



Bacheloroppgave

VPL05 Vernepleie

Hvordan kan vernepleieren tilrettelegge for behandling av psykisk utviklingshemmede med tvangstanker/lidelser og diagnosen autisme.

"How can the social educator assist in treatment of persons with mental retardation, repetitive behavior disorders and autism."

Steffen Moen Tangen

Totalt antall sider inkludert forsiden: 44

Molde, 29.05.2013



Høgskolen i Molde
Vitenskapelig høgskole i logistikk

Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

Den enkelte student er selv ansvarlig for å sette seg inn i hva som er lovlige hjelpemidler, retningslinjer for bruk av disse og regler om kildebruk. Erklæringen skal bevisstgjøre studentene på deres ansvar og hvilke konsekvenser fusk kan medføre. Manglende erklæring fritar ikke studentene fra sitt ansvar.

Du/ dere fyller ut erklæringen ved å klikke i ruten til høyre for den enkelte del 1-6:		
1.	Jeg/vi erklærer herved at min/vår besvarelse er mitt/vårt eget arbeid, og at jeg/vi ikke har brukt andre kilder eller har mottatt annen hjelp enn det som er nevnt i besvarelsen.	<input checked="" type="checkbox"/>
2.	Jeg/vi erklærer videre at denne besvarelsen: <ul style="list-style-type: none">• ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands.• ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt.• ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt.• har alle referansene oppgitt i litteraturlisten.• ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse.	<input checked="" type="checkbox"/>
3.	Jeg/vi er kjent med at brudd på ovennevnte er å <u>betrakte som fusk</u> og kan medføre annullering av eksamen og utestengelse fra universiteter og høgskoler i Norge, jf. Universitets- og høgskoleloven §§4-7 og 4-8 og Forskrift om eksamen §§14 og 15.	<input checked="" type="checkbox"/>
4.	Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiatkontrollert i Ephorus, se Retningslinjer for elektronisk innlevering og publisering av studiepoenggivende studentoppgaver	<input checked="" type="checkbox"/>
5.	Jeg/vi er kjent med at høgskolen vil behandle alle saker hvor det forligger mistanke om fusk etter høgskolens retningslinjer for behandling av saker om fusk	<input checked="" type="checkbox"/>
6.	Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av kilder og referanser på biblioteket sine nettsider	<input checked="" type="checkbox"/>

Publiseringsavtale

Studiepoeng: 12

Veileder: Gøran Arne Jensen

Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten (Åndsverkloven, §2).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage HiM med forfatter(ne)s godkjenning.

Oppgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

Jeg/vi gir herved Høgskolen i Molde en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:

ja nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

ja nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja nei

Er oppgaven unntatt offentlighet?

ja nei

(inneholder taushetsbelagt informasjon. Jfr. Offl. §13/Fvl. §13)

Dato: 24.05.2013

Antall ord: 10 057

Innhold

1.0	Innledning	6
1.1	Presentasjon av tema	6
1.2	Bakgrunn for valg av tema	7
1.3	Hvorfor temaet er relevant for vernepleieren	7
1.4	Oppgavens disposisjon	8
2.0	Problemstilling	9
2.1	Bakgrunnen for problemstillingen.....	9
3.0	Metode	10
3.1	Metoder som er valgt på bakgrunn av problemstillingen	10
3.2	Begrunnelse for de metodene som er valgt	10
3.3	Beskrivelse av de metodene som er valgt.....	11
3.4	Litteratursøk	12
4.0	Teorikapittel	13
4.1	Presentasjon av ulike relevante diagnoser	13
4.2	Presentasjon av data	18
4.2.1	Diagnostisering	18
4.2.2	Behandling	20
4.2.3	Psykologisk og miljøterapeutisk behandling av tvangslidelser	20
4.2.4	Medikamentell behandling av tvangslidelse	22
4.2.5	Behandling av tvangslidelser hos personer med diagnosen autisme	23
5.0	Drøfting	29
5.1	Innledning.....	29
5.2	Diagnostisering.....	29
5.3	Psykologisk og miljøterapeutisk behandling av tvangslidelser.....	30
5.4	Medikamentell behandling	32
5.5	Forutsigbarhet og kommunikasjon	33
5.6	Vernepleierens rolle ved behandling av tvangslidelser hos personer med diagnosen autisme	34
6.0	Avslutning	36
7.0	Litteraturliste	37

1.0 Innledning

1.1 Presentasjon av tema

”Omfanget av tvangslidelse hos personer med utviklingshemming ligger på mer enn 2,5 prosent til enhver tid, og mer enn 3,5 prosent i løpet av livet. I tillegg vil mange ha innslag av tvangstanker og tvangshandlinger som ikke er av en slik karakter eller omfang at den kan diagnostiseres som tvangslidelse. De fleste mennesker med psykisk utviklingshemming forstår at de plagsomme tankene er irrasjonelle.”

(Bakken og Olsen 2012:123)

Jeg skal skrive om hvordan vi som vernepleiere kan tilrettelegge for behandling av psykisk utviklingshemmede med diagnosen autisme som har en tilleggsdiagnosen som omhandler tvangslidelser/tvangstanker. I følge Helse Øst (2006) sitt faghefte: ”Diagnose og behandling av tvangslidelse, ticsforstyrrelser (inkludert tourette) og andre repeterende atferdsforstyrrelser hos mennesker med psykisk utviklingshemming og/eller utviklingsforstyrrelser” (videre referert til som Faghefte, Helse Øst (2006)) så er autisme forbundet med å være opphengt i ”ikke-funksjonelle rutiner og ritualer”. Det har liten mening å diagnostisere dette som tvangslidelse. For det første oppfyller det neppe kriteriene for noenlunde presis diagnose, og for det andre er det en viktig del av kriteriene for autisme.

I følge Eknes 2004 Så er det utbredt at klinikere har overdrevne forestillinger om hvor annerledet det vil være å behandle personer som har utviklingshemming, sammenlignet med de som ikke har det. Men mange av prinsippene er det samme for begge gruppene.

1.2 Bakgrunn for valg av tema

Valget på dette temaet falt naturlig for meg siden dette har opptatt meg over lengre tid. Jeg har tidligere arbeidet tett med en person med diagnosen autisme og tilleggsdiagnose innen tvangshandlinger og tvangstanker. Jeg hadde ingen faglig kunnskap da, men ønsket om å lære mer om temaet for å kunne hjelpe har alltid vært der. Siden autisme har et ”tvangsritualisert” preg over seg så har jeg ofte å lurt på når er det tvangshandlingene eller tvangstankene som styrer og når er det autisme diagnosen?

1.3 Hvorfor temaet er relevant for vernepleieren

”Vernepleierutdanningen ble opprinnelig etablert som en utdanning for arbeid med utviklingshemmede, og dette vil fortsatt være en viktig målgruppe. I dag jobber imidlertid vernepleiere mye bredere, med en rekke målgrupper og i ulike funksjoner. Dette må gjenspeiles i utdanningen. En videreutvikling av utdanningen med fortsatt vekt på miljøterapeutisk arbeid og helsefaglig kompetanse vil kunne bidra til å styrke tjenestene innenfor både habilitering og rehabilitering og danne grunnlag for et godt tverrprofesjonelt samarbeid.”

(Meld. St. 13 (2011–2012))

Nettopp dette gjør denne problemstillingen veldig relevant for vernepleieren. Vi har en utdanning som historisk sett har vært rettet mot personer med en utviklingshemming. Den har utviklet seg i takt med samfunnet for å bli en bredere utdanning for å dekke de behovene som møter oss i arbeidslivet senere. I rammeplan for vernepleieryrke står det blant annet i punkt ”3.2 Formål” at vernepleieren skal være brukerorientert og reflektert, og skal være kvalifisert til å utføre miljøarbeid og rehabilitering sammen med mennesker med fysiske, psykiske og/eller sosiale funksjonsvansker (Utdannings- og forskningsdepartementet 2005).

Med all den kunnskapen som er tilgjengelig for oss i dag så er det viktig at vi kommer oss opp på et nivå som gjør oss kvalifisert til å hjelpe akkurat den personen vi arbeider med. For å hjelpe personer med komplekse problemer så må vi inneha mye og spesialrettet kunnskap. Og som det står i presentasjonen av tema så er det mellom 2,5 og 3,5 prosent av personer med utviklingshemming som har tvangstanker eller tvangslidelser i løpet av livet. Og da er sjansen stor for at jeg i løpet av mitt arbeidsliv i vil arbeide med noen som har dette problemet igjen.

1.4 Oppgavens disposisjon

Jeg vil først presentere temaet som jeg har valgt, og som oppgaven skal handle om. Så vil jeg videre gi en beskrivelse av min bakgrunn og kunnskap om temaet så du som leser kan se hvilke forkunnskaper og erfaringer jeg har. Så skal jeg forklare hvorfor jeg synes oppgaven er relevant for vernepleieren. Det punktet vil bli utfylt med bakgrunnen for valg av problemstilling. For det er mine erfaringer innen fagfeltet vernepleie som har gjort at jeg har kommet til den problemstillingen.

Så går jeg gjennom hvilke metode valg jeg har tatt. Hva disse innebærer og hvordan jeg har kommet frem til den litteraturen jeg har funnet. I teoridelen vil jeg begynne med å definere forskjellige diagnoser og begrep som jeg synes vil være relevant for leser å ha kunnskap om før de leser videre.

Jeg har valgt å gå dypere inn i metoden eksponeringstrening når det kommer til behandlingen av angst. Det er den mest anbefalt behandlingsmetoden, og derfor også den mest relevante. Det har liten hensikt å gå like dypt i alle metodene, og det ville gitt liten flyt i oppgaven og krevd for mye plass. Jeg vil deretter ta med de grunnleggende verdiene i andre metoder for å gi et helhetlig inntrykk av hvilke metoder de ulike behandlingene kan gå ut på. For å få frem hva som skiller seg ut for behandling av tvangslidelser hos personer med diagnosen autisme i forhold til behandling av personer med et kognitivt nivå i normalområdet, så har jeg valgt å beskrive de i egne punkt etter de generelle prinsippene er gjennomgått. I analysen vil jeg drøfte hovedfunnene fra data innsamlingen, og til slutt skrive en konklusjon ut i fra en samlet vurdering av hele oppgaven.

2.0 Problemstilling

-Hvordan kan vernepleieren tilrettelegge for behandling av psykisk utviklingshemmede med tvangstanker/lidelser og diagnosen autisme.

2.1 Bakgrunnen for problemstillingen

Jeg har arbeidet med psykisk utviklingshemmede i ti år. I seks av de årene har jeg arbeidet med en person med diagnosen autisme, og en tilleggsdiagnose som omfatter tvangstanker og tvangshandlinger. I løpet av de seks årene har jeg sett hvordan tvangshandlinger og tvangstanker kan føre til utrygghet og stress i hverdagen. Mye av den utryggheten og stresset for brukeren tror jeg komme av at vi ansatte ikke har nok kunnskap. Jeg har opplevd flere hendelser og situasjoner som har gjort at jeg har reflektert over vanskelighetene som denne personen må møte på en daglig basis.

En av flere hendelser som jeg opplevde var at en ansatt satt i bilen og tutet og sa: ”vi reiser til dagsenteret, og du må komme nå om du skal være med. Men brukeren hadde ikke fått stått fremom speilet og prøvd alle capsene sine enda, som han må gjøre hver dag. Han er veldig redd for å ikke bli med til dagsenteret, men samtidig så er det å prøve alle capsene i speilet en tvangshandling. Noe han vet er irrasjonelt, men allikevel en handling han føler må gjøres. Hva skal han velge? Et unødig valg i mine øyne som jeg vil vernepleieren skal unngå å gi, sånn som situasjonen var da. Men også et valg som jeg vil at brukeren skal takle bedre på sikt med behandling.

3.0 Metode

Dalland (2000) henviser til Tranøy som definerer begrepet metode slik:

”en fremgangsmåte for å frembringe kunnskap eller etterprøve påstander som fremsettes med krav om å være sann, gyldige eller holdbare. Metoden forteller oss noe om hvordan vi bør gå til verks for fremskaffe eller etterprøve kunnskap. Begrunnelsen for å velge en bestemt metode er at vi mener den vil gi oss gode data og belyse spørsmålet vårt på en faglig interessant måte.” (Dalland 2000:71)

3.1 Metoder som er valgt på bakgrunn av problemstillingen

Ut i fra min problemstilling så har jeg primært brukt litterær metode. Jeg har brukt databasen BIBSYS for å søke etter relevant litteratur. De resultatene som kom ut av disse søkene ledet meg til mye relevant og valid litteratur. All denne litteraturen som jeg har lest har vært med å forme meg og mine meninger som kommer frem i drøftingen. I noen tilfeller så er litteraturen skrevet av personer med egne erfaringer og meninger. Det å studere disse personlige erfaringen kalles kvalitativ metode. Aadland (2006) beskriver kvalitativ metode slik: *”De kvalitative metodene tar sikte på å fange opp mening og opplevelse som ikke lar seg tallfeste eller måle”*. Jeg vil også benytte meg av den hermeneutiske sirkelen. I følge Aadland (2006) betyr det å veksle mellom det å se helheten samtidig som man studerer enkelte deler av den for så sette dem sammen i en større sammenheng. Det vil hjelpe meg med å få en rød tråd i oppgaven, og oppgaven til å samsvare best mulig. Det valget vil da forhåpentligvis være med på å heve oppgaven min som helhet.

3.2 Begrunnelse for de metodene som er valgt

En litteraturstudie ble valgt på grunn av flere faktorer. Den primære grunnen er den begrensede tiden vi har til rådighet. Tar vi med mengden litteratur som er tilgjengelig både via internett og fysiske bøker/hefter som kan anskaffes på relativt kort tid fra bibliotek, så mener jeg at den mest tidseffektive metoden er litteraturstudie. Av den samme grunnen har jeg valgt bort de mer tidkrevende metodene som intervju, som ikke produserer så mye fagstoff.

3.3 Beskrivelse av de metodene som er valg

Litterær metode

Jeg har lest mye litteratur for å skape det kunnskapsmessige grunnlaget som jeg har brukt for å skrive denne oppgaven. Det er min oppgaven under lesingen av denne litteraturen å velge ut hvilken litteratur jeg skal bruke. Da må jeg ta hensyn til relevanse for oppgaven. Validiteten til det jeg leser. Da har jeg lett etter informasjon om forfatteren for å se hvilken bagrunn han/hun har for å skrive det som er skrevet. Støtter denne bakgrunnen relevansen til min problemstilling? Det er mer ønskelig for meg at en tekst om behandling av tvangslidelser hos en person med autisme er skrevet av noen som ser utdannet vernepleier, har arbeidet ti år med personer med autisme og har videreutdannet seg innen psykologi. Enn at teksten er skrevet av en psykolog. For oppgaven min er sett fra et vernepleier faglig ståsted. Så jeg må være bevisst i mitt litteratur valg.

En annen oppgave som jeg må være fokusert på er å ikke la hendelser og erfaringer fra arbeidslivet påvirke meg i for stor grad når jeg tilegner meg nytt fagstoff. Det er lett å ha en forforståelse av hvordan noe er basert på tidligere erfaringer. Men den forforståelsen er basert på noen få enkeltstående hendelser, og er på ingen måte representativ for noe annet enn akkurat de hendelsene. Aadland sier *"Det er de forutsetninger vi bringer med oss, selve forforståelsen, som avgjør om vi finner mening i en tekst eller en handling"* (Aadland 2006:184). Så noe av forforståelsen må jeg bruke for å kunne relatere stoffet til noe jeg kjenner igjen. Men jeg må ikke la den få påvirke meg i for stor grad.

Tekstanalyse

Når det kommer til drøftingen så vil jeg diskutere mye av de tekstene og teoriene som jeg har funnet. Da vil jeg gjerne kunne pongtere det jeg har funnet med et sitat, for at du som leser skal forstå hva jeg ska drøfte. For så å diskutere hva jeg mener opp i mot det som har kommet fram av teksten. For å få til det må jeg analysere teksten og i visse tilfeller belyse sider av den som ikke er skrevet, men som etter min mening er implisitt. Et fiktivt eksempel på dette kan være om noen mener at personer med en tvangslidelse som går på at de spiser alt de kan, skal få styre matinntaket sitt selv. Om den meningen står for seg selv uten noen videre forklaringen, så mener jeg det er underforstått at disse personene med denne diagnosen skal få lov å spise seg syke ut i fra utsagnet. Og jeg ville da drøftet ulike aspekter ved det opp i mot teksten.

3.4 Litteratursøk

Jeg startet med å bruke databasen BIBSYS for å søke etter relevant litteratur. Der brukte jeg blant annet søkeordene: "Tvangs*", "Tvangslidelser", "Tvangstanker", "Angst", "Autisme", "Behandling av", "utviklingshemming" og "Psykisk lidelse". Der fant jeg et faghefte fra Helse Øst (2006) som heter: "Diagnose og behandling av tvangslidelse, ticsforstyrrelser (inkludert tourette) og andre repeterende atferdsforstyrrelser hos mennesker med psykisk utviklingshemming og/eller utviklingsforstyrrelser". Fagheftet i seg selv har veldig mye relevant og nyttig informasjon i seg som jeg har brukt i oppgaven. Men jeg brukte også heftes litteraturliste til å finne ny litteratur. Jeg har også fått tips av medelever fra klassen om hvilken litteratur som kan være nyttig for meg. For eksempel så har en medelev som skriver en bachelor som omhandler angst tipset meg om boken til Hummelvoll, Helt, ikke stykkevis og delt.

Jeg har underveis tatt bevisste valg på hvilken litteratur jeg har villet ha med i min oppgave. Det har til tider vært utfordrende, siden jeg ikke har stor kjennskap til problemstillingen fra før. Og føler derfor selv at jeg ikke innehar nok kunnskap til å se klart og raskt hva som er valid litteratur og ikke. Men jeg har etter beste evne søkt på forfattere, sett hvilken bakgrunn de har, sjekket hvilke bøker som er på pensumlisten vår, og generelt tatt vurderinger ut i fra det jeg har lest. Og til slutt tatt en helhetlig vurdering om teksten er med på å heve min oppgave og øke dens validitet.

4.0 Teorikapittel

4.1 Presentasjon av ulike relevante diagnoser

Først vil jeg forklare og definere hva ICD 10 er siden det vil være relevant å vite når det skal leses om de ulike diagnosene:

”ICD-kodeverket er den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer. Kodeverket er et redskap for systematisk klassifisering og registrering av sykdommer og beslektede helseproblemer.”

(Helsedirektoratet, medisinsk koding og kodeverk)

Psykisk utviklingshemming (ICD- 10 F70-79)

Diagnosen psykisk utviklingshemming er en betegnelse på intellektuell og praktisk fungering under normalområdet og sier ingen ting om årsaken til lav fungering. Man finner langt større variasjon i væremåte og fungering innen denne gruppen, enn man finner i ”normalbefolkningen”. Personer med utviklingshemming er en uensartet gruppe hvor undergrupper har felles kjennetegn, for eksempel ved autismespekterforstyrrelse og syndromer som Downs eller fragilt X. Hovedsymptomer ved psykisk utviklingshemming er intellektuell fungering under gjennomsnittet, definert som intelligenskvotient målt til 70 eller under. Psykisk utviklingshemming utredes vanligvis i fire nivåer: Lett, moderat, alvorlig og dyp.

(Bakken og Olsen 2012)

Autisme (ICD- 10 F84.0, F84.1)

”Autisme forstås i dag som en livslang og gjennomgripende utviklingsforstyrrelse. Autisme omfatter tre hovedgrupper av symptomer: sosial fungering, markert nedsatt kommunikativ fungering, både verbalt og ikke-verbalt, og et repetitivt og stereotypet tanke- og adferdsmønster. Forekomsten av utviklingshemming blant personer med autisme er estimert til omkring 80 prosent. Dette estimatet er imidlertid noe usikkert. Nyere studier peker mot at forekomsten av personer med Aspergers syndrom er høyere enn tidligere antatt. Væremåte og symptomenes fremtredelsesformer varierer sterkt i autismebefolkningen, og selv om kjernesymptomene er felles for gruppen, vil vanskene innebære så stor variasjon at utredning av autismespekterforstyrrelse kan være svært

vanskelig hos mennesker med utviklingshemming. Spesielt differensialdiagnostiske vurderinger av autisme kontra for eksempel schizofreni eller angstlidelser.”

(Bakken og Olsen 2012:18)

Tvangslidelse (ICD- 10 F42)

ICD-10 (2011) står det at ”Hovedtrekket er tilbakevendende tvangstanker eller tvangshandlinger. Tvangstankene er idéer, forestillinger eller impulser som gjentatte ganger dukker opp i bevisstheten i en stereotyp form. De er nesten uten unntak foruroligende, og pasienten prøver ofte, uten hell, å motstå dem. Pasienten erkjenner dem imidlertid som sine egne tanker, selv om de er ufrivillige og ofte frastøtende.

Tvangshandlinger eller tvangsritualer er stereotyp atferd som blir gjentatt gang på gang. De er ikke i seg selv behagelige eller nyttige. Hensikten er å hindre en eller annen objektivt sett usannsynlig hendelse som medfører skade på, eller som er forårsaket av, pasienten, og som vedkommende ellers frykter vil komme til å skje. Vanligvis blir denne atferden erkjent av pasienten som meningsløs eller nytteløs, og vedkommende gjør derfor gjentatte forsøk på å motstå den. Angst er nesten alltid til stede. Hvis tvangshandlingene [tvangsritualene] motstås, blir angsten verre.”

I følge fagheftet til Helse Øst (2006) så kan Tvangslidelse hovedsaklig deles i to former:

Hovedsaklig tvangstanker eller tvangsgrubling (ICD- F42.0)

Disse kan ta form av idéer, forestillingsbilder eller impulser til å handle, og er nesten alltid foruroligende for personen. Noen ganger er idéene en endeløs overveielse av alternativer som ikke gir noe klart resultat og som er knyttet til manglende evne til å ta trivielle, men nødvendige, beslutninger i dagliglivet. Forbindelsen mellom tvangsgrubling og depresjon er spesielt nær, og diagnosen obsessiv-kompulsiv lidelse skal bare brukes hvis grublingen oppstår eller vedvarer uten en depressiv periode”. Vi supplerer også denne definisjonen litt: De vanligste tvangstankene er gjentatte tanker om tilsmussing (for eksempel ved håndtrykk), gjentatt tvil (for eksempel om en har skadet noen eller latt være å låse), behov for å ha ting i en bestemt orden (det vil si intenst ubehag når ting er uordnete eller asymmetriske), aggressive eller fryktelige impulser (som å skade sitt barn eller rope noe stygt i kirken), og seksuelle fantasier (for eksempel gjentatte pornografiske forestillinger).

I tillegg til det som nevnes i definisjonen kan tvangstanker være vedvarende tvil, magisk tenkning, ekstrem ansvarsfølelse eller indre bilder eller impulser.

Hovedsaklig tvangshandlinger (ICD- F42.1)

De fleste tvangshandlingene gjelder rengjøring (spesielt vask av hendene), gjentatt kontroll for å være sikker på at en potensielt farlig situasjon ikke har fått utvikle seg, eller overdreven orden og ryddighet. Under den synlige atferden ligger en frykt, vanligvis for fare, rettet mot eller fremkalt av pasienten selv. Ritualet er et virkningsløst eller symbolsk forsøk på å avverge denne faren.” Tvangshandlinger er opplagt overdrevne og står alltid i et urealistisk forhold til det de skal nøytralisere. De vanligste tvangshandlingene er håndvask, ordning og rydding, lage ritualer og rutiner, spørring og betroelser, samling og gjentatt kontroll (”sjekking”). Det kan også være mer privat atferd, eller mentale tvangshandlinger, som å be, telle eller gjenta ord og setninger inni seg.

Videre forklarer Fagheftet til Helse Øst (2006) at i tillegg finnes kategoriene F42.2 Blandede tvangstanker og tvangshandlinger (tvangsritualer), F42.8 Andre spesifiserte obsessiv-kompulsive lidelser, og F42.9 Uspesifisert obsessiv-kompulsiv lidelse. Disse innebærer ingenting unikt i forhold til det som er gjennomgått.

Angst (Kommer av det latinske ordet: angustia: Innsnevring, mangel, vanskelighet)

Angst er et viktig vilkår for å snakke om tvangslidelse, for det er angsten som veldig ofte er den utløsende faktoren og motivasjonen for å utføre tvangshandlingen. Og ønsket om å dempe denne angsten er så sterkt, at angstdemping er hovedforklaringen på hvorfor vi utvikler tvangslidelser. Bakken og Egelund (2012) skriver at angstlidelser deles inn i seks hovedgrupper:

- **Generalisert angst:** vedvarende, intens eller urealistisk bekymring.
- **Sosial angst:** intens angst assosiert med sosiale situasjoner.
- **Tvangslidelse (OCD):** konstante og uønskede tanker og forsøk på å kontrollere disse gjennom ritualiserte handlinger.

- **Panikk lidelse:** Panikkanfallsom involverer ubehaglige fysiske symptomer som galopperende hjerte, svette, svimmelhet, urolig mage.
- **Posttraumatisk stresslidelse (PTSD):** "Flashbacks", mareritt, unngåelse av situasjoner eller traumatiske hendelser.
- **Fobier:** Vedvarende, intens irrasjonell frykt assosiert med visse situasjoner eller objekter som frykt for høyder, mengder, åpne plasser, vann, hunder, edderkopper, trange rom, separasjon osv.

Det er viktig å skille mellom de forskjellige gruppene av angst, spesielt når det kommer til planlegging og gjennomføring av en behandling. I følge Hummelvoll (2012) vil en angstreaksjon si at noe truer individets trygghetsfølelse. Personer med angst vil ha problemer med å vite hvordan eller når de skal sette inn sitt forsvar. Dette oppleves ofte ubehagelig. Svimmelhet, skjelving, kvalningsfølelse og hjertebank er vanlige kroppslige reaksjoner. Angst er et menneskelig fenomen. Det er fordi vi har evnen til å se for oss farer. Vi kan bruke vår fantasi til å se for oss hva som kan/vil skje i fremtiden. En pasient med angst har ofte andre psykiske problemer, og i mange tilfeller bekymrer han seg over alt og alle. Det som kjennetegner pasienter med generell angst er generelt dårlig mestringsevne, og de har vansker med å kontrollere egne bekymringer og tanker. Angst er også noe subjektivt, og derfor reagerer vi veldig forskjellig fra individ til individ. Bakken Og Olsen (2012) beskriver angst som en kompleks kombinasjon av følelser og kroppslige reaksjoner som setter i gang målbare forandringer i kroppen, som at vi produserer mer adrenalin, at oppmerksomheten snevres inn og vi får fullt fokus på det vi er redd for.

Jeg vil også legge til en liten tekst som ikke er en diagnose, men som det er veldig relevant for oppgaven å definere. For det er oftest misforstått hva som er en tvangslidelse.

Hva som ikke er tvangslidelse

Fagheftet til Helse Øst (2006) presiserer at mange av oss kan ha en spesiell rituell atferd, som å ikke trække på kumlokk, gjenta visse setninger i visse settinger til oss selv, alltid berøre den tredje lyktestolpen på vei hjem eller ligge på høyre side, så venstre før man skal sovne. Om mediabildet er preget av sykdom kan bekymringer for smitte øke. Personen

har imidlertid kontroll over dette, og det trenger ikke å være relatert til angst. Det er først når dette vedvarer, er helt meningsløst, forårsaker alvorlig stress og affekt, eller virker inn på fungering i hverdagen, at diagnose er aktuelt. Tvangslidelse er en klinisk tilstand, det vil si noe som normalt bør behandles, og kan i verste fall prege hele tilværelsen. Dersom tankene eller handlingene oppleves som nyttige, eller skaper lyst eller glede, er det ikke snakk om tvangslidelse.

Videre skriver de at det er viktig å legge til at en del repeterende atferd misforstås som tvangslidelse. Vi hører ofte begrepet ”tvangsatferd” eller ”tvangspreget atferd” om svært ulike former for repeterende atferd og om annen atferd som personen er ekstremt motivert for å få utføre. Men at en person (1) utfører en handling ofte og/eller lenge, (2) er ekstremt motivert for å utføre den, (3) reagerer sterkt negativt på at handlingen avbrytes, og (4) gjenopptar handlingen så snart det er mulig, er ikke tilstrekkelig indikasjon på tvangslidelse. Dette gjelder mye atferd. I verste fall misforstås rene særinteresser som tvangslidelse. Men utførelse av hobbyer, selv om de kan være primitive, har selvfølgelig ingenting å gjøre med tvangslidelse.

4.2 Presentasjon av data

4.2.1 Diagnostisering

Diagnostisering hos personer med autisme er ofte vanskelig. I følge Bakken og Olsen (2012) Så er personer med autisme spesielt sårbare for å utvikle tvangslidelser. Personer med autisme som sliter med en tvangslidelse er overrepresentert i befolkningen. Men på grunn av de stereotype repeterende trekkene innen autisme så oppstår det noen diagnostiske utfordringer. De vanligste tvangshandlingene hos personer med autisme er i kategoriene gjentakelser, ordne/arrangere og berøring, mens hos personer med bare tvangslidelser så er de mest vanlige kategoriene sjekking og vasking.

Eknes (2004) beskriver at klinikere lenge hadde en oppfatning om at de var for vanskelig å skille mellom tvangslidelser og de typisk stereotype og repeterende autistiske trekkene hos personer med forstyrrelser i autismspekteret. De er av en annen oppfatning i dag. Selv om det er vanskelig, så er det mulig å skille mellom disse adferdene. Forholdene som må vurderes da er definert i ICD-10 kriteriene B2c, B3a, B3b og b3c i F84.0 og F84.1.

-B2-c Stereotyp og repeterende bruk av språk eller idiosynkratisk bruk av ord eller fraser.

-B3-a Omfattende engasert i en eller flere stereotyper og avgrensede interesser, som er unormal/avvikende i innhold eller fokus. Eller en eller flere interesser som er unormal/avvikende i intensitet og innsnevring (circumscribed nature), men ikke når det gjelder innhold og fokus.

-B3-b Tilsynelatende tvangsmessig opphengt i spesifikke ikke-funksjonelle rutiner eller ritualer.

-B3-c Stereotype og repeterende motoriske vaner som involverer enten vifting eller vribevegelser med fingrene, eller andre komplekse bevegelser med hele kroppen.

En klinikers oppgave blir her å skille ut de som bare har stereotyp, rigid, tvangsmessig adferd, uten å ha tvangslidelse. Og de som har tvangslidelse i tillegg til diagnosen autisme. Den oppgaven har også andre komplikasjoner, for om personen har vanskeligheter med å kommunisere, har begrenset språk eller lignende, så vil det bli vanskelig å få et nøyaktig svar på det man lurer på. Et kartleggingsverktøy som CY-BOCS (se vedlegg) er veldig kompleks. Og om man ikke kan få konkrete og beskrivende svar fra hovedpersonen om

deres egen opplevelse av situasjonen, så blir det vanskelig å gjøre seg opp en mening. Personer med autisme har også ofte vanskelig for å sette ord på sine egne følelser. I visse tilfeller så har ikke personen språk, og da vil ikke tvangstanker bli plukket opp i det hele tatt. Tvangshandlinger vil mest trolig bli gjenkjent av personer med god kunnskap om autisme og tvangslidelser. Et trent øye som greier å se de små forskjellene. Men som Eknes (2004) skrive så vil man ikke i alle tilfellene kunne konkludere med 100% sikkerhet om personen har tvangslidelser eller ikke. Da anbefaler han heller å si: ”Jeg er ikke helt sikker, men så langt tror jeg mest på at dette kan klassifiseres som.....”. Dette for at symptomene ikke skal bli glemt siden vi ikke finner en eksakt diagnose, at vi ikke har en fellesbetegnelse for dem.

Det vil i alle tilfeller av samhandling mellom helsepersonell og bruker eller pårørende være essensielt at kommunikasjonen er god. En diagnose kan ofte være kompleks og vanskelig å forstå for personer uten kjennskap til temaet. Eide og Eide (2007) sier at en etisk bevissthet er en forutsetning for å kommunisere godt og hensiktsmessig og å yte god omsorg.

I følge Faghefte, Helse Øst (2006) så kan en diagnose oppfattes som en forklaring på adferden som ligger til grunn for diagnosen. Personer rundt kan behandle hovedpersonen annerledes, få forutinntatte tanker. Det vil i mange tilfeller hovedpersonen selv merke, og oppleve som negativt. Når en diagnose først er satt, så er det vanskeligere å komme bort i fra den diagnosen om man blir bedre. Og det blir i mange tilfeller lagt mer adferd inn under diagnosen enn det er grunnlag for. Det vil si at mye adferd blir kategorisert som tvangslidelser, selv om det ikke er grunnlag for å påstå dette. De nevner også at en diagnose kan føre til fatalisme. At personen med en diagnose blir møtt av personer med lave forventninger, og lever ned til disse forventningene.

4.2.2 Behandling

I følge Bakken og Olsen (2012) er behandlingen av tvangslidelser hos psykisk utviklingshemmede og personer med et kognitivt nivå i normalområdet veldig lik. Mange av prinsippene er de samme for begge gruppene, så behandlingen i seg selv vil i all hovedsak være lik. Men det vil være noen forskjeller. Jeg vil først ta for meg det generelle aspektene ved behandlingen. For så å gå dypere inn i hvordan behandlingen av personer med autisme skiller seg fra behandlingen av personer med kognitiv nivå i normalområdet. Felles begge gruppene er at hovedpersonen må være motivert. Er ikke motivasjonen på plass så anbefaler Holden (2013) miljøbehandling. Den behandlingen ser mer på omgivelsene og hvordan de kan være med på å lindre symptomene.

4.2.3 Psykologisk og miljøterapeutisk behandling av tvangslidelser

Eksponeeringstrening

I følge fagheftet, Helse Øst (2006) så er angst, og ønsket om å dempe angsten den hovedsaklige grunnen til at vi utvikler tvangslidelser. Angst er også et vilkår for å snakke om tvangslidelser. Eknes (2004) sier at et av de viktigste prinsippene i behandling av tvangslidelser er å utfordre tvangslidelsen ved at hovedpersonen utsetter seg for det ubehaglige. Når dette gjøres systematisk så kalles det *eksponeringstrening*.

Eksponeeringstrening fungerer best når den blir utført i kombinasjon med *responsprevensjon*. Det betyr at man skal utsette, og på sikt få bort de rituelle handlingene som angsten utløser. I følge Eknes (2000) så har 75% av personene som har gjennomført behandling med eksponeeringstrening i kombinasjon med responsprevensjon følt en bedring rett etter endt behandling. Mer enn et år etter endt behandling så svarer fortsatt 75% at de opplever en bedring.

Kognitiv terapi

I følge Eknes (2004) så vil det for personer med plagsomme tanker om skyld, straff, katastrofer, ulykker og negative konsekvenser knyttet til sine tvangsritualer, så kan responsprevensjon og eksponeeringstrening være problematisk. Da kan kognitiv terapi være et godt alternativ. Kognitiv terapi legger vekt på å identifisere de tankene som personen

knytter til tvangstankene og tvangshandlingene sine. Ofte har disse tankene blitt så automatiske at personen ikke registrer dem. Eknes (2004) omtaler de som tankefeller. Og med mer fokus på disse tankene så kan man prøve å unngå dem i fremtiden, og slik ikke bli fanget av uhensiktsmessige tanker.

Tankestopp

Eknes (2004) beskriver tankestopp er en metode som går ut på å begynne å tenke på noe helt annet når en tvangstanke oppstår. Denne metoden ble introdusert av Joseph Wolpe i 1959 og ble tidligere brukt sammen med at pasienten hadde en gummistrikk rundt håndleddet, som pasienten skulle løfte opp og slippe på huden for å stoppe tankene. Terapauten skulle i begynnelsen rope STOPP! når personen gjenga tvangstanken, for så at pasienten selv skulle rope stopp. Det har også tidligere blitt brukt elektrisk pipelyd og støt. I dagens anvendelse så er det brukt kraftig, konkurrerende tanker som skal overta for tvangstankene.

Psykoedukasjon – sosiale historier

Psykoedukasjon i form av sosiale historier er i følge Bakken og Olsen (2012) en metode som har gitt gode resultater hos personer med utviklingshemming. Sosiale historier ble i utgangspunktet laget for personer med Asperger og høyt fungerende autisme av Carol Gray på begynnelsen av 1900-tallet. Hensikten med sosiale historier er å gi personen kunnskap om de forskjellige sosiale situasjoner og hva som er lurt og vanlig å gjøre. Dette er kunnskap som personer uten psykisk utviklingshemming ser på som en selvfølgelig lærdom, men som personer med psykisk utviklingshemming kan gå glipp av grunnet avvikende og redusert kognitiv fungering. Det er en måte å lære eksplisitt hva andre lærer implisitt. For en person med autisme kan sosiale historier være med å kompensere for manglende kunnskap om hva som er vanlig i de ulike situasjonene. Et eksempel på en sosial historie er:

”Nå skal jeg i bursdag. I andres bursdag kan jeg ikke pakke opp deres gaver, for det er ikke mine gaver. Da kan de bli lei seg. ”

Det er viktig å tilpasse de sosiale historiene individuelt og å utvide de til flere områder enn sosiale situasjoner. Da er de mer hensiktsmessige i forhold til bruk i behandling av tvangslidelser.

4.2.4 Medikamentell behandling av tvangslidelse

Eknes (2004) forteller at tvangslidelse er en nevropsykiatrisk lidelse og kan ha positiv effekt av medikamentell behandling. Av de som har gjennomført medikamentell behandling så har en tredjedel følt god effekt, en tredjedel følt noe effekt og de resterende har ikke oppnådd noen effekt av medisinene de har tatt. Her er god effekt definert som 25%-45% reduksjon av symptomer. Han poengterer videre viktigheten av å supplere medikamentell behandling med psykologisk og miljøterapeutisk behandling. For resultatene av medikamentell behandling øker om det gjøres sammen med adferdsterapi.

I følge Eknes (2004) så er de mest aktuelle medikamentene å bruke i behandlingen av tvangslidelser serotoninreopptakshemmere (SRI-preparater). Fagheftet Helse Øst (2006) støtter opp om dette. De presiserer videre at dette er hos voksne. Medikamentell behandling hos barn er de skeptiske til. Spesielt siden man ikke vet hvordan dette påvirker nervesystemet deres.

Oversikt over SRI legemidler som kan ha effekt på tvangslidelser:

Substans	Preparat/Handelsnavn
Klomipramin	Anafranil/Klomipramin
Fluoxetin (*)	Fontex, Nycoflox, Fluoxetin, Prozac
Fluvoksamin (*)	Fevarin, Luvox
Paroxetin (*)	Seroxat, Paroxetin, Paxil
Sentralin (*)	Zoloft
Citalopram (*)	Cipramil, Citalopram, Desital, Celexa

Handelsnavn i Norge er merket med uthevet skrift, preparat merket (*) er SSRI-preparater.

(Eknes 2004:221)

Det anbefales at man skal bruke medisinen i minst et år når man først har begynt. Effekten av preparatene har påvist senere effekt enn for depresjon. Det anbefales også å seponere medikamentene etter 1,5 – 2års bruk for å revurdere virkningen. Det vil være hensiktsmessig å se hvilken effekt medisinen faktisk har. Det kan være mulig at personen har blitt bedre og medisinen i seg selv har sluttet å gi bedre effekt.

For å få frem at medikamentell behandling ikke bare gir god, noe eller ingen effekt. At den også kan ha negative konsekvenser så vil jeg ta med mulige bivirkninger ved bruk av SSRI-preparater:

(Thomsen 2001)

	%
Søvnforstyrrelser	12-55
Gastrofunksjoner, deriblant munntørret og kvalme	12-27
Tretthet	4-55
Hodepine	3-20
Rastløshet	14-26
Hypomani, oppstemthet, agitasjon	6-13
Svimmelhet	1-18
Nedsatt appetitt	6-33
Tremor, tics (ufrivillige bevegelser)	0-40
Seksuelle bivirkninger	0-40

(Eknes 2004:229)

4.2.5 Behandling av tvangslidelser hos psykisk utviklingshemmede med diagnosen autisme

Hos psykisk utviklingshemmede med autisme gjelder mange av de samme prinsippene for behandling som for personer med kognitivt nivå i normalområdet. Men det er forskjeller.

Den mest anbefalte behandlingsmetoden er eksponeringstrening i kombinasjon med responsprevensjon. Den skal vi gå dypere inn i for å gi en god og inngående beskrivelse av den mest anbefalte treningsmetoden. Eknes (2000) beskriver et eksempel på vår innsats under eskponeringstrening hos mennesker med utviklingshemming slik:

Sett av tid. Selve behandlingen kan være tidkrevende både for selve hovedpersonen men også for hjelperen. Føler man at man mangler tid og eventuelt energi så bør man ikke gå i gang med treningen akkurat da. Da bør man heller vente til man har den energien og motivasjonen som er nødvendig.

Den som eier problemet må gjerne eie løsningen også. Vår rolle som hjelper skal sikre at framgangsmåten som man bruker er i overensstemmelse med faglig gode prinsipper. Men også her er det en rekke beslutninger som også utviklingshemmede kan ha forutsetninger for å ha fornuftige meninger om. Dette går på både hva det skal trenes på og hvordan dette skal foregå.

La hovedpersonen oppleve kontroll. Det er viktig å ikke manipulere personen å gå lengre enn det man har planlagt. Avtaler som man inngår kan endres spontant, men bare når det er hensiktsmessig og fornuftig. Man må utvise både fagvett og folkevett.

Tren i naturlige situasjoner. Selve behandlingen bør foregå i den konteksten eller situasjonen som er så lik det hovedpersonen har angst for.

Tenk pauser ikke tilbakefall. I slik behandling vil man oppleve at man gjerne tar to skritt fremover, men et skritt tilbake. Det viktige er å la vedkommende holde fokus på sin fremgang heller enn at han tok et skritt tilbake. Selv om treningen kan bære preg av pauser i fremgangen hos vedkommende så starter man ikke helt på nytt.

Forbered hovedpersonen. Her er det viktig at hovedpersonen og andre blir forberedt og at man underveis kan trenge noen pauser. Man kan si til hovedpersonen at treningen ikke trenger å lykkes hver eneste gang. Dette kan virke forebyggende slik at vedkommende ikke opplever det som et nederlag, eller overdramatiserer når ting ikke går som forventet.

Bli enige om konkrete mål. Det er viktig at man har mål med hva man vil oppnå med treningen, målene må være konkrete og ikke bli for generelle i sin utforming.

Lag en realistisk og konkret fremdriftsplan. Det å sette opp en fremdriftsplan kan være utfordrende. Man kan sammenligne det med å plassere steiner i en elv man vil komme over. Det som er selve kunsten er å plassere disse steinene riktig slik at avstanden mellom

steinene slik at de sikrer oss i å krysse raskt og trygt. Ligger disse steinene for tett går det saktere en man trodde og er steinene for langt fra hverandre kommer man ikke videre i det hele tatt.

Tren regelmessing og systematisk. En del av selve fremdriftsplanen bør inneholde punkter på hvor ofte hjelperen skal yte bistand til hovedpersonen og varigheten på øktene for eksponeringstrening. Den erfaringen som er gjort viser at jo oftere man trente og jo lengre øktene varte jo bedre ble de resultatene man fikk. Det som er anbefalt er trening fra tre til fem dager i uken, med en lengde på en time hverdag. Men man må ta høyde for individuelle tilpasninger alt etter hva som er mest hensiktmessig. Men man bør prøve å få til eksponeringstreningene slik at de bli så regelmessig som mulig. Dette vil gi størst gevinst på sikt med tanke på resultat.

Lag et hierarki over treningsoppgaver basert på stigende vanskelighetsgrad. Det som bør komme frem av fremdriftsplanen er at det man setter opp er realistisk og hovedpersonen er i stand til å greie uten å få for mye angst. Det som er beskrevet som en fordel er å ha en plan som er detaljert, og har mange ledd. Det at man har ledd med i fremdriftsplanen betyr ikke at fremgangen vil gå senere. Det kan medføre at man får gått gjennom fremdriftsplanen raskere.

Lag en oversikt over hva som er lettest og vanskeligst for hovedpersonen i angstsituasjoner. Her bør man forsøke å systematisere den informasjonen om angst og hvordan denne føles for hovedpersonen i de ulike situasjonene, samt de ulike fasene ved eksponeringstreningen.

Møt angsten. Det å benytte seg av beroligende medikamenter og alkohol under treningsøktene er forbudt. Man skal være varsom med å ta i bruk musikk samt andre virkemidler som gjør at hovedpersonen distanserer seg fra det an/hun frykter. Det som er det viktigste ved selve eksponeringstreningen er å åpne for angsten, slik at tanker på andre ting ikke virker forstyrrende. Det at man kjenner etter hvilke følelser og reaksjoner man får under økten er den beste formen for trening. Man kan også komme med avslapningsøvelser og instruksjoner, dette gjøres samtidig som man fokuserer på angsten.

Vær ærlig og oppmuntrende. Man skal ikke drive med bagatellisering av de vansker hovedpersonen opplever. Man skal prøve å unngå uhensiktsmessige diskusjoner. Spesielt under selve treningsøktene, dette på grunn av at hovedpersonen er under press og dette kan lede til sinne. Det man her kan gjøre er å inngå avtaler på forhånd om ikke å krangle mens treningen pågår. Som hjelper skal man søke å forstå angsten ut i fra personens ståsted da kan den bli lettere og forstå.

Holde ut. Man må ikke avbryte treningen mens man ser at angsten stiger eller er kommet på topp. Derfor er det viktig at øktene er individuelt tilpasset, ros og skryt (støtte) slik at vedkommende klarer å stå i situasjonen til angsten er redusert og blitt mindre. Det som er det optimale er at hovedpersonen blir i situasjonen til angsten er blitt ubetydelig, men dette er selvsagt ikke et krav. Dette siden så lenge personen har vært i situasjonen til angsten har sunket litt og forlater den, vil det fortsatt være en positiv effekt av treningen.

Vis anerkjennelse for fremskritt. Man må vise at man har forståelse for de pausene som kan komme. Det er viktig at man har øye på de små fremskritt.

Gi støtte og oppmuntring. Som hjelper skal man ikke overta kontrollen, det som er viktig med denne treningen er at personen selv lærer seg å kontrollere angsten i slike situasjoner i form av egen hjelp. Som hjelper kan vi være med i en angst skapende situasjon, der vi etter hvert trekker oss gradvis ut av situasjonen.

Børge og Repål (1997), Eknes (1998)

Forutsigbarhet og kommunikasjon

Hos personer med diagnosen autisme så er forutsigbarhet veldig viktig. Det å vite hva som skal skje fremover. Det vil også være viktig før og under behandlingen. At de er informert om hva som skal skje, og får det forklart på en måte de forstår. Eide & Eide (2007) sier at med profesjonell kommunikasjon bør informasjonsmengden tilpasses formålet med kommunikasjonen og den andres evne til å ta imot og bearbeide den informasjonen som gis.

”Mange har et sterkt behov for å få en strukturert oversikt over dagen. Selv om de kjenner aktivitetene og kan redegjøre for dem muntlig, kan de ha stor glede av en visuell fremstilling, med ord, konkrete, piktogrammer, eller bilder. Aktuelle virkemidler for de som har utbytte av stor grad av oversikt og forutsigbarhet i et perspektiv på flere dager eller timer kan være bruk av ukeplaner eller dagsplaner”
(Eknes 2000:232-233)

For å lykkes med å gi brukeren forutsigbarhet så er kommunikasjon er viktig virkemiddel som må fungere. Røkenes og Hanssen (2002) skriver om det intersubjektive møtet. Intersubjektivitet, som betyr å dele eller gjøre felles psykologiske tilstander eller oppleverer. Når man kommuniserer vil dialogen være preget av at partene som deltar, både uttrykker seg og deltar eller er til stede i hverandres psykologiske tilstander. Det vil si at det nonverbale vil være like viktig som verbale. I følge Eide&Eide(2007) så bidrar nonverbal bekreftende kommunikasjon til å bygge opp trygghet, tillit og motivasjon.

Treningsteam

Treningsteam er viktig for personer med autisme. Det er et team som skal hjelpe personen med tvangslidelser å gjøre ”hjemmeleksene” sine. Det vil ofte innebære å hjelpe til med øvelsene som skal gjennomføres når en tvangshandling eller tvangstanke inntreffer. Bakken og Olsen (2012) anbefaler et lite treningsteam på tre motiverte personer. En av de bør ha hovedansvaret for teamet. Det bør være den personen med mest kunnskap om tvangslidelser og behandling. Hvor mye teamet må hjelpe til er avhengig av hvor alvorlig grad av autisme personen har.

Det bør legges mer vekt på lek for personer med utviklingshemming enn ellers. Det er for at hovedpersonen skal oppleve dette som hjelp og ikke ”straff”. En av de viktigste oppgavene for medlemmene av teamet er å støtte og oppmuntre hovedpersonen under hele behandlingen. Også være en pådriver og påminner om oppgavene som må gjøres.

Medikamentell behandling av tvangslidelser hos psykisk utviklingshemmede med autisme

Holden (2008) skriver at atferdsanalyse er den metoden som er mest effektiv mot psykiske lidelser for personer med psykisk utviklingshemming. Men likevel har medikasjon en viktig rolle og spille med tanke på behandling. Da brukes de samme medisinen som for personer med kognitivt nivå i normalområdet. Spesielle hensyn må som allis tas hvis personen bruker annen medisin fra før eller har en tilleggsdiagnose som spiller inn på bruken av medisin.

Oppsummering

Hos psykisk utviklingshemmede med autisme gjelder de samme hovedprinsippene for både medikamentell og psykologisk og miljøterapeutisk behandling, som for personer med kognitivt nivå i normalområdet. Det er først etter en grundig gjennomgang av problemene, og en etisk og faglig vurdering om det er riktig å sette i gang et krevende behandlingsprogram, at man kan begynne å planlegge behandlingen. Den må utarbeides og tilpasses individuelt for hver bruker. Hovedtrekkene vil være å sette i gang en behandling som er forutsigbar, systematisk, trinnvis og består av personer som arbeider i et team rundt brukeren. Men alle de små individuelle forskjellene som kan være avgjørende for om personen greier å gjennomføre behandlingen må skapes for hver enkelt bruker.

Eksponeringstrening i kombinasjon med responsprevensjon og kognitiv terapi er de mest anbefalte behandlingsmetodene. For personer med strek grad av autisme som har vansker med å kommunisere med de rundt, og for personer som ikke er motiverte for behandling så er miljøbehandling som har til hensikt å lindre symptomene en mulig metode å bruke.

5.0 Drøfting

5.1 Innledning

I denne delen av oppgaven skal jeg prøve å svare på min problemstilling: ”*Hvordan kan vernepleieren tilrettelegge for behandling av psykisk utviklingshemmede med tvangstanker/lidelser og diagnosen autisme.*” Dette vil jeg gjøre ved å trekke inn teori som jeg har presentert i teori kapittelet. Jeg vil også trekke inn mine egne opplevelser og erfaringer fra arbeidslivet der det vil være relevant. Disse opplevelsene vil jeg da prøve å sette sammen med allerede innsamlet teori, så de ikke blir stående alene. Min yrkeserfaring er at jeg har arbeidet i ni år som assistent på en bolig for psykisk utviklingshemmede. Der har jeg i flere av disse årene jobbet tett med en person som er psykisk utviklingshemmet med diagnosen autisme og tilleggsdiagnose innen tvangslidelser.

5.2 Diagnostisering

I følge Bakken og Olsen lider mellom 2,5-3,5 prosent av personer med psykisk utviklingshemming også av tvangslidelser. Så det å ha diagnosen autisme, men tilleggsdiagnose innen tvangslidelser vil være en veldig sjelden diagnose. Når det kommer til autisme og tvangslidelser så vil symptomene ofte være like, og da blir det å stille riktig diagnose enda vanskeligere. For sjeldne diagnoser kan veien frem til en diagnose være både lang og krevende. Både for pårørende og personen selv så kan det å ikke vite være belastende. Den belastningen vil da komme i tillegg til sykdommen, eller symptomene som personen allerede har. Og er en belastning som vernepleiere må arbeide målrettet mot skal bli så kort som mulig. Det vil si at vernepleieren legger til rette for at riktig diagnose kan bli stilt så fort som mulig. Så riktig behandlingen kan iverksettes. En annen av oppgavene til vernepleieren er å bedre at pårørende og pasienter av og til opplever at de ikke blir tatt på alvor når de melder sin bekymring til helsepersonell. Det er viktig for trygghetsfølelsen til de som melder i fra at de føler de blir hørt, og at det de melder om får oppmerksomhet. Eide og Eide (2007) skriver om basic trust, som betyr grunnleggende tillit, der personen opplever trygghet i tilværelsen og i forhold til den som skal hjelpe de. Og det er noe som må ligge til grunn før man kan begynne med noe annet.

Som det kommer frem så kan det ha negative konsekvenser også med å få en diagnose. Personen kan bli stigmatisert, fatalisme kan inntreffe, adferd kan bli tillagt diagnosen urettmessig for å nevne noen mulige negative konsekvenser. Men i følge Frambu så ser vi at mange ser på det å ikke vite som en veldig stor belastning. Jeg vil tro mange sitter med spørsmål som: ”Hvorfor føler/gjør jeg som jeg gjør?”, ”Er dette normalt?”. Da vil jeg tro det å få en diagnose vil være til stor hjelp. Men da må de få svar på sine spørsmål. Det er da viktig at informasjonen som blir gitt til brukere og pårørende etter diagnosen er stilt er forståelig. For det vil være en stor belastning for personen selv og pårørende å ikke forstå. Så da må helsepersonell legge til rette for at det blir en overkommelig oppgave. I følge Frambu så forteller mange at den første diagnoseinformasjonen fra legen var vanskelig å forholde seg til og at de søkte seg frem til informasjon på Internet på egenhånd. Det kan nok være spesielt komplisert når det kommer til faguttrykk angående sjeldne diagnoser.

Men som Eide og Eide (2007) skriver om profesjonell kommunikasjon, så bør informasjonsmengden tilpasses formålet med kommunikasjonen og den andres evne til å ta imot og bearbeide den informasjonen som gis. Det vil da være like gjeldende om man snakker med en bruker eller de pårørende. Videre skriver de som jeg skrev tidligere, at en etisk bevissthet er en forutsetning for å kommunisere godt og hensiktsmessig og å yte god omsorg. Det jeg legger i utsagnet er at helsepersonell, også vernepleiere, må være bevisste i vår kommunikasjon. At vi ikke sier bare det som er krevd av oss i en situasjon. Men at vi oppfyller den etiske forpliktelsen som vi har når vi arbeider for og med andre. At vi påser at de har fått god informasjon som har gjort nytten sin. Med andre ord at de har fått svar på spørsmålene deres på en god måte.

5.3 Psykologisk og miljøterapeutisk behandling av tvangslidelser

I følge Eknes (2004) så er tankestopp en metode som har vist seg lite hensiktsmessig for personer med tvangslidelser. Dette fordi tankestoppet i seg selv ofte har blitt en del av ritualet og forsterket tvangslidelsene i stedet for å svekke dem. Det blir også anbefalt å ikke bruke metoder som skyver eller leder tvangstankene bort. For etter erfaring så er det mest effektive å møte de.

Når det kommer til å møte tvangstankene eller tvangshandlingene så er den mest anbefalte behandlingsmetoden kognitiv terapi og eksponeringstrening. Selv om de er mest anbefalt så er det viktig å få frem, som Eknes (2000) og Berge og Repål (2004) sier, hvor essensielt det er at behandlingen blir utformet individuelt for at den skal ha best mulig effekt. For om personen ikke greier å formidle hva de har angst for, hva som utløser tvangslidelsene, så kan det være mer hensiktsmessig å bruke en av de andre behandlingsmetodene. Det er viktig at vernepleieren er oppmerksom på det brede spekteret innen autisme, og tilrettelegger etter brukerens mentale nivå. Det forutsetter at vernepleieren har gode kommunikasjonsferdigheter, god kunnskap om diagnosen til brukeren og og brukeren generelt. For mange med diagnosen autisme vil forutsigbarhet, trygghet og tillit være tre viktige momenter. Vernepleierens kunnskaper om disse tre begrepene skal kombinert være med på at behandlingen samsvarer med brukerens evner, og skaper realistiske mål. Det er viktig at vernepleieren har fokus på at mange personer med psykisk utviklingshemming har et impulsivt adferdsmønster. Det vil si at de blir relativt lite påvirket av langsiktige konsekvenser, og ser mer på de kortsiktige konsekvensene. Da er det lett for at de vil slutte dersom de føler behandlingen som ubehagelig. Da må, etter min mening, vernepleieren være en motivator og hjelpe brukeren på deres premisser til å forstå at det å føle et ubehag nå kan gjøre at de får det bedre senere.

Etter egne erfaringer så har det vært vellykket med bruk av sosiale historier der eksponeringstrening alene har vært for krevende. I stedet for å sette brukeren i en situasjon hvor vi vet han vil få angst, så snakker vi heller om situasjonen på et tidligere tidspunkt, for å forberede og gjøre hendelsen mer forutsigbar og kontrollert.

Et eksempel på dette er en person som er redd for lyder små barn lager. Vernepleieren kan da si at om det kommer noen barn, så kan du bare gå og sette deg i bilen. Du har nøkkelen og der kan du sette på radioen, og da hører du ikke de lydene. Da er det opp til brukeren selv å føle på hvor lenge han vil være i situasjonen. For Eknes (2004) sier det er veldig viktig i behandling at brukeren får oppleve selvbestemmelse. Som Lingås (1996) sier så skal selvbestemmelse skje på grunnlag av informasjon som gjør at brukerens valg blir et reelt valg så langt det er mulig. Og det legger vernepleieren opp til med å presentere brukeren for situasjonen, men også tilrettelegge for en mulighet til å trekke seg ut av den igjen. Dette blir da en blanding mellom eksponeringstrening og sosiale historier. Der de

sosiale historiene kan bli brukt både til å forberede på hva som skal skje, men også for å forklare hva som har skjedd, og hva som kan være lurt å gjøre neste gang, hvis hendelsen gjentar seg.

Jeg har også erfart et annet aspekt ved behandling av personer med diagnosen autisme med tilleggsgnase innen tvangslidelser. Hvor langt skal man gå før behandlingen har en reverserende effekt? Om brukeren reagerer på treningen med voldsomme utageringer som skader både seg selv og ansatte, og man ikke ser en effekt av treningne, da blir det vanskelig å forsvare at man skal fortsette. Det var et enkelt eksempel, men i mange tilfeller vil det være en tynnere grense. Eknes (2004) skriver at man alltid må belastningen ved å ha vanskene opp mot belastningen av behandlingen. Da må det tenkes på både det faglige, og det etiske. Om man da konkluderer med at å behandle vil være for belastende for brukeren, så mener Bakken og Olsen (2012) at det da er hensiktsmessig å fokusere på å lindre symptomene. Da bør en vernepleier etter min mening ha fokus på å tilrettelegge så omgivelsene ikke blir for krevende, og brukeren opplever symptomene som mer håndterlige. Det vil da være helsepersonellet rundt brukeren som fortløpende må vurdere om behandlingen som er iverksatt skal fortsette.

5.4 Medikamentell behandling

Mange av de samme etiske og faglige problemstillingene vil være gjeldende for medikamentell behandling, som for Psykologisk og miljøterapeutisk behandling. En forskjell er at medisin har både fysiske og psykiske bivirkninger. De må tas i betraktning når man skal ta en beslutning om det skal igangsettes behandling. Da må det vurderes om effekten av medisinen overgår eventuelle belastninger fra bivirkninger.

Som Eknes (2004) skriver så har en tredjedel følt god effekt, en tredjedel følt noe effekt og de resterende har ikke oppnådd noen effekt av medisinen de har tatt. Jeg ville gjerne visst om noen av disse har følt at behandlingen har vært negativ for dem. For jeg vil tro at behandlingen ikke har vært helt problemfri for alle. Og når Eknes (2004) skriver at resultatene av medikamentell behandling øker om det gjøres sammen med adferdsterapi, så gir det meg en sterk indikasjon på viktigheten av Psykologisk og miljøterapeutisk behandling. Det er nok derfor både Eknes (2004) og faghefte, helse øst (2006) skriver at

medikamentell behandling ikke skal være den primære behandlingen for tvangslidelser. Det skal først brukes om annen behandling ikke har gitt resultater. Da kan medisin bli gitt både alene og i kombinasjon med annen behandling.

5.5 Forutsigbarhet og kommunikasjon

Pasientrettighetsloven § 3-1, sier blant annet at pasienter har rett til å delta i gjennomføringen av helsehjelpen de får. Den informasjonen de får skal tilpasses den enkeltes tilstand og evne til å ta til seg informasjon. § 3-2, beskriver at pasientene skal ha den nødvendige informasjonen de trenger for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen.

(Pasient- og brukerrettighetsloven 1999, sist endret 24.06.11).

For Fagermoen (2001) skriver at det å ikke ha kunnskaper om egen sykdom, behandling og undersøkelser, er noe av det som skaper mest angst under et sykehusopphold. Og det vil jeg tro kan relateres til de fleste situasjoner hvor behandling og undersøkelser forekommer. Så uansett valg av behandlingsmetode, så skal pasienten, om de ønsker det selv, ha den nødvendige informasjonen om behandlingen. Her mener jeg vernepleieren kan være med å gi riktig og god informasjon, som igjen vil være en forutsetning for at brukeren skal føle en forutsigbarhet. Og hos personer med diagnosen autisme så er forutsigbarhet ofte en faktor som er avgjørende for livskvaliteten deres. For i henhold til Røkenes og Hanssen(2002) så viser flere undersøkelser at det å oppleve muligheten for selvbestemmelse og kontroll er viktig for livskvalitet og helse. Og hvordan skal de oppleve selvbestemmelse og kontroll om de ikke har innsikt i sin egen hverdag. For da ser jeg ikke hvordan de kan være med å planlegge den. De vil da ikke ha mulighet til å påvirke annet enn nuet.

I noen tilfeller kan det argumenteres at det vil være vanskelig å kommunisere med og tolke en person som er dypt utviklingshemmet. Det kan være fordi personer ikke har verbalt språk eller har vansker med å forstå hva det du sier betyr. Men Røkenes og Hansen (2002) skriver at alle mennesker har en grunnleggende evne til å kommunisere. Etter min mening blir det da vernepleieren sin oppgave å tolke det som brukeren prøver å kommunisere. Røkenes og Hansen (2006) skriver videre at det er nødvendig å forstå intensjonene partene handler ut fra, hvordan de oppfatter intensjonene og hva de opplever

og føler i selve kommunikasjonssituasjonen. For jeg har selv opplevd å ikke forstå hva som har blitt sagt, men når man setter det i sammenheng med konteksten, så har det sammen gitt mening.

I følge Bakken og Olsen (2012) så har mange av de utviklingshemmede både fysiske funksjonshemminger og stor grad av kognitiv svikt. Dette kan medføre kommunikasjonsvansker som innebærer vansker med å ordne, klassifisere og forstå verden. Selv føler jeg en stor trang til å vite mest mulig om hva som skal skje når jeg for eksempel skal til tannlegen. Siden jeg ikke vet hva som skal skje, så er det i mitt hode en mulighet for at alt kan skje. Og informasjonen som gis på forhånd er med på å avgrense det mulige utfallene og gjøre det abstrakte mer konkret. Da tenker jeg en slik hendelse ville oppleves for en person som ikke greier å ordne, klassifisere og forstå verden. Jeg kan rasjonalisere meg frem til at det er lite sannsynlig at tannlegen kommer til å bore i tennene mine uten bedøvelse om jeg sier jeg vil ha det. Men jeg vil tro mange psykisk utviklingshemmede ikke har den rasjonelle tankegangen. Igjen vil jeg sitere Eide og Eide (2007) som skriver at med profesjonell kommunikasjon, så bør informasjonsmengden tilpasses formålet med kommunikasjonen og den andres evne til å ta imot og bearbeide den informasjonen som gis. For det prinsippet mener jeg er så viktig å få frem. I tilfeller hvor brukeren ikke greier å sette seg inn i hvordan noe blir, så mener jeg det er vernepleieren sin oppgave å gi brukeren konkret informasjon om hva som skal skje. Så brukeren slipper å uroe seg. Og den informasjonen må være meget presis. Vi kan ikke unnlate å nevne noe fordi det er en selvfølge for oss. For mange vil det ikke være nok å si at i morgen skal vi til tannlegen. Det bør nevnes at da skal det tas bilde av tennene. Da tar tannlegen en liten plastikkbit mellom tennene og kinnnet ditt, og det skal være der i noen sekunder osv. Det er informasjon som etter min mening vil være konstruktiv, forståelig og konsis.

5.6 Vernepleierens rolle ved behandling av tvangslidelser hos psykisk utviklingshemmede med diagnosen autisme

En vernepleiers rolle i en slik behandling vil mest fremstå som en hjelper. Eknes (2000) skriver at den som har rollen som hjelper skal sikre at framgangsmåten som man bruker er i overensstemmelse med faglig gode prinsipper. For valget om å behandle, valg av behandlingsmetode, eventuelle medikamenter osv. vil være beslutninger som tas av andre

enn en vernepleier. Det kan gjerne gjøres etter samråd med en vernepleier, men det er i gjennomføring og oppfølging vernepleierens hovedansvar vil ligge. Det å tilrettelegge for empowerment hos brukeren under gjennomføringen vil i mine øyne være en stor del av arbeidet. Askheim (2003) skriver om den individuelle dimensjonen innen empowerment tenkingen som er rettet mot aktiviteter og prosesser som har til hensikt og øke kontrollen over eget liv og styrke individets selvbilde, selvtillit, kunnskaper og ferdigheter. Og det er dette vi vernepleiere skal gjøre i vårt arbeid som hjelper under denne behandlingen.

For å være med på å skape dette må vernepleieren skape en god relasjon til brukeren. Dette gjør vi blant annet ved å kommunisere og samhandle. Personer med autisme har ulik grad av utviklingshemming, så i noen tilfeller vil det å kommunisere verbalt være en utfordring. Da vil kunnskaper om den non-verbale kommunikasjonen være til god nytte. Eide og Eide skriver om noen viktige punkter når det kommer til non-verbal kommunikasjon:

- Å ha øyekontakt
- Å Innta en mottagende, åpen kroppsholdning
- Å lene seg frem mot den andre, være henvendt gjennom kroppsholdning
- Å føle den andres utsagn nært og ved forstående nikk, bekræftende ”mm” eller også beroligende berøring
- Å være avslappet, naturlig og vennlig i stemmen og bevegelser
- Å la ansiktet utrykke ro, tilstedeværelse og interesse.

Jeg vil tro at det å møte opp til behandling, for så å tolke ut i fra non-verbal kommunikasjon at behandleren/hjelperen virker umotivert vil være meget ødeleggende for brukeren. For vi kommuniserer noe hele tiden, og det er det viktig å ha fokus på. For har man ikke fokus på det, så kontrollerer man heller ikke hva man formidler. For som sagt så er vår rolle å være hjelpere. Og for å kunne inneha den tittelen så må man faktisk hjelpe. Og det gjør man ved å oppmuntre, utstråle positivitet og skape et godt arbeidsmiljø.

6.0 Avslutning

I denne oppgaven har jeg gitt et lite innblikk i de ulike diagnosene og behandlingsmetoder. Videre har jeg forsøkt å få frem hovedtrekk ved behandlingsmetodene av tvangslidelser satt i sammenheng med autisme og psykisk utviklingshemming. Dette gjelder både Psykologisk og miljøterapeutisk behandling og medikamentell behandling. Videre har jeg drøftet flere sentrale momenter i arbeidet med behandling av utviklingshemmede med tvangslidelser og diagnosen autisme. Det har gitt meg bedre innsikt i diagnosene, behandlingsmetodene og fått meg til å reflektere over min egen fremtidige rolle som vernepleier i en slik behandlingssituasjon. Når de kommer til å trekke en konklusjon ut i fra problemstillingen min så blir det vanskelig. For det er for mange individuelle forskjeller og faktorer som spiller inn underveis i behandlingen til at det kan sies noe bastant. Men jeg har tilegnet meg ny lærdom som gjør at jeg føler det kan trekkes noen generelle slutninger fra problemstillingen. Vernepleiere har en viktig rolle i behandlingen. Den skal være en hovedhjelper som sitter med mye kunnskap som skal videreformidles til de andre. Og man må huske på at ingen behandlinger er like, så den må skreddersys til hovedpersonen. Man må ta hensyn til personens ønsker og la den være med å påvirke prosessen. Jeg har reflektert over at jeg ikke har noen praktisk erfaring fra for eksempel kognitiv terapi eller eksponeringsbehandling, så det er teorien som har vært med å forme mine meninger og tanker om temaet. Og den har også gitt meg en god basiskunnskap som har utvidet mitt perspektiv på hvordan jeg som vernepleier skal arbeide for å hjelpe noen med slike vansker. For jeg mener en vernepleier skal være med på å skape trygghet og forutsigbarhet med god tilrettelegging og kommunikasjon. De redskapene vi har til rådighet er vår utdanning, kunnskap og kompetanse. Og desto mer vi bruker og utvider de feltene, desto bedre vernepleiere vil vi bli. Og det vil igjen påvirke vårt arbeid med menneskene vi arbeider med, gi de et bredere tilbud, og øke sjansene for de med disse diagnosene til å bli bedre og forhåpentligvis oppleve en høyere livskvalitet enn før behandlingen.

7.0 Litteraturliste

- Askheim, Ole Petter(2003). *Fra normalisering til empowerment*. Gyldendal Norsk Forlag.
- Bakken, Trine Lise og Olsen, Mette Egelund (red.) (2012) *Psykisk lidelse hos voksne personer med utviklingshemming*. Universitetsforlaget.
- Berge, Torkil og Arne Repål (2004) *Trange rom og åpne plasser*. Hjelp til mestring av angst, panikk og fobier. Aschehoug & co
- Holden, Børge (2013) *Miljøbehandling*. En adferdanalytisk tilnærming. Gyldendal Norske
- Holden, Børge (2008) *Psykiske lidelser og utviklingshemming*. Atferdsanalytisk forståelse og behandling. Gyldendal Norsk Forlag
- Dalland, Olav (2000) *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Universitetsforlaget, Oslo
- Eide&Eide (2007) *Kommunikasjon i relasjoner*. Gyldendal Norsk forlag.
- Eknes, Jarle (2004) *Tvangslidelse*. Forståelse, diagnostisering og behandling. Universitetsforlaget.
- Eknes, Jarle (2000) *Utviklingshemming og psykisk helse*. Universitetsforlaget
- Fagermoen May S. (2001) *Samtale, undervisning og veiledning*. I klinisk sykepleie. Oslo, Gyldendal akademiske.
- Hummelvoll, Jan Kåre (2012) *Helt, ikke stykkevis og delt*. Oslo, Gyldendal Akademiske.
- Lingås, Lars Gunnar.(1996) *Over andres dørstokk*. Kommuneforlaget.
- Røkenes, Odd Harald. Hanssen, Per-Halvard(2002) *Bære eller bryte*. Fagbokforlaget.
- Aadland, Einar (2006) *"Og eg ser på deg"*. Vitenskapsteori i helse- og sosialfag. Universitetsforlaget

Selvvalgt litteratur

- Bakken, Trine Lise og Olsen, Mette Egelund (red.) (2012) *Psykisk lidelse hos voksne personer med utviklingshemming*. Universitetsforlaget.
- Berge, Torkil og Arne Repål (2004) *Trange rom og åpne plasser*. Hjelp til mestring av angst, panikk og fobier. Aschehoug & co
- Holden, Børge (2013) *Miljøbehandling*. En adferdanalytisk tilnærming. Gyldendal Norske
- Holden, Børge (2008) *Psykiske lidelser og utviklingshemming*. Atferdsanalytisk forståelse og behandling. Gyldendal Norsk Forlag
- Eknes, Jarle (2004) *Tvangslidelse*. Forståelse, diagnostisering og behandling. Universitetsforlaget.
- Fagermoen May S. (2001) *Samtale, undervisning og veiledning*. I klinisk sykepleie. Oslo, Gyldendal akademiske

Internett

Frambu. Senter for sjeldne funksjonshemninger. Kan nåes på URL:

<http://www.frambu.no/modules/diagnoser/diagnose.asp?iDiagnoseId=161&iPageId=17002>

Lest 11.05.2013

Helsedirektoratet. Medisinsk koding og kodeverk. Kan nåes på URL:

<http://www.helsedirektoratet.no/finansiering/medisinsk-koding-og-kodeverk/icd-10/Sider/default.aspx> Lest 22.04.2013

Helsedirektoratet. ICD 10 (2011) Kan lastes ned fra URL:

<http://www.kith.no/upload/1835/ICD-10%20bok%202011.zip>

(KITH AS ble overført til Helsedirektoratet 1. januar 2012.)

Holden, Børge...[et al.] (2006) *Diagnose og behandling av tvangslidelse, ticsforstyrrelser (inkludert Tourette) : og andre repeterende atferdsforstyrrelser hos mennesker med psykisk utviklingshemming og/eller utviklingsforstyrrelser*. Et faghefte for habiliteringstjenestene i Helse Øst. Kan lastes ned fra URL: http://www.sykehuset-innlandet.no/omoss/avdelinger/habiliteringstjenesten-i-oppland/Documents/Faghefter/Faghefte_Tvangslidelser_net.pdf Lastet ned 11.02.2013.

Kunnskapsdepartementet. Meld. St. 13 (2011-2012). *Utdanning for velferd* Kan nåes på URL: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/kd/dok/regpubl/stmeld/2011-2012/meld-st-13-20112012/9/7/1.html?id=672926> Lest 03.04.2013

Kunnskapsdepartementet. Meld. St. 13 (2011-2012). *Utdanning for velferd* Kan nåes på URL: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/kd/dok/regpubl/stmeld/2011-2012/meld-st-13-20112012/9/7/1.html?id=672926> Lest 03.04.2013

Kunnskapsdepartementet. Meld. St. 13 (2011-2012). *Utdanning for velferd* Kan nåes på URL: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/kd/dok/regpubl/stmeld/2011-2012/meld-st-13-20112012/9/7/1.html?id=672926> Lest 03.04.2013

Utdannings og forskningsdepartementet (2005) *Rammeplan for vernepleiere*. Kan nåes på URL: http://www.regjeringen.no/upload/kilde/kd/pla/2006/0002/ddd/pdfv/269377-rammeplan_for_vernepleierutdanning_05.pdf Lest 05.04.2013

Utdannings og forskningsdepartementet (2005) *Rammeplan for vernepleiere*. Kan nåes på URL: http://www.regjeringen.no/upload/kilde/kd/pla/2006/0002/ddd/pdfv/269377-rammeplan_for_vernepleierutdanning_05.pdf Lest 05.04.2013

CY-BOCS Symptom Checklist

Children's Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale

Administering the CY-BOCS Symptom Checklist and CY-BOCS Severity Ratings

1. Establish the diagnosis of obsessive compulsive disorder.
2. Using the CY-BOCS Symptom Checklist (below), ascertain current and past symptoms.
3. Next, administer the 10 item severity ratings (other form) to assess the severity of the OCD during the last week.
4. Re-administer the CY-BOCS Severity Rating Scale to monitor progress.

Patient _____ Date _____

CY-BOCS Symptom Checklist

Children's Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale

CY-BOCS Obsessions Checklist

Check all symptoms that apply (Items marked "*" may or may not be OCD Phenomena)

Current	Past	Contamination Obsessions	Current	Past	Sexual Obsessions
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Concern with dirt, germs, certain illnesses (e.g., AIDS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Forbidden or perverse sexual thoughts, images, impulses
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Concerns or disgust with bodily waste or secretions (e.g. urine, feces, saliva)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Content involves homosexuality
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Excessive concern with environmental contaminants (e.g., asbestos, radiation, toxic waste)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sexual behavior towards others (aggressive)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Excessive concern with household items (e.g., cleaners, solvents)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Other (describe) _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Excessive concern about animals / insects	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hoarding / Saving Obsessions
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Excessively bothered by sticky substances or residues	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fear of losing things
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Concerned will get ill because of contaminant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Other (describe) _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Concerned will get others ill by spreading contaminant (aggressive)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Magical Thoughts / Superstitious Obsessions
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	No concern with consequences of contamination other than how it might feel *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lucky / unlucky numbers, colors, words
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Other (describe) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Other (describe) _____
		Aggressive Obsessions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Somatic Obsessions
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fear might harm self	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Excessive concern with illness or disease *
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fear might harm others	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Excessive concern with body part or aspect of appearance (e.g. dysmorphophobia) *
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fear harm will come to self	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Other (describe) _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fear harm will come to others (maybe because of something child did or did not do)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Religious Obsessions
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Violent or horrific images	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Excessive concern or fear of offending religious objects
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fear of blurting out obscenities or insults	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Excessive concern with right / wrong morally
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fear of doing something embarrassing *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Other (describe) _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fear will act on unwanted impulses (e.g., to stab a family member)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Miscellaneous Obsessions
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fear will steal things	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	The need to know or remember
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fear will be responsible for something else terrible happening (e.g. ,fire, burglary, flood)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fear of saying certain things
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Other (describe) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fear of not saying just the right thing
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Intrusive (non-violent) images
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Intrusive sounds, words, music or numbers
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Other (describe) _____

Target Symptom List for Obsessions

OBSESSIONS (describe, listing by order of severity, with #1 being the most sever, #2 second most severe, etc):

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

CY-BOCS Symptom Checklist

Children's Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale

CY-BOCS Compulsions Checklist

Check all symptoms that apply (Items marked "*" may or may not be OCD Phenomena)

Current	Past	Washing / Cleaning Compulsions	Current	Past	Hoarding / Saving Compulsions
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Excessive or ritualized hand washing			Distinguish from hobbies and concern with objects of monetary or sentimental value.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Excessive or ritualized showering, bathing, tooth brushing, grooming, toilet routine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Difficulty throwing things away, saving bits of paper, string, etc.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Excessive cleaning of items, such as personal clothes or important objects	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Other (describe) _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Other measures to prevent or remove contact with contaminants			Excessive Games / Superstitious Behaviors
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Other (describe) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Distinguish from age appropriate magical games (e.g. array of behavior, such as sleeping over certain spots on a floor, touching an object / self certain number of times as a routine game to avoid something bad from happening)
		Checking Compulsions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Other (describe) _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Checking locks, toys, school books / items, etc.			Rituals Involving Other Persons
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Checking associated with getting washed, dressed, or undressed	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	The need to involve another person (usually a parent) in ritual (e.g. asking a parent to repeatedly answer the same question, making mother perform certain mealtime rituals involving specific utensils) *
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Checking that did not / will not harm others	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Other (describe) _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Checking that did not / will not harm self	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Miscellaneous Compulsions
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Checking that nothing terrible did / will happen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mental rituals other than checking / counting
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Checking that did not make mistake	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Need to tell, ask or confess
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Checking tied to somatic obsessions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Measures (not checking) to prevent :
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Other (describe) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	harm to self
		Repeating Rituals	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	harm to others
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rereading, erasing, or rewriting	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	terrible consequences
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Need to repeat activities (e.g. in / out of doorway, up / down from chair)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ritualized eating behaviors *
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Other (describe) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Excessive list making *
		Counting Compulsions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Need to touch, tap, rub *
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Objects, certain numbers, words, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Need to do things (e.g. touch or arrange until it feels just right) *
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Other (describe) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rituals involving blinking or staring *
		Ordering / Arranging	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trichotillomania (hair-pulling)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Need for symmetry / evening up (e.g. lining items up a certain way or arranging personal items in specific patterns)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Other self-damaging or self-mutilating behaviors *
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Other (describe) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Other (describe) _____

CY-BOCS Symptom Checklist

Children's Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale

Target Symptom List for Compulsions

COMPULSIONS (describe, listing by order of severity, with #1 being the most severe, #2 second most severe, etc):

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

CY-BOCS Severity Ratings

Children's Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale

Administering the CY-BOCS Symptom Checklist and CY-BOCS Severity Ratings

1. Establish the diagnosis of obsessive compulsive disorder.
2. Using the CY-BOCS Symptom Checklist (other form), ascertain current and past symptoms.
3. Next, administer the 10-item severity ratings (below) to assess the severity of the OCD during the last week.
4. Readminister the CY-BOCS Severity Rating Scale to monitor progress.

Patient _____

Date 1st Report _____ Date This Report _____

Obsession Rating Scale (circle appropriate score)

Note: Scores should reflect the composite effect of all the patient's obsessive compulsive symptoms.
Rate the average occurrence of each item during the prior week up to and including the time of interview.

QUESTIONS ON OBSESSIONS (ITEMS 1-5) "I AM NOW GOING TO ASK YOU QUESTIONS ABOUT THE THOUGHTS YOU CANNOT STOP THINKING ABOUT."
(Review for the informant(s) the Target Symptoms and refer to them while asking questions 1-5).

1. Time Occupied by Obsessive Thoughts <small>[Be sure to exclude ruminations and preoccupations which, unlike obsessions, are ego-syntonic and rational (but exaggerated)]</small>					
	None	Mild <small>less than 1 hr/day or occasional intrusion</small>	Moderate <small>1 to 3 hrs/day or frequent intrusion</small>	Severe <small>greater than 3 and up to 8 hrs/day or very frequent intrusion</small>	Extreme <small>greater than 8 hrs/day or near constant intrusion</small>
Score	0	1	2	3	4
2. Interference Due to Obsessive Thoughts					
<ul style="list-style-type: none"> • How much do these thoughts get in the way of school or doing things with friends? • Is there anything that you don't do because of them? (If currently not in school, determine how much performance would be affected if patient were in school) 					
	None	Mild <small>slight interference with social or school activities, but overall performance not impaired</small>	Moderate <small>definite interference with social or school performance, but still manageable</small>	Severe <small>causes substantial impairment in social or school performance</small>	Extreme <small>incapacitating</small>
Score	0	1	2	3	4
3. Distress Associated with Obsessive Thoughts					
	None	Mild <small>infrequent, and not too disturbing</small>	Moderate <small>frequent, and disturbing, but still manageable</small>	Severe <small>very frequent, and very disturbing</small>	Extreme <small>near constant, and disabling distress/frustration</small>
Score	0	1	2	3	4
4. Resistance Against Obsessions					
<ul style="list-style-type: none"> • How hard do you try to stop the thoughts or ignore them? (Only rate effort made to resist, not success or failure in actually controlling the obsessions. If the obsessions are minimal, the patient may not feel the need to resist them. In such cases, a rating of "0" should be given.) 					
	None <small>makes an effort to always resist, or symptoms so minimal doesn't need to actively resist</small>	Mild <small>tries to resist most of the time</small>	Moderate <small>makes some effort to resist</small>	Severe <small>yields to all obsessions without attempting to control them, but does so with some reluctance</small>	Extreme <small>completely and willingly yields to all obsessions</small>
Score	0	1	2	3	4
5. Degree of Control Over Obsessive Thoughts					
	Complete Control	Much Control <small>usually able to stop or divert obsessions with some effort and concentration</small>	Moderate Control <small>sometimes able to stop or divert obsessions</small>	Little Control <small>rarely successful in stopping obsessions, can only divert attention with difficulty</small>	No Control <small>experienced as completely involuntary, rarely able to even momentarily divert thinking</small>
Score	0	1	2	3	4

Obsession subtotal (add items 1-5) _____

QUESTIONS ON COMPULSIONS (ITEMS 6-10) "I AM NOW GOING TO ASK YOU QUESTIONS ABOUT THE HABITS YOU CAN'T STOP"
 (Review for the informant(s) the Target Symptoms and refer to them while asking questions 6-10)

6. Time Spent Performing Compulsive Behaviors					
	None	Mild less than 1 hr/day	Moderate 1 to 3 hrs/day	Severe greater than 3 & up to 8 hrs/day	Extreme greater than 8 hrs/day
Score	0	1	2	3	4

7. Interference Due to Compulsive Behaviors					
• How much do these habits get in the way of school or doing things with friends? • Is there anything you don't do because of them? (If currently not in school, determine how much performance would be affected if patient were in school.)					
	None	Mild slight interference with social or school activities, but overall performance not impaired	Moderate definite interference with social or school performance, but still manageable	Severe causes substantial impairment in social or school performance	Extreme incapacitating
Score	0	1	2	3	4

8. Distress Associated with Compulsive Behavior					
• How would you feel if prevented from carrying out your habits? How upset would you become?					
	None	Mild only slightly anxious if compulsions prevented	Moderate anxiety would mount but remain manageable if compulsions interrupted	Severe prominent and very disturbing increase in anxiety if compulsions interrupted	Extreme incapacitating anxiety from any intervention aimed at modifying activity
Score	0	1	2	3	4

9. Resistance Against Compulsions					
• How much do you try to fight the habits? (Only rate effort made to resist, not success or failure in actually controlling the compulsions.)					
	None makes an effort to always resist, or symptoms so minimal doesn't need to actively resist	Mild tries to resist most of the time	Moderate makes some effort to resist	Severe yields to all obsessions without attempting to control them, but does so with some reluctance	Extreme completely and willingly yields to all obsessions
Score	0	1	2	3	4

10. Degree of Control Over Compulsive Thoughts					
• How strong is the feeling that you have to carry out the habit(s)? • When you try to fight them, what happens?					
	Complete Control	Much Control experiences pressure to perform the behavior, but usually able to exercise voluntary control over it	Moderate Control moderate control, strong pressure to perform behavior, can control it only with difficulty	Little Control little control, very strong drive to perform behavior, must be carried to completion, can only delay with difficulty	No Control no control, drive to perform behavior experienced as completely involuntary and overpowering, rarely able to delay activity (even momentarily)
Score	0	1	2	3	4

Compulsion subtotal (add items 6-10) _____

CY-BOCS total (add items 1-10)

Total CY-BOCS score: range of severity for patients who have both obsessions and compulsions
0-7 Subclinical **24-31 Severe**
8-15 Mild **32-40 Extreme**
16-23 Moderate

Children's Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (CY-BOCS) utilized with permission from Wayne K. Goodman, MD © 1986.

 **Pharmacia & Upjohn**
 CC58353-24
 ©1997 Solvay Pharmaceuticals, Inc.

September 1997

Solvay
Pharmaceuticals
 999285
 Printed in U.S.A.



a Passion for Progress