

Mestringssamtaler

Espen Arnfinn Winther Matre, vernepleierspesialist og kognitiv terapeut, Seksjon psykiatri, utviklingshemming, PUA, Oslo universitetssykehus.
UXESMA@ous-hf.no

Mestringssamtaler er en god ramme for personer med emosjonsreguleringsvansker når de skal samarbeide med fagfolk om å mestre følelsene sine, spesielt sinne. I denne artikkelen beskrives metoden kort. Forfatteren Espen Matre har alene eller sammen med annen fagperson 15 års erfaring med sinnemestring gjennom mestringssamtaler.



Foto: Priscilla Du Preez, Unsplash

Innledning

Mestringssamtale som sinnemestringsverktøy sprang ut av et tilbud om ART, Aggression Replace Therapy, som ble innført som et tilbud til pasienter med utviklingshemming i en regional seksjon innen psykisk helsevern ved Oslo universitetssykehus, PUA. Begrepet *mestringssamtale* ble innført etter noe tid i tråd med det som er kjernen i slike samtaler; nemlig å gi mennesker forståelse og kompetanse slik at de kan mestre utfordringer ut fra sine egne forutsetninger. Dessuten er det et norsk ord som kan forstås av både pasienter, pårørende og andre fagpersoner.

ART er et multimodalt program for etablering av sosial kompetanse. Det består av tre deler; sosiale ferdigheter som er en

atferdskomponent, sinnekontroll/mestring som er *affektiv komponent* og moralsk resonnering som er *kognitiv komponent*. ART som metode er utviklet av Goldstein, Glick, Gibbs og Feindler (Gundersen mfl, 2008). Sistnevnte var den som var ansvarlig for sinnemestringsprogrammet (ibid). Det begynte i 2005 med at pasientene ble tilbudt et ART-kurs mens de var innlagt i PUA. Kurset ble tilrettelagt for deltagerens ulike utfordringer; kognitivt og emosjonelt. Gjennom kontinuerlig evaluering av utbytte tilbake-meldt fra pasienter har ART-kurset utviklet seg til et konsept jeg har valgt å kalle mestringssamtaler.

Det ble først arrangert grupper med to – tre pasienter i hver gruppe. Det viste seg nokså raskt at det å forvente at



Foto: Harli Marten, Unsplash

pasienter med utviklingshemming og /eller autisme og psykisk tilleggslidelse skal kunne gjennomføre et strukturert og fullstendig ART-kurs var uhensiktsmessig. Strategien ble derfor endret fra gruppe til individuelle møter. Det viste seg at den mest aktuelle delen av ART-manualen ble sinnemestringsbolken. Endringene ble etter hvert så store at opplegget ikke lenger kvalifiserte til å bli omtalt som ART-timer.

De som er med i samtalen

Pasienten må kunne kommunisere med språk. Mestringssamtaler passer nok best for pasienter med lett eller moderat utviklingshemming. Når pasienten har autismspekterforstyrrelse er det en tilleggsutfordring for terapeuten å være konkret i måten man ordlegger seg på, og å sjekke at pasient og terapeut har en felles forståelse av hva som sies.



Foto: Laurenz Kleinheider, Unsplash

Støtteperson fra pasientens hjemmemiljø bør være med i samtalene, helst en som kan påvirke avgjørelser om daglig oppfølging. Dette er viktig fordi det er en forutsetning at pasienten opplever at det som skjer i mestringssamtalene får en konkret løsning i hjemmemiljøet. Det vil være nyttig at hele personalgruppen kjenner til tema i samtalene, slik at de kan motivere for å gjøre lekser de får i timen, vise interesse for temaene og bruke det i samtaler, og rose pasienten når de viser

atferd som de har jobbet med og påpeke nytten av endret atferd. Dette gir gode muligheter for positive, konkrete tilbakemeldinger til pasienten.

Terapeuten i intervensjonen som presenteres her er vernepleierspesialist med skolering i ART. For å drive et slikt tilbud bør terapeuten ha godt kjennskap til pasienter med samtidig utviklingshemming/autisme og psykisk lidelse. Det er en forutsetning med skolering innen kognitiv terapi / ART.

Metoden

Mestringsamtalen skal være et formelt møte med fastsatt sted og tid. Samtalene bør ikke gjennomføres der personen bor, da stemningen raskt kan bli for «hjemmekoselig». Mestringsamtaler er hardt arbeid for pasienten. I første møte settes det opp regler for gjennomføring av timene. Lag gjerne en fast agenda. Det bør skrives referat. Hver time begynner med at man gjennomgår og godkjenner referat fra forrige time. Slik er det mulig å holde tråden i det terapeutiske arbeidet og følge opp avtaler som er blitt gjort.

Temaer som blir tatt opp er ofte vanskelige og skambelagte. Respekt for personen og anerkjennelse av hans eller hennes egenart er avgjørende for å oppnå et godt arbeidsfellesskap. En slik tilnærming kalles vanligvis «validering», et begrep som først ble brukt av den amerikanske sosialarbeideren Naomi Fields (Bakken, 2017). Validering betyr «gyldiggjøring» og står for verdsetting i praksis. Dette er en helt sentral miljøterapeutisk intervensjon og «klassisk» metode i psykiatrisk miljøbehandling (Bakken, 2017). Validering innebærer å respektere pasientens lidelse og samtidig knytte utfordrende atferd til lidelsen og ikke til personlige egenskaper (ibid.). Terapeuten må kunne se og forstå pasientens sårbarhet og også kunne gi denne forståelsen tilbake i ørsmå porsjoner i takt med pasientens progresjon i behandlingen.

Repetisjoner er et sentralt element i mestringsamtaler. Det vil stadig være behov for å komme tilbake til temaer; undre seg og reflektere sammen med

pasienten over hvordan hendelser kunne fått andre avslutninger. I *Miljøterapeutisk arbeid i møte med vold og aggresjon* skriver Lillevik og Øien: «Veien til å forstå fenomenene skjer gjennom en reflekterende og undrende holdning, ... Når en person er nærværende, er han åpen og til stede. Et slikt nærvær kjennetegnes av en opplevelse av meningsfylt kommunikasjon. Dette krever en undrende holdning til hvordan brukeren har det» (2014, s. 86): Refleksjon som aktivitet i seg selv bidrar til utvikling av den delen i hjernen (prefrontal cortex) som danner vår forståelse og vår evne til å utvikle relasjoner (Siegel & Harzell, 2003). Vi kan også fabulere litt og drømme, men det er hele tiden i underliggende premiss at deltagerne i samtalen deler samme forståelse om hva som er tema og om tema er spøk og drøm eller realitet.

Det kan være en god idé for terapeuten å bruke selvopplevde eksempler for å alminneliggjøre det å si eller gjøre dumme ting, for så å knytte det opp mot noen av pasientens utfordringer. For de fleste bruker vi møteplan, men for enkelte kan det være vanskelig nok å snakke om et tema gjennom en samtale. Pasienten kan bli sliten, og da bør terapeuten sørge for å ta et «hvileskjær» og snakke med pasienten om noe som er mindre vanskelig. Hvis pasienten ikke tar seg inn, bør samtalen avsluttes. Avslutt helst med et hyggelig tema som pasienten føler seg trygg i. Det hjelper med å regulere ned emosjonene, og hjernen får hvile.

I mestringsamtalene bruker vi flere praktiske hjelpemidler. Det kan være tavle, både til å tegne og skrive på, og bilder.

Alt som kan være til hjelp for å få tydeliggjort budskapet tas i bruk. Bruk av styrkeområder kan gjøre det lettere for pasienten å snakke om vanskelig temaer (Bakken mfl., 2016).

Første samtale med «Erik»

Erik kom til PUA for utredning av mulig psykose og/eller autismespekterforstyrrelse. Erik hadde i en lengre periode vist aggressiv atferd og ble henvist til mestringssamtale. I den første timen viste pasienten interesse når vi snakket om symptomer som man kan ha grunnet autisme, men reagerte lite på beskrivelse av psykosesymptomer. I timen brukte jeg lysbilder gjengitt på A4-ark med tre-fire kulepunkter på hvert ark. På lysbildene var det listet opp beskrivelser av hva som kjennetegner god psykisk helse og symptomer ved psykose og ved autisme. På spørsmål om han skjønnte hva ord som «relasjon» betyr, svarte han: «nei». Dette ledet samtalen i retning av hva det kan innebære å ha en Aspergerdiagnose, og om pasienten kjenner seg igjen i beskrivelsene. Tilbakemelding fra timen ble gitt skriftlig til hans terapeut som gjorde en autismeutredning.

Som vist i eksemplet over kan flere hypoteser komme ut av en kort samtale. I dette tilfellet ga ikke pasienten på eget initiativ uttrykk for at det var noe han ikke forsto, kun da jeg spurte direkte.

Det finnes forskjellige måter å kontrollere om pasienten forstår. Man kan spørre om enkeltord, men i denne situasjonen valgte jeg ikke å gjøre det fordi det var første time.

Jeg valgte heller å spørre om han forsto min forklaring om alle de enkelte ordene.

Slik kunne jeg «skylde på» at min forklaring var for dårlig hvis Erik ikke forsto.

«Svein» og sinnesirkelen

«Sinnesirkelen» er et pedagogisk verktøy for at pasienten skal forstå og trene på å dempe seg i situasjoner hvor sinne og aggresjon oppstår. Sinnesirkelen har seks hovedelementer; indre og ytre triggeren av sinne, signaler kroppen gir, dempere, sosiale ferdigheter og til sist selvvurdering (Gundersen mfl., 2008).

«Svein» gjennomførte ART-programmet som enetimer, sammen med undertegnede og som regel behandler fra PUA, og enkelte ganger i følge med en miljøterapeut fra Sveins team i PUA. I timene ble det fulgt trinnene i sinnemestringsprogrammet; sinnesirkelen. I tillegg ble hendelser med utfordrende atferd fra miljøet i PUA diskutert i lys av forklaringsmetoden i ART. ART begynner med å kartlegge utløsende situasjoner, såkalte *triggere* som første punkt på sinnesirkelen (Gundersen mfl., 2008). Triggere er det som utløser sinne. Triggere er enten «ytre» eller «indre», hvor ytre er situasjoner som skjer og indre er pasientens tanker og følelser omkring situasjonen. *Signaler* er det andre hovedpunktet på sinnesirkelen. Her leter vi etter hvilke signaler kroppen gir og hvordan pasienten kan bruke disse som forvarsel. Pasienten kan kjenne at noe skjer i kroppen, ofte i magen eller brystet. Svein beskrev det som å bli varm. Han kjente det i maven da han ble irritabel, for eksempel av mennesker som han opplevde som uforskammet, barnslig og som behandlet ham respektløst. Det han opplevde som



Foto: Priscilla Du Preez, Unsplash

manglende respekt var for ham en ytre trigger. En indre trigger var de tankene og følelsene som oppsto når han opplevde andre mennesker som uforskammede og respektløse. Den engstelsen som oppsto kunne senke Sveins terskel for å ty til vold. Et eksempel på dette var at Svein i forkant av en medisinsk undersøkelse ble fortalt at et av legemidlene han brukte skulle seponeres. Dette skapte frykt knyttet til hvordan han ville reagere på seponeringen og til slutt endte det med utagering mot miljøterapeuten som fulgte til undersøkelsen.

Dempere er atferd som gjør at personen får tid til å tenke seg om før man handler. Dette er all atferd som roer og gir tid. For Svein sin del så snakket vi mest om å trekke pusten dypt, trekke seg ut av situasjonen og fortrinnsvis prate med en kjent person

for å «løse» opp og få kontroll over situasjonen. ART-programmet viste at Svein hadde behov for personkontakt når vanskelige situasjoner oppsto. Han hadde mangelfulle *sosiale ferdigheter* (punkt fem på sinnesirkelen) og hadde behov for hjelp til å håndtere en situasjon med sinne og aggresjon også etter at han hadde klart å trekke seg ut av situasjonen. Det ble observert i PUA at en i personalgruppen som han var trygg på og som respekterte ham, utgjorde forskjellen på en uheldig hendelse og en situasjon hvor også pasienten kommer ut av det med en opplevelse av mestring og styrket selvfølelse.

Selvvurdering legger vekt på hva som kommer ut av en situasjon. I mestrings-samtaler legger vi mest vekt på de positive konsekvensene. Dette henger sammen med

en av hjemmeleksene pasientene vanligvis får i løpet av programmet, som består i at de skal finne grunner til å mestre sinnet sitt. Positive konsekvenser er når man blir sint, men klarer å *ikke* slå, eller at man etter hvert klarer å kjenne etter i kroppen om den holder på å bli sint. Det å kjenne etter i kroppen kan være noe det tar svært lang tid å lære seg. For noen pasienter kan det ta flere år. Negative konsekvenser kan være av forskjellig karakter. Det kan for eksempel være at andre, eller pasienten selv, blir skadet. Det kan også være rettslige konsekvenser og økonomiske konsekvenser, som for eksempel erstatningsansvar.

Avslutning

Mestringssamtaler tar utgangspunkt i Aggression Replacement Therapy, ART, og bruker sinnesirkelen som pedagogisk verktøy. Det er gode erfaringer med bruk av slike samtaler i PUA i Oslo universitets-sykehus. Allen og kolleger hevder at det er usannsynlig at majoriteten av utfordrende atferd hos mennesker med utviklingshemming og/eller autisme er opprettholdt av en underliggende psykisk lidelse (Allen mfl., 2012). Det er derfor viktig å lete etter de underliggende årsakene til hva som trigger utfordrende atferd. For mange bunner det i problemer med kommunikasjon. Klinisk erfaring viser at når miljøterapeuter må grensesette utfordrende atferd fysisk, bør en tilstrebe at pasienten kommer ut av det med en samtidig opplevelse av omsorg. For pasienter som utagerer fysisk bør gjennomføring av mestringssamtale skje

når pasienten er i balanse. Mestrings-samtalene bør finne sted med jevne mellomrom over tid. Et halvt til ett år bør være minimum. Hassiotis og kolleger viser til studier som indikerer at psykodynamisk terapi av noe varighet med voksne med kognitive utfordringer gir bedre emosjonsregulering og emosjonsforståelse (Hassiotis mfl., 2011).

Referanser

- Allen, D., Lowe, K., Matthews, H. og Anness, V. (2012). Screening for Psychiatric Disorder in a Total Population of Adults with Intellectual Disability and Challenging Behaviour Using the PASS-ADD Checklist. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 25, 342–349.
- 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. (2016). Fra særinteresse til styrkeområde. *SOR Rapport nr. 3*, temanummer om styrkeområder, s. 2–13.
- Gundersen, K., Olsen, T.M. og Finne, Johannes. (2008). *ART. En metode for trening av sosial kompetanse*. Sandnes: Diakonhjemmet Høgskole Rogaland.
- Hassiotis, A., Serfaty, M., Azam, K., Strydom, A., Martin, S., Parkes, C., Blizard, R og King, M. (2011). Cognitive behavior therapy for anxiety and depression in adults with mild intellectual disabilities: a pilot randomized controlled trial. *Trials*, 12:95, <http://www.trialsjournal.com/content/12/1/95>
- Lillevik, O.G. og Øien, L. (2014) *Miljøterapeutisk arbeid i møte med vold og aggresjon*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Siegel, D.J. og Harzell, M. (2003). *Parenting from the inside out. How a deeper self-understanding can help you raise children who thrive*. New York, NY: Penguin Putnam.