

Kognitiv terapi ved lettere psykisk utviklings- hemning

Kari Fasting er vernepleier med videreutdanning i klinisk miljøterapi og i kognitiv atferdsterapi for unge. Hun arbeider i Ambulante tjenester i BUP, Helse Bergen

Artikkelen beskriver kognitiv atferdsterapi (KAT) anvendt i angstbehandling av ungdom med lett psykisk utviklingshemning. Behandlingsmetoden vil bli belyst ved hjelp av litteraturstudier og beskrivelse av et behandlingsforløp. Pasienten var en 17 år gammel gutt med lettere psykisk utviklingshemning som var henvist for helseangst.

Foto: Kaja Fjørtoft
Nilssen Owren

Artikkelen har tidligere vært trykket i Tidsskrift for Kognitiv Terapi nr. 1 2010.



Psykisk utviklingshemmede

Mennesker med psykisk utviklingshemning har i mindre grad enn befolkningen for øvrig blitt utredet for psykiske lidelser, og har dermed heller ikke fått adekvat psykiatrisk hjelp (Kroese, Dagnan og Loumidis 2006). Samtidig vet vi at risikoen for å utvikle en psykisk lidelse er høy for denne gruppen. Eknes hevder at det er belegg for å si at risikoen for å utvikle psykiske lidelser er mer enn tre ganger større for mennesker med utviklingshemning, enn for befolkningen som helhet (Eknes, 2000). Ifølge WHO er ca. 3 % av befolkningen i industrialiserte land psykisk utviklingshemmede. Det er med andre ord en stor gruppe mennesker som ikke har fått adekvat hjelp for sine psykiske lidelser.

I diagnosesystemet ICD-10 er psykisk utviklingshemning beskrevet som «en tilstand med stagnert eller mangelfull utvikling av evner og funksjonsnivå, som særlig kjennetegnes av svekkede ferdigheter som viser seg i løpet av utviklingsperioden. Dette er ferdigheter som bidrar til det generelle intelligensnivået, som kognitive, språklige, motoriske og sosiale ferdigheter.» ... « Tilpasningsatferden er alltid svekket, ...» (ICD-10, 2002, s 224). Dette kan oppsummeres som at den generelle lære- evnen og muligheten til å klare seg i samfunnet er mer eller mindre hemmet (Linaker, 1991, s. 8). Det er fire undergrupper av psykisk utviklingshemning basert på IQ-mål: lett, moderat, alvorlig og dyp. Diagnosen stilles ved bruk av standardiserte og normerte utrednings-

verktøy, observasjoner og intervju av barnas nærpersoner. Ifølge ICD-10 vil en person med lett psykisk utviklingshemning ha en IQ på mellom 69 og 50 og en mental alder på mellom 9 og 12 år (ICD-10, 2000).

Felles for mennesker med psykisk utviklingshemning er at de lærer saktere og har nedsatt språkforståelse, mindre effektive strategier for innlæring og hukommelse, svikt i abstraksjonsevnen og vansker med oppmerksomhetsfunksjon og korttidshukommelse (Eknes, Bakken, Løkke og Mæhle, 2008, Gjørum, 2002).

De har vansker med å overføre læring fra en situasjon til en annen. De trenger flere gjentakelser for å lære, og de lærte ferdighetene må i større grad holdes ved like for at de ikke skal gå tapt (Eknes, 2000).

Det er vanlig at psykisk utviklingshemmede har store sprik i funksjonsnivå når det gjelder kognitiv fungering og adaptive ferdigheter. Det er derfor vesentlig å foreta en bred og omfattende utredning og kartlegging for å skreddersy tilrettelegging av hjelpetiltak og behandling (Eknes, Bakken, Løkke og Mæhle, 2008, og Skran i Gjørum, 1993).



Lett psykisk utviklingshemning og psykisk helse

Mennesker med lett psykisk utviklingshemning har høyere forekomst av angstlidelser enn de med alvorligere grad av psykisk utviklingshemning. Dette kan henge sammen med at de har en større innsikt i, og opplevelse av, å være annerledes. Lett psykisk utviklingshemmede vil dessuten ofte identifisere seg med sine jevnaldrende normalt fungerende. Det innebærer at de stadig kommer til kort. Når egne og andres forventninger ikke står i forhold til ens evner, vil det kunne bidra til lav selvfølelse og angst (Eknes 2000, Gjørum, 1993), noe som påvirker intellektuell og atferdsmessig fungering (Kroese, Dagnan & Loumidis, 2006). Mennesker med psykisk utviklingshemning er mer sårbare for stress og tåler angst og angstprovoserende situasjoner dårligere enn normalbefolkningen (Eknes, 2000).

Kognitiv atferdsterapi ved angstlidelser

Kognitiv atferdsterapi bygger på kunnskap om at vi hele tiden velger ut informasjon og tolker den. Vi konstruerer vår oppfatning om oss selv og verden rundt oss, men våre antagelser er ikke alltid korrekte. Videre antar man at en persons antagelser er bestemmende for følelser, fysiske reaksjoner og atferd. KAT har som mål å gjøre pasienten bevisst sine eventuelle uhensiktsmessige fortolkninger. De blir gjort til gjenstand for undersøkelse og vurdering. Et slikt metakognitivt perspektiv kan hjelpe pasienten til å finne mer hensiktsmessige fortolkninger av seg selv og verden.

Unngåelsesatferd og kompensatoriske strategier bidrar til å opprettholde angst. Gjennom eksponering for den angstfremkallende stimulus er hensikten at pasienten skal få nye erfaringer som endrer pasientens forståelse og atferd. Ved angstlidelser er det overvurdering av sannsynligheten for fare, og undervurdering av egne evner til mestring, som ligger til grunn for lidelsen. Disse oppfatningene blir gjenstand for undersøkelse.

Kognitiv atferdsterapi i forhold til barn og psykisk utviklingshemmede

Det er blitt hevdet at «innsiktsterapi og andre kognitivt baserte tilnærminger ikke er forenlige med utviklingshemmedes intellektuelle kapasitet» (Spreat og Behar i Eknes, 2000, s. 40). Samtidig kan Lindsay, Neilson og Lawrenson vise til flere rapporter der kognitiv atferdsterapi overfor mennesker med psykisk utviklingshemning har hatt god effekt (Kroese, Dagnan og Loumidis, 2006). Forfatterne hevder at basisprinsippene i KAT kan brukes overfor psykisk utviklingshemmede hvis en tilpasser og forenkler teknikkene. De viser til at tilpasning allerede benyttes overfor andre grupper, blant annet mennesker med kronisk depresjon eller psykoseproblematikk og i forhold til barn. Interessen for KAT i forhold til psykisk utviklingshemmede har imidlertid vært liten.

Det har også vært innvendinger mot å benytte kognitiv atferdsterapi overfor barn på grunn av deres «... begrensede kognitive kapasitet, deres mangel på abstraksjonsevne og deres begrensede muligheter til å innta metaperspektiv»

(Grova, i Haavind og Øvreeide, 2007, s. 206). En rekke studier har likevel vist at KAT er en effektiv behandlingsform overfor barn med ulike angstlidelser: «... most studies have shown that the treatment is effective for about 60 – 70 % of children ...» (Hannesdottir & Ollendick, 2007 s. 275). En viktig forutsetning for at barn skal kunne dra nytte av KAT, er at terapeuten tar hensyn til barnets alder samt sosiale og kognitive ferdigheter (Kimball, Nelson, & Politano, 1993; Ronen, 1997).

Kognitiv atferdsterapi for barn med angstlidelser

Hovedelementene i behandling av barn med angst er gjenkjenning av følelser og kroppslige reaksjoner, klargjøring av tanker i angstprovoserende situasjoner, eksponering, evaluering og belønning. Det finnes en rekke ulike manualer som er tilpasset barn der disse elementene inngår. Eksempler er «Friends» (Barret, 2008) og «Mestringskatten» (Kendall, Martinsen & Neumer, 2007). Målet er at vanskelige temaer håndteres på en måte som gjør dem mer forståelige og spennende å utforske for barna.

Eksternalisering av barnets angst er en metode som har vist seg å ha god terapeutisk effekt. Lidelsen skilles fra barnet som individ og gjøres til noe barnet, foresatte og terapeut sammen forsøker å bekjempe. Ved å gi problemet et egennavn er det lettere for både pasienten og foreldrene å holde fast ved denne forståelsen, og det blir mindre fokus på skyld og skam (Haugland, 2008). Dessuten bidrar eksternalisering av problemet til å styrke

den terapeutiske alliansen (March & Mulle, 2003).

Foreldreinvolvering er en viktig forutsetning for at terapi med barn skal lykkes. «Doing child psychotherapy is impossible without working with adults» (Friedberg & McClure, 2002, s. 299). Foreldres forventninger og krav til barnet, og deres evne til støtte og ros, er avgjørende for et godt behandlingsresultat (ibid.). Psykoedukasjon til foreldre om angst og angstbehandling, samt veiledning om god foreldreatferd i forhold til barn med angst, styrker foreldres kompetanse til å møte barnets angst på en god måte (Haugland, 2008). Både barnet og foreldrene kan oppleve eksponeringsøvelser som ubehagelige. Det er derfor avgjørende at foreldrene forstår hensikten med, og prinsippene bak, eksponeringsøvelser. En felles forståelse av problemet og hvilke tiltak som er nødvendig for positiv utvikling, er avgjørende (Haugland 2008; Ginsburg & Kingery, 2007; Friedberg & Gorman, 2007). De ulike teknikkene og metodene som er beskrevet over, vil ha begrenset effekt dersom det ikke ligger en god terapeutisk allianse i bunnen. Den må være basert på varme, gjensidig tillit og fortrolighet, og med et felles mål for øye (Berge og Repål, 2008).

Kognitiv atferdsterapeutisk tilnærming ved helseangst

I henhold til ICD-10 er sentrale kjenne-tegn ved hypokondri: «en vedvarende opptatthet av muligheten for å ha en eller flere alvorlige og fremadskridende somatiske lidelser. Pasienten gir uttrykk for vedvarende somatiske plager eller

vedvarende oppfatthet av deres legemlige utslag. Normale eller trivielle fornemmelser og tegn blir ofte tolket som unormale eller foruroligende, og oppmerksomheten konsentreres vanligvis rundt bare ett eller to organer eller organsystemer i kroppen. ...» (ICD-10, 2002, s.163). I den videre beskrivelsen av hypokondri vil jeg bruke ordet helseangst. Det er brukt både i norsk og amerikansk litteratur (Wilhelmsen, 1997 og Wells, 2008).

Jeg vil basere behandling og forståelse av helseangst på Wells' modell og metoder hentet fra Wells' bok *Cognitive Therapy of Anxiety Disorders, A Practice Manual and Conceptual Guide* (Wells, 2008). De vanligste tolkningsfeilene ved helseangst er diskvalifisering av ufarlige forklaringer på symptomer, selektiv distraksjon og katastrofetenkning. Sjekking, unngåelse, sikkerhetsatferd og søking etter forsikringer er med på å opprettholde feiltolkningen.

Ifølge Wells er sosialisering til den kognitive helseangstmodellen kjernen i behandlingen. Sosialiseringen har til hensikt å hjelpe pasienten til å erkjenne at helseplagene har en psykologisk forklaring som kan erstatte pasientens opprinnelige sykdomsmodell. Terapien handler dermed om å hente inn bevis som svekker sykdomsmodellen og styrker helseangstmodellen. «Bevisene» hentes inn blant annet gjennom veiledet oppdagelse, psykoedukasjon om normale fysiologiske fenomener og reaksjoner ved angst, samt gjennom eksponeringstrening.

Det første steget i behandlingen fokuserer på symptomlette gjennom å prøve å redusere tiden pasienten bruker på

helseangstrelatert atferd. Sjekking av kroppen for mulige tegn på sykdom er en slik helserelatert atferd. Den fører til økt fokus på kroppen, noe som bidrar til at normale kroppslige signaler lettere feiltolkes og gir angst. Angsten på sin side bidrar til endrede fysiologiske reaksjoner som gir ubehag og øker pasientens tro på alvorlig sykdom ytterligere. Psykoedukasjon om normale kroppslige fenomener som pasienten tolker som unormale og farlige, er derfor viktig.

Kasusbeskrivelse

Lars har diagnosen lett psykisk utviklingshemning. Han har gode verbale evner til tross for redusert ordforståelse. Lars vegrer seg likevel ofte for å tilkjenne når det er noe han ikke forstår, noe jeg ble mer klar over, og tok mer hensyn til, etter hvert som jeg ble bedre kjent med ham. Lars er flink til visuelt å beskrive egne opplevelser, men har problemer med tid og rekkefølge. Lars har vanskelig for å ta initiativ på egen hånd og trenger struktur og støtte i gjennomføring av oppgaver. Han har lett for å miste konsentrasjonen og spore av både under gjennomføringen av oppgaver og i samtaler. Lars har vanskeligheter med å overføre erfaring og læring til nye situasjoner. Han bruker lang tid på en oppgave, og trenger mange repetisjoner. Lars har svært lav tro på sine egne ferdigheter, og gir lett opp. Samtidig er han en gutt med godt humør som ofte ser humoren i sin egen angstatferd.

Henvisningsårsak

Lars ble henvist på grunn av helseangst. Angsten førte til at han til enhver tid måtte

være i umiddelbar nærhet av badet hjemmet for å ha mulighet for å sjekke kroppen for ulike tegn på at han hadde, eller var i ferd med å utvikle, kreft eller annen alvorlig sykdom. Lars brukte flere timer foran speilet på badet hver dag. Det resulterte blant annet i at han ikke hadde vært på skolen det siste halvåret, ikke kunne bli med på bilturer, gå i butikker, eller delta i andre aktiviteter utenfor hjemmet.

Rammebetingelser

På første hjemmebesøk ble vi enige om å møtes to ganger i uken, ca. 45 minutter hver gang. Lars ville at vi stort sett skulle ha samtaler uten foreldrene til stede. Til å begynne med skulle vi ha samtaler hjemme hos ham, men etter hvert ville vi også foreta eksponeringsoppgaver utenfor hjemmet. Vi avtalte ikke når vi skulle avslutte behandlingen, men jeg informerte Lars og foreldrene om at vi hadde et tidsperspektiv på seks måneder, med muligheter for forlengelse. Vi ble også enig om å ha et evalueringsmøte etter halvgått løp sammen med familien og pasientansvarlig på den barne- og ungdomspsykiatriske avdelingen.

Sosialisering til helseangstmodellen og psykoedukasjon

De første samtalerne Lars og jeg hadde, var mye rettet mot psykoedukasjon om kreft. Vi samtalt om kroppssignaler som oftest ikke har noen kjent patologisk årsak, og er vanlig for alle mennesker. Vi snakket om naturlige signaler kroppen reagerer med når den tror den er utsatt for fare. Vi gjennomgikk hvordan feiltolkning av

kroppssignaler kan føre til fysiologiske reaksjoner som føles ubehagelige og kan gi angst, og at angsten forsterker de negative kroppslige signalene ytterligere. Når vi snakket om disse fenomenene, kunne det virke som om Lars forstod mekanismene både for hva som opprettholdt angsten og hvordan tanker og tolkning hadde innflytelse på følelsene og fysiske reaksjoner.

Når vi derimot gikk konkret inn på Lars sin angstatferd, gav han uttrykk for at det fysiologiske ubehaget han kjente, var tegn på reell fare for alvorlig sykdom, og derfor umiddelbart måtte undersøkes. Jeg tolket det slik at Lars hadde vansker med å overføre en generell beskrivelse av angst til sin egen situasjon. Gjennom å gjennomføre tilpassede oppgaver fra «Friends», som illustrerte forskjellen mellom følelser, tanker og situasjon, og knytte dem til Lars sine konkrete erfaringer, ble han bedre i stand til å skille de enkelte komponentene i helseangstmodellen. Dette bidro til at han etter hvert også evnet å se på sine egne tanker, følelser og fysiologiske reaksjoner som tegn på angst heller enn bevis for fysisk sykdom.

Utfylling av kasesformulering

For ytterligere å sosialisere Lars til den kognitive modellen og utforme en kasesformulering basert på en modifisert versjon av Wells helseangstmodell forsøkte jeg å få tak i hvilke tanker, følelser, fysiologiske reaksjoner og hvilken atferd Lars hadde i en konkret angstsituasjon. Han gav uttrykk for at han kjente igjen det kroppslige ubehaget ved angstaktivering, og kunne beskrive fysiologiske reaksjoner han opplevde i forkant og under



sjekking av kroppen. Men Lars hadde vansker med å beskrive en konkret episode med påfølgende tanker, følelser og atferd. Når jeg spurte om han kunne fortelle om en angstopplevelse han hadde hatt dagen i forveien, begynte han å fortelle fra gårsdagen, men var plutselig i gang med å beskrive hendelser mange år tilbake. Vi mistet derfor lett av syne det vi opprinnelig var i gang med å kartlegge. Lars' vansker med tidsbegrep, struktur og oversikt ble tydelig i denne sammenhengen. Dette løste vi gjennom å ta for oss situasjoner som oppstod mens jeg var

til stede, og utforske disse sammen. På bakgrunn av disse opplysningene og andre sentrale faktorer i Lars' historie fylte jeg ut en foreløpig kausformulering.

Veiledet oppdagelse

Under de første samtalene gikk Lars flere ganger ut på badet for å sjekke kroppen for mulige kreftsymptomer. Vi ble enige om at dersom Lars følte behov for å forlate samtalen for å sjekke, skulle vi først snakke om hvilke tanker han hadde om hva som kunne skje hvis han lot være. Lars sin bevisstgjøring av disse fenomenene bidro

at han sluttet å gå på badet under samtalene.

Eksternalisering

Lars beskrev angsten som en skygge som han ikke helt visste hva inneholdt. Til å begynne med gav han uttrykk for at han ikke hadde annet valg enn å la seg styre av den. Gjennom å eksternalisere angsten og gi den navnet «skyggen» ble Lars bedre i stand til å stille spørsmål til «skyggen». Han gav uttrykk for at han ikke alltid var enig med «skyggen», og ved utførelse av eksponeringsoppgaver var det nyttig å stille spørsmål om hva «skyggen» mente kunne skje, og hva Lars selv trodde. I løpet av behandlingen stolte Lars i stigende grad på sin egen vurdering av situasjonen. Under eksponeringsøvelser kunne han ofte si at «skyggen» var til stede, men dersom han ikke tok noen notis av den og fortsatte eksponeringen, gled «skyggen» forbi og ble borte.

Hjemmeoppgaver

På bakgrunn av den positive erfaringen ved spørsmålsstilling til tanker og følelser i forkant av «sjekking» på badet ble vi enige om at Lars skulle ha dette som hjemmeoppgave. Vi gjennomgikk spørsmål han kunne stille seg, og han skrev dem ned i arbeidsboken sin. Han hadde likevel vansker med å gjennomføre oppgavene. Lars unnskyldte seg med at han hadde glemt det, at han ikke fant arbeidsboken, og lignende. Det kunne synes som at oppgaven ble for vag for Lars, og krevde større evne til organisering enn det Lars hadde kapasitet til. Vi laget derfor mestringskort, med spørsmål som både

han og jeg lurte på i forbindelse med sjekkingen. Eksempler på tekst på kortene er: «Hvor stor er sannsynligheten for at jeg har kreft?», «Hvordan ville jeg tenke på en god dag?», «Har skyggen som sier at jeg skal gå og sjekke, noen gang hatt rett?». Kortene la vi i en boks. Lars' hjemmeoppgave var å trekke tre kort og lese dem før hver sjekkeatferd. Lars klarte å gjennomføre denne oppgaven, og gav uttrykk for at det å lese kortene ofte førte til at angsten forsvant. Han lot da være å gå på badet for å sjekke. Mestringskortene, som stadig ble flere, ble gjennom hele terapiforløpet en viktig følgesvenn for Lars. Etter som bevegelsesradiusen økte, utvidet han bruken av dem.

Eksponeringsøvelser

En av de første dagene utarbeidet Lars og jeg en trappetrinnsplan. Den bestod av ulike eksponeringsoppgaver som han hadde ønske om å gjøre, og som til slutt skulle føre frem til målet om kunne gå på skolen igjen. Et av de første trinnene på planen var å kunne ta en biltur i nærområdet på ca. ti minutters varighet. Etter tre turer utvidet vi turen til femten minutter. Lars ønsket å utføre den samme eksponeringsøvelsen flere ganger, før han gikk over til neste trinn. Det hendte også at Lars ga beskjed om at han syntes det var ok at vi droppet øvelsene og bare snakket sammen. Hadde han først bestemt seg, var det ikke mulig å få ham til å endre standpunkt, og jeg innså etter hvert at det ikke hadde noen hensikt å forsøke å overtale ham.

Overføringsverdien fra en eksponeringsoppgave til en lignende situasjon var liten.

Da vi begynte å gå i butikker, måtte vi trene på hver enkelt butikk han ønsket å kunne handle i. Dette innebar at Lars' progresjon gikk svært sakte, og førte til stor frustrasjon fra foreldrenes side. De måtte stadig hjelpes til å se de små fremskrittene. Lars selv virket fornøyd med tempoet og det han fikk til.

Foreldreinvolvering

Lars, som nærmet seg 18 år, var opptatt av at ikke foreldrene skulle involveres for mye i behandlingen. Dette var et dilemma. Lars hadde behov for støtte og struktur rundt seg for å klare å gjennomføre hjemmeoppgaver og eksponeringsøvelser. Dessuten viste foreldrene tidvis frustrasjon og irritasjon over den langsomme progresjonen, og mente Lars fikk ta seg litt sammen. Dermed ble det vanskelig for foreldrene å gi den støtten og oppmuntringen Lars hadde behov for. Et eksempel på dette var da Lars og mor hadde avtalt en biltur på 15 minutter, og mor utvidet turen med fem minutter uten å ta hensyn til Lars' protester. Lars mente at bilturen satte ham mange skritt tilbake, og det tok lang tid å bygge opp igjen tilliten til mor.

Etter at Lars og jeg gikk igjennom fordeler og ulemper ved at foreldrene ble mer involvert i behandlingen, godtok Lars at vi innimellom hadde samtaler hvor de var til stede. Ved at foreldrene fikk mer kunnskap, ble de til bedre støtte for Lars. Foreldrene forstod bedre prinsippene bak eksponeringsøvelsene og Lars sitt behov for å bestemme tempoet. De ble også flinkere til å tydeliggjøre forventningene sine til Lars. Lars var ikke lenger «en lat og engstelig gutt». Foreldrene og Lars ble

i stedet et team som forsøkte å bekjempe «skyggen». Lars gav uttrykk for at han ble tryggere etter at foreldrene hadde fått mer informasjon. De ga ham større kontroll over når og hvordan «skyggen» skulle bekjempes.

Relasjonsbygging med selvfølelse i fokus

En viktig forutsetning for den positive og trygge relasjonen vi etter hvert etablerte, var å trygge Lars på at vi skulle gå frem i hans tempo. Lars sine ressurser, som hans gode visuelle evner, gode humør og optimisme, ble fremhevet og utnyttet både i samtaler og eksponeringsøvelser. At jeg avslørte egne manglende ferdigheter i ulike sammenhenger, var med på å ufarliggjøre og å normalisere at vi alle har både gode og mindre gode egenskaper og evner. Lars virket stadig tryggere i relasjonen. Dette viste seg gjennom at han stilte spørsmål ved ting han ikke forstod, og protesterte tydeligere når det var noe han var uenig i. Viktige tiltak for å styrke selvbildet var at Lars ble tatt på alvor når det gjaldt å ha innflytelse på hvilken informasjon som skulle tilfalle foreldrene, og at oppgaver hentet fra «Friends» ble tilpasset hans interesser og erfaringer.

Oppsummering og konklusjon

Utgangspunktet for all kognitiv atferds-terapi er at terapien tilpasses den enkelte pasient. Fordi psykisk utviklingshemmede ofte har en ujevn kognitiv funksjonsprofil, innebærer det mer detaljert utredning for at KAT-tilnærming skal bli meningsfull og gi ønsket effekt. Det er blant annet avgjørende å få kartlagt den enkeltes

språkforståelse, innlæring og oppmerksomhetsfunksjon, slik at fremstilling og språk kan tilpasses deretter. Samtalen Lars og jeg hadde om helseangstmodellen, er et eksempel på at jeg i starten ikke tok nok hensyn til hans reduserte begrepsforståelse og langsommere informasjonsbearbeiding. Når jeg gikk over til å bruke et konkret og enkelt språk, med færre detaljer, knyttet til konkrete eksempler fra Lars' egen hverdag, ble Lars mer aktiv og deltok i utfyllingen av helseangstmodellen med egne ord og eksempler.

Mange med psykisk utviklingshemning er gode til å kamuflere sin manglende mestring, slik at terapeuten kan komme til å overvurdere pasienten. Særlig i startfasen vil det være vanlig at pasienten er redd for å avsløre sin tilkortkommenhet. Både litteratur og egen erfaring viser at en god terapeutisk allianse, basert på trygghet og respekt, der pasientens styrker og ressurser fremheves, bidrar til at vedkommende tør stå frem med det han ikke forstår og trenger hjelp til.

Mange av de utfordringene en står overfor i møte med ungdom med lett psykisk utviklingshemning, vil være de samme som overfor barn. Samtidig er det viktig å ta hensyn til pasientens faktiske kronologiske alder. For eksempel bør skjema og informasjonsmateriale være tilpasset det kognitive nivået, samtidig som valg av eksempler og illustrasjoner bærer preg av å ha ungdom som målgruppe.

Sitt ønske om at foreldrene i liten grad skulle involveres i behandlingen, begrunnet Lars med at han ikke ville at de skulle blande seg i alle hans saker. Dette er en naturlig del av løsrivningsprosessen hos en tenåring. Lett psykisk utviklingshemmede har ofte kjent seg umyndiggjort og annerledes behandlet enn sine jevnaldrende. Å styrke pasientens autonomi og selvfølelse, samtidig som en erkjenner og ivaretar at vedkommende får den støtte som er nødvendig, er en vanskelig og hårfin balansegang. Jeg opplevde at Lars syntes det var i orden at foreldrene ble involvert, så lenge han til enhver tid hadde kontroll over hva som skulle deles med dem.

Forutsatt at man tar hensyn til de særlige utfordringene det innebærer å være lett psykisk utviklingshemmet, er min konklusjon at KAT er en velegnet terapiform i forhold til angstbehandling av ungdom med lett psykisk utviklingshemning. Min erfaring er at mange av de grunnleggende prinsippene i KAT, som struktur, fokus, samarbeid med felles utforskning, er særlig gunstige for personer med kognitive svekkelser. Det er fordi disse faktorene bidrar til forutsigbarhet, gir en ramme om terapien og er lette å tilpasse den enkeltes forutsetninger. Samtidig slutter jeg meg til de mange som hevder at det er et stort behov for mer forskning og kunnskap på dette feltet. ●●●

Referanser

- Barret, P. (2008). *Friends for life*. Bowen Hills QLD: Australian Academic Press.
- Berge, T. og Repål, A. (red.) (2009). *Håndbok i Kognitiv terapi*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Eknes, J. (red.) (2000). *Utviklingshemning og psykisk helse*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Eknes, J., Bakken, T. L., & Løkke, J. A. (red.) (2008). *Utredning og diagnostisering, utviklingshemning, psykiske lidelser og atferdsvansker*. Oslo: Universitetsforlaget .
- Friedberg, R. D., & Gorman, A. A. (2007). Integrating Psychotherapeutic Process with Cognitive Behavioural Procedures. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 37:185–193.
- Friedberg, R. D., & McClure J. M. (2002). *Clinical Practice of Cognitive Therapy with Children and Adolescents. The Nuts and Bolts*. New York: The Guildford Press.
- Ginsburg, G. S. & Kingery, J. N. (2007). Evidence-based Practice for Childhood Anxiety Disorder. *Journal of Contemporary Psychotherapy* 37:123–132.
- Gjærum, B. (1993). *Kunnskap og ettertanke. Psykisk utviklingshemning som flerfaglig utfordring*. Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Gjærum, B., & Ellertsen, B. (red.) (2002). *Hjerne og Atferd. Utviklingsforstyrrelser hos barn og ungdom i et nevrobiologisk perspektiv*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Haavind, H., & Øvreide, H. (red.) (2007). *Barn og unge i psykoterapi. Terapeutiske fremgangsmåte*. Bind II. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Hannesdottir, D. K., & Ollendick, T. H. (2007). The Role of Emotion Regulation in the Treatment of Child Anxiety Disorders. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 10: 275–293.
- ICD -10 (2002). *Psykiske Lidelser og Atferdsforstyrrelser. Kliniske beskrivelser og Diagnostiske Retningslinjer*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Kendall, P. C. Martinsen, K. D., & Neumer S. P. (2007). *Mestringskatten. Kognitiv atferdsterapi for barn med angst*. Terapeutmanual og arbeidsbok. Oslo: Universitetsforlaget.
- Linker, O. M. (red.), Jullumstrø, E., & Rasmussen, K. (1991) *Mennesker med psykisk utviklingshemning og psykiatrien*. Trondheim: Trøndelag Psykiatriske sykehus.
- Kroese, B. S., Dagnan, D., & Loumidis, K. (2006). *Cognitive behaviour Therapy for people with learning disability*. London: Routledge.
- March, J. S., & Mulle, K. (2003). *Tvangslidelser hos barn og unge. En kognitiv-atferdsterapeutisk behandlingsmanual*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Wells, A. (2008). *Cognitive Therapy of Anxiety Disorder. A Practice Manual and Conceptual Guide*. New York: John Wiley & Sons Ltd.
- Wilhelmsen, I. (1997). *Hypokondri og Kognitiv Terapi*. Oslo: Pax Forlag.