



Fordypningsoppgave

VPH724 Psykisk helsearbeid

I hvilken grad kan en anvende kognitiv terapi på personer med utviklingshemming?

Hege Pilskog

Totalt antall sider inkludert forsiden: 38

Molde, 21.04.2022



Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

Den enkelte student er selv ansvarlig for å sette seg inn i hva som er lovlige hjelpemidler, retningslinjer for bruk av disse og regler om kildebruk. Erklæringen skal bevisstgjøre studentene på deres ansvar og hvilke konsekvenser fusk kan medføre. Manglende erklæring fritar ikke studentene fra sitt ansvar.

Du/dere fyller ut erklæringen ved å klikke i ruten til høyre for den enkelte del 1-6:		
1.	Jeg/vi erklærer herved at min/vår besvarelse er mitt/vårt eget arbeid, og at jeg/vi ikke har brukt andre kilder eller har mottatt annen hjelp enn det som er nevnt i besvarelsen.	<input checked="" type="checkbox"/>
2.	Jeg/vi erklærer videre at denne besvarelsen: <ul style="list-style-type: none">• ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands.• ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt.• ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt.• har alle referansene oppgitt i litteraturlisten.• ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse.	<input checked="" type="checkbox"/>
3.	Jeg/vi er kjent med at brudd på ovennevnte er å <u>betrakte som fusk</u> og kan medføre annullering av eksamen og utestengelse fra universiteter og høgskoler i Norge, jf. Universitets- og høgskoleloven §§4-7 og 4-8 og Forskrift om eksamen §§16 og 36.	<input checked="" type="checkbox"/>
4.	Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiatkontrollert, jf. høgskolens regler og konsekvenser for fusk og plagiat	<input checked="" type="checkbox"/>
5.	Jeg/vi er kjent med at høgskolen vil behandle alle saker hvor det forligger mistanke om fusk etter høgskolens retningslinjer for behandling av saker om fusk	<input checked="" type="checkbox"/>
6.	Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av kilder og referanser på biblioteket sine nettsider	<input checked="" type="checkbox"/>

Personvern

Personopplysningsloven

Forskningsprosjekt som innebærer behandling av personopplysninger iht.

Personopplysningsloven skal meldes til Norsk senter for forskningsdata, NSD, for vurdering.

Har oppgaven vært vurdert av NSD?

ja nei

- Hvis ja:

Referansenummer:

- Hvis nei:

Jeg/vi erklærer at oppgaven ikke omfattes av Personopplysningsloven:

Helseforskningsloven

Dersom prosjektet faller inn under Helseforskningsloven, skal det også søkes om forhåndsgodkjenning fra Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, REK, i din region.

Har oppgaven vært til behandling hos REK?

ja nei

- Hvis ja:

Referansenummer:

Publiseringsavtale

Studiepoeng: 15

Veileder: Karl Yngvar Dale

Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten (Åndsverkloven. §2).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage HiM med forfatter(ne)s godkjenning.

Oppgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

Jeg/vi gir herved Høgskolen i Molde en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:

ja nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

ja nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja nei

Dato: 20.04.2022

Antall ord: 8457

Sammendrag

Dette er en fordypningsoppgave i psykisk helsearbeid. Den handler om kognitiv terapi til personer med utviklingshemming. Er det mulig å bruke kognitiv terapi på pasienter med nedsatt kognisjon, og i hvilken grad?

Jeg har i teoridelen med både om diagnosen psykisk utviklingshemming, psykiske lidelser og kognitiv terapi. Jeg har prøvd å trekke frem hva som skiller seg fra kognitiv terapi til normalbefolkningen, og hva man må tenke på når man jobber med personer med utviklingshemming.

I Empirien møter vi Marte. Det er ei ung kvinne jeg har hatt gleden av å bli kjent med gjennom flere år. Hun bor i en bemannet bolig i en kommune i Norge. Hun har utfordringer med utagering og vansker i relasjoner med andre. Greier vi som er rundt henne å tilpasse terapiformen til henne, slik at hun kan nyttiggjøre seg denne?

Jeg har valgt ut ABC-modellen som et skjematisk verktøy til Martes negative automatiske tanker. Jeg problematiserer psykoedukasjon, relasjons- og alliansebygging, tilpassing av kognitiv terapi og brukermedvirkning i denne oppgaven.

Diagnostisk overskygging er også et tema jeg kommer innom. Jeg hadde ikke veldig bevisst holdning eller kunnskap om dette, men det er faktisk veldig spennende.

Innhold

1.0	INTRODUKSJON OG PROBLEMSTILLING	1
1.1	Begrunnelse for valg av tema	1
1.2	Problemstilling	2
1.3	Litteratursøk	2
2.0	TEORI	4
2.1	Psykisk utviklingshemning.....	4
2.1.1	Lett psykisk utviklingshemning.	5
2.1.2	Utviklingshemning og psykisk lidelse	5
2.2	Kognitiv terapi.....	6
2.2.1	Negative automatiske tanker	7
2.2.2	Angst	8
2.2.3	Leveregler	8
2.2.4	ABC – modellen.....	9
2.2.5	Sokratiske spørsmål	9
2.2.6	Kasusformulering.....	10
2.2.7	Relasjon og allianse i kognitiv terapi	10
2.3	Behandling av psykisk lidelse til personer med utviklingshemming	11
2.3.1	Kognitiv terapi til personer med utviklingshemming	11
2.3.2	Spesielt om Alliansebygging	12
3.0	EMPIRI:	14
4.0	DISKUSJON	17
4.1	Hvordan fikk jeg en relasjon med Marte	17
4.2	Forberedelse til kognitiv terapi	19
4.2	Kognitiv terapi til Marte	22
4.3	Empowerment- et fancy ord?	24
5.0	KONKLUSJON	27
6.0	LITTERATURLISTE	29

1.0 INTRODUKSJON OG PROBLEMSTILLING

1.1 Begrunnelse for valg av tema

Jeg har jobbet i mange år med personer med utviklingshemming i hjemmebasert omsorg og på lukket akuttpsykiatrisk avdeling. Arbeidsdagen har ofte vært preget av strategier for å øke sikkerhet til personalet og skjerme pasienten slik at de ikke blir alvorlig skadet. Beroligende medisiner er brukt ganske utbredt. Da jeg jobbet på akuttpsykiatrisk avdeling kom det jevnt inn pasienter som var psykisk utviklingshemmede med utageringsproblematikk. De kunne komme til avdeling eskortert med politi. Behandlingen av denne pasientgruppen mener jeg var preget av "ad hoc" og mesteparten av tiltak kom i etterkant av en episode. Det samme preger min erfaring fra hjemmebasert omsorg. Vi lå aldri i forkant, og ofte endte det med at en måtte bruke tvang eller makt.

Bruk av tvang eller makt mot mennesker med diagnosen psykisk utviklingshemming er regulert i Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester kapittel 9. Det står tydelig at andre løsninger enn bruk av tvang eller makt skal være prøvd før tiltak settes i verk (helse- og omsorgstjenesteloven, §9-5,2011). I jobbhverdagen har vi prøvd å unngå bruk av tvang og makt, men det har vært lite strukturert arbeid og lite bruk av spesialisthelsetjenesten.

Personer med utviklingshemming har 2-3 ganger større sjans for å få psykiske lidelser enn normalbefolkningen (Baldwin m.fl., 2021). Symptomene på angst og psykisk lidelse gir forskjellige uttrykk for personer med utviklingshemming i forhold til normalbefolkningen. Siden alt skal prøves før en utøver tvang og makt til personer med utviklingshemming, vekker det min interesse for å få mer kunnskap om temaet.

Denne oppgaven handler om Marte, ei ung kvinne jeg har jobbet tett med i flere år. Hverdagen er preget av utagering og uheldige situasjoner. Det brukes en del tvang og makt. Det er utfordrende for Marte, og for personalet rundt henne. Spesialisthelsetjenesten ble koblet inn, og det ble vurdert at det skulle startes med kognitiv terapi. Jeg vil i denne oppgaven drøfte om det er meningsfylt eller ikke.

Jeg har valgt kognitiv atferdsterapi som, psykoterapeutisk perspektiv. Da pasientgruppen jeg har valgt har nedsatt og variabel kognisjon, vil jeg se om dette verktøyet kan gjøres forståelig for pasienten. Det er sammenhenger mellom følelser, atferd og mønster.

I oppgavens første del i teorien brukes diagnose betegnelsen «psykisk utviklingshemming». Etter dette vil jeg bruke benevnelsen «personer med utviklingshemming». Dette gjør jeg da NAKU og flere interesseorganisasjoner ønsker en endring i diagnosebetegnelsen, da den kan være misvisende.

1.2 Problemstilling

I hvilken grad kan en anvende kognitiv terapi på personer med utviklingshemming?

Avgrensing:

I denne fordypningsoppgaven er pasientgruppen begrenset til personer med lett psykisk utviklingshemning.

1.3 Litteratursøk

Jeg har brukt databasene Oria, Psychinfo, Ovid Medline som jeg har tilgang på gjennom skolen. Jeg fikk dårlige treff i begynnelsen, da jeg bruke feil ord på utviklingshemming. Først skrev jeg «mental retardation», så jeg forkastet dette søkeordet. Da jeg brukte «Intellectual disability» ble det lettere.

Ordene jeg brukte var: «Intellectual disability», «CBT», «Alliance». Mitt første utkast på problemstilling var med spesielt fokus på alliansen.

På Psychinfo fikk jeg over 47000 treff på «Intellectual disability», på «CBT» fikk jeg over 24.000 treff og, «Alliance» 5704 treff. Da jeg la disse søkeordene sammen, fikk jeg 1 treff. Ikke at jeg tror det finnes så lite litteratur, det var nok mer min søkemåte som var rusten.

Etter litt videre jobbing med oppgaven endret jeg problemstilling og hadde fokus på CBT og Intellectual disability/psykisk utviklingshemming.

På Oria brukte jeg intellectual disability + og anxiety + og CBT. Årene 2009 – 2021, og at alle skulle være fagfelleurderte. Jeg fikk opp 2.292 treff. Til slutt valgte jeg fire artikler jeg fant relevant. Se referanseliste.

Artikkelen «The impact of a discarded diagnosis and focus on early warning signs of aggression on relations between user and municipal service providers - a narrative of a complex case», ble jeg tipset om. Den handler ikke om kognitiv terapi, men jeg fant den relevant likevel.

2.0 TEORI

2.1 Psykisk utviklingshemning

Når en er psykisk utviklingshemmet er frontallappene rammet, gjerne som resultat av en diffus hjerneskade. En kan ikke bli frisk av dette, og det ses på som en livslang funksjonshemning (Lorentzen 2007).

I diagnosesystemet ICD-10 er det flere kriterier som skal være oppfylt for å kunne sette diagnosen psykisk utviklingshemning. Det er betydelig nedsatt intelligens (tilsvarende IQ 70 eller lavere), debut før fylte 18 år og vesentlige nedsatte adaptive ferdigheter i dagliglivets funksjon. Som Lorentzen (2007) forklarer adaptive ferdigheter får vi en bedre forståelse av hvilke funksjoner som er svekket. Adaptive ferdigheter er hvordan man tilpasser seg til den kulturen en bor i sine standarder for boferdigheter, sosiale og mellommenneskelige evner, selvregulering, hvordan en fungerer akademisk, arbeid, helse og sikkerhet. Det er ikke nok med IQ under 70 for å sette diagnose, de andre kravene for diagnosen må også være oppfylt.

For å avklare de adaptive ferdigheter og tilpasninger av disse er det fire sentrale punkter; motorisk utvikling, dagliglivets ferdigheter, kommunikasjon og sosial kompetanse. Alle deler av utredning ses på sammen, men det avgjørende kriteriet er intelligenstesten (Lorentzen, 2007).

I ICD-10 diagnosekodesystemet er psykisk utviklingshemning delt i 4 grader:

Lett utviklingshemning IQ 50-69

Moderat utviklingshemning IQ 35-49

Alvorlig utviklingshemning IQ 20-34

Dyp utviklingshemning IQ under 20

Det antas at det finnes mellom 47.000-61.500 personer i Norge med diagnosen. Dette baserer seg på en stor internasjonal studie gjort av The Global Burden of Diseases, Injuries and Risk Factors Study (GBD) (Helsedirektoratet, s.27, 2019).

2.1.1 Lett psykisk utviklingshemning.

Lett psykisk utviklingshemning oppdages gjerne i skolealder, det er da svikt i de kognitive evnene gjør deg gjeldene, og utredning begynner. De kan være i stand til å arbeide, ha sosiale relasjoner og mestre egenomsorg. Majoriteten av de med diagnosen psykisk utviklingshemning, har lett psykisk utviklingshemning (ca.85 %) (Lorentzen, 2007).

Selv om en har gode muligheter for å fungere godt i samfunnet, er det ofte behov for tilrettelegging og tilpasninger av daglige gjøremål. Utdanning, få barn, ta sertifikat på bil og leve uten innblanding fra andre kan bli vanskelige tema. Det er også kjent at utfordringer med rus og seksualitet. Med IQ på 50-69, innebærer dette en mental alder på 9 til 12 år (Helsedirektoratet, s 16, 2019).

Kommunikasjon og samhandling er ofte utfordrende. Det å uttrykke egne behov eller følelser er vanskelig, og særlig i sykdomsfaser. Tilbaketrekking, lite mimikk/øyekontakt, repeterende språk og nedsatt evne til abstrakt tenkning kan gjøre behandling av sykdom utfordrende (Bakken ,2020).

2.1.2 Utviklingshemning og psykisk lidelse

*«Når alle vanskene en person har, blir tilskrevet funksjonshemming, og ikke en tilleggslidelse, omtales det som **diagnostisk overskygging** (Jopp og Keys,2001)»*

(Bakken, s.37, 2020)

Trine Lise Bakken (2020) belyser at så sent som på 1980- tallet var det fortsatt lite bevissthet om at personer med utviklingshemning kunne ha psykiske lidelser. Atferd og

symptomer på psykisk lidelse ble bare sett på som en del av diagnosen de hadde. Det er i de siste 20 årene det har blitt mer forskning på området. Forskningen viser at personer med utviklingshemming har mer psykiske lidelser enn normalbefolkningen. Personer med lett psykisk utviklingshemming har 50 % høyere sannsynlighet for å få psykisk lidelse. Og jo mer alvorlig utviklingshemming, jo høyere sannsynlighet for psykisk lidelse (Bakken, 2020).

Personer med utviklingshemming har som tidligere nevnt utfordringer med adaptive ferdigheter, og har redusert kognitiv evne og kapasitet.. Angst, ubehag eller fortvilelse kan gi uttrykk i selvskadende atferd, motorisk uro, roping, rasering av omgivelsene– som nærpå personer kaller gjerne «utfordrende atferd». Andre symptomer på psykisk lidelse hos personer med utviklingshemming kan være apati og tap av funksjoner. Dette gjør det vanskelig å sette riktig diagnose (Bakken ,2020).

Atferd som ligner depresjon eller psykose, raserianfall eller oppførsel som oppleves som forsøk på manipulering kan være symptomer på angst. Jo mer uvanlige symptomene på angst er, jo vanskeligere er det å oppdage angstlidelsen hos personer med utviklingshemming (Bakken, 2020).

Det å behandle med medikamenter kan gi dårlig resultat. Både fordi effekten vil avta over tid og at pasientgruppen ikke kan formidle og identifisere bivirkninger. Dette vil da øke risiko for feilbehandling, og det er lite forskning å støtte behandlingen på (Bakken, 2020).

2.2 Kognitiv terapi

Berge og Repål (2010) definerer kognitiv terapi som en øvelse i indre samtale der pasienten videreutvikler evnen til å utforske egne tanker og sette spørsmålstegn ved fastlåste tankemønstre. Hovedfokuset er «her og nå» og pasientens behov og opplevelse av situasjonen er utgangspunktet. Det er atferden som vektlegges, ikke symptomet, og det er det som gjør at den skiller seg fra andre behandlingsformer. Tanker og følelser påvirker hvordan vi reagerer på verden og hendelser. Kognisjon er hvordan vi som mennesker bearbeider informasjon, tanker, forestillinger eller hvordan vi husker en bestemt situasjon. Kognisjonen blir påvirket av hvilke følelser vi hadde i situasjonen, og tidligere erfaringer Når et menneske sliter med angst eller depresjon kjennetegnes den mentale aktiviteten som

en strøm av ubehagelige tanker og bilder. De virker «ekte» og troverdige (Berge og Repål, 2010). Det finnes flere modeller innen kognitiv terapi, som for eksempel den kognitive diamant, ABC-modellen og psykologisk førstehjelp. De tar alle utgangspunkt i det samme: tanker, følelser og hendelser.

Det viktigste i kognitiv terapi er å veilede og støtte pasienten til å mestre sine problemer, samtidig som en prøver å endre uhensiktsmessige tankemønstre og atferd forbundet med problemene. Ofte har tankene og atferden vært med på å bidra til problemene. Målet er å finne alternative tanker til de negative indre dialogene. Gjennom et samarbeid der både pasient og terapeut er aktive, sokratiske spørsmål som kan gi refleksjon, og styrke pasienten gjennom å belyse ressurser og evner til å løse problemene. Informasjon om angst og informasjon om terapiformen er viktig for behandlingen. Hjemmeoppgaver er et «varemerke» for kognitiv terapi. Det er viktig å tilpasse informasjonen, hjemmeoppgavene og behandlingen til den enkelte pasient (Berge og Repål, 2010).

2.2.1 Negative automatiske tanker

Det er anslått at vi tenker flere tusen tanker i løpet av en dag. De fleste er automatiske og ikke viljestyrte. De kan trigges av hendelser eller oppstå av seg selv. De automatiske tankene anses som «sanne og gyldige». Eksempler på slike tanker kan være «Alle stirrer på meg», «ingen liker meg», «jeg kan besvime hvis jeg må snakke foran andre», «Jeg er dum», «Jeg fortjener å ikke ha venner», «Jeg kommer til å dø» (Berge og Repål, 2010).

Automatiske tanker er kortvarige, og ofte legger vi ikke merke til dem. De kan kalles selvdrevne tanker. Negative automatiske tanker inneholder ofte en vurdering eller fortolkning om at situasjonen er farligere og mer alvorlig enn den faktisk er. Tankene har ofte negativt innhold i hvordan en ser på seg selv og sine evner til å mestre vanskelige situasjoner. De er lite hensiktsmessige og realistiske, men oppleves som gyldige (Berge og Repål, 2010).

2.2.2 Angst

Fryktsignaler blir tatt imot i amygdala, hjernens alarmsenter, og starter en følelsesmessig reaksjon fortore enn, og uavhengig av vår bevissthet. Innledning til angstanfall er da utenfor vår kontroll. Derfor blir bevissthet ovenfor utløsende tanker og situasjoner viktig for å forstå angsten (Berge og Repål, 2010). Angst innebærer at kroppen er aktivert grunnet en frykt. Du kan få økt puls, svette, tørr munn og skjelving. Kroppen mobiliserer for å møte det den tror er en reel fare. Kroppen får økt adrenalinnivå. Klamme hender, økt muskelspenninger, prikking og nummenhet er også kjennetegn på angst. Alt dette vil gjøre oss klar til hvis vi blir angrepet i mørket, hvis noen truer oss eller annen reell fare. Det er helt naturlige fysiologiske tilstander, som er bra dersom det er hensiktsmessig. Men når dette dukker opp av negative automatiske tanker blir det lite hensiktsmessig. Det kan starte en selvforsterkende spiral. Mange sliter med angst for angsten og unngåelsesatferd i situasjoner. Det kan utvikle seg katastrofetanker, dødsangst, redd for å besvime og redd for å miste kontrollen over sinne. Så bare tanken på situasjonene kan utløse angst anfall (Berge og Repål, 2010).

2.2.3 Levere regler

De negative automatiske tankene kan knyttes til personlige normer, holdninger og verdier. Slike underliggende antagelser kan ha blitt formet av livserfaringer. Dette kalles i kognitiv terapi som grunnantagelser eller primære leve-regler. Det kan være dannet i tidlig barndom, knyttet til ubehagelige eller skremmende opplevelser. Det vil påvirke selvbilde og personlighet. (Berge og Repål, 2010). Spesifikke leve-regler kan påvirker hvordan vi forholder oss i ulike situasjoner. Leve-reglene blir en måte å holde seg unna det ubehagelige på. En slags trygghetssøkende atferd. Ett eksempel er å unngå sosiale settinger, så en slipper å dumme seg ut igjen. Negative automatiske tanker er rigide, ofte vil en se at pasientene ikke er fleksible i å se på tanker som «bare» tanker. Det er en del av deres kjerneoppfatninger (Holdem, 2013).

Holdem (2013) gir eksempler på negative tankemønstre. Vanlige negative tankemønstre kan være svart-hvitt tenking, der det ikke er rom for nyanser. Generalisering, hvis du gjør noe feil en gang, blir tankene at du «alltid» gjør feil. Tanke-lesing, katastrofetanker,

tilfeldige slutninger uten å ha grunnlag for det. Personifisering – alt negative som skjer har med en selv å gjøre.

2.2.4 ABC – modellen

Det er viktig i kognitiv terapi å «se» på tankene, «pause» tankene og bli bevisst dem. Man må øve på å studere sine negative tanker utenfra, og ikke bare føle dem eller godta dem. Tanker er ikke fakta. For å endre negative tankemønstre jobbes det ofte systematisk ut fra skjema eller modeller.

ABC-modellens elementer:

A: Hendelse eller situasjon (Activating event)

B: Tanker om hendelsen (Belive about)

C: Følelser knyttet til tolkning av hendelsen (Consequence of)

Ved å skrive ned tanker kan man bli oppmerksom på dem. En vil få en distanse til dem og har mulighet til å vurdere tankene, og kanskje finne en ny mening ved dem. Dette er viktig når negative automatiske tanker blir sett på som gyldige og «sannheter». ABC- modellen blir en måte å finne negative automatiske tanker og se de i sammenheng med følelser og situasjoner, slik at en kan endre sine egne mønstre (Berge og Repål, 2010).

2.2.5 Sokratiske spørsmål

I kognitiv terapi er det søkelys på hva pasienten tenker, og ikke hva terapeuten tror eller mener. Det er pasientens tanker som er viktig og utgangspunktet for terapien. Sokratiske spørsmål, er spørsmål som åpner for refleksjon. Spørsmålene skal ikke være ledende. De sokratiske spørsmålene skal starte en refleksjon hos pasienten og øke motivasjon til å utforske de negative tankene og gyldigheten av disse. Ved bruk av sokratiske spørsmål og veiledet oppdagelse er målet at terapeuten vil få pasienten til å få frem små element og nyanser, som vil slå sprekker i grunntankene eller levereglene. Eksempler på sokratiske spørsmål: «Hvilken støtte har du for dette? «Kan problemet ses på en annen måte? «Hva ville du sagt til en venn i en slik situasjon?» (Berge og Repål 2010).

2.2.6 Kasusformulering

For å konkretisere og vite hva en skal jobbe med, må terapeuten og pasienten kartlegge hva som har bidratt og opprettholder de psykiske problemene. Dette gir grunnlag for en behandlingsplan. Dette kalles i kognitiv terapi en kasusformulering. Det skal inneholde en liste over pasientens problemer, diagnose, hypoteser om hva som kan ha bidratt til problemene, automatiske tanker – kartlagt gjerne som en ABC-modell, hva pasienten gjør av kompenserende strategier for å unngå ubehag og konflikt (Berge og Repål, 2010). En kasusformulering må også inneholde ressursene til pasienten. Hva er pasientens sterke sider, beste egenskaper, verdier, kreativitet, er man en tålmodig person? Berge og Repål (2010) poengterer også at kartlegging av nettverk og fritidsinteresser er viktig som ressurs, men at det kan være vanskelig for pasienten å se ressursene selv da en er preget av negative tanker. Etter at kartleggingen er gjort skal det lages en prioritert liste over hva en skal jobbe med. Det er et samarbeid mellom terapeut og pasient, og det er viktig med enighet om felles mål, og de må være konkrete.

2.2.7 Relasjon og allianse i kognitiv terapi

I kognitiv terapi er alliansen mellom terapeut og pasient avgjørende for resultatet. I denne behandlingen er pasienten en viktig, aktiv og avgjørende del. Terapeuten er en veileder eller guide. Terapeuten har ingen fasit på svarene, og det krever en innsats fra pasienten. Motivasjon for bedring og endring er avgjørende for positivt resultat av behandlingen. Det anbefales derfor at de første timene benyttes til alliansebygging. Kognitiv terapi baserer seg på manualer og teknikker. Det krever mer av terapeuten, i den grad at en må være fleksibel og ha ferdigheter i å bruke dem (Berge og Repål, 2010).

Ellen Hartmann (2013) har fokus på terapeuten som person. Hun viser til forskning som sier at terapeutens egenskaper overskygger alle teknikker. Hun beskriver en god terapeut som en som prøver å lytte og forstå sine klienter, og som formidler håp, tillit og engasjement. Dialogen går lett og terapeuten ser på pasienten som likeverdige. Blir pasientene kritisk eller sinte, vil de dyktige terapeutene forholde seg roligere og mindre forsvarspreget.

Terapien skal som tidligere nevnt tilpasses pasienten, og det er da viktig at terapeuten «skreddersyr» behandlingen. For å få pasienten til å gjøre hjemmeoppgaver har det vist seg at relasjon og alliansen til terapeuten er avgjørende. Terapeutisk allianse kalles det følelsesmessige båndet og felles forståelse om mål og samarbeid om oppgaver. Det er forsket på hva pasienter mener er de viktigste egenskapene til en terapeut. De viktigste egenskapene er at terapeuten er varm, empatisk og positivt imøtekommende (Berge og Repål, 2010).

2.3 Behandling av psykisk lidelse til personer med utviklingshemming

Utfordrende atferd kan oppstå eller forverres hos personer med utviklingshemming i akutte sykdomsfaser. Alternative dags- og ukeplaner vil ofte være nødvendig for å redusere pasientens oppgavebelastning. Hvis pasienten ikke kan fortelle om sine egne symptomer og plager kan det å sette diagnose ta lang tid. Hvis pasienten eller nærpersoner (familie, miljøpersonell og behandlere) ser på symptomer som en del av funksjonshemmingen kan psykiske lidelser bli oversett. Endret søvnmønster, verbal og fysisk aggresjon, uro, sansebedrag og andre symptomer på stress er også symptomer på psykisk lidelse (Bakken, 2020).

2.3.1 Kognitiv terapi til personer med utviklingshemming

Bakken (2020) mener at pasientgruppen vil ha samme nytte av samme type som den generelle befolkningen, men at den må tilpasses den enkelte. Både ut ifra grad av utviklingshemming, måte å kommunisere på, og eventuelle tilleggsvansker. Men påpeker at denne gruppen pasienter har ofte liten mulighet til å gi uttrykk for om de ønsker behandling eller ikke.

Kognitiv terapi som kombinerer pedagogikk og atferdsterapi har dokumentert effekt på personer med utviklingshemming. Det pedagogiske aspektet ses på som nødvendig for at pasienten skal kunne forstå sine egne reaksjoner. Ofte har pasientgruppen med utviklingshemming erfaring med å mislykkes. Derfor er det svært viktig at det er konkrete små delmål, slik at det er realistisk og at pasienten føler mestring. Hvis pasientens

kognitive evner ikke gjør at en greier å formulere en målsetting må terapien deles i enda mindre mål. Det kan være lurt å ha en støtteperson med seg (Bakken, 2020).

Kognitiv terapi tar sikte på å endre tankemønstre, og Bakken (2020) viser til forskning om at dette er en behandlingsform som virker på personer med utviklingshemming:

- Tilpass krav og oppgaver i hverdagen. Pasientene er ofte sårbare for krav. Vanlige gjøremål kan bli for store i sykdomsperioder.
- Tilstrekkelig ro og hvile.
- Psykoedukasjon. Det å lære om angst, kroppslige reaksjoner og måter å møte problemet på. Gjerne i form av en sosial historie.
- En sosial historie skal inneholde informasjon om hva som skjer i en sosial situasjon, hva man bør gjøre og hva som er vanlig å gjøre. De kan hjelpe å finne riktig ord på riktig følelse, og komme med forslag til alternative måter å handle på.
- Terapitimene vil kunne framstå som undervisning, og dette gjør det mindre krevende for pasienten.
- Tenk over språket. Vær forsiktig i bruk metaforer og ironi. Det er vanlig at pasienten tar alt i bokstavelig forståelse.

2.3.2 Spesielt om Alliansebygging

Å lage en relasjon preget av trygghet og tillit med personer med utviklingshemming kan ta tid. Funksjonsnedsettelse og svikt i omgivelsene spiller inn. Det å hele tiden være bevisst og reflektere over sin egen væremåte som terapeut er viktig. Det å bruke miljøet og omgivelsene for å skape tillit, og bruke tiden for å bli kjent (Bakken, 2020).

Jahoda, A. m.fl (2009) har forsket på maktbalansen mellom terapeut og pasienten med utviklingshemming. I normalbefolkningen kan relasjons- og alliansebygging ta inntil 5 økter/timer. De mener at det kan ta opp mot 9 økter/timer hos personer med utviklingshemming. Både på grunn av kognitive og kommunikasjons utfordringer.

Når pasienten har nedsatte kognitive evner må en være mer oppmerksom på kroppsspråk, bevegelser og gester. Det krever at terapeuten er nysgjerrig, utholdende og er til stede i samhandlingen for å «lese» pasienten. Bakken (2020) påpeker at det er viktig med rom i

samtalene til å snakke om eller gjøre noe sammen, som ikke er direkte knyttet til problemområdene. Humor og lek vil bidra til trygghet og tillit og gjøre at man blir kjent. Dette kan minske spenning og stress. Og ikke minst at pasient og terapeut får pusterom og hvile. Det kan være virkningsfullt å vike fra rammene i terapien.

3.0 EMPIRI:

Her skal vi møte en pasient jeg har møtt i mitt arbeid med utviklingshemmede i kommunen. For å sikre personvern, har jeg endret en del informasjon om pasienten. Jeg har både lagt til og trukket i fra informasjon for å sikre konfidensialiteten,

Marte er ei jente i tidlig 20 årene. Hun bor i bemannet bolig og har diagnosen lett psykisk utviklingshemming. Hun har bodd hjemme med familien til hun var ca. 13 år. Etter dette ble hun gradvis flyttet til barnebolig. Tenårene har vært vanskelig og den tidligere blide jenta har fått mer og mer problematferd. Hun har nå 2:1 bemanning grunnet manglende impuls kontroll, selvskading og utagering. For å få mest mulig stabilitet rundt Marte jobber vi i medlever turnus, der vi nå er sammen med henne i 3-4 døgn per periode. Hun kan slå på vinduer til de knuser, kaste gjenstander på personalet, brøle og skrike, komme med trusler mot både personal og seg selv. Hun sliter med å opprettholde relasjoner i sosiale sammenhenger, og det gjør at hun føler seg mye ensom. Hun har mye fravær fra den tilrettelagte arbeidsplassen, da hun er redd for å skade andre. Behandler fra spesialisthelsetjenesten har begynt med samtaler med Marte, og har vurdert at mye av hennes utfordrende atferd er relatert til negative automatiske tanker og angst. Det er nå bestemt at vi skal prøve kognitiv terapi for å se om det kan dempe hennes angst.

Jeg har jobbet med Marte i flere år. Jeg har observert og vært sammen med henne i gode og vanskelige perioder. Hun blir lei seg og sliten i etterkant av utageringsepisoder. Her vil jeg fortelle om noen situasjoner og hvordan møtene med henne er gjennom noen måneder.

Marte er lett å bli kjent med. Hun elsker å møte nye mennesker. Sånn var det da jeg begynte og. Vi fikk fort en god tone. Å pusle puslespill er viktig for Marte, og ikke sjelden har hele spisebordet vært fylt av brikker. Jeg har sortert puslespillbrikker for henne, mens hun pusler. I disse timene er det lettere å prate med Marte. Vi har snakket om morsomme historier og minner, grenser, prevensjonsmiddel, vanskelige opplevelser i barndommen og hennes fremtidsønsker. Hun er og svært opptatt av å strikke, så vi har strikket uendelig mange masker sammen og hatt gode samtaler. Både når hun pusler eller strikker fremstår hun ofte som trygg. Hun kan bruke disse hobbyene til å roe seg ned i vanskelige perioder, men også for å kose seg.

Marte har fått i hjemmeoppgave av behandleren sin å fylle ut noen skjema. Disse er om følelser. Det er tegneseriefigurer som har karakteristiske tegn som sint, glad, trist og redd. Hun skal finne ut hva som kjennetegner følelsene. Hun syntes det var spennende å få «lekseser». Behandler starter forsiktig for å komme inn på tema. De har ikke snakket om terapiformen enda, men prøver å bygge opp interessen og motivasjonen til Marte. Vi i personalgruppa skal hjelpe henne med leksene. Det er laget et opplegg der vi i personalgruppen er med på deler av samtalene med behandler, både for at Marte skal føle seg trygg og for at vi skal følge opp mellom timene.

Leksene gjøres raskt. Helt til hun kommer til karakteren som er «sint». Da vil hun ikke mer. Hun går opp på rommet sitt. Jeg setter meg ned og strikker i sofaen. Etter noen minutter kommer Marte til stua igjen. Hun setter seg ned og strikker hun og. Vi snakker om hverdagslige ting en stund.

Terapeut: Hva skjedde i stad da du gjorde oppgavene dine?

Marte: vanskelig... orker ikke. *(Marte strikker forttere, og ser opp på meg flere ganger med raske usikre blikk.)*

Terapeut: Kan du si litt om hva som er vanskelig?

Marte: Det er den ene greia der. Jeg vet ikke hva som er riktig svar. Det går ikke. Jeg har gjort tre av dem, men den siste går ikke.

Terapeut: Jeg synes at du har vært skikkelig flink med oppgavene. Og du har imponert meg. Det er ikke så enkelt å ha lekseser om følelser. De er jo egentlig inni oss, og så må du skrive de på papir liksom. Vet du hvorfor det ikke går å gjøre den siste?

Marte: Jaaa... Tenk om jeg blir sint på ordentlig når jeg skriver om sint.

Det har gått ca. 1 måned og Marte vet nå at en blir ikke sint ved å bare tenke på ordet «sint». Marte har fått i lekse av behandler å finne situasjoner og hendelser som hun synes

er vanskelig og vonde. Marte tør ikke kjenne på dette alene, og en dag vi pusler puslespill virker Marte motivert til å snakke om dette.

Terapeut: Du Marte, av og til kan jeg bli så spent at jeg nesten ikke får puste. Har du det sånn noen ganger?

Marte: Ja, og så får jeg sånn vondt i magen.

Terapeut: Off, det er skikkelig dritt. Kan du fortelle en gang du hadde det sånn?

Marte: ... På lørdagen, før Morten fra klassen skulle komme på pizza. Da jeg..... ble så sint og knuste de fatene.

Terapeut: Du ble sint før han kom? Hva ble du sint for?

Marte: At han helt sikkert ikke ville komme. At han bare sa det på skolen, og så blir jeg alene igjen!! Han liker meg ikke. Ingen liker meg!

Vi har jobbet en stund med å bli trygg på følelser. Marte har hatt i lekse å fylle ut ABC – skjema. Prøver å kartlegge de vanskelige tankene, gjennom hverdagen.

Marte går rastløst frem og tilbake. Hun venter på en telefon fra bestemor.

Terapeut: Hva tenker du på nå Marte?

Marte: At bestemor ikke kommer til å ringe. At hun ikke bryr seg! Hun er ikke glad i meg lenger.

Terapeut: Marte, nå vil jeg at vi prøver å gjøre sånn som i leksene dine. Hva tenker du om det?

Marte: Ja. Litt da i alle fall.

Terapeut: Hvilke støtte har du for at hun ikke bryr seg?

4.0 DISKUSJON

4.1 Hvordan fikk jeg en relasjon med Marte

I historien om Marte møter vi ei dame med diagnosen lett psykisk utviklingshemming. I barndommen var hun ei blid og glad jente. Fra 12 års alderen ble det tiltagende utfordrende atferd. Hun har nå manglende impuls kontroll og kan true/skade personalgruppen og familie. Hun sliter i de fleste sosiale sammenhenger og har mer og mer fravær fra jobben. Jobben trives hun i utgangspunktet i. Det blir lett misforståelser, både for Marte, men også mennesker hun møter. Det er lett å overvurdere Marte for hun har ingen synlige tegn på sin diagnose. Men hun har mange store følelser og har reduserte kognitive evner. Jeg får raskt god kontakt med Marte og hun vil inkludere meg i sine hobbyer. Relasjonen mellom meg og pasienten har allerede startet, og jeg føler hun har litt tillit til meg. Berge og Repål (2010) sier at alliansen mellom terapeut og pasient er avgjørende for resultatet.

Men i den gryende relasjonen jeg føler vi har kjenner jeg at den ikke er sterk nok til at vi har en terapeutisk allianse. Bakken (2020) poengterer at det kan ta tid å lage en relasjon med mennesker med utviklingshemming, som er basert på trygghet og tillit. Da pasientene har reduserte kognitive evner, svikt i kommunikasjon og samhandling må en bli kjent med både pasienten, men og sitt eget kroppsspråk og gester.

Marte elsker puslespill. Jo flere brikker jo bedre, og et puslespill under 1500 brikker er ikke interessant for henne. Dette er en stor lidenskap. Når man er over 20 år, utviklingshemmet og vil pusle på stua i mange timer, kan det bli både mye «rot» og irritasjon for personalet. Personalet har også ofte i oppgave å holde huset i orden, lage mat og samhandle med pasienten. Men jeg ville bruke puslespill som en relasjonsbyggende aktivitet. For å vise at Martes interesser var viktig for meg, og at jeg ser på oss som likeverdige, foreslo jeg at vi kunne rydde av spisestuebordet. Første dagen spiste vi middag i sofaen, så vi ikke måtte rydde bort vårt flotte arbeid. Jeg sorterte brikker og Marte puslet. Vi satt mange timer i gangen. Vi kom nærmere, og vi snakket både om vanskelige og morsomme temaer. Vi ble kjent og trygge på hverandre, mens vi gjorde noe sammen. Latteren satt løst og vi koste oss. Hartmann (2013) mener at for å være en god terapeut må en prøve å lytte og forstå sine pasienter, og at man er likeverdige i relasjonen.

Fluttert, Bjørkly og Dale (2020) viser hvordan feil diagnose og feil tilnærming kan gi store skader i en persons liv. Vi får følge en pasient som blir møtt med lite empati og atferden blir feiltolket. Personalet bruker mye tid på å dempe aggresjonen ved bruk av tvang og makt. Med veiledning fra spesialister og en holdningsendring hos personalet møtes nå pasienten med empati og setter søkelys på brukermedvirkning. Samspillet og samhandlingen er endret etter mange år i «feil spor» og med feil diagnose. Marte sin atferd blir ofte sett på som barnslig, manipulerende, og at hun «gjør det med vilje». Hvis man heller forstår hennes oppførsel som symptomer på angst, som Bakken (2020) viser oss, vil en kunne se på Marte med mer åpenhet og nysgjerrighet som gjør det lettere å lage en relasjon som tåler vanskelige situasjoner og følelser.

Marte har mange erfaringer med å føle at hun mislykkes. Det at hun måtte flytte ut fra familien til barnebolig har preget henne. Hun har ingen venner annet enn bekjente. Hun føler seg mye ensom. Utagering og manglende impuls kontroll gjør at hun må ha 2:1 bemanning døgnet rundt, og vi må ofte gripe inn for å korrigere hennes adferd. Det vanskeligste for henne er å slippe inn andre mennesker til det som er sårest for henne, stole på andre og ikke bli sviktet. Vanskelige situasjoner og hendelser ender oftest i utagerende adferd der hun kan knuse tallerkener eller vinduer, eller drapstrue personalet.

Bakken (2020) setter krav til at terapeuten må være bevisst på sin egenværemåte og reflektere over denne. Hun sier også at det å bruke omgivelsene, miljøet, lek og humor kan hjelpe å bygge relasjonen. Hvis en bare pusler for å få tiden til å gå kan det virke meningsløst for omgivelsene. Man kunne kanskje heller ha vasket vinduene, når Marte allikevel puslet. Men ser vi på timene med pusling som relasjons- og alliansebygging er det viktige og avgjørende timer som legger grunnlag for videre samarbeid. En terapeutisk allianse.

Jahoda m.fl. (2010) har i sitt arbeid sett på tidsperspektivet for alliansebygging til personer med utviklingshemming, og har funnet at en trenger opp mot dobbelt så lang tid som for normalbefolkningen, opp mot 9 behandlingstimer før en kan begynne å tenke kognitiv terapi. Dette styrker min vurdering av å bruke mange timer på puslespill for at jeg og Marte skulle bli trygge og kjente med hverandre. Hun er redd for å stole på andre, for hun har erfaring med at relasjoner blir brutt.

4.2 Forberedelse til kognitiv terapi

Norge har i flere år sett på problematferd blant personer med utviklingshemming som en del av diagnosen (Bakken 2020). England og Australia har lenge hatt forskning og fokus på mennesker med utviklingshemming og psykisk lidelse. Baldwin m.fl. (2021) anslår at psykiske lidelser er anslått som 2-3- ganger høyere enn i befolkningen generelt. De trekker også frem, som Bakken, at det skjer ofte en diagnostisk overskygging.

Behandler har vurdert at Marte viser tegn på angst og er preget av negative automatiske tanker. I empirien ser vi at før hun skal få besøk, selv om de er lystbetonte og forbundet med glede, ender det ofte med utagering og vanskelige situasjoner for Marte. Hun har negative automatiske tanker om at hun blir forlatt av de hun er glad i, at ingen vil være venner med henne, at hun er farlig og redd for ordet «sint». Leveregler dannes fra tidlig barndom, grunnantagelser om oss selv – hvordan vi ser på oss selv. De former oss, hvordan vi vil reagere i ulike situasjoner for å unngå de ubehagelige situasjoner. Det er en slags trygghetssøkende atferd (Berge og Repål, 2010).

Ut ifra dette kan vi forstå Martes atferd, at hun har et lidelsestrykk grunnet negative automatiske tanker, angst og leveregler i ulike situasjoner, og at hun ikke bare er «vanskelig» eller som en del av hennes utviklingshemming. Det bestemmes at vi skal introdusere kognitiv terapi til Marte.

I kognitiv terapi skal terapeuten og pasienten være aktive. Terapeutisk allianse er avgjørende for resultatet. Pasienten må være motivert for endring. Det skal være søkelys på hva pasienten tenker, og det skal være utgangspunktet i terapien. Terapeuten har ikke fasit. Pasienten skal lære teknikkene og forstå sammenhenger mellom atferd, tanker og følelser (Berge og Repål, 2010). Alt dette krever kommunikasjonsferdigheter og kognisjon. Personer med lett utviklingshemming har reduserte evner på disse områdene. IQ ligger på 50- 69, og en mental alder på 9-12 år (Lorentzen 2007). På bakgrunn av dette kan man tvile om det vil gå med kognitiv terapi for Marte. Kan hun skjønne hva terapien innebærer? Er dette bortkastet tid?

For å få henne motivert og delaktig i sine egne utfordringer startet vi forsiktig. Først var det å bli bevisst på de forskjellige følelsene. Behandler hadde tilpasset oppgavene til Martes mentale nivå, det var tegneseriefigurer som viste følelser, og hun skulle beskrive med ord hva som gjenkjente følelsene. Terapien skal ifølge Berge og Repål (2010) tilpasses den enkelte pasient. Bakken (2020) poengterer at en må kombinere pedagogikk og atferdsterapi for å få resultater på kognitiv terapi til denne pasientgruppen. Psykoedukasjon blir viktig, da pasientgruppen har ofte blitt undervurdert tidligere, eller mistet grunnleggende læring og sammenhenger grunnet utviklingshemmingen. Terapien kan framstå som undervisning. Å ha en slik start inn mot kjernen av Martes utfordringer, så ut til å ha en gunstig effekt. Hun ble mer og mer ivrig, og snakket om følelser flere ganger i perioden. Fra å kun kunne fortelle hvordan hun hadde det med beskrivelsen «vondt» i magen, begynte hun etter hvert å differensiere følelsene sine og kunne fortelle om det var «trist vondt», «forelska vondt» eller «redd vondt». Vi kom også til slutt inn på følelsen sint, som beskrevet i empirien.

Baldwin m.fl. (2021) startet et forskningsprosjekt i Australia. De testet et dataprogram for personer med lett utviklingshemming som var bygd opp som tilpasset kognitiv terapi. Men allerede i pilottesting kom de til en stor hindring. For å benytte seg av programmet var det passordbeskyttet grunnet personvern. Brukerne greide ikke å nytte seg av programmet uten hjelp. De måtte bygge om programmet, slik at ingen sensitive opplysninger ble lagret, og programmet var åpent og tilgjengelig for de som var med i prosjektet. Det viser at en må kjenne pasientene eller brukergruppen. Det å være adaptiv, lydhør, nysgjerrig, kjenne pasientene og løsningsdyktig er viktig for å kunne få resultat.

For å få Marte til å bli mer bevisst tankene sine, og reflektere rundt dem, prøver jeg å bruke sokratiske spørsmål. Hun har vist tidligere at hun er redd for følelsene sine, og har et innlært handlingsmønster. Dette skal vi se nærmere på når jeg beskriver hvordan vi brukte ABC-modellen sammen med Marte senere. De sokratiske spørsmålene skal få fram pasientens tanker, og sette utgangspunkt for terapien. Denne spørreteknikken skal prøve å få pasienten til å utforske de negative tankene og til slutt slå sprekker i levereglene (Berge og Repål, 2010)

Marte har gjort tre av de fire leksene. Marte går fra å lese ordet «sint» til å kjenne ubehag. Hun blir urolig, slutter med oppgavene og går fra stua. Ut ifra hvordan jeg kjenner Marte

går jeg også bort fra oppgavene og setter meg ned og strikker. Det er en lystbetont aktivitet og har en beroligende effekt. Marte kommer raskt tilbake og strikker hun og. Jeg prøver å bruke miljøet og omgivelsene for å få Marte tilbake til sitt toleransevindu. Der hun ikke er angstpreget, aktivert eller apatisk. Der mulighetene og endringene kan skje. Marte har tillit til meg, og kanskje vi kan utforske sammen hva som er vanskelig. Jeg prøver å bruke sokratiske spørsmål for å starte refleksjon hos henne.

«Hva skjedde i stad da du gjorde oppgavene dine?»

Hun svarer at det er vanskelig. For meg kan det virke som hun ikke vil kjenne på det, og ikke snakke om det. Men hun går ikke fra sofaen, så jeg fortsetter.

«Kan du si litt om hva som er vanskelig?»

Det virker som hun tør å tenke litt på hva som skjedde, men samtidig at hun er usikker. Det er den «greia der». Hun er ikke vant til å uttrykke seg, og redd for å kjenne på hva «greia» er. Etter hvert klarer hun å si at hun er redd for å miste kontroll, redd for å bli sint av bare å tenke på ordet. Hun ser lettet ut. Og vi nærmer oss en utvikling av Martes forståelse på tanker, følelser og atferd. Hun erfarer at hun kan snakke om følelsen sint, uten at hun knuser eller truer noen. Dette er ett skritt på veien for kasusformulering.

Marte har fått i oppgave av behandler å finne situasjoner som er vanskelig for henne. Vi sitter og legger puslespill sammen. Jeg vurderer at hun er i toleransevinduet, og at vi kan jobbe med kartlegging av vanskelige situasjoner. Jeg som personal har god erfaring å vite hva som er vanskelige situasjoner for Marte. Det er lett å gå i en slags «terapeutisk felle», der man mister nysgjerrighet og ser på seg selv som en ekspert. Så jeg holder mine teorier for meg selv. For at hun skal styre terapien, og være en aktiv deltaker må hun identifisere situasjoner som er vanskelig selv. Og det er spennende og givende å bli kjent med Marte fra hennes indre private side.

«Du Marte, av og til kan jeg bli så spent at jeg nesten ikke får puste. Har du det sånn noen ganger?»

Her svaret hun kontant ja, og beskriver at hun får vondt i magen. Det er delvis ledende spørsmål. Ut ifra hvordan jeg kjenner Marte, vet jeg at hun ikke liker å være annerledes. Hvis andre nærpå personer har opplevd noe lignende, er det lettere å få Marte til å snakke. Siden hun legger til at hun får vondt i magen, føler jeg meg sikrere på at det er hennes

svar, og ikke bare for å kopiere min påstand. Jeg velger da å fortsette samtalen med utgangspunkt i sokratiske spørsmål.

«Kan du fortelle en gang du hadde det sånn?»

Hun identifiserer og tør å tenke på en ubehagelig hendelse. Hun forteller at hun ble sint før en klassekamerat skulle komme på besøk. Det var da hun da knuste fatene.

«Du ble sint før han kom? Hva ble du sint for?»

Marte svarer: «At han helt sikkert ikke ville komme. At han bare sa det på skolen, og så blir jeg alene igjen!! Han liker meg ikke. Ingen liker meg.»

Her kommer Martes tanker frem, det hun er redd for. Det viser hennes leveregler, og hennes negative automatiske tanker. Marte har følt seg ensom store deler av livet. Ikke hatt nære venner, måtte flytte fra familien. Det kjennes som et gjennombrudd, både for Marte og for meg som terapeut.

Marte har begynt å bli en aktiv del av kognitiv terapi, uten at hun vet dette helt selv. Det vurderes at hun begynner å bli klar for introduksjon til terapiformen.

4.2 Kognitiv terapi til Marte

Bakken (2020), Hartmann (2013) og Berge og Repål (2010) mener alle det er viktig at terapien tilpasses den enkelte bruker. Man skal være åpen om teknikken, psykoedukasjon og det skal være en respekt og likeverdighet mellom terapeut og pasient. At vi introduserte kognitiv terapi i «blinde» for Marte kan det stilles spørsmål ved. Bakken (2020) sier at terapitimene kan ligne litt på undervisning. Det er nok det terapien i perioder har vært frem til nå. Grunnleggende læring om følelser, og å kjenne på de ikke er farlige. Vi har også hatt samtaler om hva angst er, negative automatiske tanker. Terapien er lagt opp skrittvis.

Marte er ikke vant til å mestre så mye. At vi tar det i hennes tempo, og ikke skal forte oss til resultat er krevende for oss som personal.

Etter at utfordringer, diagnoser, negative automatiske tanker, hypoteser om hvorfor det er blitt slik er kartlagt, skal det lages en prioritert liste over hva en skal jobbe med. Det er et samarbeid mellom terapeut og pasient, og det er viktig med enighet om felles mål, og de

må være konkrete (Bakken, 2020). Marte ble med på å lage en kasusformulering. Vi kalte det «mål», og hun lagde tre delmål:

1. Jeg skal si fra når jeg har det vanskelig.
2. Jeg er bra nok!
3. Bestemor er glad i meg og vil være i livet mitt.

Marte vil ikke være slem. Det hun legger i å være slem er å ødelegge ting, rope og true personalet. Hun skal ikke ha for høye krav til seg selv. Hun skal stole på at bestemor blir i livet hennes. En kasusformulering skal også inneholde ressurser. Det var vanskelig for Marte. Hun ser ikke så lett sine positive sider. Etter mye jobbing fikk vi også fram disse. Hun kunne til slutt si at hun var ei glad jente, flink å strikke, elsket musikk, liker mennesker, mester i å pusle, er snill og vil klare seg mest mulig selv.

Vi skrev ned de tre delmålene og hennes ressurser. De hang på oppslagstavlen på kjøkkenet. Dette for at alle i personalgruppen skulle hjelpe Marte med terapien og ha fokus på hva vi jobbet med.

Da Marte ble introdusert for ABC-skjemaet syntes hun det var spennende. De første arkene hadde eksempler så hun lettere skulle skjønne tankegangen. Vi brukte flere dager før vi fikk ned på papiret hennes situasjon. Marte lagde, med noe bistand fra meg, et ABC-skjema for situasjonen da hun ventet på telefon fra bestemor.

A (Situasjon)	B (Tanker om)	C (Konsekvenser av)
Venter på telefon fra bestemor.	Bestemor kommer ikke til å ringe. Hun bryr seg ikke om meg. Hun er ikke glad i meg lenger.	Går fram og tilbake. Sjekker telefonen hele tiden. Begynner å svare med høy stemme. Hjertet dunker hardt. Greier ikke gjøre noe, kan ikke sitte i ro.

Marte får en skjematisk framstilling av situasjonen, tankene og reaksjonene/følelsene. Det gjør det lettere for Marte å «se» på tankene sine, tørre å kjenne på følelsene. Dette skal gjøre Marte mer bevisst på hva som skjer, og gi henne muligheter til å endre sin atferd. I Martes verden pleier hun å gå fra A til C, hun hopper over B. Hun har blitt skuffet og avvist flere ganger av mennesker hun vil være nær, mangler impuls kontroll, har leveregler som støtter hennes måte å søke trygghet på. Det er bedre for henne å bli holdt fast av personalet eller få kjeft, enn å bli sviktet av bestemor.

Vi jobber med videre skjemaet, og tenker om det kan være andre grunner til at bestemor ikke ringer når hun skal. Marte kommer med forslag om at bestemor kanskje må jobbe lengre på jobben, kanskje hun er på do, kanskje hun snakker med noen andre. Marte synes det er morsomt å finne alternative tanker. Mange samtaler vi hadde dreide seg om tanker om tankene – en metakognisjon. Det er en avansert måte å se på problemer og tanker. Selv med hennes nedsatte kognitive evner fikk vi til tanker om tankene.

4.3 Empowerment- et fancy ord?

Fra 1990-tallet har det vært blitt et klart fokus på brukermedvirkning. Det har vært en sentral målsetting i omsorgspolitikken. Askheim (2020) poengterer at Helsedirektoratet har skrevet i sine retningslinjer at tjenestene har plikt til å involvere brukerne, det er ikke noe en kan velge å forholde seg til eller ikke. Dette er ganske tydelige føringer, men jeg er usikker på om det blir fulgt i det ganske land. Jeg har jobbet i 16 år med psykisk utviklingshemmende og det har ikke vært styrt av brukermedvirkning så direkte. Brukermedvirkning koster penger, ressurser og en endringsholdning i alle profesjonene som jobber med personer med utviklingshemming.

Det ble bestemt at vi skulle prøve kognitiv terapi på Marte, uten at hun var med å bestemme dette. Behandler bestemte dette. Personalet ble opplyst om dette, og Marte fikk vite det noen måneder etter oppstart. Det skal være åpen agenda i kognitiv terapi, det skal være pasienten som driver ønsket om endring (Repål og Berge, 2010) Marte fikk ikke være med å bestemme valg av terapiform, og fikk ikke informasjon i begynnelsen om hva agendaen for hjemmeoppgavene var. Dette kan skape tillitsbrudd mellom meg som terapeut og Marte som pasient. Behandler fra spesialisthelsetjenesten eide prosjektet og behandlingen. Men vi som personal måtte støtte og veilede Marte i hverdagen. Det kan

være vanskelig å forsvare at jeg ser på henne som likeverdig, når jeg vet hvorfor hun skal gjøre oppgaver, og ikke hun. Maktbalansen er ikke likevektig. Jahoda m.fl. (2009) fant ut at terapeuter må være svært bevisst sin rolle, da det er lett å styre denne pasientgruppen, og man også ikke er «tro» til kognitiv terapi. Men jeg mener at for at Marte i det hele tatt skulle kunne ta et valg om hun ønsket å endre leveregele, redusere angst og være en aktiv del i behandlingen, måtte hun få nok kunnskap til å kunne ta et valg. Hun har vist at hun ikke kan differensiere sine følelser, hun vet ikke hvorfor hun utagerer. Hun vet ikke at hennes atferd tyder på angst, og at hennes tidligere erfaringer former hennes negative tanker i dag. Hartmann (2013) mener at terapien må «skreddersys». Da er det ikke vanskelig for meg å forsvare at Marte ikke visste om agendaen for å lære seg om følelser. Både for at hun får oppgaven som en slags psykoedukasjon og ikke minst bygge opp hennes motivasjon.

Når Marte fikk kunnskap om følelser, og at det finnes hjelp til å få det bedre, ville hun gjerne prøve kognitiv terapi. Det var ikke alltid hun selv kom på muligheten for å bruke teknikken, og fikk da råd av personalet om å tenke på hva behandler hadde sagt, hva slags følelse hun følte, at tankene hun hadde var bare følelser. Bakken (2020) er alltid bevisst hva hun gjør i møte med sine pasienter. Da vil en kunne forstå pasienten bedre og vise respekt og likeverd. Kognisjonen til denne brukergruppen er redusert og lærevansker er utbredt. Det å minne Marte på muligheten til å bruke teknikker, vil jeg si styrker Martes mulighet til brukermedvirkning.

Jeg er utdannet sykepleier, og det kan prege min kunnskap og forståelse om personer med utviklingshemming. Det var nærmest ingenting om dette i min grunnutdannelse, og kun noen kapitler av pensum på videreutdanningen. Vernepleiere har mer om dette i sin utdannelse, og det er flere vernepleiere som jobber med dette. Og de fleste av mine kollegaer har vært vernepleiere. Men jeg har ikke fått inntrykk av eller blitt veiledet av mine kollegaer/ledere som har vært vernepleiere om diagnostisk overskygging, eller at de har hatt en måte å forstå brukerne enn meg. Det kan tyde på at det er lite fremoverlent forskning og at mye av arbeidet er gamle antagelser om diagnosen. Hvorfor det ikke er mer om dette i videreutdannelsen jeg går vites ikke, men i mine år i akuttpsykiatrien har møtt mange pasienter med psykisk utviklingshemming som eneste diagnose.

5.0 KONKLUSJON

Problemstillingen min var: I hvilken grad kan en anvende kognitiv terapi på personer med utviklingshemming?

I de strukturene og teknikker man skal følge i kognitiv terapi vil jeg si i høy grad. Det jobbes fortsatt med Marte og hennes regulering og bevissthet av atferd, tanker og følelser. Når man sier at det skal tilpasse terapien for den enkelte pasient, så har man mulighet til å være veldig fleksibel. Det kan være utfordrende for terapeuten å være fleksibel, men skal man være en god terapeut og få resultat må en være kreativ innen form terapiformens grenser (Hartmann, 2013). Vi kom innom både kasusformulering, skjematinking, sokratiske spørsmål og ikke minst Martes motivasjon for endring gjorde at vi kunne fortsette med kognitiv terapi.

Jeg mener er at det går an å benytte kognitiv terapi til personer med utviklingshemming. I hvilken grad man kan bruke dette avhenger helt av terapeutens mulighet til å være fleksibel, tidsaspekt og at det er nærpasienter rundt som kan hjelpe. Jo mer fokus og forskning det er på denne pasientgruppen jo lettere er det at det kan det benyttes og få gode resultat. Min mening etter å ha jobbet med denne oppgaven er at England og Australia ligger foran oss i både forskning og tankegang, og at Norge bør satse enda mer på dette. Det vil kunne redusere behov for bruk av tvang og makt for personer med utviklingshemming.

Når personalet så på utfordringene til Marte i lys av en angstproblematikk, ble det lettere å skjønne hennes atferd, kartlegge og sette i gang behandling. At vi fikk en forklaring på hennes atferd, ga mer ro i personalgruppen og gjorde det lettere å formidle håp. Selv om vi skal være profesjonelle, så er det lett at man tilegner atferden kun til utviklingshemmingen, og at man som personal bidrar til fastlåste mønstre. Kanskje vi ikke har hjulpet henne slik vi kunne ha gjort fra starten av? Kanskje Martes liv ville sett helt annerledes ut hvis vi hadde tenkt at hun hadde angst i tillegg til utviklingshemming?

Når det er 2-3 ganger høyere sannsynlighet for psykisk sykdom hos personer med utviklingshemming, i forhold til normalpopulasjonen (Baldwin, P, 2021), bør dette være et

satsningsområde. Diagnostisk overskygging, skjuler nok mange psykiske lidelser som til vanlig bare blir tilegnet diagnosen psykisk utviklingshemming.

I min avgrensning er dette en oppgave kun om personer med lett utviklingshemming. Det burde forskes mer på behandling av psykisk lidelse hos personer med utviklingshemming generelt. Jeg tror også at en kan få resultater med bruk av kognitiv atferdsterapi til de med diagnosen moderat-alvorlig psykisk utviklingshemming. Om en ikke kan bruke terapiformen med kasusformulering og alternative tanker, er det nok mye å hente på å ha fokus på diagnostisk overskygging og ikke putte all problematferd som symptom på utviklingshemming.

6.0 LITTERATURLISTE

Bakken, Trine Lise. 2020. 2. utgave. Psykisk lidelse hos voksne personer med utviklingshemming: forståelse og behandling. Oslo:Universitetsforlaget.

Berge, Torkil og Arne Repål.2010. 3. utgave. Den indre samtalen: lær deg kognitiv terapi.Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Hartmann, Ellen. 2013. God psykoterapi. S.21-40. Pax

Haugsgjerd, Svein ... [et al] .2009. 3.utgave. Perspektiver på psykisk lidelse: å forstå, beskrive og behandle. Oslo: Gyldendal akademisk

Holden,Børge. 2017 Miljøbehandling: en atferdsanalytisk tilnærming. Oslo: Gyldendal akademisk

Nettsider:

[Diagnose: Psykisk utviklingshemming - ICD-10 | Naku](#)

Helse- og omsorgstjenesteloven. Lov om kommunal helse- og omsorgstjenester m.m. av 24.06.2011. [Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. \(helse- og omsorgstjenesteloven\) - Lovdata](#)

[Hdir Rapportmal-gjeldende 14.2.19 \(helsedirektoratet.no\)](#), lastet ned 08.39 06.04.22.

Artikler:

Askheim, O.P (2020) Brukermedvirkning – fra politikk til praksis. Hvordan implementeres de politiske målsettingene på bakkenivå? *Tidsskrift for velferdsforskning*, 23: 170-186, 2020 <https://doi.org/10.18261/issn.0809-2052-2020-03-02>

Baldwin, P. A., Rasmussen, V., Trollor, J. N., Zhao, J. L., Anderson, J., Christensen, H., & Boydell, K. (2021). IDTWO: A Protocol for a Randomised Controlled Trial of a Web-Based Mental Health Intervention for Australians with Intellectual Disability. *International journal of environmental research and public health*, 18(5), 2473. <https://doi.org/10.3390/ijerph18052473>

Fluttert, F.A.J., Bjørkly, S. & Dale, K.Y. The impact of a discarded diagnosis and focus on early warning signs of aggression on relations between user and municipal service providers - a narrative of a complex case. *Curr Psychol* (2020). <https://doi.org/10.1007/s12144-020-01055-x>

Jahoda, A., Selkirk, M., Trower, P., Pert, C., Kroese, B.S., Dagnan, D. and Burford, B. (2009), The balance of power in therapeutic interactions with individuals who have intellectual disabilities. *British Journal of Clinical Psychology*, 48: 63-77. <https://doi.org/10.1348/014466508X360746>

Pert, C., Jahoda, A., Stenfert Kroese, B., Trower, P., Dagnan, D. and Selkirk, M. (2013), Cognitive behavioural therapy from the perspective of clients with mild intellectual disabilities: a qualitative investigation of process issues. *Journal of Intellectual Disability Research*, 57: 359-369. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.2012.01546.x>