

Validerende samhandling i miljøterapi

**Trine Lise Bakken, forsker PhD og psykiatrisk sykepleier
Regional seksjon psykiatri, utviklingshemning / autisme,
Oslo universitetssykehus HF uxtlba@ous-hf.no**

Mennesker med psykiske helseplager er generelt mer sensitive for sårende og korrigerende kommentarer og samhandling enn psykisk stabile personer. Dette gjelder også for mennesker med utviklingshemning. I denne artikkelen vil det bli gjennomgått prinsipper for validerende samhandling i møte med mennesker med utviklingshemning som også har psykisk lidelse eller psykiske plager. Det blir presentert eksempler på hvordan profesjonelle samhandlingspartnere kan samhandle på en god måte.

Innledning

Virksomme faktorer innen miljøbehandling har vært studert og beskrevet i mer enn fem tiår. Det er først og fremst relasjoner mellom pasient og terapeut som er studert og beskrevet og som ser ut til å være den viktigste faktoren for å fremme psykisk vekst og symptomlindring hos mennesker med psykisk lidelse. Dette gjelder ikke bare for behandling i individualterapi, som samtaler hos psykolog, men også innen miljøbehandling (Travelbee, 1966). For å oppnå et godt generelt behandlingsmiljø for enheter som behandler mennesker med psykisk lidelse er det særlig faktorene emosjonell støtte, god struktur, engasjement hos de ansatte, autonomi og validering som er funnet å være virksomt (Gunderson, 1968; Bratheland mfl., 1998).

Validering eller *gyldiggjøring* er en sentral faktor i miljøbehandling overfor mennesker med alvorlig psykisk lidelse (Gunderson, 1978). Validering er en måte å samhandle på som er utviklet særlig innen psykodynamisk miljøbehandling (ibid.). Psykodynamisk miljøbehandling er særlig opptatt det «indre livet» til pasientene og prosesser som modning, selvrespekt og symptomlindring er viet særlig oppmerksomhet. Validering knyttes særlig til å bekrefte overfor pasienten at hans eller hennes opplevelse er relevant i sammenhengen. Det kan være en opplevelse, en følelse, væremåte generelt eller atferd knyttet til spesifikke situasjoner. Validering kan defineres som *en handling hvor terapeuten kommuniserer at det pasienten gjør eller sier gir mening*. Praktisk kan det dreie seg om å gi uttrykk

for at for eksempel utfordrende atferd er en del av symptombildet når pasienten er deprimert eller psykotisk. Validering er en tydeliggjøring og en konkret måte å formidle en aksept på, å vise at pasientens emosjonelle tilstand blir forstått og har en reell verdi. Man gyldiggjør pasientens syn og respekterer pasienten som menneske. I en videre forstand handler validering om å anerkjenne den andre som person. Dette kan være en krevende øvelse når pasienten i liten grad kommuniserer med ord grunnet både utviklingshemning og den psykiske tilleggslidelsen.

Validerende samhandling i psykisk helsearbeid

Forskning viser at en aksepterende og anerkjennende væremåte er bra for mennesker med psykisk lidelse. Omvendt vil kritikk, fiendtlighet og emosjonell overinvolvering hos fagpersoner være uheldig (MacFarlane mfl., 2003; Crowley mfl., 2008). Validering eller *validerende samhandling* er en av bærebjelkene i psykisk helsearbeid (Bakken mfl., 2014; 2017).

Kommunikasjon bygger på gjensidighet. Når tjenesteytere kommuniserer med brukere, baseres dialogen på fortløpende observasjoner av hvordan personen har det både med hensyn på følelser og om han eller hun har symptomer på psykisk lidelse. Når personen er både utviklingshemmet og psykisk syk, er det en utfordring å tilrettelegge for at dialogen opprettholdes. Slik profesjonell kommunikasjon forutsetter at miljøterapeuten evner å tolke sine observasjoner inn i en meningsfull ramme og tilrettelegge samhandlingen for symptomlindring hos klienten. Men først



Foto: Leo Hidalgo, Flickr

og fremst er en relasjon til personen man skal hjelpe en forutsetning. Forskning innen psykiatri gjennom mer enn hundre år viser at relasjonen som oppstår mellom pasient og hjelper er en nødvendig forutsetning for symptomlindring hos pasienten. Kommunikasjon og samhandling påvirker denne relasjonen. Validerende samhandling er derfor også en bærebjelke i relasjonsbygging innen psykisk helsevern (Vatne og Hoem, 2007).

En nøkkelfaktor innen validering er at miljøterapeutene forstår og knytter atferd som aggresjon og symptomer på psykisk lidelse som for eksempel usammenhengende snakk eller fatigue (kraftløshet) til den psykiske lidelsen, og ikke til vond vilje

eller latskap. Dette er spesielt viktig overfor pasienter med utviklingshemning og samtidig psykisk lidelse. Regulering av følelser er generelt nedsatt hos mennesker med utviklingshemning, noe som forverres ved samtidig psykisk lidelse. Dette vil kunne medføre frekvent utfordrende atferd i perioder hvor pasienten har høyt symptomtrykk. Slik væremåte kan bli tolket som «bare» atferdsvansker og ikke som et symptom på psykisk lidelse (Jopp og Keys, 2001).

Validering forutsetter at hver enkelt miljøterapeut søker å opptre empatisk og tolerant. For pasienter med for eksempel posttraumatisk stressyndrom (PTSD) og utviklingshemning er det særlig viktig at



Foto: Andrey, Flickr

samhandlingen ikke blir preget av instruksjoner og krav, men i større grad av hjelp når pasienten signaliserer uvilje mot en aktivitet eller oppgave (Bakken mfl., 2008). Bakken og kolleger (2014) beskriver validering som den mest generelle intervensjonen knyttet til fem pasienter med PTSD og samtidig moderat eller alvorlig grad av utviklingshemming. Eksempler på validering kan være at små tegn på avvikende atferd overses, at pasienten blir trodd når historier om vold eller overgrep blir formidlet, at pasienten får ros, om enn forsiktig, i forbindelse med oppgaveløsning, å akseptere at pasienten har behov for «alenetid» og å akseptere følelser som skam hos pasienten (ibid.).

Pionerer innen bruk av validerende samhandling

Den tyske sosionomen Naomi Feil flyttet til USA som barn og vokste opp på et aldershjem drevet av foreldrene. Hun utdannet seg som sosionom. På 1960-tallet startet hun arbeidet med å utvikle psykologisk validering som metode. Hun var den første som brukte validering som begrep knyttet til mellommenneskelig samhandling. Feil utviklet metoden fordi hun hadde dårlig erfaring med realitetsorientering og grensetting i omsorg for eldre med demenssykdom. Feil erfarte at korrigering av feiloppfatninger hos den aldersdemente ofte endte i konflikt om fakta. Hun begynte istedenfor å bekrefte



Foto: Francois Bester, Flickr

den følelsesmessige verdien og gyldigheten av den dementes virkelighetsoppfatning, samtidig som hun ikke bekreftet eller avkreftet feiloppfatninger. Dermed opplevde den aldersdemente å bli tatt på alvor, å bli sett, hørt og akseptert. Metoden kalte Feil *Validation Therapy* (Feil, 1993). Teorien er fra flere hold kritisert for ikke å bygge på empirisk forskning. Klinisk erfaring i

mer enn 50 år innen psykiatri og demensomsorg har imidlertid bekreftet at Feils kliniske metode er svært effektiv knyttet til symptomlindring ved psykisk lidelse. Hovedformålet med validering er ikke at pasienten kommer tilbake til virkeligheten, men en positiv sideeffekt kan være at pasienten forholder seg til andre mennesker og deler deres felles virkelighet her og nå.



En sykepleierstudent i sykehjemspraksis hilser på «Elisabet» på 92 år. Hun har Alzheimers sykdom og spør ofte etter mormoren sin. Denne dagen er hun stille og stirrer ut i avdelingens oppholdsrom som er delt i tre soner; dagligstue, spisestue i midten og kjøkken i den andre enden. «Der er mormors kjøkken» sier Elisabeth med varme i stemmen og peker mot kjøkkenavdelingen. Studenten kunne korrigeret og sagt noen sånt som «Elisabeth – du er 92 år og nå bor du her på Solgløtt. Mormoren din er nok død for mange år siden. Men vi skal ta godt vare på deg her». Han valgte i stedet for å ta utgangspunkt i Elisabeths følelser og svarte «Det høres ut som du er veldig glad i mormor» «Ja» svarte Elisabeth «Hun er veldig snill mot meg». Så fulgte en hyggelig samtale hvor Elisabeth fortalte om mormor som baker og ofte er sammen med Elisabeth. Det ble god stemning. Elisabeth fikk en fin og rolig ettermiddag.

Joyce Travelbee var psykiatrisk sykepleier, forfatter og en pioner innen psykisk helsearbeid. Allerede på 1960-tallet skrev hun om relasjonen som et hovedaspekt innen psykisk helsearbeid (Travelbee, 1966). Travelbee var tidlig ute med pasientperspektivet som utgangspunkt for samhandlingen. For henne var en av sykepleieroppgavene å finne mening i pasientens symptomer i samarbeid med pasienten. Travelbee brukte ikke begrepet validering, men innholdet i teorien hennes

omfatter akseptasjon og anerkjennelse, som er hovedinnholdet i begrepet validering (Linehan, 1997; Bakken et al, 2017). Travelbee var tidlig ute med å understreke viktigheten av at miljøterapeuten selv er et instrument for å kjenne på følelsene pasienten uttrykker (Travelbee, 1966).

Marsha Linehan er en amerikansk psykolog og forfatter. Hun er kjent for å ha utviklet dialektisk atferdsterapi (DAT) – en terapiform som kombinerer individual- og gruppeterapi med ferdighetstrening (Linehan, 1997). Linehans kjernebegrep er akseptasjon. Hun er påvirket av Zen-buddismens budskap om å akseptere seg selv og sin livsskjebne. Linehan har selv levd med psykiske vansker, hun ble diagnostisert med schizofreni i tenårene og mener selv hun har emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse. Hun har brukt erfaringer fra sitt eget liv i utviklingen av DAT. Opprinnelige utviklet hun metoden for å behandle kvinner med emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse. Selv om DAT opprinnelig ble utviklet for å behandle personlighetsforstyrrelse, brukes metoden nå for å behandle flere typer psykisk lidelse hvor pasienten utvikler uhensiktsmessig atferd for å regulere den psykiske smerten: selvskading, selvmordstanker og selvmordsforsøk, og rusmiddelbruk.

Validerende samhandling og psykisk helsearbeid for pasienter med utviklingshemning

Det er generelt forsket veldig lite på miljøbehandling overfor mennesker med utviklingshemning og samtidig psykisk

lidelse. Den sparsomme forskningen som finnes på klinisk psykisk helsearbeid viser imidlertid entydig at metoder utviklet for pasienter i den generelle befolkningen også passer for personer med utviklingshemning, bare metodene er tilpasset grad av utviklingshemning og den enkeltes personlige kommunikasjonsstil (Bakken og Sageng, 2016).

I en artikkel publisert i 2017 fikk ti erfarne miljøterapeuter, tre psykologer og en psykiater i oppgave å gi tre eksempler på validerende samhandling i sin egen kliniske praksis (Bakken mfl., 2017). De til sammen 42 eksemplene omfattet mange ulike situasjoner. Forskerne bak studien analyserte innholdet i eksemplene og delte eksemplene inn i de to hovedkategoriene *akseptasjon* og *bekreftelse*. Disse to hovedkategoriene ble inndelt i til sammen ni underkategorier. Se tabell under. Både miljøterapeutene og individual-

terapeutene brukte mange av de samme måtene å validere pasientene på. Kategoriene unngå korrigerende, instruks og realitetsorientering ble bare brukt av miljøterapeuter, noe som er naturlig fordi det er miljøterapeutene som samhandler med pasientene om oppgaveløsning gjennom dagen. Under følger noen eksempler fra studien.

Validerende samhandling
– Akseptasjon

«Per» har lett utviklingshemning, autisme, depresjon og mulig en psykose. Han var verbalt utagerende med fornærmende påstander og trusler da miljøterapeuten kom inn til pasienten på hans rom. Miljøterapeutens kjennskap til Per tilsa at han uttrykte angst og sorg på denne måten. Miljøterapeuten satt seg ned i en stol hos Per og sa ingenting mens pasienten fortsatte å komme med trusler og ufint

Hovedkategorier	Kategorier
Akseptasjon	Tilpasse samhandling til symptombelastning
	Tilpasse forventning om oppgaveløsning til symptombelastning
	Unngå korrigerende
	Unngå instruks
	Unngå realitetsorientering
Bekreftelse	Bekreftede følelser
	Bekreftede individualitet gjennom stykeområder
	Bekreftede ønsker eller valg
	Bekreftede positiv atferd



Foto: Pedro Ribeiro, Flickr

prat. Per spurte etter noen minutter om hvorfor miljøterapeuten ikke sa noe til det han har sagt. Miljøterapeuten svarte «Jeg lar deg få prate nå fordi jeg skjønner at du har mye på hjertet og trenger å få pratet

om det». Per fortsatte å prate og dreide etter hvert «monologen» i mer reflekterende retning og ble etter hvert roligere i språk og kroppsholdning. Han spurte ved et par anledninger om hva



Foto: Johnny Silvercloud, Flickr

miljøterapeuten syntes om pasientens uttalelser rett etter en trussel – for eksempel sa han «Jeg skal drepe dattera di. Hva tenker du om det?» Miljøterapeuten svarte «Jeg hører hva du sier og jeg skjønner at du har mye å tenke på». Etter hvert ble Per mer avslappet, noe som kan tolkes som

at miljøterapeuten «holdt ut» pasientens symptomtrykk som en akseptasjon av Pers psykiske smerte som en realitet.

«Mona» har moderat utviklingshemning og posttraumatisk stresslidelse (PTSD). Hun har erfart mye bruk av makt og tvang gjennom flere tiår. I denne

situasjonen trengte hun hjelp til å vaske seg og å skifte klær. Hun hadde en vanskelig dag og motsatte seg hjelp. Situasjonen virket fastlåst og Mona viste tegn på angst. Miljøterapeuten spurte henne om hun ville bli lest høyt for, noe som erfaringsmessig var angstdempenede for Mona. Hun ble lest høyt for en halv time. Mona blir spurt om hun var klar for stell og skift. Mona tviholdt på buksen og sier nei. Miljøterapeuten sier «da skjønner jeg at du ikke er klar ennå» og leser en halv time til. Mona er da klar og samarbeidet greit om stell og skift.

«Anne Lise» har lett – moderat utviklingshemning, autisme og schizofreni. Hun hadde vrangforestillinger om at noen var inne på soverommet hennes og hun nektet å gå inn på rommet for å legge seg de første kveldene hun var innlagt i psykiatrisk avdeling. Det hadde ingen hensikt å realitetsorientere. Det hadde vært prøvd svært forsiktig, men Anne Lise hadde blitt svært redd og oppkavet. Mona hadde i denne situasjonen vært våken over ett døgn. Hun ble møtt med vennlighet og forståelse for sin opplevelse av frykt. Det ble laget trygge rammer for at hun skulle få sove. Hun ble tilbudt sakkosekk og var sammen med personalet om natten – noe som gjorde at hun slappet av. Dette foregikk over en lengre periode over flere uker til vrangforestillingene bleknet av. Hun klarte da å sove i egen seng igjen.

«Espen» har lett utviklingshemning, autisme og en alvorlig depresjon. Han satt med bena på bordet i stua da en ansatt kom til og så dette, men så også at Espen var sammen med en miljøterapeut og kommenterte det ikke. Miljøterapeuten sa

ikke noe til pasienten da han hadde fått flere korrigeringer den vakten og ikke var mottakelig for mer. Etter en liten stund tar Espen bena ned fra bordet.

«Sverre» som har Aspergers syndrom, angst- og tvangslidelse ønsket hjelp til å leve med sin Aspergerdiagnose og til å håndtere sin angst- og tvangslidelse. Sverre opplevde at angstsymptomene begrenser livsutfoldelsen. Tvangssymptomene viste seg særlig i forbindelse med håndvask. Kognitiv terapi hadde tidligere blitt forsøkt uten bedring av tilstanden. De første gangene sammen med «Sverre» i håndvasksituasjoner valgte miljøterapeuten å forholde seg passiv med anerkjennende kommentarer. Etter en tid uten særlig resultat valgte hun en mer praktisk tilnærming. Hun valgte å stå rolig ved siden av Sverre, gjøre håndvaskbevegelser, og å avgrense håndvaskingen ved å si at «nå er det nok». Dette viste seg å fungere. Etter noen ganger sa han «Det er sånn jeg vil ha det». Noen ganger kunne han spørre «er det nok nå?», noe som ble besvart bekreftende.

I de fem eksemplene over aksepterer miljøterapeutene pasientenes symptombelastning på forskjellige måter. I eksemplet med Mona bruker miljøterapeuten god tid og reduserer forventningen om at Mona skal vaske seg og skifte klær og bruker heller en times tid på høytlesning. I eksemplet med Sverre unngår miljøterapeuten instruks og finner en måte som passer bedre for Sverre. I samhandling med Espen unngår miljøterapeuten å korrigere selv om det er en regel i avdelingen å ikke sitte med bena på bordet. Hos Anne Lise som hadde



Foto: Matus Laslofi, Flickr

vrangforestillinger ble det forståelsesfullt reagert på hennes sterke frykt for å sove på pasientrommet.

Validerende samhandling – Bekreftelse

«Stine» har alvorlig utviklingshemning, autisme, ADHD og stemningslidelse. Hun kom gående mot miljøterapeuten og tok hendene hennes samtidig som hun

laget klappebevegelser. Miljøterapeuten klappet i hendene som svar på Stines klapping. Stine smilte og laget god-lyder.

«Karoline» har moderat utviklingshemning, autisme, depresjon og en angstlidelse. Hun hadde nettopp fått vite at hennes far var død. Hun hadde i lang tid avvist å snakke i telefon, også med moren som bor langt unna sykehuset. Psykologen spurte Karoline om hun ville

snakke med mor, hun ristet på hodet. Psykologen foreslo da at Karoline kunne være med på kontoret og høre på at psykologen snakket med mor, noe Karoline aksepterte. Telefonsamtalen var på høyttaler. Karoline lyttet på hva psykologen og mor sa. Mor snakket til Karoline som kom med små bekräftende eller avkreftende lyder. Psykologen «oversatt» dette for mor ved å beskrive pasientens ansiktsuttrykk og responser. Mor foreslo at Karoline skulle få komme til henne på ferie. Karoline lyste opp i stort smil. Psykologen formidlet hennes ansiktsuttrykk videre til mor. Karoline var rolig og tilsynelatende tilfreds over å ha fått snakke med mor ved samtals slutt. Psykologen bekräftet de følelsene hun hadde sett hos Karoline under samtalen. Karoline nikket da underveis og virket fornøyd.

«Arne» har moderat utviklingshemning, autisme og en bipolar lidelse. Han var ute og gikk tur sammen med en miljøterapeut og psykologen sin. Arne begynte å snakke om en av sine spesialinteresser – sykehus – og psykologen deltok aktivt i samtalen. Arne gav tydelig positiv respons på dette, smilte og begynte å stille spørsmål om psykologen kjente ulike helsepersonell han tidligere hadde møtt. Psykologen utvidet temaet noe ved å beskrive sykehus Arne snakket om slik at det ble tydelig for Arne at psykologen også hadde vært der. Pasienten stoppet da opp og smilte tydelig mot psykologen.

I de to første eksemplene bekräftes følelser hos pasienter som kommuniserer sparsomt verbalt. Slik kommunikasjon kan være vanskelig. Det er derfor viktig å samle informasjon om den enkelte pasients

eller brukers personlige kommunikasjonsstil før møte mellom fagpersoner og hovedpersonen.

Pasienter med utviklingshemning og samtidig psykisk lidelse har i varierende grad vansker med emosjonsregulering. Validering gjennom å bekräfte pasientens emosjonelle status – redd, sint, fortvilet, etc, i stedet for irrettesetting, korrigering eller realitetsorientering, har vist seg å være symptomlindrende også for pasienter med utviklingshemning, noe som er vist i eksemplene over.

I det siste eksemplet bruker psykologen en av pasientens styrkeområder for å validere.

Styrkeområder eller spesialinteresser blir gjerne forbundet med autisme og er som regel en kilde til gode opplevelser for den som har interessen (Kaland, 2010; Mercier mfl., 2010). Spesialinteresser kan ha avgjørende betydning for læring og sosial samhandling. Forskning støtter at mennesker med utviklingshemning kan ha stor nytte av sine spesielle interesser, og at disse er ressurser ikke bare er bra for personen selv, men også for omgivelsene.

Forskning viser at et nyere og mer positivt syn på spesielle interesser hos mennesker med funksjonshemning vinner frem (Keeling mfl., 2003; Mercier mfl., 2010; Koegel mfl., 2013). Hvis ikke interessene representerer fare for personen selv eller andre, vil begrepet «styrkeområde» være mer passende enn spesialinteresse. Særinteresse er et begrep som har en negativ klang og som i 2018 fremstår som umoderne (Kaland, 2010). Bruk av styrkeområder hos mennesker med utviklingshemning kan påvirke hverdagen

på en positiv måte og øke livskvaliteten. For mennesker med både utvikling og autisme kreves i de fleste tilfellene at tjenesteytere og familien i samarbeid med personen selv tilrettelegger for og aktivt støtter bruk av styrkeområder.

Å bruke styrkeområder validerende krever nødvendigvis ikke samhandling verbalt. Å bruke styrkeområder konkret lar seg gjøre også når personen i liten grad kommuniserer med ord. Å vise at man setter pris på personens interesseområder ved å invitere til samhandling som inkluderer interessene er en konkret måte å si 'Du er OK' på. I miljøterapeutisk samhandling kan initiativ tatt av miljøterapeuter tolkes inn i en validerende ramme når initiativene omfatter pasientens styrkeområder. Et eksempel kan illustrere hvordan.

*For noen år siden ble en dame i fortid-
årene innlagt i psykiatrisk avdeling.
Hun hadde moderat – alvorlig
utviklingshemning. Det ble etter hvert
avdekket en psykotisk lidelse. Pasienten
virket engstelig og klarte i liten grad å
regulere følelser og atferd. Hun hadde
med seg tegnefilmer som hun selv tok
initiativ til å se på. Det var vanskelig å
finne andre områder hvor miljø-
terapeutene kunne samhandle
validerende utover å reagere positivt på
henvendelser fra pasientene. Det ble
tatt kontakt med ansatte i kommunen
og det kom fram at pasienten hadde et
sanghefte med sanger hun likte ekstra
godt. Noen av sangene var tradisjonelle
og nesten ingen av de ansatte i avdel-
ingen kunne dem. Etter en kort periode*

*med sangøvelse begynte miljøterapeut-
ene å ta initiativ til å synge sammen
med pasienten. Hun responderte svært
positivt og roet seg fint ned i sangst-
under sammen med de ansatte.*

Presentasjon og bruk av styrkeområder ble viet et eget temanummer *SOR Rapport* i juniutgaven i 2016.

Oppsummering

Det å beherske validerende samhandling er en kjerneoppgave innen psykisk helsearbeid. Det gjelder også når pasienten har en psykisk utviklingshemning. Det å kunne akseptere pasientens lidelse og også kunne formidle denne akseptasjonen til pasienter som kommuniserer lite med ord eller bruker en svært personlig kommunikasjonsstil, er vanskelig.

Informasjon om kommunikasjonsstil, styrkeområder og generelt hva pasienten liker, er flink til og er opptatt av, er nødvendig å samle inn for profesjonelle samhandlingspartnere.

Takk

Takk til gode kolleger i regional seksjon psykiatri, utviklingshemning / autisme for eksemplene i forbindelse med studien som det refereres til i denne artikkelen.

Referanser

- Bakken, T.L., Sageng, H., Hellerud, J.M.A., Kildahl, A.N. og Kristiansen, T. (2017). The use of validation in mental health nursing for adults with intellectual disabilities and mental illness. A descriptive study. *Issues of Mental Health Nursing*. 38:8, 619-623.
- Bakken, T.L., Matre, E., Gjersoe, V., mfl. (2014). PTSD in Adults with Intellectual Disabilities:

Stabilisation during inpatient stay. *Advances in Mental Health in Intellectual Disabilities*. 8:4, 237-247.

- Bakken, T.L. (2016). Kommunikasjon og samhandling. I: Bakken, T.L. (red.). *Samhandling med og uten ord. Miljøbehandling for mennesker med utviklingshemning og psykisk lidelse*. 2. opplag. Stavanger: Hertervig Forlag.
- Bakken, T.L., Eilertsen, D.E., Smeby, N.A. & Martinsen, H. (2008). Effective communication related to psychotic disorganised behaviour in adults with intellectual disability and autism. *Nordic Journal of Nursing Research and Clinical Studies*, 88(28), 9-13.
- Bratheland, O., Dahle, A.S., Henriksen, A., Hammervold, U.E. mfl. (1998). Miljøterapi: en

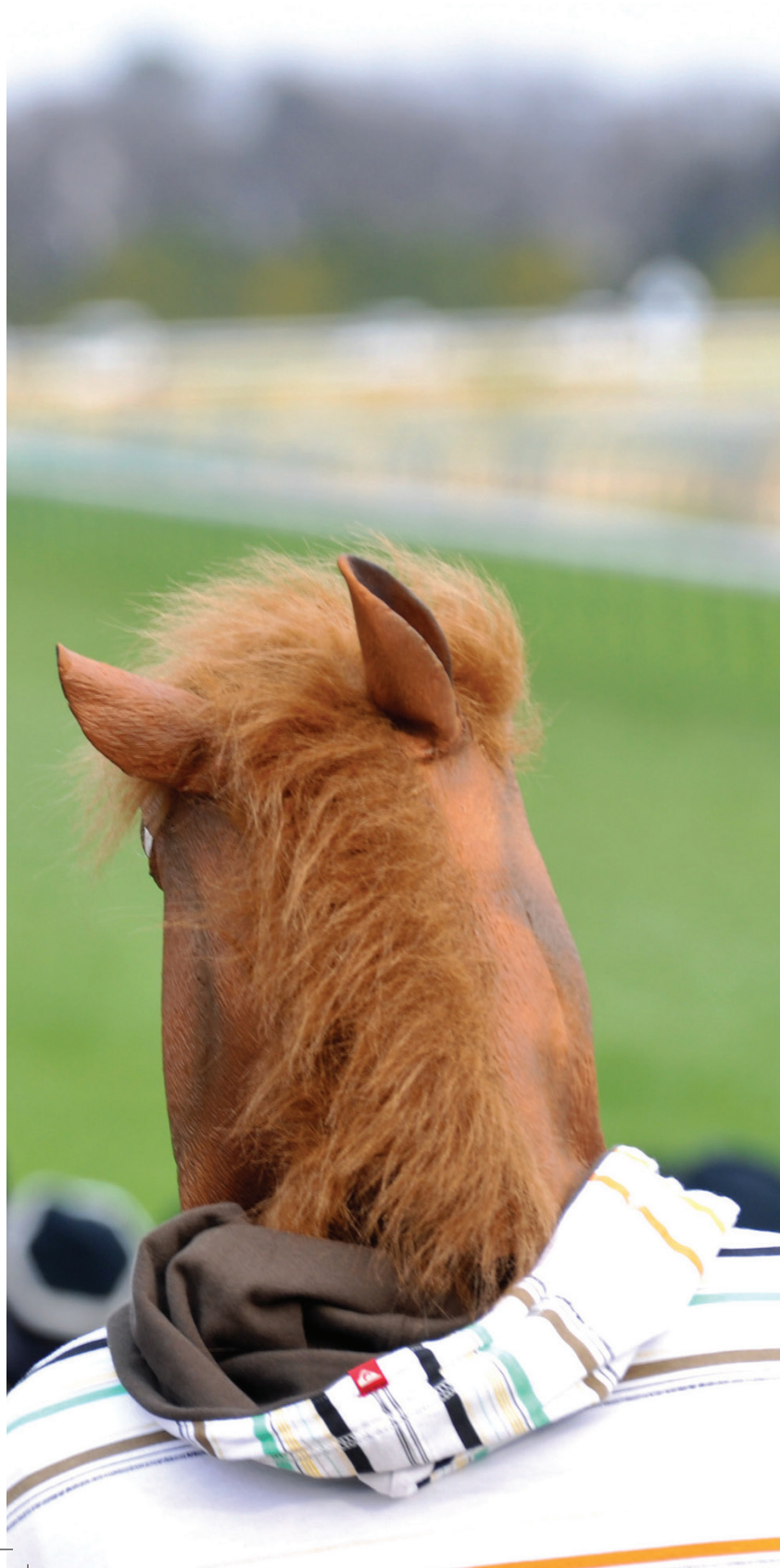
modell for tenkning, holdning og handling i en psykiatrisk institusjon. Stavanger: Stiftelsen psykiatrisk opplysning.

- Crowley, V., Rose, J., Smith, J., Hobster, K. & Ansell, E. (2008). Psycho-educational groups for people with a dual diagnosis of psychosis and mild intellectual disability. *Journal of Intellectual Disabilities*, 12(4), 25-39.
- Feil, N. (1993). Validering - hjelp til desorienterte gamle. København: Hans Reitzels Forlag.
- Gunderson, J.G. (1978). Defining the Therapeutic processes in Psychiatric Milieus. *Psychiatry*, 41(4), 327-335.
- Jopp, A.D. & Keys, C.B. (2001) Diagnostic overshadowing reviewed and reconsidered. *A J Men Retard*, 106, 416-433.

Foto: Brian Glanz, Flickr







- Kaland, N. (2010). «Jeg elsker lokomotiver ...»: En styrkebasert tilnærming til spesielle interesser hos personer med autisme og Asperger-syndrom. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 47:3, 218–223.
- Keeling, K., Myles, B.S., Gagnon, E. og Simpson, R.L. (2003). Using the power card strategy to teach sportsmanships Skills to a child with autism. *Focus on Autism and other Developmental Disabilities*, 18:2, 105–111.
- Koegel, R., Kim, S., Koegel, L. og Schwartzman, B. (2013). Improving socialization for high school students with ASD by using their preferred interests. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 43: 2121–2134.
- Linehan, M.M. (1997). Validation and Psychotherapy. In: A.C. Bohart and L.S. Greenberg (eds.). *Empathy Reconsidered: New Directions in Psychotherapy*. Washington DC: American Psychological Association.
- McFarlane, W.R., Dixon, L. & Lukens, E. (2003). Family psychoeducation and schizophrenia: A review of the literature. *Journal of Marital and Family Therapy*, 29, 223–145.
- Mercier, C., Motttron, L. og Belleville, S. (2000). A psychosocial study on restricted interests in high-functioning personen with pervasive developmental disorders. *Autism*, 4:4, 406–425.
- Spiker, M.A., Lin, C.E., Van Dyke, M. og Wood, J.J. (2012). Restricted interests and anxiety in children with autism. *Autism*, 16:3, 306–320.
- Travelbee, J. (1966). *Interpersonal Aspects of Nursing*. FA Davis Company.
- Vatne, S. & Hoem, E. (2007). Acknowledging communication: a milieu-therapeutic approach in mental health care. *Journal of Advanced Nursing*, 61(6), 690–698.
- Vatne, S. & Holmes, C. (2006). Limit setting in mental health. Historical factors and suggestion as to its rationale. *Journal of Psychiatric and Mental health Nursing*, 13(5), 588–597.
- World Health Organisation, WHO. (1992). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva: World Health Organisation.

Foto: Kanegen, Flickr