

Psykoterapi med mennesker med psykisk utviklingshemning

En utfordring i terapi med mennesker med utviklingshemning er deres kognitive begrensninger. Men det nære, oppmerksomme samværet, og et felleskap basert på forståelse og aksept, krever ikke intellektuelle ressurser.

TEKST

Eirin Lorentzen

PUBLISERT 11. februar 2008

ABSTRACT:

Psychotherapy with persons with intellectual challenges

Persons with intellectual disability are at increased risk of developing mental disorders. Therapy with persons with intellectual disability is therefore needed, and it is possible. The psychotherapist can in several respects diagnose the psychiatric symptoms as relational ones, and therapy should be offered as such. By focusing on the emotional quality of the interaction between the patient and the therapist, the therapy can accomplish its main goal: self-development within the patient. The therapist should throughout the therapy offer him/herself as an alliance guide for the patient. The main theoretical viewpoints are self psychology, object relations theory and other aspects of Winnicott's, Bowlby's, and Stern's contributions, included levels of emotional development. The theories and practice are exemplified through case vignettes.

Keywords: psychotherapy, intellectual disability, mental retardation

EMNER

psykoterapi

psykisk utviklingshemming

Psykisk utviklingshemning^[1] er en tilstand av signifikant subnormal intellektuell og adaptiv fungering som manifesterer seg i løpet av barndommen. Diagnosen gis etter en samlet vurdering av intelligens, sosial kompetanse og tilpasningsevne (F70–79, ICD-10; WHO, 1992). En deler gjerne inn i lett (mental alder/MA 9–12 år), middels (MA 6–9 år), alvorlig (MA 3–6 år) og dyp utviklingshemning (MA <3 år) avhengig av resultater på intelligenstester og tester på adaptiv atferd.

Mange mennesker med psykisk utviklingshemning har komorbiditet av psykiske lidelser (Borthwick-Duffy, 1994; Eknes, 2000/2008). Dette gjelder blant annet syndromer der en anser psykiske lidelser som del av et biologisk grunnlag (Mæhle, 1996; Pulsifer, 1996). Hjerneskade, som er et grunntrekk ved utviklingshemning, kan gi

opphav til en lang rekke psykiatriske symptomer og syndromer (Linaker, 1993). I disse tilfellene er det også rom for andre terapeutiske innfallsvinkler enn de som er presentert i denne artikkelen, for eksempel atferdsterapeutisk intervensjon (Eknes, 2000), angstspesifikk behandling (Berge & Repål, 2004) eller medikamentell behandling. Grundig differensialdiagnostikk er av stor betydning for å kunne gi adekvat behandling. Foruten syndromdiagnostisering kan diagnostikken gjøres med PIMRA (The Psychopathology Instrument for Mentally Retarded Adults) (Senatore, Matson & Kazdin, 1985) eller DC-LD (Diagnostic criteria for psychiatric disorders for use with adults with learning disabilities/mental retardation, 2001), der en for eksempel kan identifisere tvangslidelser, bipolare lidelser eller spiseforstyrrelser hos personer med psykisk utviklingshemning. Videre er det viktig å slå fast at det dreier seg om psykisk utviklingshemning og ikke spesifikke lærevansker (Palumbo & Lynch, 2006). Dette kan gjøres innledningsvis med en Wechsler-test og et Vineland-II-intervju, dersom det ikke allerede er foretatt. (En uautorisert norsk oversettelse av Vineland-II er utarbeidet ved Avd. for voksenhabilitering, Ullevål Universitetssykehus.)

Det har lenge vært tradisjon for å overse psykiske lidelser hos personer med psykisk utviklingshemning, og se psykiske plager som en del av grunnlidelsen. DSM-IV-TM (American Psychiatric Association, 2004) ivaretar muligheten til å diagnostisere psykiske lidelser separat ved å plassere psykisk utviklingshemning i akse II, slik at psykiske lidelser kan klassifiseres i akse I. DSM bruker alder for å ekvivalere for den mentale alder en person forutsettes å være i; blant annet antas en alder mellom 9 og 12 år for lett psykisk utviklingshemning. Selv om det er vesensforskjeller i kognitiv utvikling hos normalbefolkningen og hos personer med utviklingshemning på samme mentale alder, har personer med utviklingshemning ofte blitt sett på som barn. En del av teorien det refereres til i denne artikkelen, er fra terapi brukt på barn. Det er imidlertid ingen grunn til at terapien ikke kan brukes på voksne, idet det teoretiske grunnlaget hviler på relasjoner mellom mennesker uavhengig av alder og utviklingsnivå. En oppfatning er at de fleste former for psykiske lidelser hos personer med utviklingshemning kan forklares ut fra utviklingsforstyrrelser i barndommen Corbett (1985). Atferdsforstyrrelser i barndommen tenderer til å forbli uforandret i voksen alder, mens emosjonelle problemer som angst, frykt eller ulykkelighet øker. Terapien det refereres til i denne artikkelen, er med mennesker med mild psykisk utviklingshemning, og med psykologiske plager som arter seg som diffuse, ofte ledsaget av atferdsendringer en ikke kan finne biologisk eller direkte miljømessig forankring til. Disse psykologiske symptomene gjelder for øvrig også for mennesker generelt som søker terapi, der mange har uklare, ordløse og vage symptomer.

Psykiske lidelser

Psykiske lidelser er en gruppe tilstander som gir forstyrrelse i følelsesliv, tenkning og/eller væremåte. Årsaken til psykiske lidelser skisseres gjerne gjennom biologiske teorier eller læringsteorier. Psykoanalytisk beslektede forståelsesmodeller beskriver den menneskelige utvikling som faser der man må mestre visse utfordringer og få tilfredsstilt bestemte behov. Dersom mestringen og behovstilfredsstillelsen ikke er «god

nok», som den britiske psykoanalytiker Winnicott (1991) sier, vil en få mangler i sosiale og mentale ferdigheter, noe som senere utvikling vil bære preg av. Med utgangspunkt i både læringsteorier og psykoanalytiske modeller ser en at personer med psykisk utviklingshemning har dårligere utgangspunkt for utvikling av vellykket tilpasning. Diskrepansen mellom selvbilde, omgivelsenes forventninger og hva en person selv ønsker å være, gir grobunn for utvikling av psykopatologi. Dette vil nå bli utdypet nærmere.

En lang rekke undersøkelser viser at mennesker med utviklingshemninger er særlig sårbare for å utvikle psykiske lidelser (for eksempel Butz, Bowling & Bliss, 2000). Årsaken til at disse har psykiske lidelser i større grad enn befolkningen ellers, kan være et dårligere utgangspunkt, der de som følge av sine handikap er utsatt for å oppleve problemer fra første stund (Linaker, 1991). Det er foreslått at et svekket kognitivt apparat i seg selv kan føre til utvikling av umodne mekanismer som benektning, projeksjoner og sublimering, der disse igjen resulterer i lavt nivå av personlighetsintegrering, svekkelse i selvforståelse og forstyrrelse i objektkonstans (Butz et al., 2000). Et annet synspunkt er at mennesker med utviklingshemning allerede i spedbarnsalder har vansker med å kommunisere med andre, de gir andre signaler enn normalfødte barn og får derav andre tilbakemeldinger (Dietz, Swinkels, van Dalen, van Engeland & Buitelar, 2006). Ifølge Bronfenbrenner (1980) skjer hvert individs utvikling i interaksjon med mikromiljøet (familie, barnehage, skole) og makromiljøet (kulturelle verdier, historiske hendelser, samfunnssyn), som igjen påvirker barnet og dets videre utvikling til voksenalder. Ulike synspunkter på barns utvikling vil også påvirke hvordan man forstår utvikling hos barn med psykisk utviklingshemning. Og det psykisk utviklingshemmede individet har på grunn av sin kognitive begrensning færre påvirkningsmuligheter og er mer prisgitt sitt miljø (Eknes, 2000). Kinsler, Saxman og Fishman (2004) viser at mennesker med utviklingshemning har økt risiko for å bli utsatt for traumer som rusmisbruk, hjemløshet, fysisk eller psykologisk mishandling og seksuelt misbruk.

Menneskets selvfølelse og evne til tilknytning er påvirket av holdningene en blir møtt med i oppveksten. For mennesker med redusert evnenivå og vansker med abstraksjon og resonnering er relasjonelle stressfaktorer og traumer i større grad uforståelige og vanskeligere å takle. Dette kan utløse psykiske lidelser.

Psykiske lidelser og atferdsproblemer er en av de vanligste årsakene til henvisning av personer med psykisk utviklingshemning til spesialisthelsetjenesten (Kohen, 1993). Samtidig kan tilbudet innenfor psykisk helsevern være svært mangelfullt vedrørende både diagnostisering og behandling (Nøttestad & Revis, 2006). Årsaken til mangelfull klinisk psykologisk og psykiatrisk hjelp for mennesker med utviklingshemning kan være blandet: manglende diagnose, manglende anerkjennelse av psykiske lidelser, holdning av resignasjon og manglende interesse, samt at arbeid med psykisk utviklingshemning har blitt betraktet som lite faglig utfordrende. I den senere tid har det heldigvis kommet en økende kunnskap og interesse for dette arbeidet (for eksempel Eknes & Bakken, i trykk).

Det er kjent at mennesker med utviklingshemning er en svært heterogen gruppe, men de har også én fellesnevner: intellektuell begrensning. Etter noen års erfaring i spesialisthelsetjenesten er det min oppfatning at intellektuell begrensning ikke er noen hindring for å kunne nyttiggjøre seg psykoterapi. Mange med mild utviklingshemning responderer på psykoterapi som kan stabilisere og bedre den psykiske helsen. Noen mangler ord for å beskrive tanker og følelser, men har likevel behov for og ønske om terapi. Artikkelen vil ta opp noen av de psykologiske innfallsvinklene som synes fruktbare, og komme med eksempler på dette. Eksempelene er hentet fra terapi med mennesker med lett til moderat psykisk utviklingshemning. Hos mennesker med dyp og alvorlig utviklingshemning kreves en noe annen tilrettelegging (se for eksempel Lorentzen, 1997), men det teoretiske grunnlaget er etter min mening den samme. Mennesker med mild utviklingshemning utgjør omtrent 85 prosent av denne populasjonen (Butz et al., 2000).

Emosjonell utfordring

Evnen til å gjenkjenne og respondere adekvat på emosjonsuttrykk er essensielt i å danne sosiale relasjoner til andre, og er en evne som begynner å utvikles tidlig i livet (Murray & Trevarthen, 1985). Allerede ved halvt-årsalder responderer barnet ulikt på glede og sinne, og ved fire-årsalder kan barnet identifisere glede, tristhet og sinne. Dette er en tidlig forløper til «theory of mind», det vil si en anerkjennelse av at andre mennesker har følelser, en tenkning om at andre tenker (Barr, 2006). I kontrast til denne typiske utviklingsprogresjonen har man funnet at personer med utviklingshemning har problemer med både å gjenkjenne og å produsere emosjonelle ansiktsuttrykk (Rojahn, Lederer & Tassé, 1995). Jacobsen (1998) mener imidlertid at de *har* evne til å gjenkjenne emosjoner hos seg selv, men at de gjennom årelang erfaring har lært å undertrykke de fleste følelser fordi emosjonene ikke har blitt håndtert på adekvat måte av omgivelsene (Sinason, 1992). Den britiske psykoterapeuten Sinason hevder at mennesker med utviklingshemning ofte blir utsatt for en fordummende prosess hvor de må beskytte seg mot smertefulle minner ved å koble ut intellekt og hukommelse. De emosjonelle inntrykkene med nedverdiggelse og ydmykelse blir så sterke at de resulterer i et intellektuelt funksjonstap som igjen bidrar til større funksjonstap enn nødvendig. Hva gjør slike prosesser av repeterende erfaringer med en? Selvpsykologen Daniel Stern (1985) sier at erfaringer blir bearbeidet instinktivt. De blir behandlet på en slik måte at de ser ut til å danne en slags unik subjektiv organisering av det vi kaller selvet.

Den kognitive utfordringen ved terapi med mennesker med utviklingshemning kan minimeres ved at kognisjon ikke er i direkte fokus. Oppmerksomhet, som nevropsykologisk anses som den sentrale porten til resten av de kognitive funksjonene (Lezak, 1995), bakes naturlig inn i terapien, som virker som «oppmerksomt nærvær» (Kåver & Nilsonne, 2005) og vekker til live og optimaliserer personens vekstnivå, for slik å skape et bedre emosjonelt klima for pasienten.

Det skal ikke benektes at en i forhold til denne pasientgruppen må tilrettelegge og imøtekomme i større grad enn vanlig. Det er nærliggende å tro at pasientene på grunn av sine generelle lærevansker trenger flere terapitimer enn normalt fungerende. At pasienten er utviklingshemmet, kommer nesten alltid opp som et tema hos pasienten selv. Det viser seg gjerne gjennom eksistensielle kriser og eksistensielt stress som sorg over å være annerledes og over å måtte forholde seg til sine intellektuelle begrensninger (Sinason, 1992). For personen med psykisk utviklingshemning gjelder det særlig at han/hun har hatt spesielle behov som kanskje ikke har latt seg tilfredsstillende, eller opplevelser som ikke har blitt forstått. Det kan dreie seg om opplevelser knyttet til å holdes utenfor det gode fellesskap, å ikke ha en partner eller egne barn, å mangle en givende jobb, og å møte andres ekskluderende metakommunikasjon med stjalne «du-vet-hva-jeg-mener»-blikk og lure smil. Håpløsheten kommer lett til syne, han/hun har få muligheter til å påvirke. Deler av dette er personen nødt til å forsone seg med. I terapien og gjerne i samarbeid med gode omsorgspersoner kan en sammen finne alternativer. Noen begrensninger kan endres, andre ikke. Å forholde seg kreativt til sin utviklingshemning kan gi en helt særegen kompetanse (Hanssen-Bauer, 1995). Den kreativiteten kan psykologen være med på å utløse.

Når pasientene kommer til terapi, vet mange ofte ikke hva som plager dem. Pasientene er da også ute av stand til å skjønne hva som skal skje, hva man skal bruke disse timene til. Dette er ikke ukjent for psykoterapeuter. Som fagekspert må en kartlegge for å finne ut hvor skoen trykker. Pasienten kan selv erkjenne «at noe smerter», men vet ikke hvor, vet ikke hva. Det er terapeutens ansvar å hjelpe pasienten til å styre gjennom følelsenes farvann. Disse er som kjent høyst subjektive – og samtidig så allmenne.

Man må som terapeut vise stor tålmodighet og vise ydmykhet for pasientens små skritt og ha varsomhet for små forandringer. Men det er først og fremst det kliniske oppmerksomme nærværet og kommunikasjonen som er den legende drivkraften i terapien, å ha oppmerksomhet for hva som skjer i møtet mellom pasient og terapeut. Dette utdypes i de neste avsnittene.

Terapi

Ett viktig mål med psykoterapi er å arbeide med følelser, tanker og opplevelser som har vært eller er så smertefulle at de unngås. For mange pasienter med utviklingshemning gjelder det særlig at han/hun har hatt spesielle behov som kanskje ikke har latt seg tilfredsstillende, eller opplevelser som ikke har blitt forstått. Det allmenne relasjonsbehovet med individets selvopplevelse, selvrepresentasjon, objekttilknytning, kontaktforhold og følelse av tilhørighet (Gullestad & Killingmo, 2005) har ofte ikke blitt imøtekommet fordi personen i samfunnets organisering har blitt psykisk isolert og krenket (jf. Bronfenbrenner, 1980; Sinason, 1992).

Terapien tar hensyn til pasientens kognitive svikt og antar at de psykiske vanskene kan være et kommunikasjonsproblem, både i forhold til andre og til en selv, og til ens egen tidligere livshistorie (McCormack, 1991), for slik å få bearbeidet sine opplevelser. For å få dette til kreves en kontaktflate der oppmerksomt nærvær er en av nøklene.

Den kanskje beste strategien i terapi er å se forholdet mellom pasient og terapeut som et nært og familiært forhold. Samtidig er den terapeutiske prosessen også et slags maktforhold der ansvaret og strategien hviler på terapeuten, men der terapeuten opptrer som en kompetent medspiller i det terapeutiske drama med pasienten som regissør. Dette innebærer naturligvis ikke det samme som å infantilisere pasienten (Misch, 2000). Strategien imøtekommer snarere pasientens behov for at en som er mer moden enn ham/henne selv, veileder ham/henne med respekt gjennom emosjonelle kriser. Som en god og jevnstilt partner legger en opp til et møte med støtte, applaus, grensesetting og beskyttelse, samt forsiktig korrigerende og konfronterende når tiden er moden. Terapeuten opptrer som Kohuts selvobjektfunksjon (Kohut, 1977), og forsøker å være anerkjennende, bekreftende og til en viss grad idealiserbar. Overføringsbegrepet kan benyttes til noe positivt. Pasienten kan ubevisst oppfatte terapeuten som mor eller far, og terapeuten forsøker å være den gode forelder i form av en ansvarlig voksen som innehar mer kraft, mer visdom og mye ubetinget kjærlighet.

I en time spør jeg «Nils» (pasient) på 35 år, ved en anledning som føltes naturlig, hvor gammel han tror jeg (terapeut) er. Han tror jeg er omtrent 60 år gammel. Vi er i virkeligheten nesten jevngamle. Ved nærmere utspørring avkrefte det at det er et tallproblem. Han tror at jeg er like gammel som moren hans. Jeg korrigerer ham ikke.

I klassisk psykoanalytisk forstand skal en slik overføring tolkes. Hvis vi velger å se Nils' utsagn som en overføring, fortolker jeg det slik at han har tillit til meg, han tror jeg har en erfaring og kunnskap som er ham overlegen. Dette utnytter jeg utover i terapien og antar at mine forslag og oppmuntringer har betydning. Det skal bemerkes at Nils hadde et godt forhold til sin mor.

Selvutvikling

En psykoterapis hensikt er ikke alltid konfliktbearbeiding, men snarere selvutvikling. Denne selvutviklingen er pasientens prosjekt. Det er et prosjekt som er sårbart, skamfullt og risikobetont (Karterud, 1997). Sårbareheten over å bringe seg selv til torgs kan lett føre til et forsvar av typen «hjelp meg – lik meg». Noen pasienter har et uendelig behov for å bli likt. Som en god forelder eller som Kohuts selvobjekt bør en bekrefte pasienten på hans/hennes behov. Slik kan pasienten få «være i seg selv», hvilket er målet for sunn selvopplevelse, selvutvikling og selvregulering. Det er også min erfaring at mennesker med utviklingshemning opplever terapi som givende, at det intersubjektive møtet er betydningsfullt for ham/henne. Intersubjektivitet kan sees som eget motivasjonssystem, man ønsker at andre skal bli kjent med en, ønsker at andre skal føle hvordan det er å være en selv.

I en slik terapeutisk tilnærming skal en som terapeut være et levende menneske, en som lokker frem oppmerksomhet og konsentrasjon, en positiv tilknytningsperson som innbyr til livsglede. I samspill med positive tilknytningspersoner etableres indre representasjoner, en symboldannelse, et internalisert bilde av seg selv i lys av en

partner. Ulike samspill med forskjellige mennesker fremkaller varierte bilder av en selv, hos noen mennesker finner en seg mer vel fordi de gir en et godt selvbylde. Hos terapeuten kreves det empatisk innlevelse for å konstituere pasientens selvopplevelse. Man kan si at terapien er en forlengelse av en tilstoppet utvikling. Som terapeut må en innby til en trygg forvissning om pålitelig oppmerksomt nærvær. Pasienten har da mulighet til å utvikle evnen til å tåle eget nærvær, til å tåle seg selv og de tanker og følelser en bringer med seg, og til å bli seg selv.

Slike nærværende øyeblikk (Urnes, 2006) krever ikke forståelse, det er snarere en implisitt relasjonell erfaring uten symbolsk informasjon. Det kan ta bare noen sekunder, et slags fenomen som bearbeides flyktig i arbeidshukommelsen, der selvet tar stilling til det som skjer. Forståelsen og prosessen kommer i forgrunnen og meningen i bakgrunnen – forandringen skjer implisitt.

Betydningen av terapeutens evne til følelsesmessig oppmerksomhet og tilgjengelighet er en avgjørende faktor for pasientens selvutvikling i terapien. Det reparerende arbeidet i forhold til pasientens utvikling må ta sitt utgangspunkt i de emosjonelle kvalitetene som pasienten besitter. Menneskets følelsesmessige repertoar er en kombinasjon av utrustning og tidlige erfaringer. Objektrelasjonsteorien sier noe om hvordan tidlige følelsesmessige relasjoner etableres og utvikles, dvs. vår kontaktutvikling. En tenker seg at de ytre relasjonene omformer seg til indre bilder med emosjonelle valører av både positiv og negativ karakter.

Ett av Winnicots (1991) sentrale poenger er at barnet ikke bør få kontakt med sin egen hjelpeløshet og store sårbarhet. Barnet skal ideelt sett totalbeskyttes både i forhold til psykiske og fysiske krenkelser. Sinason (1992) tenker seg at mennesker med utviklingshemning har møtt mange krenkelser. Mennesker med utviklingshemning som kommer i terapi, har ofte opplevd følelsesmessige relasjoner som har utviklet seg til negativ eller stagnert selvutvikling. De har ikke erfart tilstrekkelig beskyttelse. Mennesker som tidlig i sin utvikling ikke har blitt tatt imot, psykisk «holdt» eller fått omformet uhåndterlige følelser og frustrasjoner, får mindre evne til selv å håndtere sine vanskelige følelser.

Mennesker med utviklingshemning har per definisjon vansker med sosial kompetanse, å skille mellom og å gjenkjenne ulike følelser hos andre og hos dem selv. Ett av terapiens mål er nettopp å styrke evnen til å gjenkjenne ulike emosjoner. Stern (1985) beskriver en følelsesinnstilling som bygger på affektiv resonans. Dette er en utvikling som Stern hevder utvikles tidlig i livet. En nær kontakt med følelsesinnstilling medfører at spedbarnet får en oppfatning av at det er mulig å dele indre psykiske opplevelser med andre. Den voksnes empati blir en del av spedbarnets opplevelse. Den voksne retter sin atferd automatisk og ubevisst ved å matche et aspekt av spedbarnets atferd, hvilket gjør at barnets følelsesmessige tilstand speiles. Dette fenomenet likner det man i terapi kaller «speiling».

Som terapeut er jeg opptatt av regulering av vitalitetsaffekter. I samspillet lar man seg påvirke av pasientens affektive signaler. Affektintoningen innebærer ofte en ikke-verbal

empatisk formidling av å forstå og dele pasientens indre opplevelser. Vi deler felles oppmerksomhet og «leser» følelser. Gjennom å dele felles oppmerksomhet og få den bekreftet av terapeuten utvikles pasientens selvforståelse. Gjennom terapeutens kommunikasjonsmåte skaper anerkjennelsen en romslig relasjon. Terapeuten gir uttrykk for ulike sider ved seg selv, åpenhet, mottakelighet og innlevelse kombinert med terapeutisk strukturering.

Ifølge Røed Hansen (1991) kan beskrivelser av tidlige samspill være nyttige metaforer i terapeutisk arbeid med barn. Hun er særlig opptatt av 1) regulering av vitalitetsaffekter, 2) opplevelsen av å være sammen med «den selvregulerende annen» som lar seg påvirke av barnets oppmerksomhet og affektive signaler, 3) affektinntoning som innebærer ikke-språklig empatisk formidling av å forstå og dele barnets indre opplevelse, og 4) sosial referering til felles oppmerksomhet. Gjennom å dele felles oppmerksomhet og få den bekreftet av terapeuten kan barn i terapi lære intersubjektiv dialog. Det er ingen grunn til å tro at ikke dette også gjelder for voksne. Tilknytningsatferd lar seg ikke så lett utløse hos voksne som hos barn, men tendensen til å monitorere tilgjengeligheten av tilknytningsfigurer fortsetter gjennom hele livet (Urnes, 2005). Det er et allment fenomen som vi hele tiden opererer innenfor. Dette er analogt til den terapeutiske tilnærming som vist i Gullestad og Killingmo (2005) og Kåver og Nilsonne (2005). Disse har skrevet mye om anerkjennelse i terapi, men med andre pasientgrupper.

Innsikt eller relasjonserfaring?

«Terje», 38 år, ba om timer hos psykoterapeut for selvskading. En Wechsler-test, Vineland-intervju, samt anamnese, bekreftet mild psykisk utviklingshemning (F70.0, ICD-10). Terje er verbal, og han gjentar ofte det han tidligere har sagt, men med forskjellige ord. Gjennomgangstemaet er økt press fra venner og bekjente, han opplever seg utnyttet. Han synes selv han har liten kontroll over venners påvirkning. Hypotesen min er at også tjenesteyterne overvurderer ham, og at han lider under dette. Vi rollespiller noen typiske situasjoner. Terje spiller seg selv, jeg spiller venn/tjenesteyter. Jeg uttrykker meg med forsiktighet og innbyr til at han skal få mot og større kraft. Deretter snur vi på det: Terje spiller vennen, jeg spiller Terje. Etter det siste rollespillet blir Terje sittende taus lenge. Han gråter. Han sier han ikke har skjønt hvordan han kan virke på andre. Neste time fortsetter vi rollespillene. Når jeg spiller Terje, legger jeg inn en tydeligere verbal replikkveksling. Terje tar etter når det er hans tur å spille seg selv. Vi spiller ulike situasjoner, etter hvert øker også temperaturen i rollenes atferd. Terje tåler det og legger opp til det.

I disse skuespillene fungerer terapeuten som en rollemodell for Terje. Rollespillene har karakter av imitering hos ham. Imitering er den tidligste formen for læring av holdninger. Dette igjen vil føre til identifisering og endelig internalisering. I Kohuts ånd (1977) kunne man sagt at dette rollespillet lå midt mellom innsikt og relasjonserfaring. Det er sannsynlig at Terje har innsikt i det vi holder på med, samtidig som den viktigste

faktoren later til å være vårt relasjonelle prosjekt. I et relasjonelt prosjekt kan pasienten få styrket sin selvforståelse og selvopplevelse. Ett mål med psykoterapi er å øke pasientens selvfølelse. Rollespill en utmerket måte å styrke selvfølelsen på, der kan en få prøve seg på ulike måter å være på og kjenne hvorvidt det passer en eller ikke. Terje mestret også etter hvert å vise seg selv, å komme frem med sin egen måte å takle vanskelige hendelser på. Tjenesteyterne ble etter Terjes godkjenning informert om noe av terapiens innhold, på en slik måte at de kunne anerkjenne hans grad av autonomi mer enn tidligere.

På grunn av lave selvhjelpsferdigheter er mennesker med utviklingshemning i stor grad avhengige av andre. For å øke kvaliteten på samhandling med mennesker med utviklingshemning søker ofte terapeuten å veilede tjenesteyterne (Lorentzen, 2003). I eksemplet ovenfor med Terje var det påkrevd med veiledning av personalet. Blant annet var personalgruppen delt i hvorvidt de oppfattet ham som utviklingshemmet. I veiledningen fikk de en klar diagnose. Dette økte forståelsen for Terje som individ.

Depresjon i et selvpsykologisk perspektiv

Mange vet ikke selv at de er deprimerte, det oppleves ofte som en dårlig samvittighet fordi de ikke er lykkelige nok, de føler at de ikke strekker til i rollen, og at det meste av hverdagen virker uoverkommelig. «Hvorfor vil du ikke gå og svømme da?», spurte kveldsvakten. «Det er jo for deg svømmebassenget har åpent, og det er derfor vi er her!» (svømmehallen hadde egne åpningstider for boligen, og det var satt inn ekstra personale). I sitt velmenende forsøk på å motivere «Bente» til å gå og svømme overser kveldsvakten at Bente ikke er så begeistret for å bade, og at hun nå kanskje opplever et enormt ansvar for å holde hele bassenget åpent og også være årsaken til at det er ekstra personale. Om hun velger å gå og svømme eller velger å la være, er et like stort dilemma. Begge alternativer skaper ustemthet i forhold til henne selv. Bente er glad i kveldsvakten og vil nødig skuffe henne. Samtidig liker hun ikke å bade, men hun får ikke sagt det godt nok fordi hun også gjerne vil være sammen med kveldsvakten, og hun skjønner at for å være sammen med henne må hun bade. Hun må uansett gjøre noe hun misliker: bade eller unnvære kveldsvakten, og affekten isoleres fordi den knapt persiperes av henne selv og heller ikke deles med andre. For å overkomme dilemmaet, den kognitive dissonansen, må hun dødgjøre følelsene sine. Bente utvikler en depresjon (Monsen, 1990). Dersom denne motiveringsstilen er det rådende klimaet i en persons relasjoner, vil erfaringen etter hvert bli organisert i selvet (Stern, 1985), og depresjonen er manifestert. Dette er en ikke-artikulert, ikke følelsesdelt erfaring som Bente bringer med seg i opplevelsen av seg selv. Selvet er som et opplevelsessenter som organiserer subjektiv opplevelse. Bente blokkerer bevisstheten om at noe skjer, hun stenger ute opplevelsen av egne sensasjoner som «nå er jeg sulten», «nå er jeg trett», «nå vil jeg ikke bade». Dette gjør hun for å forebygge smerte, men hun skaper også en psykisk isolasjon ved ikke å kjenne etter hva som skjer med henne.

Emosjonelt utviklingsnivå

«Peter» ble henvist til spesialisthelsetjenesten, og det ble spesifikt bedt om terapi fra henviserne/omsorgspersonene. Han hadde mye på hjertet og snakket gjerne og lenge om sin fortrefelighet som utøver av idrett, hvilket var betraktelig overdrevet. Folk som jobbet med ham, hadde ham langt opp i halsen og greide ikke å like ham. Han hadde en provoserende væremåte, og var et av de tilfellene som henvises først og fremst fordi omsorgspersoner rundt plages ved hans vesen. Etter noen runder får man en aning av hans psykiske konstitusjon. Han er angstfylt. Hans angst for å bli avvist er særdeles lett mobiliserbar, og viser seg i form av tvil og usikkerhet. Det kan tolkes som en separasjonsangst. Hans hang til perseverasjon kom tydelig til uttrykk i disse situasjonene. Han satt fast i en tankerekke eller emosjonell tilstand med gjentakende repetering, og manglet den fleksibiliteten som abstrakt tenkning kan bidra med når perseverasjoner skal brytes. På den måten opptrådte han kontrært til sine ubevisste intensjoner; istedenfor å knytte til seg andre mennesker ble han avvist av dem.

Etter Bowlbys teori (for eksempel Bowlby, 1969) vil en kunne si at Peters opptreden var instinktiv tilknytningsatferd, et slags forsøk på driftstilfredsstillelse. Det kan også forstås ut fra det Winnicott (1960) ville kalt manglende «holding», at omgivelsene og omsorgspersonene ikke er «objektrepresenterende», dvs. fyller funksjoner et godt objekt må ha. Objektrelasjonsteoretikere hevder at repetisjonstvang er en måte å løse uløste traumatiske erfaringer på. På et mer tilgjengelig språk ble dette forklart personalet. De fikk en større forståelsesramme for Peters atferd, og det gjorde at de taklet ham bedre. Parallelt med å gi personalet større handlingsrepertoar for å imøtekomme Peters behov og gi ham den omsorgen han etterspurte, arbeidet vi i terapien med å trygge hans behov for selvbekreftelse og tilknytning, samtidig som han fikk både eksplisitte og implisitte forslag til hvordan man kan møte andre, en opplæring i sosiale ferdigheter.

Mennesker med psykiske vansker ligger ofte etter i emosjonell utvikling. Dosen (2005) mener at det er hensiktsmessig å identifisere det emosjonelle utviklingsnivået hos mennesker med utviklingshemning. Nivået og kvaliteten i personlighetsutviklingen spiller en viktig rolle for både grad av sårbarhet og hvilke mestringsstrategier han/hun bruker, det vil si den psykiske forstyrrelsens presentasjonsform. Personlighetsutviklingen deles inn i ulike faser som en psykisk forstyrrelse kan identifiseres etter. Hvis pasienten med utviklingshemning viser tilknytningsforstyrrelser (eksempelet med Peter), kan man si at hun/han emosjonelt befinner seg i nivået for 6–18 måneder, sosialiseringsfasen der en utvikler sikker tilknytning. Å inkludere det emosjonelle utviklingsnivået er en ny metode i diagnostisering av psykiske forstyrrelser hos personer med utviklingshemning. Dosen og medarbeidere har observert at langvarig stress kan føre til utvikling av maladaptive personlighetstrekk, og der disse ble intensivert, liknet de på symptomer på psykiske lidelser. Personlighetsutviklingen er ifølge Dosen en prosess influert av nevrobiologiske, genetiske, temperamentsmessige og miljømessige faktorer. Dosen fant

at hos mennesker med utviklingshemning med psykologiske forstyrrelser var det ofte stor diskrepans mellom kognitiv, sosial og emosjonell utvikling, og at det gjerne var den emosjonelle som var mest forsinket og også bestemmende for symptomet.

Faseidentifikasjonen krever en bredere taksonomi enn tidligere brukt for psykiatrisk diagnostisering hos personer med psykisk utviklingshemning. Dosen (2005) betoner en mer aktiv bruk av Vineland for å oppnå en grundigere identifisering av fysiologisk utvikling, kognitivt nivå og sosialt utviklingsnivå. For å identifisere emosjonelt utviklingsnivå har han og medarbeiderne utviklet et skjema (Schema of Appraisal of Emotional Development, SAED). Skjemaet representerer emosjons-relaterte funksjoner og atferd. Den teoretiske forankringen bygger mye på utviklingsteorier fra Piaget, Erikson, Stern og Bowlby, med fremvekst av kvalitativt forskjellige stadier, der en gjennomgår en personlighetsutvikling ved psykososial adapta-sjon. Slik er vi tilbake til sakens kjerne: en ser at affekt og dens uttrykk er innfallsporten til et mer autentisk nivå av selvopplevelse, emosjonell modenhet styrkes ved å konstruere sammenheng og mening i psyken, og mening skapes ved at pasienten får delt hva han/hun faktisk føler. Det relasjonelle aspektet har tradisjonelt fått liten oppmerksomhet i behandling av denne klientgruppen. Dette bør aktualiseres; vi har metoder, forståelse og kunnskap til det.

Terapi er en mulighet

En utfordring i terapi med mennesker med utviklingshemning er deres kognitive begrensninger. Som artikkelen forsøker å vise, er ikke de svekkede kognitive evnene nødvendigvis noen hindring. Det behøver de ikke være all den tid det viktigste fokus er på det emosjonelle og relasjonelle planet. Det nære, gode, oppmerksomme samværet krever ikke intellektuelle ressurser. Det kan snarere oppleves som å danse med noen som kan danse, en behagelig flyt i tilværelsen, et fellesskap som er badet i følelsen av å bli forstått og å få anerkjennelse og aksept; aspekter som er dypt forankret i menneskets eksistensgrunnlag. Bak dannelsen av symptomer og uhensiktsmessige karaktertrekk ligger det motsatte: følelsen av mangel på vanlig god kontakt, mangelfull innlevelse og mangelfull personlig kommunikasjon. Omsorgen som terapeuten viser i terapirommet, bør inneholde både innlevelse og frustrasjonstoleranse. En handlingsside er den gode samtalen, en holdningsside er det gode nærværet.

Mennesker med utviklingshemning har i stor grad behov for støttende og velmenende mennesker rundt seg. Noen ganger svikter omsorgen av ulike grunner. En årsak beror på misforståelser rundt pasientenes bestemmelsesrett. De kan også få bestemme om de skal gå til grunne, fysisk og psykisk. Det innebærer at vi har plikt til å gi alternativer, vise dem en verden med muligheter de ikke visste om. En mulighet er psykoterapi; både diagnose og behandling.

Eirin Lorentzen

Avdeling for Voksenhabilitering

Ullevål Universitetssykehus

Kirkeveien 166, 0407 Oslo

Tlf 22 11 91 44

E-post eirin.lorentzen@ulleva.no

Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 45, nummer 2, 2008, side 120-126

TEKST

Eirin Lorentzen, Avd. for psykosomatikk, Oslo universitetssykehus - Rikshospitalet, Oslo, Norge

+ [Vis referanser](#)

Referanser

American Psychiatric Association (2004). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed.). Washington, DC: Author.

Barr, R. (2006). Developing social understanding in a social context. I K. McCartney & D. Phillips (Eds.), Blackwell handbook of early childhood development (ss.188-207). Malden: Blackwell Publishing.

Berge, T. & Repål, A. (2004). Trange rom og åpne plasser. Oslo: Aschehoug.

Borthwick-Duffy, S. A. (1994). Epidemiology and prevalence of psychopathology in people with mental retardation. Journal of Consulting & Clinical Psychology, 62, 17-27.

Bowlby, J. (1969). Attachment and loss: vol.1 Attachment. New York: Basic Books.

Bronfenbrenner, U. (1980). Opvækt og miljø. København: Gyldendalske pedagogiske bibliotek.

Butz, M. R., Bowling, J. B. & Bliss, C. A. (2000). Psychotherapy with the mentally retarded: A review of the literature and the implications. Professional Psychology: Research & Practice, 31, 42-47.

Corbett, J. (1985). Mental retardation, psychiatric aspects. I M. Rutter & L. Hersov (Eds.), Child and Adolescents Psychiatry (ss). Oxford: Basil Blackwell.

DC-LD (2001). Diagnostic criteria for psychiatric disorders for use with adults with learning disabilities/mental retardation. London: Gaskell Royal College of Psychiatrists, Occasional Paper OP 48.

Dietz, C., Swinkels, S., van Dalen, E., van Engeland, H. & Buitelaar, J. K. (2006). Screening for autistic spectrum disorder in children aged 14 to 15 months. II: Population screening with the early screening of autistic traits questionnaire (ESAT). Design and general findings. Journal of Autism and Developmental Disorders, 36, 713-722.

Dosen, A. (2005). Applying the developmental perspective in the psychiatric assessment and diagnosis of persons with intellectual disability: part I and II. Journal of Intellectual Disability Research, 49, 1-15.

Eknes, J. (red.). (2000). Utviklingshemning og psykisk helse. Oslo: Universitetsforlaget.

Eknes, J. & Bakken, T. L. (red.). (i trykk). Psykiske og nevropsykiatriske lidelser hos personer med utviklingshemning - forståelse og behandling. Oslo: Universitetsforlaget.

Gullestad, S. & Killingmo, B. (2005). Underteksten. Psykoanalytisk teori i praksis. Oslo: Universitetsforlaget.

Hansen, B. R. (1991). Den første dialogen. En studie av spedbarnets oppmerksomhet i samspill. Oslo: Solum Forlag.

Hanssen-Bauer, K. (1995). Psykoterapi til barn med nevrobiologiske forstyrrelser - en utfordring for terapeutens innlevelse og forståelse. I K. Møller-Pedersen & S. Torgersen (red.), Hva kan det være?

- Arbeid med nevrobetingede utviklingsforstyrrelser innen barne- og ungdomspsykiatrien» (ss. 140-154). Oslo: Nic Waals Institutt.
- Jacobsen, K. (1998). Ny viten om relasjonen mellom kognitive og emosjonelle prosesser - implikasjon for samspill med dypt utviklingshemmede personer. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 35, 530-536.
- Karterud, S. & Monsen, J. (red.). (1997). *Selvpsykologi. Utviklingen etter Kohut*. Oslo: ad Notam Gyldendal.
- Kinsler, P. J., Saxman, A. & Fishman, D. B. (2004). The Vermont Defendant Accomodation Project: A case study. *Psychology, Public Policy, and Law*, 10, 134-161.
- Kohut, H. (1977). *The restoration of the self*. New York: International University Press.
- Kåver, A. & Nilsonne, Å. (2005). *Dialektisk atferdsterapi ved emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Linaker, O. M. (1991). Psykiatriske problemer blant utviklingshemmede. I O. M. Linaker, E. Jullumstrø & K. Rasmussen (red.), *Mennesker med psykisk utviklingshemning og psykiatrien*, (ss. 15-22). Trøndelag: Trøndelag Psykiatriske Sykehus.
- Linaker, O.M. (1993). Særtrekk ved psykiatrisk diagnostikk blant mennesker med psykisk utviklingshemning. I Å Skiftun (red.), *Utfordrende atferd, om atferd og psykiske lidinger hos dei djupast psykisk utviklingshemma* (ss. 61-82). Oslo: Universitetsforlaget.
- Lorentzen, P. (1997). *Vanlige og uvanlige barn. Samspill og kommunikasjon med alvorlig funksjonshemmede barn*. Oslo: Tano Aschehoug.
- Lorentzen, P. (2003). *Fra tilskuer til deltaker. Samhandling og kommunikasjon med voksne utviklingshemmede*. Oslo: Universitetsforlaget.
- McCormack, B. (1991). Thinking, discourse and the denial of history: psychodynamic aspects of mental handicap. *Irish Journal of Psychological Medicine*, 8, 59-64.
- Misch, D. A. (2000). Basic strategies of dynamic supportive therapy. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 9, 173-189.
- Monsen, J. T. (1990). *Vitalitet, psykiske forstyrrelser og psykoterapi. Utdrag fra klinisk psykologi*. Oslo: Tano.
- Murray, L. & Trevarthen, C. (1985). Emotional regulation of interactions between two month olds and their mothers. I T. M. Field & N. A. Fox (Eds.), *Social perceptions in infants* (ss.). New Jersey: Ablex.
- Mæhle, I. (2004). Neste pasient er utviklingshemmet. *Utposten*, nr. 3.
- Nøttestad, J. A. & Revis, E. (2006). Bruk av tvang og makt overfor mennesker med psykisk utviklingshemning: Atferdsproblemer og bruk av psykotrop medikasjon. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 43, 2-12.
- Palumbo, D. & Lynch, P.A. (2006). Psychological testing in adolescent medicine. *Adolescent Medicine Clinics*, 17, 147-164.
- Pulsifer, M. B. (1996). The neuropsychology of mental retardation. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 2, 159-176.
- Rojahn, J., Lederer, M. & Tassé, M. J. (1995). Facial emotion recognition by persons with mental retardation: A review of the experimental literature. *Research in Developmental Disabilities*, 16, 393-414.
- Senatore, V., Matson, J. L. & Kazdin, A. E. (1985). An inventory to assess psychopathology in mentally retarded, emotionally disturbed adults. *American Journal of Mental Deficiency*, 89, 459-466.
- Sinason, V. (1992). *Mental handicap and the human condition: New approaches from the Tavistock*. London: Free Association Books.

Stern, D. N. (1985). *The interpersonal world of the infant: A view from psychoanalysis and developmental psychology*. Tennessee: Basic Books.

Urnes, Ø. (2006). Foredrag i Forum for Selvpsykologi.

Urnes, Ø. (2005). Tilknytningens betydning for psykisk helse. I S. Opjordsmoen, P. Vaglum, G. R. Block Thorsen (red.), *Oss imellom - om relasjonenes betydning for mental helse* (ss. 49-69). Stavanger: Hertevig Forlag.

WHO (1992). *The ICD-10 Classification of mental and behavioural disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva: World Health Organization.

Winnicott, D. W. (1960). The theory of the parent-infant relationship. *International Journal of Psychoanalysis*, 41, 585-595.

Winnicott, D. W. (1991/1964). *The child, the family and the outside world*. London: Penguin Books.