ved ikke/forstår ikke helt

- Kan du finde ud af at sige, hvad du har lyst til eller ikke lyst til, når du er sammen med andre? (sæt ét kryds).
 - Slet ikke
 - Ja, nogle gange
 - Altid
 - Ved ikke/forstår ikke helt

- *Hvad er støttepersonens vurdering/oplevelse?*

Afslutning

- Oplever du andre symptomer, som vi ikke har talt om?
 - Nej
 - Ja. Uddyb:

- *Hvad er støttepersonens vurdering/oplevelse?*

Behandlers vurdering af eftermålingen

- *Hvordan vurderer du som behandler eftermålingen? Uddyb:*
