Psykolog Anne Gro Innstrand:

«Slik kan det gjøres»

– en modell egnet for ansvarsavklaring

Privatpraktiserende psykolog *Anne Gro Innstrand*, Bergen

TEKST: **SØLVI LINDE**

FOTO: **BENTE N. OWREN**

«Tenk så greit det hadde vært om vi bare kunne gjort det sånn!» Anne Gro Innstrand har ledet en sengepost i Rogaland, og hun har samarbeidet med vernepleiere i Bergen. Hun sier det er stor forskjell, og med all respekt for vernepleiere – men det tar litt tid fra en gir et råd til de velger å bruke det. «På sengeposten sa sykepleierne: Yes, sir! Og så gjorde de det. Da går det litt raskere å prøve ut og se om behandlingen virker.»

Anne Gro Innstrand bruker to ulike historier for å vise hvordan en kan arbeide klinisk med utviklingshemmede, og starter med Martine. Martine har Down syndrom og er lett utviklingshemmet, hun var 15 år da foreldrene henvendte seg til Innstrand for å få hjelp. Martine var redd for hunder. Hun var så redd for dem at en rekke sosiale aktiviteter, både ute og på besøk hos folk, var vanskelig. Hun var redd på skolen og redd for å gå tur, fordi det kunne jo være at de kanskje traff en hund. Hun var tidligere blitt henvist til BUP, og fikk der tilbud om samtaler. Martine møtte opp til samtalene, og fikk nok noe bedre selvtillit, men ble ikke mindre redd for hunder.

Da foreldrene tok kontakt med Anne Gro Innstrand, var problemet fremdeles stort. De hadde planer om å dra til USA, og ville ikke at ferien skulle strande på grunn av Martine sin redsel for hunder. Foreldrene ville derfor heller selv betale for en behandling de tenkte kunne fungere.

Sammen med en psykolog som også er hundetrener, laget Anne Gro Innstrand et desensitiviseringsprogram som gikk ut på å gradvis nærme seg hunder. Martine begynte med å se på hunder fra vinduet på rommet sitt, deretter å gå ut og se på dem. I treningen samarbeidet de både med foreldrene, en søt oppmerksom søster, jevnaldrende og mange godt trente hunder. Anne Gro sier: «Dersom dette skal lykkes, må psykologen ut av terapirommet. Jeg tar bare testing på kontoret, ellers er det ikke mye annet enn å lage

notater. En må ut, jobbe ute. En må bruke flere enn oss selv for å lage realistiske situasjoner. Jeg kan i møte med den andre få til en endring, men det interessante er dersom endringen også skjer i det miljøet som vedkommende vanligvis beveger seg.»

Uansett hvem en er, så har en motstand mot terapi, en har motstand mot endring. Det er ubehagelig. Og hvordan skulle jeg presentere for Martine at hver gang hun møtte meg, skulle hun også møte hunder, lange, korte, store og små hunder. Martine, som alle andre, ønsker jo å unngå ubehag. Hvordan skulle jeg forklare henne at hun måtte være sammen med ubehaget sitt for at framtiden skulle bli lettere? Mange av oss har en angst som kunne vært behandlet, men vi unngår det, vi sier ikke nå, eller en annen gang, fordi vi vet det er så krevende. For Martine gikk dette fint, fordi hun er glad i ros og sosial oppmerksomhet. Det viktigste var å gjøre det så kjekt som mulig, ikke overrumple henne og at hun hele tiden hadde opplevelsen av kontroll.

Første steg i behandlingen er alltid vanskelig, en må ikke gå for fort fram. For Martine var mye angst knyttet til bjeffing. Hun kunne gå forbi en hund på gaten, men bjeffet den, låste alt seg.

Innstrand er litt flau over at hun her tok fram en Nonstop-pose, men det viste seg å hjelpe, det var det lille ekstra som skulle til. Hun sier: « Jeg tror på forsterkning, ikke bare nonstop, men alt som kan være litt trøst, en ekstra dytt, en mellomstasjon på veien i ubehaget»

Martine mestrer dette med hunder etter 30 timer, 15 av timene med psykolog. Det ble en kostbar sak for foreldrene. På slutten var vi i parken ved Tveitervannet, vi brukte tilfeldige folk med hunder, masse folk og masse hunder. Vi hadde ingen målsetning om at Martine skulle klappe eller bli glad i hunder, bare at hun skulle komme seg helskinnet gjennom en verden med uforutsigbare hunder.

Innstrand har snakket med mor, nå to år etter. Foreldrene opplever at Martine nok hadde trengt litt oppfølging, kanskje en time i mnd. Mor og far synes det er vanskelig å gjennomføre trening selv. Det er jo heller ikke meningen at foreldre skal være terapeuter for egne barn.

Livet i en poliklinikk:

Det neste eksempelet er en mann i 40 årene, som har depressive symptomer og søvnvansker. Han våkner hver eneste natt med mareritt, og den terapeutiske utfordringen er å få han til å snakke om marerittene, fortelle om triste hendelser i livet. Det å gå i terapi er vanskelig, det er ubehagelig å snakke om det triste som en kanskje ikke har berørt på mange år, og motstanden kommer ofte tidlig i prosessen. Mange tviklingshemmede er overempatiske, de gir ikke beskjed om at de er triste eller slitne, og ønsker heller ikke å være til bry for andre, heller ikke terapeuten. Som mange

Anne Gro Innstrand.

andre som går i terapi gråter de når de kommer og gråter når de går. De bruker mye tid på å tenke på terapitimen i forkant, og mye energi underveis i prosessen.Det gjør at de kvier seg for å gå i behandling, de blir triste og slitne og mange opplever å måtte sove mye. Dette er ingen grunn til å ikke bruke terapi, men en må ha en ro og en sensitivitet på hvordan behandlingen skal forløpe. Det er viktig å bruke tid, mye tid. Samtidig som en også må ha fokus på andre ting, som om vedkommende får nok søvn, nok frisk luft osv.

Arbeid med dypt og alvorlig utviklingshemmede skjer direkte, mens arbeid med høyere fungerende mennesker skjer i samarbeid med hele personalgruppen. De er selvfølgelig berørt av situasjonen, men fordi jeg ofte er så konsentrert om det jeg skal gjøre, er det vanskelig å ta alle med. Og ofte er personalet stresset, de går fram og tilbake og dukker gjerne opp med egne behov. De ønsker behandlerens oppmerksomhet, og jeg kan i blant oppleve en slags sjalusi mellom den utviklingshemmede og personalet.

I de tilfeller jeg ikke arbeider direkte med brukeren, veileder jeg personalet i å skille mellom behandlende og beskyttende miljøterapi. Hvordan drive beskyttende miljøterapi samtidig som en tilrettelegger for minst mulig krav og stress? I tillegg henviser jeg vedkommende til en psykiatrisk poliklinikk, men det siste har jeg ikke klart her i Bergen. Jeg har henvisningskompetanse, jeg sender med gode henvisningsnotater, men det hjelper ikke. Og jeg lurer på hva de tenker på poliklinikken dersom pasienten som henvises er utviklingshemmet? I private samtaler med ledere for klinikkene kommer den egentlige årsaken til utrykk; de opplever å ikke ha kompetanse og at disse sakene tar så lang tid!

Og det tar tid. Vanlige saker bruker en gjerne 10–12 timer på, mens i saker med utviklingshemmede bruker en mye mer! Og det skal dokumenteres, en skal dokumentere konsultasjoner, telefonsamtaler osv. Ofte kan det se ut som om jeg jobber veldig sent eller veldig lite. Det er derfor viktig å be om vide rammer før en går inn i disse sakene, en må tydeliggjøre tidsaspektet, ikke la det se ut som om en ikke gjør jobben godt nok.

Rammebetingelser

Anne Gro Innstrand har samarbeidet med psykiatriske poliklinikker her i Bergen. Ofte vil de at hun tar ansvar for saker som gjelder pasienter med utviklingshemning, fordi de selv opplever å mangle kompetanse. Og det er her, i startfasen, det er viktig å be om gode rammer. «De sier at de tenker å bruke 15 timer og jeg sier at til dette trenger jeg 100! De kan bli litt hissig dersom jeg ber om veldig mye, men det går stort sett greit, de er vanligvis bare glad for at jeg tar jobben.»

I arbeidet er det viktig å lage en grundig anamnese. Denne baseres på samtaler med vedkommende og andre. Men det oppstår ofte feilkilder, og jo mer jeg jobber med dette, jo mer blir det klart at jeg må observere selv. Jeg må oppservere kroppsspråk og andre utrykk for å forstå hva den andre oppfatter. Dersom jeg tar utgangspunkt i at den andre oppfatter det samme som meg, blir det ofte misforståelser. Jeg må være tydelig, sjekke ut det jeg hører og forstår, og få bekreftelse på hva som er rett. Det kan se ut som om denne måten å jobbe på tar lengre tid, men det tar mye lenge tid å oppklare misforståelser hele tiden! Et eksempel er gutten som var så urolig på skolen. Innstrand var der en uke, observerte, brukte video, prøvde ut tiltak, slo av radioen, begrenset stimuli, og – det virket! Alt for mye av behandlingen av utviklingshemmede med psykiske lidelser er basert på annenhånds informasjon.

Uvanlige rammebetingelser?

Det siste eksempelet Anne Gro Innstrand bruker for å illustrere hvordan en kan drive behandling, er en ung kvinne med anoreksi og selvskading. Innstrand ble bedt om å arbeide med denne kvinnen fordi hun har lave kognitive ferdigheter, på grensen til å være utviklingshemmet. Kvinnen hadde da vært innlagt på psykiatrisk klinikk i til sammen nesten 10 år, men den lengste tiden hun hadde vært på en post var bare 1 måned. Hun hadde altså vært ut og inn et utall ganger i løpet av sitt liv, begrepet svingdørpasient får en ny betydning.

Det var tydelig at det behandlerne hadde holdt på med i 10 år ikke virket. I følge psykologen hadde kvinnen 8 ulike stemmer inne i hodet, en multippel personlighet. Innstrand valgte å ikke spørre etter dem hvis de ikke dukket opp. Hun forsøkte i stede å snu fokus, fra patogenese til salutogenese. Hva var det adaptive, hennes ferdigheter, hva mestret denne kvinnen? Hun var svært tilpasningsdyktig, kunne gå, kunne spise, og hun elsket klientrollen. Behandlingen startet med å gjøre kvinnen til ekspert på sin egen lidelse. Hun deltok på behandlingsmøtene, fikk presentere seg selv, sin anoreksi og sin selvskading. Og hun var selv med å snu fokus og å sette nye mål i forhold til det hun var tryggest på; sin egen sykdom.

Tidligere var det slik at dersom hun selvskadet, så fikk hun fastvakt i en periode, hun så ut til å like denne oppmerksomheten. Innstrand fikk avdelingen med på å snu hele behandlingsopplegget, kvinnen fikk fastvakt dersom hun ikke selvskadet, og dersom hun ikke hadde selvskadet på to dager, bar det rett på skjerming! Atferd som var uforenelig med selvskading ble forsterket. Behandlingen snudde fra å være ekspertstyrt, til å bli selvstyrt. Etter en tid ble kvinnen utskrevet, men periodevis innlagt igjen uten å ha produsert symptomer. Etter to år bodde hun i egen leilighet med tilsyn. Innstrand sier det viktigste må være å tilpasse behandlingen til personen det gjelder, og i denne situasjonen var det viktig å ta hensyn til at vedkommende hadde kognitiv svikt og lav egostruktur.

Beskyttende faktorer i forhold til psykisk helse

- I miljøterapi må en snakke om, og legge til rette for det den enkelte opplever som meningen med livet. Hva vil det si å ha det godt, hva gjør meg trygg og hva er det som er virkelig viktig i mitt liv?
- Det å ha familie og venner er viktige områder å fokusere på. Gode sosiale ferdigheter slik at en kan fungere godt sammen med andre, beskytter mot psykiske lidelser.
- Hva med tro og religion? Norske leger og psykologer har fått kritikk fordi de ikke tar tro og religion på alvor. Mange utviklingshemmede tror ikke de er bra nok for Gud.
- Hvem er jeg? Hva med mitt kjærlighetsliv? Mange utviklingshemmete lever uten nære kjærlighetsrelasjoner, og går dermed glipp av det som for de aller fleste av oss skaper lykke. Kjærlighetsforhold gjør noe med vår identitet og er med på å beskytte oss i forhold til stress og belastninger.
- Selvskading er gjerne tabubelagt. Det forblir i det private rom mellom miljøterapeut og bruker. Alvorlig selvskading blir for ofte overlatt til miljøterapeuter å vurdere hvordan man skal behandle, og toleransen i forhold til utviklingshemmede er skremmende høy. Selvskading bør alltid henvises videre til spesialisthelsetjenesten, det bør være grunnlag for tverrfaglig vurdering både av årsak og i forhold til mulig behandling.