

Psykiske reaksjoner på flukt og eksiltilværelse

Sverre Varvin

Professor

HIOA

Områder

Traumatisering og følger
av traumatisering
Mestring Resiliens

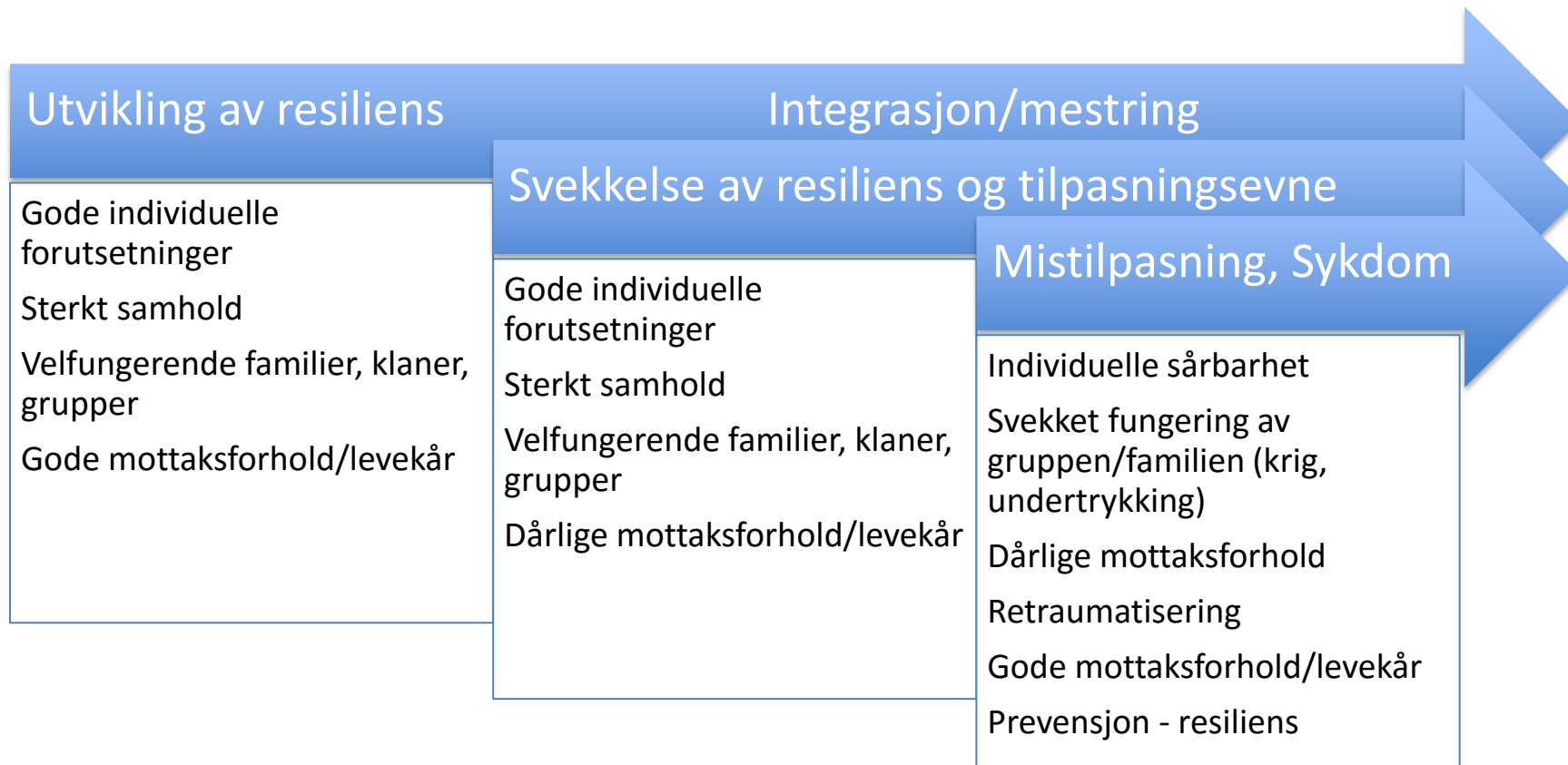
Flukt

Tap Sorg

Eksil

Forebygging, behandling
og rehabilitering

Resiliens?



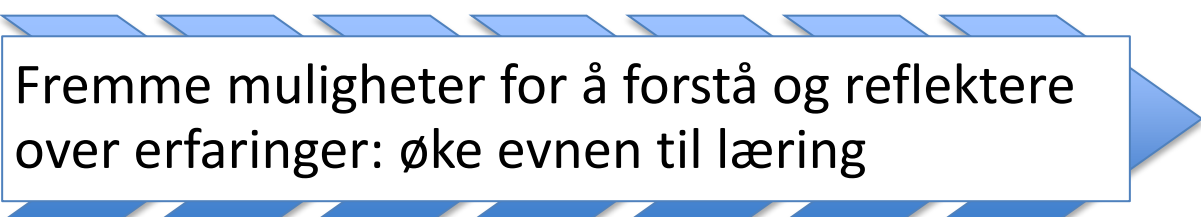
Utvikling av resiliens



Fremme muligheter for nære,
omsorgsgivende relasjoner

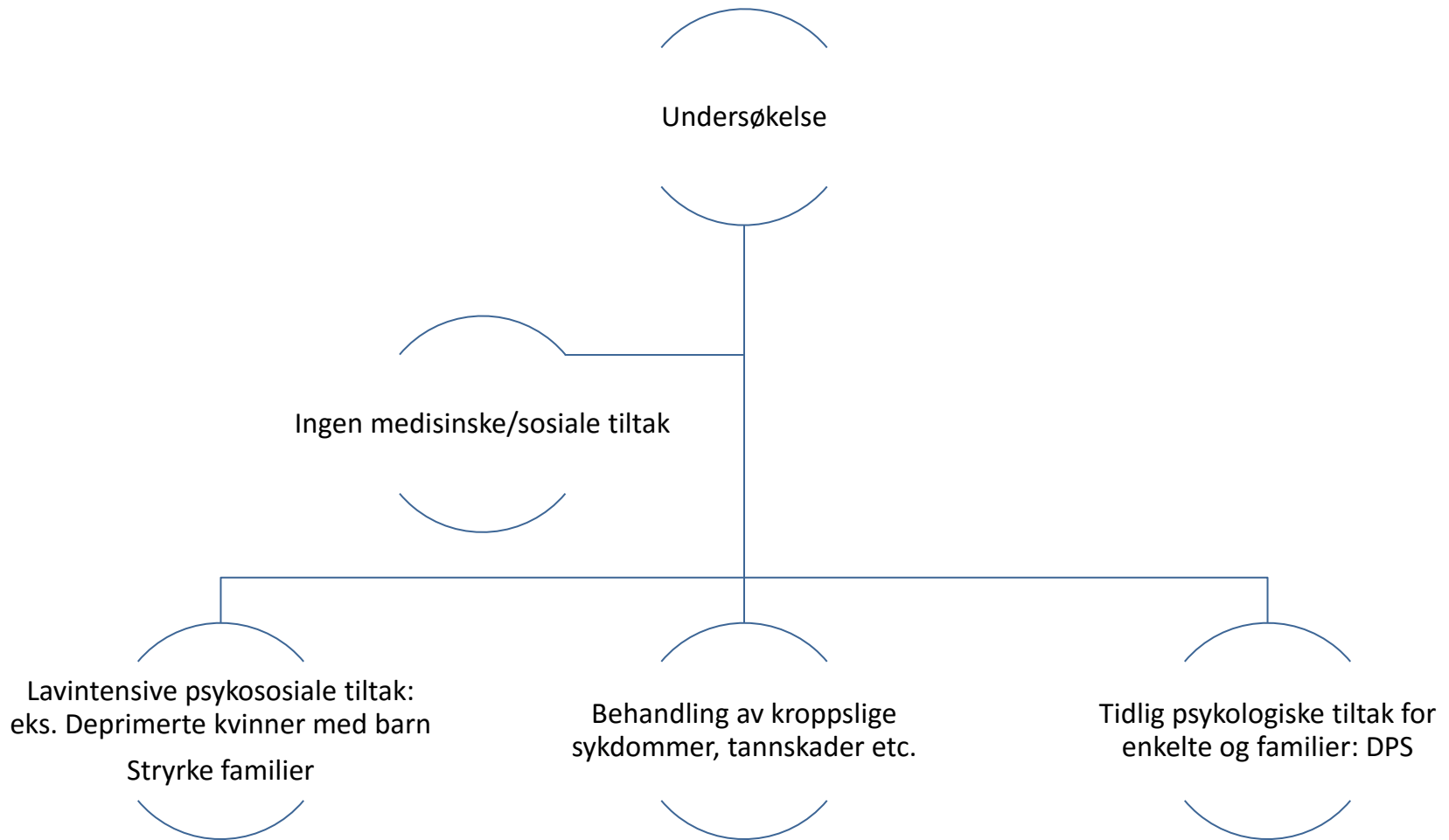


Øke muligheter for innflytelse og kontroll over
livet



Fremme muligheter for å forstå og reflektere
over erfaringer: øke evnen til læring

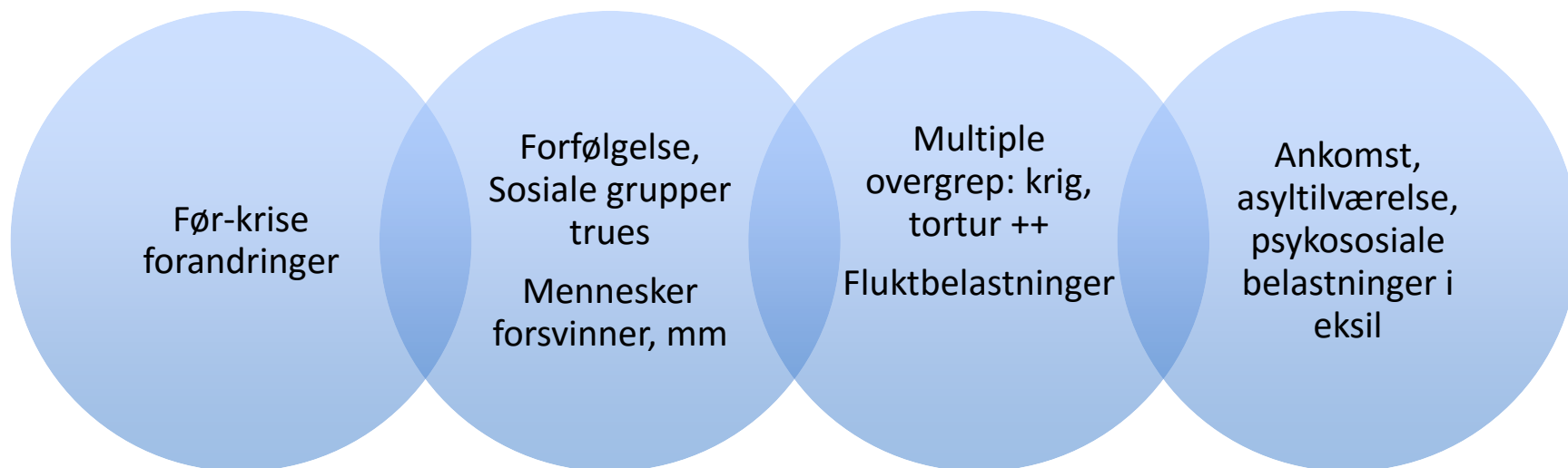
Tidlig undersøkelse og intervensjoner



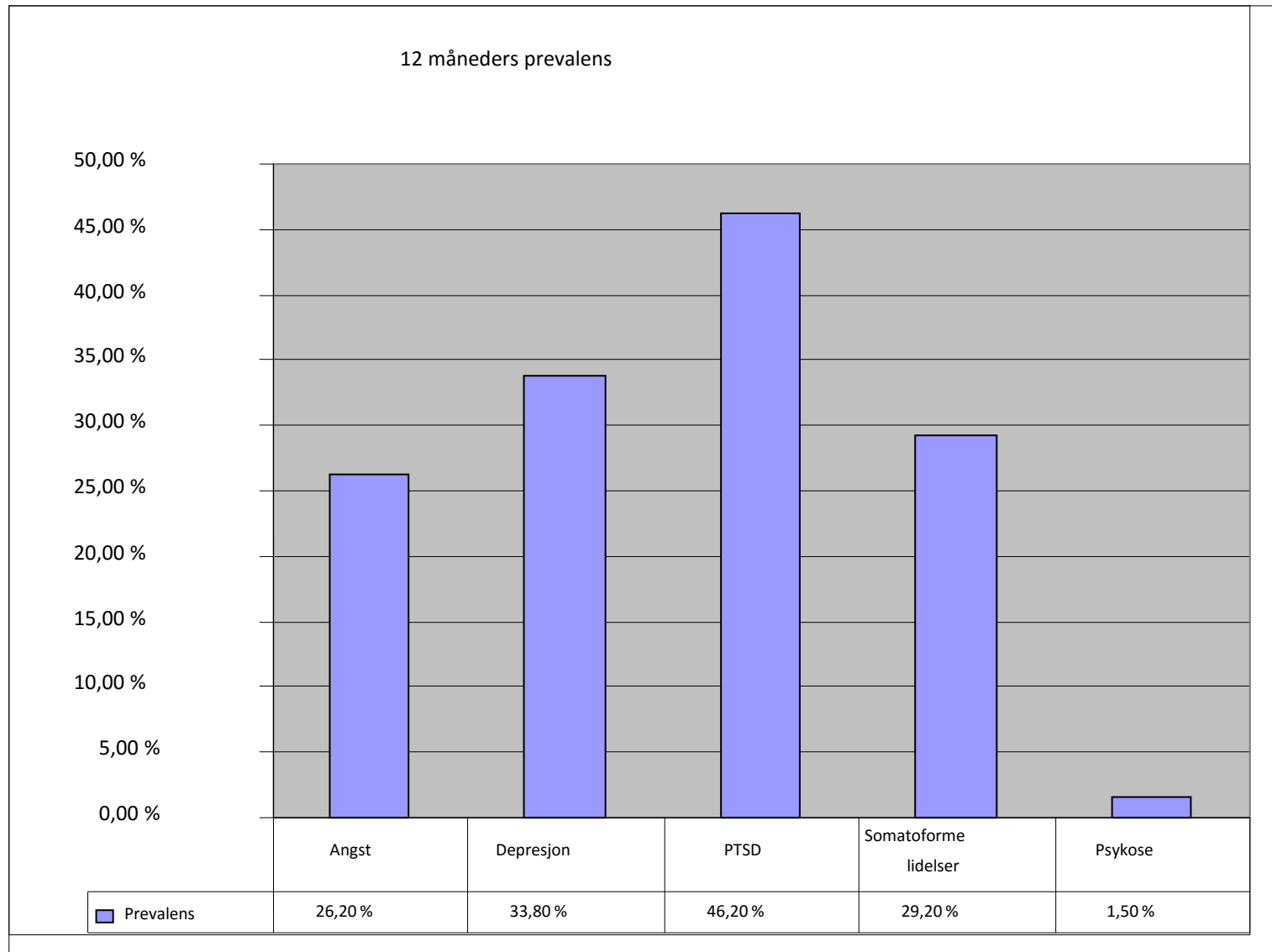
Fra studien: Behandling og rehabilitering av traumatiserte flyktninger (Opaas, Varvin, 2015)

Traumatiserende hendelser i barndom	Gjennomsnitt 5,5
Totalt i voksen alder av 38 mulige (HTQ)	16,3
Militære angrep	89%
Vitne til andres død	76%
Nær ved å bli drept	74%
Tortur	52%
Voldtekt er andre seksuelle overgrep	30%

Komplekse, sekvensielle belastninger



Tabell 1: Fordelingen av diagnoser (n = 65). Hvert individ kan ha flere diagnoser. Tallene viser forekomst



Psykkiske lidelser hos en gruppe enslige
mindreårige asylsøkere (n=160),

4 måneder etter ankomst til Norge .

Major depressive disorder	15	9.4%
Dysthymic disorder	7	4.4%
Mood disorder with depressive features due to general medical condition	4	2.5%
Panic disorder	1	0.6%
Agoraphobia	7	4.4%
Generalized anxiety disorder	6	3.8%
Social anxiety disorder	3	1.9%
Specific phobia	5	3.1%
Post Traumatic stress Disorder	49	30.6%
Any psychiatric disorder	67	41.9%

Traumatisering og psykisk helse

Mange studier – også våre - viser klar sammenheng mellom alvorlighetsgrad og mengde av traumatiserende påvirkninger hos flyktninger og senere psykologiske forstyrrelser

(i.e., Jensen, Fjermestad, Granly & Wilhelmsen, 2013; Marshall, Schell, Elliot, Berthold, & Chun, 2005; McNally, 2003, Keller, Llewellyn, et al., 2006, p. 188; Steel, Silove, Phan, & Bauman, 2002; Bogic, Ajdukovic, Bremner, Franciskovic et al., 2012; Nicholson, 1997; Teodorescu et al., 2012a

Most researches find higher levels of known posttraumatic conditions in refugee populations like PTSD, anxiety disorders, depressions, somatising disorders, substance abuse and psychotic disorders, (see for example (Vaage et al., 2010, Teodorescu et al., 2012, Drozdek et al., 2013, Vervliet et al., 2013, Alemi et al., 2013, Opaas and Varvin, 2015, Apitzsch et al., 4291, Kroll et al., 2011)).

Traumatisation may disturb personality functions, relational functions, affect regulation and somatic regulation (Rosenbaum and Varvin, 2007b, Varvin and Rosenbaum, 2011a, Allen et al., 2006, Allen and Fonagy, 2015, Schore, 2003)

Omfang og varighet av psykiske helseproblemer for flyktninger, norske studier (1)

Birgit Lie (2002): Longitudinell studie av 240 bosatte flyktninger fra ulike opprinnelsesland, viste tre år etter bosetting:

- Vedvarende *høyt symptomnivå* hos mange (kronisitet av psykiatriske symptomer og lidelse).
- Symptomer på *PTSD økte* i treårsperioden.
- Type og grad av *traumatiske opplevelser* før flukt utgjorde sårbarhets-faktorer i forhold til vedvarende psykiske og fysiske helseproblemer.
- *Stress i eksil*, som mangel på arbeid og sosial støtte – særlig hos individer med livstruende traumeopplevelser og tortur i sin bakgrunn – hang sammen med alvorlighetsgrad av både PTSD og depresjon.

Omfang og varighet av psykiske helseproblemer for flyktninger, norske studier (2)

Aina Basilier Vaage et al. (2010): Longitudinell studie av 80 vietnamesiske flyktninger, viste ved undersøkelse 23 år etter ankomst til Norge:

- Generelt bedret psykisk helse siden ankomst.
- Men 1/5 av utvalget hadde symptomer over grenseverdien til psykisk lidelse – dette var over *dobbelt så høy* prosentandel som i den norske befolkningen.
- Studien viste *bedring over tid for de fleste*, men at en betydelig minoritet forble sterkt plaget av symptomer på psykisk lidelse. Derved representerte de tidligere flyktningene *en sårbar gruppe*, selv etter mer enn 20 år i Norge.
- Bedring (symptomreduksjon) *de tre første årene* i Norge predikerte mer positiv langtids-prognose.

Implikasjoner løftet frem av forskerne når det gjelder flyktninger

(Birgit Lie (2002) og Aina Basilier Vaage et al. (2010))

- Ferdigheter og metoder for å evaluere psykologiske symptomer og behandlingsbehov hos flyktninger må forbedres.
- Viktig med tidlig oppdagelse av og behandlingstilbud til sårbare individer med psykiske lidelser.
- Differensiering mellom dem som har behov for helsetjenester på spesialistnivå og de som kan motta hjelp i førstelinjetjenesten er essensielt.
- Psykologisk behandling overfor traumatiserte flyktninger må ledsages av en bredere rehabiliteringsprosess, hvor *arbeid, opplæring, og gjenopprettelse av mening* må arbeides med parallelt.

Birgit Lie (2002): A 3-year follow-up study of psychosocial functioning and general symptoms in settled refugees. *Acta Psychiatr Scand*, 106, 415-425.

Aina Basilier Vaage, Per Hove Thomsen, Derrick Silove, Tore Wentzel-Larsen, Thong Van Ta, & Edvard Hauff (2010). Long-term mental health of Vietnamese refugees in the aftermath of trauma. *BJP*, 196, 122-125.

Fare for kronifisering

Forskningsprosjektet «Behandling og rehabilitering av traumatiserte flyktninger»,
(Varvin & Opaas, 2006 til d.d.) **viser:**

- Pasientene (N = 51, 21-64 år, 65 % menn) hadde vært **i snitt 11 år i Norge da de** kom i behandling i spesialisthelsetjenesten innen psykisk helsevern. (Publiserte data)
- Pasientene hadde **høy symptombelastning og nedsatt funksjon**: Høy grad av symptomer på posttraumatisk stresslidelse, angst og depresjon, mye kroppslige smerter, dårlig kognitiv fungering mht. hukommelse, konsentrasjon og læringsevne, lite norskkunnskaper, og liten deltakelse i arbeidslivet. (Publiserte data)
- Det var en signifikant sammenheng mellom **tid i Norge og alvorlighetsgrad** av symptomer på posttraumatisk stresslidelse og depresjon. (Upubliserte data)

(Varvin & Opaas, in progress; Opaas & Hartmann, 2013).

«Behandling og rehabilitering av traumatiserte flyktninger»

Resultater etter tre år:

(Behandling av kompleks traumatisering tar tid - særlig når man kommer sent i gang?)

- Etter ett år hadde symptomer på angst avtatt signifikant, og livskvalitet hadde økt signifikant når det gjaldt fysisk helse og sosiale relasjoner.
- Ved kartlegging **tre år** etter behandlingsstart, var det **signifikant bedring i gjennomsnitt** både på symptomer på PTSD, angst og depresjon, livskvalitet når det gjaldt fysisk helse, psykisk helse og sosiale relasjoner, deltakelse i arbeidsliv eller studier, og norsk-ferdigheter.
- Men: **Halvparten** av deltakerne i studien hadde fortsatt **ingen klinisk signifikant (dvs. merkbar) endring på noe område**, verken symptombedring, økning i livskvalitet, eller deltakelse i arbeidsliv eller studier.
- Ved oppfølgingen etter tre år var **29 % (fortsatt) i behandling**, og **14 % skulle starte** i et nytt behandlingsløp.

Varvin & Opaas, 2006 til d.d. (Upubliserte, foreløpige funn, Opaas & Hartmann, in progress)

Problemområder tydeliggjort gjennom studien:

- Personer med flyktning- og traumebakgrunn går lenge med store problemer før de får hjelp. (Opaas og Varvin, 2006 til d.d.)
- Mange utskrives eller faller fra behandlingen før det har skjedd en merkbar bedring, og har vansker med å få et nytt behandlingstilbud.
- Når enkelte gradvis kommer seg, finnes det ikke tilpassede tiltak som kan hjelpe dem frem mot deltakelse i det norske samfunnet.
- 82 % av våre deltakere hadde barn. Det vil si at mange barn vokser opp med foreldre som ikke kan norsk, som ikke er i jobb eller utdanning, og som har store psykiske problemer.

Flyktingers mentale helse

6743 adult refugees from 7 different countries in Europa :

- 9% (8-10%) PTSD
- 5% (4-6%) major depression
- Co-morbidity

10 times more likely to develop PTSD than ordinary population

(Fazel, 2005)

FNs torturkonvensjon

Artikkel 14: *"Each State Party shall ensure in its legal system that the victim of an act of torture obtains redress and has an enforceable right to fair and adequate compensation including the means for as full rehabilitation as possible."*

Hvilke tiltak?

- ① Generelle tiltak for bedring av meningsfullhet og aktivitet i mottaksfasen
- ② Spesifikke tiltak i asylmottak: F.eks. hjelp til deprimerte mødre for å forebygge tilknytningsskader hos barna
- ③ Tiltak på lokalt nivå: Primærhelsetjeneste, sosialtjeneste, undervisning
- ④ Spesialisthelsetjeneste; Psykiatri og andre spesialiteter

Undersøkelse av asylsøkeres psykiske helse

- Klinisk undersøkelse supplert av lett anvendelige instrumenter
- På basis av denne: anbefale differensierte tiltak for risikogrupper og sårbare

for eksempel

- a) mødre med barn
- b) Torturerte
- c) Enslige mindreårige