

Bacheloroppgåve

## **Menneske med psykisk utviklingshindring og angst**

*Korleis kan brukarmedverknad og empowerment nyttast i arbeid mot angst hjå personar med psykisk utviklingshindring?*

Lisa Hareide

Sosialt arbeid, sosionom  
2021

Tal på ord: 8790



HØGSKULEN  
I VOLDA

## Eigenerklæring

Denne oppgåva er mitt eige og sjølvstendige arbeid. Den gjer ikkje bruk av andre sitt arbeid utan at det er oppgitt, den gjer ikkje bruk av tekst frå eige arbeid utan at det er oppgitt, og kjelder som er brukt er ført inn i både tekst og kjeldeliste på ein måte som gjer at eg ikkje vil få ein 'ufortent rennomegevinst'. Den har heller ikkje vore brukt som eksamenssvar eller arbeidskrav tidlegare.

Eg veit at oppgåva vil bli elektronisk kontrollert for plagiat og at alvorlege brot med 'god sitatskikk' vert behandla som fusk jf. UH-lova § 4-7 og § 4-8, 3.ledd.

Det er ikkje behandla personopplysningar i arbeidet med oppgåva. Prosjektet er dermed ikkje omfatta av personopplysningslova.

Eg gir Høgskulen i Volda rett til å publisere oppgåva vederlagsfritt i elektronisk form.

## Samandrag

Bacheloroppgåva undersøker korleis ein kan bruke sosialfaglege tilnærmingar i arbeid med menneske med psykisk utviklingshindringar og angst. Dette er ei dobbeltdiagnose som blir lite lagt vekt på i offentlege debattar og det er viktig med meir fokus på denne psykiske lidinga blant brukargruppa. Personar med psykisk utviklingshindringar er ei gruppe som står i ein avmaktsposisjon og empowerment er ei tilnærming som blir brukt for å komme seg ut av denne situasjonen. Oppgåva undersøker brukaren sine moglegheiter til å innverke i si eiga angstbehandling samt korleis ein kan nytte myndiggjering i arbeide mot angsten. Dette er interessant å utforske fordi ein som sosialarbeidarar leggjar vekt på å la brukaren vere ekspert i sitt eige liv og at han/ho skal vere ein deltakar i arbeidet til eit felles mål.

Det er ei teoretisk oppgåve og ved bruk av teoriane om brukarmedverknad og empowerment undersøker den korleis desse kjem til syne i ulike angstbehandlingar. Oppgåva tek utgangspunkt i dei ulike angstbehandlingane som blir brukt for denne brukargruppa der eksponeringsterapi, psykoedukasjon og avspenningsøvingar blir lagt mest vekt på. For å kunne bli myndiggjort kjem det fram i oppgåva at brukarane må oppleve kontroll over seg sjølv og angstsymptomta. For å kunne oppnå denne kontrollen må hjelparane vere der å regulere kjenslene til brukaren og samarbeide om tiltak for å hindre kognitiv overbelastning.

## Abstract

This bachelor thesis looks into how one can use psychosocial approaches and treatments when working with people with intellectual disabilities and anxiety. This is a double diagnosis that rarely gets focused on in public debates and it is important to focus on this mental illness in this user group. People with intellectual disabilities is a group of people that struggles with powerlessness and empowerment is an approach that can be used to get out of that situation. This thesis sheds light on the users of health services and their potential for participation and impact on their own case as well as how empowerment can be used to work with anxiety problems. This is interesting because we want as social workers to let the user be an expert in their own lives and be a participant in the work towards a common goal.

It is a theoretical thesis and with use of theories about user participation and empowerment we will look into how these appear in different anxiety treatments. This project is based on the different anxiety treatments that's being used in this user group and exposure therapy, psychoeducation and relaxation-exercises is the ones that are emphasized. The thesis comes to the conclusion that to become empowered the patients have to experience control over themselves and the anxiety symptoms. And to get this control the professionals have to be there to regulate their emotions and together come up with measures to stop cognitive overload.

## Forord

Denne oppgåva markerer siste innspurt av ei innhaldsrik og krevjande studietid i sosialt arbeid. Det har vore tre interessante og innhaldsrike år på denne bachelorgrada hjå Høgskulen i Volda.

Eg har lenge tenkt på å skrive om menneske med psykisk utviklingshindringar i bacheloroppgåva mi. Grunnlaget for val av tema baserer seg på mi meining om at det har vore lite fokus på denne brukargruppa gjennom studiet sjølv om at det er menneskjer ein kan komme i kontakt med på fleire områder i sosialt arbeid. I praksisperioden arbeida eg med personar med psykisk utviklingshindringar og samtidig psykiske lidingar, og interessa mi for denne dobbeltdiagnosen auka enda meir etter dei månadane med praksis.

Eg vil rette ein stor takk til rettleiaren min, Anders Bergstøl, for mange konstruktive tilbakemeldingar og god støtte i ei elles stressande tid. Takk for at du har vore tilgjengeleg for meg når det har vore behov for det. I tillegg ønskjer eg å takke medstudentar/venar for reflekterande samtalar og godt selskap.

## Innholdsliste

<b>Samandrag</b> .....	III
<b>Abstract</b> .....	IV
<b>Forord</b> .....	V
<b>1.0 Innleiing</b> .....	1
1.1 Problemstilling og forskings spørsmål .....	3
<b>2.0 Kunnskapsgrunnlag</b> .....	4
2.1 Bakgrunn .....	4
2.2 Teoretiske perspektiv .....	5
2.2.1 Psykisk utviklingshemming .....	5
2.2.2 Angst .....	6
2.2.2.1 Den psykiske lidinga hjå personar med psykisk utviklingshindring .....	8
2.2.4 Brukarmedverknad .....	9
2.2.5 Empowerment .....	10
<b>3.0 Drøfting og refleksjonar</b> .....	12
3.1 Ulike typar angstbehandling .....	12
3.2 Myndiggjering som angstbehandling .....	15
3.3 Brukaren sin medverknad i angstbehandling .....	18
<b>4.0 Avslutning</b> .....	22
<b>Referanseliste</b> .....	23

## 1.0 Innleiing

Førekomsten av angstlidningar hjå menneske med psykisk utviklingshindringar er høg og denne gruppa er særleg disponert for å utvikle engstelse og angst (Davis, Saeed, & Antonacci, 2008, s. 250). I ei studie gjort i Sverige vart det konkludert at 26.8 prosent av vaksne med psykisk utviklingshindring hadde angst (Gustafsson & Sonnander, 2004, s. 451). Menneske med utviklingshindringar treng ofte bistand av hjelpeapparatet til å takle, forstå og overvinne angsten på grunn av deira nedsette kognitive evne. Sjølv om det trengs hjelp for å behandle den psykiske lidinga har ein som sosialarbeidar eit ønskje om at denne brukargruppa blir inkluderte og får medverke i eiga sak. Brukarmedverknad er ei tilnærming som blir vektlagt i sosialt arbeid og handlar om at brukarane skal ha stor innflytelse i eiga sak (Ellingsen & Skjefstad, 2015, s. 106). Empowerment er ei tilnærming som ofte er knytt til undertrykte og diskriminerte grupper i samfunnet der oppgåva til hjelpearane er å motivere brukar til å ta i bruk egne ressursar og oppleve meistring og styring over eige liv (Ellingsen & Skjefstad, 2015, s. 104). Denne tenkinga blir også brukt i arbeid for å meistre ulike psykiske lidingar. Metodane og tilnærmingane ein brukar for å minke angst hjå menneske utan kognitive nedsettingar er ikkje naudsynt verksame i arbeid med utviklingshindra. I fleire høve er deira forståing av verden og korleis ting er annleis enn vår og difor må det andre tilnærminga til. Mangelen på kunnskap om korleis ein skal arbeide med denne brukargruppa kan gjere at ein nyttar tilnærmingar som er lite tilpassa brukarane. Meir forskning om medverknad og myndiggjering på dette feltet vil gjere at brukargruppa får meir innflytelse i eiga sak samt meir individuelt tilpassa arbeid kan minke den høge prosentandelen med angstlidningar blant menneske med psykiske utviklingshindringar. Basert på teoriar om brukarmedverknad og empowerment samt Wigaard og Bakken sine teoriar om angstbehandling i denne brukargruppa undersøker oppgåva metodar som vil vere nyttige å for at menneske med psykisk utviklingshindringar skal bli deltakarar i angstbehandlinga si.

Som nemnt seier forskning at omtrent  $\frac{1}{4}$  av menneske med psykiske utviklingshindringar har angst. Angstdempende medikament som til dømes benzodiazepiner blir nytta i behandling av angsten. Trøyttheit, sløvheit, svimmelheit, nedsett initiativ, muskelsvakheit, toleranseutvikling samt depresjon er berre nokre av biverknadane ein kan oppleve av å nytte desse preparata (Sørensen, 2020, s. 272). Legemiddelbehandling av angst gir ofte rask lindring men har vanlegvis biverknadar på lang sikt og bruk av desse vil føre til ei toleranseutvikling samt avhengigheit. Psykososiale behandlingmetodar fokuserer på

individuelle faktorar samt leggjar til rette for at brukaren kan ta del i si eiga behandling. Ein har som brukarar av tenester rett til å medverke ved gjennomføring av helse- og omsorgstenester i følgje Pasient- og brukarrettigheitslova § 3-1 (Lov om pasient- og brukarrettigheter, 1999). Dette slår fast at ein som brukar har rett på å vere med å utforme tenestetilbodet og at det skal vere eit samarbeid mellom hjelpar og brukar. Den 13. desember 2008 blei FN sin konvensjon om rettighetene til menneskjer med nedsett funksjonsevne vedtatt. I artikkel 3 blir det utdjupa og lagt vekt på respekt for mennesket sin ibuande verdi, individuelle sjølvstende og rett til å treffe egne val (Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet, 2006). Desse lovene og denne konvensjonen bekreftar at alle har rett på helsetenester og at ein skal i størst mogleg grad la brukaren medverke i si sak.

Psykiske lidningar blant menneske med psykisk utviklingshemming blir lite snakka om og lite behandla. Dei emosjonelle og åtferdsmessige symptoma for angst blir ofte knytt til deira kognitive nedsettingar og dei går ofte under radaren både for diagnostisering og behandling (Wigaard & Bakken, Kapittel 6: Angstlidelser, 2020, s. 79). All forskning på dette området er viktig for å skape merksemd rundt eit stort temaet for denne undertrykte gruppa. Kunnskapen som kjem fram i oppgåva og forskning på dette feltet er sosialfagleg relevant fordi den legger fokuset på brukaren si stemme. Det er også interessant å vite korleis den kognitive nedsettinga påverkar måten ein kan behandle angsten på i forhold til menneskjer utan ei utviklingshindring. Som sosialarbeidar kjem ein ofte i kontakt med menneske som har psykisk utviklingshindringar både i arbeid på dagtilbod, omsorgsbustadar, NAV eller i skulesystemet. Det er i tillegg ønskeleg å nytte sosialfaglege tilnærmingar for å minske bruken av legemiddel samt å forhindre vidare tilbakefall dersom ein avsluttar den medikamentelle behandlinga i møte med denne brukargruppa. Ved å lære korleis ein nyttar desse metodane i møte med denne brukargruppa kan ein utvikle seg i sosialt arbeid.



## 1.1 Problemstilling og forskings spørsmål

Med dette i bakgrunn er det verdifullt å utforske korleis ein kan leggje til rette for at brukaren skal ta del i eiga behandling og korleis den psykiske utviklingshindringa påverkar angstbehandlinga. Problemstillinga er difor: «*Korleis kan brukarmedverknad og empowerment nyttast i arbeid mot angst hjå personar med psykisk utviklingshindring?*» For å finne svar på denne problemstillinga har oppgåva gått utifrå tre forskings spørsmål. Det første forskings spørsmålet er: *Kva typar angstbehandling blir brukt for menneske med psykisk utviklingshindringar?* Dette er interessant å sjå nærmare på for å vite kva behandlingsmetodar som blir nytta i dag og kor fokuset til behandlarane ligg. Denne kunnskapen gir i denne oppgåva ein bakgrunn for vidare forskning og forslag til korleis ein kan betre dagens praksis. Utifrå det som kjem fram i første spørsmål er det nyttig å fokusere på dei sosialfaglege tilnærmingane i dei forskjellige typane angstbehandling difor lyder neste forskings spørsmål slik: *Korleis kan empowerment bli brukt for at menneske med psykisk utviklingshindring skal meistre angsten sin?* Dette spørsmålet rettar lys på brukaren si moglegheit til meistring av si eiga psykiske lidning og korleis ein som hjelpar kan ha fokus på dei tiltaka mot angst ein kan nytte som fører til meistring og myndiggjering hjå brukaren. Det tredje forskings spørsmålet byggjer på tanken om at beste behandling føregår gjennom eit samarbeid mellom tenesteytar og tenestemottakar. Som sosialarbeidar er det viktig å ha fokus på brukar si stemme og korleis ein kan sørgje for at vedkomande er ein deltakar i si eiga behandling. Det tredje forskings spørsmålet er difor: *På kva måte er brukarmedverknad eit reiskap i angstbehandling for personar med psykisk utviklingshindring?*

## 2.0 Kunnskapsgrunnlag

### 2.1 Bakgrunn

Sidan oppgåva skal studere arbeidsmetodar for angstbehandling er det interessant å sjå på historia om angst hos denne brukargruppa. Psykiske lidningar hjå personar med psykisk utviklingshindring er eit relativt nytt tema. Historisk sett har utfordrande åtferd og veremåtar hos menneske med psykisk utviklingshindringar blitt sett på som ein del av denne grunndiagnosen og ikkje ei psykisk lidning (Naku - Nasjonalt kompetansemiljø om utviklingshemming, 2016). I dag veit vi at dette er ei gruppe menneske som også kan ha psykiske helseplager og utviklar i større grad angst enn resten av befolkninga (Davis, Saeed, & Antonacci, 2008, s. 250). Likevel er det slik at denne brukargruppa framleis ikkje får den oppfølginga og dei hjelpebehova som trengs frå kommunane, og i følge det Nasjonale Kompetansemiljøet for Utviklingshemming er «det mange mennesker som lever innenfor utilstrekkelige rammer/tilbud som i stede for å begrense risikoen for utvikling av psykisk tilleggslidelse, snarere kan fremme denne risikoen» (Utviklingshemming- generell kognitiv svikt som medfører økt sårbarhet for utvikling av psykiske lidelse, 2016).

Dette er ei gruppe menneske som er marginalisert og blir lite inkludert i samfunnet elles og i tillegg til at det blir meir fokus på psykisk lidningar er det viktig at ein leggjar til rette for at dei får innflytelse i tenesta si. Brukarmedverknad starta som ein følge av ei politisk vending frå fokus på omsorg til deltaking. Organisasjonar for menneske med funksjonshindringar spelte ei stor rolle i denne dreininga og i ideen om å styrke deira medverknad og demokratiske rettigheter (Ellingsen & Skjefstad, 2015, s. 106). Deira kamp for innflytelse har vore svært viktig for å setje brukarmedverknad på agendaen i norsk politikk. Det er i dag ein rett for alle menneske som får helsetenester å kunne medverke i eiga sak, jf. Pbrl § 3-1 (Lov om pasient- og brukerrettigheter, 1999). Det er i tillegg presisert i lova at dei med nedsett funksjonsevne og dei med psykisk sjukdom skal få dei helsetenestene som dei treng for å meistre kvardagen og få dekkja sine behov: «Kommunens ansvar omfatter alle pasient- og brukergupper, herunder personer med somatisk eller psykisk sykdom, skade eller lidelse, rusmiddelproblem, sosiale problemer eller nedsatt funksjonsevne» (Helse- og omsorgstjenestelova, 2011, § 3-1).

## 2.2 Teoretiske perspektiv

I denne teoretiske delen av oppgåva vil det først komme omgrepforklaringar på kva det vil seie å ha ei psykisk utviklingshindring samt utgreiing om angstlidinga. Ei forklaring på diagnosen psykisk utviklingshindring er viktig for å kunne tilretteleggje dei arbeidsmetodane som blir brukt i resten av befolkninga for dei med ei kognitiv nedsetting. Kunnskap om den psykiske lidinga er grunnleggande for å kunne forstå dei ulike behandlingmetodane mot angst. Vidare vil oppgåva presentere Wigaard og Bakken sine teoriar om korleis angsten kjem til syne og er ulik for dei med ei utviklingshindring enn for resten av befolkninga. I svaret på korleis ein kan nytte brukarmedverknad og empowerment i arbeid mot angst må ein forstå desse to sosialfaglege tilnærmingane samt forholdet dei har til kvarandre.

### 2.2.1 Psykisk utviklingshemming

Før ein går vidare med oppgåva er det nyttig å gje ei konkret forklaring på kva det vil seie at eit menneske har ei psykisk utviklingshindring. Definert i ICD-10 (den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sjukdommar og liknande helseproblem) er psykisk utviklingshemming ein tilstand med stagnert eller mangelfull utvikling av evner og funksjonsnivå, særleg dei ferdigheitene som kjem fram i utviklingsperioden (World Health Organization; Statens helsetilsyn, 1999, s. 224). Dette gjeld spesielt kognitive, språklege, motoriske og sosiale ferdigheiter. Det er ikkje alltid ein veit når utviklingshindringa oppstod eller om den var medfødd. Gjennom denne oppgåva vil menneske med psykisk utviklingshindringar bli omtala på ulike måtar for å gi betre flyt i teksten samt unngå for mykje gjentakning. Dette er resten av orda som vil bli brukt om menneske med psykisk utviklingshindringar: brukarar, menneske med kognitive nedsettingar, utviklingshindra, kognitiv svikt samt forkortelsen menneske med PU.

Det er fire ulike gradar av psykisk utviklingshemming: lett, moderat, alvorleg og djup. Desse ulike kategoriane blir vurdert utifrå det intellektuelle nivået (IQ) til vedkomande og blir vurdert med skjønn i forhold til andre faktorar som til dømes tilpassingsåtferd og sosial modning (World Health Organization; Statens helsetilsyn, 1999, s. 225). Forskjellen mellom dei ulike gradene er stor og utan å gå for langt inn på dei ulike kjenneteikna i dei fire gradene vil dei med alvorleg og djup psykisk utviklingshindring trenge mykje meir bistand når det gjeld til dømes eigenomsorg og dei har ofte lite eller ingen språk. Menneskje med lett eller

moderat grad av utviklingshindring vil ofte meiste mykje på desse områda sjølv men treng bistand på andre område. Som sosialarbeidar kan ein merke forskjell på korleis ein kan drive miljøarbeid med brukarar som er på ulike nivå. Arbeidar ein med dei som har djup utviklingshindring vil ein måtte hjelpe brukaren på mange områder som dei med lett utviklingshindring klarer sjølv som til dømes hygiene og å ete mat. Likevel ønskjer eg å påpeike viktigheita av å lære brukar å kjenne og korleis vedkomande kommuniserer slik ein kan plukke opp dei signala som brukar gir oss for å kunne drive miljøarbeid.

Menneskje med ei psykisk utviklingshindring vil i forskjellig grad ha vanskar med å regulere kjenslene sine. Sjølvregulering er eit samspel mellom tenking, kjensler og åtferd og heng saman med utviklingsmessig modenheit, kulturelle forhold samt intellektuell kapital (Bakken T. , 2015, s. 100). Evna til å endre eiga tenking og utøve kontroll over indre prosessar er noko dei med ei kognitiv nedsetting kan ha vanskar med. Å ikkje kunne forklare seg eller få fram kva som går føre seg inne i hovudet på ein kan skape frustrasjon. I tillegg kan oppleving av angstsymptom føre til fysisk og verbal aggresjon hjå menneske med ei kognitiv svikt fordi angst påverkar sjølvregulering av kjensler og åtferd negativt. Med andre ord vil det å forhindre eller dempe angstreaksjonar også forhindre aggressiv åtferd (Bakken T. L., 2015, s. 138). Behovet for hjelparar og andre til å regulere desse kjenslene og å hjelpe brukaren å forstå sine indre prosessar er difor sentralt. «Dysfunksjoner i emosjonsreguleringen synes å være en grunnleggende faktor for alle psykiske sykdommer og psykiske plager» (Bakken T. , 2015, s. 101). Sjølvregulering er altså ein viktig del av det å ha kontroll på emosjonar og kunne meiste sine indre prosessar og eiga psykisk helse. I det medisinske kodingssystemet kjem det også fram at utviklingshemming kan førekomme med eller utan andre psykiske eller somatiske lidingar, og utviklingshindra kan rammast av alle typar psykiske lidingar (World Health Organization; Statens helsetilsyn, 1999, s. 224).

### 2.2.2 Angst

For å forstå den psykiske lidinga angst kan ein kople det til kjensla frykt og korleis den påverkar eit menneske. I likskap med frykt blir det utskilt adrenalin, ein får auka pulsfrekvens, tiltakande respirasjon, temperaturendringar og blodtrykksforandringar når vi opplever angst (Skårderud, Haugsgjerd, & Stänicke, 2018, s. 309). Desse kroppslege endringane vil opplevast som ubehagelege og det gir psykisk smerte som fører til at dei som

er i ein angstprega situasjon blir urolege. Angst er ein del av å vere menneske i ein verden med farar og utfordringar (Skårderud, Haugsgjerd, & Stänicke, 2018, s. 309). Det er derimot mange som slit med angstlidingar fordi angsten påverkar ein i så stor grad og hemmar ein på ein uverksam måte i livet. Angstreaksjonar som kjem utanom ein reell fare kan bli eit problem og det blir mentalt krevjande. Den psykiske lidinga kjem til syne når angsten påverkar fungering generelt og hindrar vanlege gjeremål og reduserer funksjonsevna (Wigaard & Bakken, Kapittel 6: Angstlidelser, 2020, s. 78). «Fight-flight-freeze» er tre handlingsmoglegheiter som er naturleg å reagere med i slike situasjonar. Dette går ut på at personar som opplever angst enten reagerer med å få krefter til kjempe imot, flykte frå situasjonen eller fryse og ikkje klare å gjere nokon av dei to andre tinga. (Skårderud, Haugsgjerd, & Stänicke, 2018, s. 309). Å flykte frå situasjonen er ein måte å minke angstsymptoma på og unngå å kjenne på ubehaget.

I dette avsnittet blir dei fem hovudgruppene innanfor angstlidingane presentert og kort forklart basert på Skårderud, Haugsgjerd og Stänicke (Kapittel 18: Angstlidelsene, 2018). Bakgrunnen til denne beskrivinga er for å gi lesar eit heilskapleg syn på den psykiske lidinga og korleis den påverkar dei med angst. *Fobisk angst* er knytt til eit objekt eller ein situasjon der døme på dette kan vere slargar, transport med bil eller torden og lyn. Den neste typen angst er *panikkangst* der ein opplever panikk og som ikkje berre er avgrensa til spesielle situasjonar og er ofte ikkje forutsigbare. Menneskjer som opplever desse panikkanfalla i ulike omgjevadar kan føle for å unngå desse omgjevnadane i etterkant av denne episoden. *Traumelidingane* oppstår i etterkant av fysisk og psykisk belastning og døme på ei traumeliding kan vere PTSD (posttraumatisk stressforstyring). Det er altså reaksjonar på ein ytre belastning der døme kan vere «flashbacks» til hendinga, uro, mareritt og tilbaketrekning. Ein annan type angst er *tvangslidingar* som eigentleg er tvangstankar og tvangshandlingar som ein brukar for å holde angsten under kontroll. Desse tvangstankane og handlingane vil ta over tankesettet og bli ein del av lidinga. Døme på tvangstankar kan vere at ein har førestillingar om å skade ein annan person og tvangshandlingar kan vere overdriven vasking eller rydding. *Generalisert angstliding* er i likheit med panikkangst ikkje avgrensa til nokon spesifikke situasjonar men er ein engstelse for ulike tema. Symptoma på dette er nervøsit, skjelving, svetting, ubehag i mageregionen osv. Vanlege tankar innanfor generalisert angstliding at ein fryktar at ein sjølv eller andre nærpersonar blir utsett for ulykker eller skadar (Skårderud, Haugsgjerd, & Stänicke, 2018, s. 314).

### 2.2.2.1 Den psykiske lidinga hjå personar med psykisk utviklingshindring

Omgrepet angst blir definert over men kunnskap om angstlidinga hjå menneske med psykisk utviklingshindringar er nyttig å gå djupare inn på for å kunne utforske korleis ein eventuelt kan behandle angsten på. Angst i denne brukargruppa kan komme til uttrykk på andre måtar enn det gjer med menneske elles. Vidare skal eg gå djupare inn på bakgrunn for angst og typiske kjenneteikn med angst i denne brukargruppa.

For å forklare litt kvifor dei med psykisk utviklingshindring opplever meir angst kan ein gå nærmare inn på omgrepet kognitiv overbelastning. Overbelastning kjem av at hjernen er sliten og ein har ikkje kapasitet til å tolke eller handtere fleire oppgåver og omgrepet dekkjer summen av redusert kognisjon samt urimelege krav over tid (Wigaard & Bakken, Kapittel 6: Angstlidelser, 2020, s. 82). I nye situasjonar vil dei fleste neurotypiske menneske kunne nytte lært kunnskap og tidelegare erfaringar og tilpasse seg desse nye intrykka. Menneske med psykisk utviklingshindring har derimot vanskar for å overføre tidelegare erfaringar til nye situasjonar og dermed vere usikker på korleis ein skal handle og dette kan igjen føre til meir stress og nye dårlege opplevingar. Mangelfull forståing og tilpassingsdyktigheit kan gjere at brukarane hamnar i situasjonar der dei ikkje veit korleis dei skal handle eller kva som blir forventa av dei å gjere og dei har ikkje kontroll på situasjonen. «Overdreven vurdering av fare og usikkerhet omkring beslutninger i situasjoner gir økt risiko for angst» (Wigaard & Bakken, Kapittel 6: Angstlidelser, 2020, s. 81). Å ikkje ha oversikt kan føre til engsteligheit og på grunn av vanskar for å forklare angsten er det lettare for hjelparar å oversjå desse symptoma. Dette er situasjonar dei kan hamne i fleire gangar om dagen og føre til store belastningar for vedkomande. Denne brukargruppa har ofte strenge rutinar og ein veldig strukturert kvardag for at ein skal hindre kognitiv overbelastning

Som nemnt i bakgrunnsdelen er overskyggingsdebatten noko som har påverka synet ein har på den psykiske lidinga, angst, for dei med ei utviklingshindring. Wigaard & Bakken (Kapittel 6: Angstlidelser, 2020, s. 79) har skrivne om korleis åtferd som eigentleg er uttrykk for angst ofte blir mistolka av hjelparar rundt som «staheit» eller «sinne» og blir dermed kopla til den psykiske utviklingshindringa eller personlegdommen til brukaren i staden for den psykiske lidinga. At ein brukar ønskjer bistand eller at du som hjelpar skal følgje

vedkomande til ulike stadar blir ikkje kopla til angst men blir teke som ein del av utviklingshindringa. Angstreaksjonane blir sett på som idiosynkrasiar som er eit omgrep som brukast om korleis personar med kognitiv funksjonshemming snakkar og oppfører seg (Bakken T. L., 2015, s. 128). Diagnostiseringa av denne brukargruppa er også svært annleis og komplisert enn i befolkninga generelt. På grunn av manglande språk eller forståing kan intervju eller skjema som personen sjølv skal utfylle vere ein vanskeleg eller umogleg måte å definere angsten på. Det blir lagt lite vekt på at desse personane har kognitiv svikt i dei undersøkingane som blir gjort (Wigaard & Bakken, Kapittel 6: Angstlidelser, 2020, s. 80).

Noko som er verdt å merke seg med behandling av angst i denne brukargruppa er at behandlinga ofte vil ta lenger tid enn dei utan ei psykisk utviklingshindring og dette er også noko ein må ta omsyn til når ein er i ein prosess med angstbehandling. Dei reduserte kognitive evnene påverkar forståinga brukaren har noko som igjen vil føre til at ein som hjelpar må gjenta, nytte andre tilnærmingar og å ta små steg i arbeidet. I likheit med angstbehandling hjå neurotypiske menneske vil det å ha brukar i fokus og leggje til rette for innverknad i eiga behandling gi eit betre tilbod og behandlinga vil vere meir verksam.

#### 2.2.4 Brukarmedverknad

Omgrepet brukarmedverknad handlar om brukar si rolle i si eiga sak og deira innflytelse over tenesta som blir utført (Ellingsen & Skjefstad, 2015, s. 106). Det inneber leggjer brukaren si rett til å uttale seg om si sak før det blir teke ei avgjerse. Brukaren skal vere ein deltakar i samarbeidet med helsevesenet og ikkje ein passiv mottakar av omsorg. Ein brukar er ein person som mottek tenester omfatta av Helse- og omsorgstenestelova, jf. Pbrl § 1-3 bokstav f (Lov om pasient- og brukerrettigheter, 1999). Brukarmedverknad er i tillegg blitt ei lovfesta rettigheit og ein må som tilsett i helsetenestene forhalde seg til det, jf. Pbrl § 3-1 (1999). Med andre ord har ein som tenesteytarar ei plikt til å involvere brukaren i tenestene. I tillegg vil brukaren sin medverknad gi innspel som tilføyer nye og gode idear, og vil gjere at vi ser situasjonen i eit anna lys enn det vi elles ville ha gjort.

For å kunne anvende brukarmedverknad i praksis i til dømes sosialt arbeid må ein vite kva det vil seie at ein brukar medverkar og kvifor det er viktig å ha fokus på brukaren si stemme. Det er lett å tenkje at ein som hjelpar sjølv veit kva som er best for brukar og deira situasjon, og

ein har ein konkret plan for å gjere livet til vedkomande betre. Likevel skal ein alltid høyre på kvar brukaren meiner fokuset i arbeide skal vere og samarbeide om måtar å komme til ei løysing på. Detter er for at ein som hjelpar ikkje skal misbruke den makta ein har over tenesta og det er alltid viktig å vise at ein lyttar til brukaren si stemme for at vedkomande skal ønskje å fortsette samarbeidet vidare. Brukarmedverknad omhandlar at ein brukar har rett på definere kva som er riktig for han/ho i den enkelte sin situasjon samt ha innverknad på kva verkemiddel som blir teke i bruk (Ellingsen & Skjefstad, 2015, s. 109). Eg ønskjer å påpeike at reell brukarmedverknad ikkje berre handlar om å la brukaren få definere og komme med ønskjer om tenesta, men at akkurat dette blir lytta til og brukaren faktisk får oppleve å vere ein deltakar i prosessen.

Eit omgrep som har mykje til felles med brukarmedverknad er empowerment. Ein nyttar ofte brukarmedverknad for at brukaren skal bli «myndiggjort» og gjennom brukarmedverknad kan brukarane oppleve anerkjenning og resultatet kan vere auka tru på eiga meistring (Ellingsen & Skjefstad, 2015, s. 110). I likheit med empowerment blir brukarmedverknad nytta for at ein skal la brukaren ta styring over eige liv. I mange tilfelle er empowerment målet med å nytte brukarmedverknad, nemleg at brukaren skal oppleve å meistre og vere ein del av prosessen. Begge desse metodane har grunnsynet om at individa er dei fremste ekspertane i eige liv.

### 2.2.5 Empowerment

Empowerment er ei tilnærming som blir brukt med individ eller grupper som er i ein avmaktssituasjon. Grunnsynet handlar om korleis ein kan styrke dei til å komme seg ut av denne avmakta samt få meir makt, styring og kontroll over eige liv (Askheim, 2012, s. 12). Myndiggjering er det norske ordet for empowerment og er eit ord som også kjem til å bli brukt i denne oppgåva for empowerment-tilnærminga. Ellingsen og Skjefstad forklarar myndiggjering som at ein brukar får hjelp til å mobilisere ressursar i både seg sjølv og omgjevnadane slik at ein kan oppleve meistring (2015, s. 104). For mange som er i ein vanskeleg situasjon vil det å finne strategiar for meistring og kontroll av den vere myndiggjerande. Som hjelpar i desse situasjonane vil det vere verksamt å motivere og vise vedkomande at dei sjølve innehar evnene til å meistre situasjonen sin.



Menneske med ei psykisk utviklingshindring er ofte i ei avmaktsposisjon til dømes ved at dei ikkje har verbalt språk og dermed har vanskar for å kommunisere sine ønskjer samt fortelje om sine grenser eller situasjonar som er utfordrande for dei. Mange bur i omsorgsbustadar der dei har personale som kontrollerer mykje av dagen deira og som dermed innehar mykje makt ovanfor dei busette. I tillegg kan andre utfordringar vere somatiske utfordringar, vanskar med å forstå og analysere sosialt samvær. Dette er ei gruppe menneske som er marginaliserte og diskriminerte i samfunnet og blir sett på som ei av dei «svake gruppene» i samfunnet (Askheim, 2012, s. 151). Som ei marginalisert gruppe vil dei vere i ei posisjon der det er vanskelegare å bli involvert og teke på alvor. Det har vore ei usikkerheit i om empowerment-tenkinga er like relevant ovanfor denne brukargruppa som andre. Denne debatten baserar seg på deira forståelse samt bevisstheit om sin egen posisjon. Empowerment-tenkinga leggjer vekt på at alle har rett til sjølvbestemmelse og å ha makt over eige liv og at det er opp til fagpersonane å leggje til rette for myndiggjering i arbeid med dei med kognitive nedsettingar (Askheim, 2012, s. 151). På grunn av alle desse faktorane understrekar Croft og Beresford (Sitert i Askheim, 2012, s. 152) at støtte frå hjelpeapparatet dermed er essensielt for at desse svake gruppene skal bli empowered.

For at brukaren skal føle seg «empowered» må det skje i daglegdagse situasjonar der dei kan føle at dei blir sett og ressursane deira blir teke i bruk. Dette kan handle om kva ein et eller kven ein er saman med eller kva aktivitet ein skal gjere den dagen. I desse tilfella handlar det ofte om dei profesjonelle sine forventingar og ønskjer enn om brukaren sine evner og ferdigheiter. Å oppretthalde desse små tinga vil gjere at ein fortsetter å undertrykke gruppene og ikkje lar dei vere ekspertar i eige liv. Empowerment-tilnærminga baserer seg på endringsarbeid og at gjennom arbeid med myndiggjering på individ og systemnivå kan ein ende opp med å vere i ein ny og betre posisjon.

### 3.0 Drøfting og refleksjonar

I dette kapittelet blir dei tre forskingsspørsmåla som blei introdusert i innleiinga diskutert. I første delkapittel blir dei ulike angstbehandlingane for dei med psykisk utviklingshindring presentert samt Bakken (2015, ss. 134-137) sine teoriar om angstlindrande teknikkar for denne brukargruppa. I andre delkapittel kjem det fram korleis ein kan nytte empowerment-tilnærminga i angstbehandling og korleis eksponeringsterapi gir grobotn for myndiggjering av brukaren. Siste delkapittel svarar på det tredje forskingsspørsmålet om korleis brukarmedverknad er eit reiskap for å meistre angsten hjå personar med psykisk utviklingshindring.

#### 3.1 Ulike typar angstbehandling

Angst er ei psykisk lidning som er både fysisk og mentalt krevjande. Ein lev med eit ubehag og ei frykt for å stå i situasjonar der angsten skal kome fram og dei kjenslene som oppstår då (Skårderud, Haugsgjerd, & Stänicke, 2018, s. 309). Det er mange ulike metodar å behandle angst på og det er nyttig at den er individuelt tilpassa den enkelte og det er naudsynt med ei skikkeleg utredning av vedkomande før ein bestemmer seg for behandlingsopplegg. Grunnen til dette er at ei type behandling ikkje vil funke på alle dei med ei angstlidning og ein må tilpasse behandlinga etter kva pasienten er komfortabel med, ønskjer samt kva diagnosen er. Dette gjeld både dei med og utan ei psykisk utviklingshindring. I dette delkapittelet blir det lagt fram fleire typar angstbehandling som blir brukt for dei med psykisk utviklingshindring for å få fram kor fokuset til behandlarane ligg i dag. I tillegg vil dei ulike behandlingane som blir nemnt nedanfor vere tiltak som ein kan setje i verk der brukaren er og vere relevant for sosialarbeidarar.

Biologiske behandlingar av angst inneber medikamentell behandling noko som gir rask lindring men har som regel langtids biverknadar slik som avhengigheit. Ifølgje Sørensen (2020, s. 251) har forbruket av psykofarmaka i denne brukargruppa auka frå 34% i 1984 til 44% i 2004. Dette talet har auka og med tanke på at det er vanskelegare å diagnostisere denne gruppa på grunn av den kognitive nedsettinga kan ein reflektere over om denne overmedisineringa av brukargruppa kan vere skadeleg for dei som er feildiagnostisert med ei angstlidning. Derfor er det nyttig å ha fokus på psykososiale metodar innan angstbehandling. Nokre vanlege behandlingsmetodar som blir brukt med menneske med psykisk

utviklingshindring er eksponeringsterapi som omhandlar trening i å utsette seg for det ein har angst for, psykoedukasjon og innsiktsterapi samt miljøbehandling (Bakken T. L., 2015, s. 131). Vidare i oppgåva vil hovudfokuset vere dei tiltaka som leggjar til rette for og baserer seg på tilnærmingar som har brukaren i fokus og leggjer til rette for meistring og myndiggjering.

I tillegg til desse behandlingane som kan føregå over lengre tid finns det mange tiltak ein kan nytte som skal funke stressreducerande og angstlindrande i situasjonane der ein opplever angstsymptom. Regulering av kjensler er noko menneske med ei psykisk utviklingshindring kan ha vanskar med og hjelp frå profesjonelle er viktig for å kunne setje ord på dei kjenslene brukarane opplever (Bakken T. , 2015, s. 100). I ein situasjon der ein person med ei psykisk utviklingshindring opplever angst vil det vere verksamt som hjelpar å vere der for å regulere deira kjensler slik at brukaren ikkje skal ha det så vondt. Forsking viser at avspenningsøvingar der ein går frå å vere på eit høgt nivå av stress til å oppnå ro og kvile reduserer angst også hjå personar med psykisk utviklingshindring (Bakken T. L., 2015, s. 136). Pusteteknikk er ein måte å få kontroll over kroppen der brukaren skal rette fokuset sitt på å puste riktig. Som hjelpar kan ein foreslå å ta djupe pust etterfølgt av utblåsingar til ein ser at brukaren kan slappe litt meir av. Dette er såpass oppmerksmdkrevjande at dei andre tankane om det som er skremmande forsvinner. Andre avspenningsøvingar kan vere massasje, fotbad eller musikk som dei har kjennskap til og som du veit dei nyttar til avslapping (Bakken T. L., 2015, s. 136). Naturlegvis er ikkje det sagt at brukaren er i stand til å utføre desse øvingane men dersom ein får kontroll på pusten og opplever meistring kan det ha fleire positive resultat. Menneskjer med lett- eller moderat psykisk utviklingshindring kan ha enklare med å utføre og oppnå kontroll over pusten enn dei med alvorleg- eller djup psykisk utviklingshindring på grunn av ei mildare kognitiv svikt samt dei har enklare for å forstå instruksar. Som hjelparar er det svært viktig at vi har brukar i fokus gjennom heile behandlingane og at ein tek omsyn til den reduserte kognitive fungeringen til brukaren. Å nytte pusteteknikk kan vere vanskeleg og ikkje verksamt dersom brukaren har ei djup psykisk utviklingshindring samt dersom brukaren er i full alarmberedskap. Å lære brukar å kjenne før ein går vidare i prosessen er viktig for å kunne få noko ut av behandlinga og ikkje påføre brukaren meir engstelegheit. Eit av måla med denne avspenningsteknikken er å få brukaren til å lære korleis ein kan regulere seg sjølv og dei kjenslene som dukkar opp i angstsituasjonar.

Hos neurotypiske menneske vil vi oftast klare å roe ned pulsen og slappe av sjølve etter å ha stått i ein angstprega situasjon medan dei med ei kognitiv nedsetting ofte ikkje forstår korleis dei skal handtere eigne kjensler eller klarer å fortelje hjelpearane kva dei føler. Ved nytte av desse teknikkane brukar ein empowerment-tilnærminga fordi ein hjelper brukaren å ta i bruk eigne ibuande ressursar for å meistre angsten (Ellingsen & Skjefstad, 2015, s. 104). Dette kan vidare føre til meir motivasjon for endring og meir trua på eigne ferdigheiter.

Stressreducerande tiltak som dette kan også over tid verke som behandling av lidinga spesielt om ein koplar det til fleire behandlingsmåtar og dersom brukaren sjølv tek i bruk teknikkane utan hjelp. Grunnen til det er fordi ein får ei oppleving av kontroll og klarer å handtere dei kjenslene ein kjenner på kroppen når ein er i ein angstprega situasjon.

Fobisk angst, panikkangst, traumelidingar, tvangslidingar og generalisert angst er dei fem hovudgruppene innan angst (Skårderud, Haugsgjerd, & Stänicke, 2018, ss. 310-314).

Behandling av desse ulike typene vil ofte vere ulike fordi kjenneteikna og bakgrunnen for angsten er forskjellig. Det vil likevel vere tilfelle der same type tilnærming funkar på ulike angstlidingar. Eksponeringsterapi kan vere like nyttig for dei som er redde for høgder som dei som har diverse ulike tvangshandlingar. For dei som er redde for høgder kan det vere verksamt å sakte men sikkert utsette seg for høgder på ein systematisk og naturleg måte. Eksponeringsterapi for tvangshandlingar kan gjerast ved at ein unngår å gjere desse handlingane for å teste ut og avkrefte dei tankane som gjer at ein ønskjer å utføre handlingane. Resten av oppgåva vil forgå utan å gå for langt inn på dei spesifikke typene angst men korleis ein kan nytte sosialfagleg tilnærmingar for behandling av angst og som sagt kan ein arbeide med den på ulike måtar. Behandlinga må uansett vere basert på brukar sine ønskjer og kva ein tenkjer er mest verksamt for det individet.

Oppsummert er det fleire måtar ein kan behandle angst hjå personar med ei psykisk utviklingshindring på. Døme på nokre tiltak kan vere eksponeringsterapi, psykoedukasjon og kognitiv terapi. Noko som er viktig å ha i bakhovudet er at ein som profesjonsytar må vere der for å regulere kjenslene som brukar føler på i dei angstprega situasjonane. Dette kan gjerast med avspenning og stressreducerande tiltak. Alle dei ulike tiltaka må tilretteleggjast den enkelte brukaren og deira evner samt ønskjer.

### 3.2 Myndiggjering som angstbehandling

Støtte frå hjelpeapparatet er svært viktig for at menneske med psykisk utviklingshindring skal kunne oppleve å bli myndiggjort (Askheim, 2012, s. 152). Innanfor denne brukargruppa vil det innebere blant anna at ein hjelper dei med å utvikle ferdigheiter og praktisk støtte.

Verkemiddela for å realisere målet må tilpassast den enkelte men det er fullt mogleg samt nyttig å bruke empowerment-tenkinga for menneske med til dømes kommunikasjons- og åtferdsvanskar. Dette medfører at ein som hjelpar oppfattar dei signala som brukar sender der dei uttrykkar sine behov og synspunkt. Myndiggjering handlar om å få brukaren ut av ein avmaktsposisjon som dei ikkje har moglegheit til å komme seg ut av sjølv. Menneske med psykiske utviklingshindringar vil slite med å forstå og behandle angsten sjølve. Angst er ei lidning som hindrar ein å leve optimalt samt reduserer livskvaliteten (Wigaard & Bakken, Kapittel 6: Angstlidelser, 2020, s. 78). Målet med å arbeide med angstbehandlingar som eksponeringsterapi og avspenningstiltak er for å gi brukaren ei kjensle av meistring så dei kan få betre sjølvkjensle og komme seg ut av den posisjonen dei er i.

Bakken (2015, s. 133) meiner at oppleving av kontroll vil auke moglegheita for å meistre den situasjonen ein er i. Mangelen på kontroll over situasjonen eller seg sjølv kan utløyse enda meir stress og etterkvart kognitiv overbelastning. Vi veit at kognitiv overbelastning kjem av at hjernen er sliten og ein ikkje klarer å forstå eller handtere fleire oppgåver (Wigaard & Bakken, Kapittel 6: Angstlidelser, 2020, s. 82). Personar med psykisk utviklingshindring har ofte behov for rutinar og struktur for å ha kontroll over omgjevnadane rundt seg og gjeremål og dersom noko er utanfor det vanlege kan det gjere dei stressa eller forvirra. I tillegg kan kommunikasjonsvanskar gjere at det er vanskeleg å gi uttrykk for frustrasjon og at ein som hjelpar ikkje forstår at ein har fråtatt dei kontrollen som dei ønskjer å ha. Struktur og oversiktheit er difor ein måte å handtere angst og engstelegheit på og kanskje er brukar berre utrygg fordi dei ikkje forstår kva som skjer. Groundingteknikkar handlar om å ta kontroll over dei kjenslene ein kjenner og åtferda ein har i situasjonen (Bakken T. L., 2015, s. 136). Då opplever brukaren kontroll men på grunn av den kognitive nedsettinga må hjelpar vere aktivt med på og brukar kan lære dette og jobbe med det vidare sjølv. Døme på dette kan vere at brukar og hjelpar saman kan stå og kjenne at ein står stødig på golvet eller om ein fokusere på å bevege stortåa saman med hjelparen og dermed avleie seg frå det ubehagelege. Neste gong dei opplever angsten klarer å ha fokus på å få roe ned symptoma ved å bevege stortåa eller med pusteteknikk har dei meistra teknikken sjølve. Dette baserer seg på myndiggjerings-

tenkinga og at brukaren tek i bruk egne ressursar for å meistre hendinga. Sjølv om ein får hjelp frå profesjonsutøvarer til korleis ein skal ta i bruk puste- eller groundingteknikkar vil dei oppleve kontroll på angstsymptoma og ved at ein som hjelper kanskje kan gi ros og anerkjenning kan dette føre til at dei opplever meistring over situasjonen sin. Ved å ha rutinar og struktur samt hindrar brukaren kognitiv overbelastning og å nytte groundingteknikkar får brukaren meir kontroll over kroppen når symptoma kjem. Det er verdt å reflektere om det å nytte seg av slike faste tidsplanar berre er positivt eller om det kan gjere det enda meir skremmande når desse planane først blir endra eller brote. Avslappings- og groundingteknikkar kan også verke negativt dersom brukaren ein gang ikkje klarer å nytte dei og deretter blir usikker på eiga evne til å handtere situasjonen.

For å hindre overbelastning kan det hjelpe å redusere og avgrense dei krava og forventingane ein har til brukaren. Dersom eit menneskje med ei psykisk utviklingshindring har ein fobisk angst (Skårderud, Haugsgjerd, & Stänicke, 2018, s. 310) for hundar er målet at dei ikkje skal oppleve angstsymptom når dei møter på hundar på tur. Alle dei som har kjent på angst vil forstå at dette er eit svært stort mål og kor vanskeleg vegen dit vil vere. Å setje mindre mål vil gjere det enklare å jobbe etter og ein vil føle meistring og motivasjon når ein har nådd desse. Gjennomføring av måla på ein tilfredsstillande måte kan verke terapeutisk (Wigaard & Bakken, Kapittel 6: Angstlidelser, 2020, s. 86). Dei fleste kan kjenne seg igjen i at det er motiverande når ein får krysse ut noko som skulle gjerast i kalenderen eller at ein endeleg fekk malt den veggen i gangen. Små målsetnadar som er realistiske og konkrete er nyttige for å oppleve meistring og for å føle seg betre. Som sosialarbeidar med nokon som har ei psykisk utviklingshindring må ein arbeide saman med brukaren for å komme fram til små mål som ein tenkjer er nyttige for å komme vidare i prosessen. Når brukaren ser ein hund under ein gåtur saman med eit personalet og bestemmer seg for å gå vidare men på andre sida av vegen har ein oppnådd eit lite mål og vunne en del av kampen mot angsten. I arbeid med angst og spesielt i denne brukargruppa burde små steg i riktig retning bli anerkjent og applaudert for å gi brukaren håp for å kunne overvinne eller minske angsten. Dette er ei gruppe menneske som dessverre er vandt med å bli retta på eller kjefta på fordi dei ikkje utfører ting slik som andre eller dei ikkje forstår alt på same måte som andre menneske. Ved å presisere til brukaren at dei har moglegheit og ressursar til å overvinne desse måla blir empowerment brukt som eit verktøy for få brukaren motivert til endring.

Eksponeringsterapi går ut på at ein blir utsett for det ein har angst for på ein kontrollert og målretta måte og dette blir mykje brukt for dei men ei psykisk utviklingshindring (Wigaard & Bakken, Kapittel 6: Angstlidelser, 2020, s. 86). Denne typen kognitiv terapi blir ofte brukt for å klare å meistre det ein har angst for og for å kunne stå i situasjonen. Det handlar om at ein må stå i desse situasjonane og trene på å halde roa og møte det ein er redd til ein til ei viss grad er avslappa. Dei tre handlingmoglegheitene som oppstår når ein møter angst er å kjempe imot, flykte eller fryse (Skårderud, Haugsgjerd, & Stänicke, 2018, s. 309). Denne terapien har som eit mål å endre den naturlege responsen som til dømes er å flykte frå situasjonen til å stå i den. Når ein opplever å klare å stå i det og at panikken ikkje inntreffer vil det framkalle ei meistringskjensle. Behandlinga inneberer eit stort ubehag fordi ein vil måtte møte det ein har angst for og det er her hjelpearar kan bistå brukaren med å setje ord på deira kjensler samt vere der å regulere deira kjensler (Bakken T. , 2015, s. 100). Menneske med ei nedsetting kan ha vanskar for å forstå kvifor dei må stå i den ubehagelege situasjonen og kvifor dei ikkje kan fjerne seg frå situasjonen. Det er her kommunikasjon og psykoedukasjon er viktig. Som hjelpear er det naudsynt å kommunisere med brukar gjennom heile øvinga og forklare alt som skjer slik brukaren forstår det.

For å nytte empowerment i angstbehandling må ein nytte tiltak som får brukaren til å føle på meistring og at dei har kontroll over situasjonen. Gjennom groundingteknikkar der ein med fysiske tiltak oppnår kontroll og får tankane over på noko anna har brukaren fått oppleve at dei kan regulere desse kjenslene sjølve og tek i bruk egne ressursar for å kontrollere kjenslene. Å redusere krav og forventingar er ein måte å hindre kognitiv overbelastning på og ein kan heller setje små og konkrete mål som ein skal jobbe mot og som er realistiske å gjennomføre. Det er viktig å gi ros og anerkjenning når brukar får kontroll på angsten noko som også er ein måte å myndiggjere ein person i ei marginalisert gruppe. Eksponeringsterapi er ei behandling som blir brukt mot angst hjå personar med psykisk utviklingshindringar og bidreg til å redusere redselen for uvisse situasjonar ved å utsette seg for det i kontrollerte og naturlege situasjonar. Opplevinga av at ein har kontroll på situasjonen kan gjere ein brukar «empowered».

### 3.3 Brukaren sin medverknad i angstbehandling

Brukarmedverknad handlar om å la brukaren vere ein aktiv del av forminga og gjennomføringa av tenesta (Ellingsen & Skjefstad, 2015, s. 106). Som hjelpar skal ein gjere brukaren til ein deltakar i arbeidet for å komme til eit felles mål. Dette er som regel med enkelt å gjennomføre i tilbod for vaksne nevrotypiske individ som har enklare for å forstå rammene rundt situasjonen og reflektere meir over kva dei sjølv meiner er best for dei. Det som kan vere til hinder eller gjere brukarmedverknad vanskelegare for dei med ei utviklingshindring kan vere brukarane si kognitiv evne og forståing av sin situasjon, språk, kommunikative ferdigheiter, evne til å forstå sosialt samspel og til dømes utfordrande åtfærd på grunn av frustrasjon. Sosialarbeidarar må likevel leggje like stor vekt på brukarmedverknad i arbeidet med personar med ei kognitiv nedsetting og korleis ein kan få brukaren til å ta del i si teneste. Det er hjelparen sitt ansvar og plikt å leggje til rette for brukarmedverknad der dette gjer det vanskeleg.

Personar som har angst kan ha vanskar med å gjennomføre oppgåver eller stå i situasjonar som dei tidlegare har fullført utan problem. I nokre periodar kan angsten ta overhand og daglegdagse hendingar kan bli belastande (Wigaard & Bakken, Kapittel 6: Angstlidelser, 2020, s. 87). Kommunen har plikt til å utvikle ein individuell plan for brukarar av tenester i følge Pasient- og brukarrettighetslova § 2-5 (Lov om pasient- og brukarrettigheter, 1999). Denne planen laga ilag med brukaren har, i tillegg til å kartlegge ressursar og mål, som formål å gi ei betre samhandling mellom tenestemottakar og tenesteytar. Ved at brukaren og hjelparen saman utarbeidar ein individuell plan vil brukaren oppleve meir kontroll samt medverke til korleis tenesta skal gå føre seg. I tillegg til denne individuelle planen kan dagsplanar der ein skriv kva som skal gå føre seg kvar dag saman med personalet hindre kognitiv overbelastning og gi brukar kontroll og oversikt (Wigaard, Kapittel 3: Kognitiv overbelastning, 2015). Dagsplanar skrivast av personalet og brukar og er ein plan for kva som skal skje i løpet av dagen. Sjølv om mange av dagane er like for dei med ei psykisk utviklingshindring kan brukarane gjennom dagsplanar bestemme over til dømes pålegg til frukost, aktivitetar gjennom dagen eller klokkeslett ein skal få besøk. Slike erfaringar synleggjer medverknaden brukaren har over si eiga teneste og viser vedkomande at dei blir høyrte. Dagsplanar gir struktur og kontroll over dei inntrykka og stimuli ein kan forvente av den dagen. Ved å minke kognitiv overbelastning unngår ein også stress og situasjonar der brukar er sårbar for å få angst. Personleg har eg i arbeid med menneske med psykisk



utviklingshindringar og utarbeida dagsplanar saman med dei. Dette har vist seg å vere verksamt for å hindre kognitiv overbelastning og for at dei kan stille seg inn på dei aktivitetane eller inntrykka som kjem til å dukke opp gjennom tenesta eller dagen. I fleire tilfelle har det gjort brukaren meir oppmerksam på kva dei sjølv meiner dei tåler på bakgrunn av tidlegare erfaringar og at dei dermed har justert dagsplanen etter dette. I arbeid med ein brukar som hadde ei moderat psykisk utviklingshemming og har vore engsteleg for å bli overstimulert sidan det tidlegare har ført til psykoseutbrot såg eg korleis dette gav auka sjølvkjensle hjå brukaren. Fleire gongar då vi har skrive dagsplan og ho kan velje mellom ulike aktivitetar eller kvile i pausene har ho skrive ned strategiske kvilepauser for å forhindre å bli overstimulert eller stressa. Seinare på dagen har ho vore svært stolt over å ha slappa av og teke ansvar over eiga helse. I dette tilfelle kom det fram at å medverke i eiga teneste gir ei kjensle av kontroll over eige liv og kontroll over seg sjølv som fører til meistring og at ho får nytte sine ressursar.

For å nytte brukarmedverknad i denne brukargruppa inneber det at brukaren får tilstrekkeleg informasjon og tilbod om opplæring frå personalet for å kunne komme med ønske om eiga teneste. Noko som er verdt å merke seg er at menneske med psykisk utviklingshindring ofte ikkje forstår kva angst er eller kva dei kjenner og føler på. Psykoedukasjon og kommunikasjon om angsten handlar om at ein gir brukarane kunnskap om eiga psykisk lidning (Wigaard & Bakken, Kapittel 6: Angstlidelser, 2020, s. 88). I følgje Crowley mfl. (sitert i Wigaard & Bakken, 2020, s. 88) har psykoedukasjon for personar med utviklingshemming gitt gode resultat i dei høva dei har blitt brukt. For å forklare ei ganske innvikla lidning til nokon med ei kognitiv nedsett kognitiv evne kan ein til dømes nytte bilete eller piktogram for å forklare kva som skjer i kroppen når angsten oppstår. Noko som for resten av befolkninga er implisitt må i fleire tilfelle forklarast for dei med nedsett kognitiv evne (Wigaard & Bakken, Kapittel 6: Angstlidelser, 2020, s. 88). Psykoedukasjon med denne gruppa baserer seg dermed også på å forklare dei tinga vi kan oppleve som sjølvsgt og er innlærte hjå oss. Dette kan vere til dømes vere at vi veit at ein får raskare puls og byrjar å svette av fysisk aktivitet eller nervøsitet. Ved å forklare at desse tinga er heilt normalt kan ein også hjelpe brukar å forstå at det ikkje er noko å vere skamfull over og at det ikkje er noko som er galt med ein. Opplæring vil innebere å setje ord på dei kjenslene brukaren kjenner på og har vanskar å forklare. Dette kan til dømes vere at nokon forteljer at dei har vondt i magen og meiner det er på grunn av middagen dei har ete tidlegare. Som hjelper forstår ein at dette er fordi dei er nervøse eller

redd for å oppleve noko som gir angst som til dømes at når ein gjekk same turen tidelegare har ein møtt på ein hund. At kjensler kan kjennast fysisk og påverke ein fysisk er noko som mange må få forklart og korleis ein kan gjenkjenne desse kjenslene til neste gang og då fortelje det til personalet. Dette vil verke positivt for å meistre angsten fordi ein gjenkjenner symptoma og med det kan forhindre eit angstilfelle. At dei får kunnskap om desse tinga kan gjere at dei klarer å regulere kjenslene sine samt at dei forstår meir når angsten oppstår og kan komme med innflytelse over eiga teneste samt knep for å unngå angst.

Hensikta med pasientopplæring er at brukaren skal få ei breiare forståing over kvifor ein opplever angst og at brukaren skal få meir kontroll over situasjonen sin og korleis dei kan meistre den (Wigaard & Bakken, Kapittel 6: Angstlidelser, 2020, s. 88). Det eg tenkjer er spesielt fint med denne måten å handtere og minke angsten på er at det blir ein slags dialog mellom brukar og hjelpar. Sjølv om hjelpar har ei rolle som «lærar» er det brukaren som fortel om sine opplevingar og hjelparen som kan vere med på å setje det i ein kontekst. Nyttar ein psykoedukasjon på ein god måte kan det vere med på å setje ord på ting som brukaren ikkje har forstått tidelegare. Pasientopplæring legg til rette for brukarmedverknad og ei aktiv pasientrolle. Denne metoden for angstbehandling baserer seg på at brukaren tek imot informasjonen og kan meistre å kontrollere angsten sin sjølv og føle meistring. Ei utfordring med denne behandlinga er at ein må passe på å forklare det på ein måte som ikkje gir auka angst hjå brukaren (Wigaard & Bakken, Kapittel 6: Angstlidelser, 2020, s. 89). Ved å forklare at ein vil få kroppslege reaksjonar av å oppleve angst kan det vere viktig å påpeike at det er ufarleg men forståeleg at det kan opplevast som ubehagleg. I tillegg kan grad av utviklingshindring også påverke denne angstbehandlinga fordi nokon med ei lettare grad av psykisk utviklingshindring enklare kan forstå det ein som hjelpar ønskjer å formidle. Som profesjonsutøvar må forklare dette utifrå dei individuelle føresetnadane til brukaren.

Som sosialarbeidar er det viktig å leggje vekt på dei etiske sidene ved arbeidet. Kva gjer ein dersom brukaren ønskjer noko som tydeleg ikkje er til brukaren sitt beste? At brukaren får medverke er positivt og brukarane er ekspertar i eige liv, men det kan vere gangar der medverknaden går for langt og det ikkje lenger er til brukaren sitt beste. Det er ikkje uhøyrte at under pasientopplæring der ein forklarar brukaren kva eksponeringsterapi er og korleis det kan vere nyttig at brukar ønskjer å neste dag å reise på ein konsert blant hundrevis av andre menneske sjølv om vedkomande har sosial angst og meiner det er god eksponeringsterapi.

Kvar går grensa mellom overtaling, opplæring og maktmisbruk. Ein veit at eksponeringsterapi må skje i kontrollerte former men brukar insisterer på å munge seg med så mange andre for å meistre angsten. Kor langt skal sjølvbestemminga gå før ein må steppe inn og ta ei fagleg vurdering og seie nei til brukaren. Dersom ein motiverer brukaren til å ta eit anna val og gir brukaren alternativ som kanskje dei ikkje har vurdert sjølv og dei bestemmer seg for eit av dei andre tilboda er det då innanfor? At brukaren får velje mellom alternativ kan også vere ein måte å nytte brukarmedverknad på fordi dei får innflytelse i eiga teneste. Dette handlar om i kor stor grad dei medverkar og når medverkinga blir for liten.

Ein kan nytte brukarmedverknad som verktøy mot angst ved at brukaren får vere med på å skrive planar og tilretteleggje dagane sjølv som vil gi rutinar og struktur og hindre kognitiv overbelastning. Menneske med psykisk utviklingshindringar kan ha vanskar med å forstå situasjonen sin og treng informasjon og opplæring for å kunne medverke. Pasientopplæring gjer at brukarane kan forstå symptoma, korleis dei blir påverka og kva som utløyser angsten. Psykoedukasjon er difor ein måte å få brukaren til å vere med på behandlinga. Dette setter grunnlaget for vidare samarbeid om behandlinga.

## 4.0 Avslutning

I dette avsluttande kapittelet vil oppgåva konkludere med svaret på problemstillinga. Oppgåva har undersøkt korleis ein kan ivareta brukaren sin medverknad og korleis empowerment-tilnærminga kan brukast mot angst hjå personar med psykisk utviklingshindring. Svara på dei tre forskingsspørsmål som blei diskutert i drøftingdelen av oppgåva vil danne grunnlaget for konklusjonen av problemstillinga.

Gjennom å sjå på dei ulike typane angstbehandling fann vi ut at sidan denne brukargruppa har vanskar med sjølvregulering er der fleire angstlindrande og stressreducerande tiltak ein kan utføre med brukarar dersom dei er overbelasta for å hjelpe til med dette. Eksponeringsterapi, psykoedukasjon og kognitiv terapi er dei angstbehandlingane som blir mest brukt i dag og desse leggjar til rette for og fokuserer på myndiggjeringstenkinga. Empowerment-tilnærminga kan bli brukt i angstbehandling ved at ein tilretteleggjar for at brukaren skal oppleve kontroll i kvardagen samt over dei angstprega situasjonane som kan dukke opp. Groundingteknikkar er ein måte å fysisk kjenne at ein nyttar ibuande ressursar for å ta kontroll over kroppen og dermed også det psykiske. Eksponeringsterapi byggjer også på tanken om å mestre situasjonar som ein tidelegare ikkje meistra. For at nokon med ei kognitiv nedsetning kan medverke i si eiga teneste og angstbehandling må dei få nok opplæring i sjukdommen og få innverknad i dei små planane og målsetnadane for arbeidet. Som hjelpar må ein synleggjere denne prosessen og vise at ein ønskjer at brukaren skal delta.

Sentralt i sosialt arbeid er tanken om at menneske er ekspertar i eige liv og at dei sjølv veit kva som er best for dei. Dette kjem også fram i oppgåva at er viktig men den viser også at dette i denne brukargruppa forutsette at brukaren har tilgang på informasjonen om lidinga og korleis den påverkar ein (pasientopplæring) samt hjelparar som kan handtere og hjelpe å regulere kjenslene til brukaren når ein er hyperaktivert og overbelasta. Kontrollen over lidinga og brukarmedverknad er mogleg å gjennomføre i arbeidet med angsten men det inneber bistand frå hjelpeapparatet. Å utforske vidare på korleis menneske med psykisk utviklingshindring og angst sjølv opplever behandlingane kan vere interessant og nyttig for oss profesjonsutøvarar å vite meir om. Ein kan sjå utifrå teori om desse behandlingane leggjar vekt på sosialfaglege tilnærmingar men det er ikkje sjølv sagt at det alltid er slik i praksis.

## Referanseliste

- Askheim, O. P. (2012). *Empowerment i helse- og sosialfaglig arbeid - floskel, styringsverktøy eller frigjøringsstrategi?*. Oslo: Gyldendal.
- Bakken, T. (2015). Kapittel 6: Selvregulering. I T. Bakken, *Utviklingshemning og hverdagsvansker - faktorer som påvirker psykisk helse* (ss. 99-117). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Bakken, T. L. (2015). Kapittel 7: Engstelse og angst. I T. Bakken, *Utviklingshemning og hverdagsvansker - faktorer som påvirker psykisk helse* (ss. 121-138). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet. (2006, Desember 13). *Konvensjon om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne*. New York. Henta frå <https://lovdata.no/pro/TRAKTAT/traktat/2006-12-13-34>
- Davis, E., Saeed, S., & Antonacci, D. J. (2008, August 23). Anxiety Disorders in Persons with Developmental Disabilities: Empirically Informed Diagnosis and Treatment: Reviews Literature on Anxiety Disorders in DD Population with Practical Take-Home Messages for the Clinician. *The Psychiatric quarterly*, ss. 249-263. doi:10.1007/s11126-008-9081-3
- Ellingsen, I. T., & Skjefstad, N. S. (2015). Anerkjennelse, myndiggjøring og brukermedvirkning. I I. T. Ellingsen, I. Levin, B. Berg, & L. C. Kleppe, *Sosialt arbeid - en grunnbok* (ss. 97-111). Oslo: Universitetsforlaget.
- Gustafsson, C., & Sonnander, K. (2004, Januar 7). Occurrence of mental health problems in Swedish samples. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, ss. 448-456. doi:10.1007/s00127-004-0774-0
- Helse- og omsorgstjenestelova. (2011). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (LOV-2011-06-24-30). Henta frå <https://lovdata.no/lov/2011-06-24-30>
- Naku - Nasjonalt kompetansemiljø om utviklingshemning. (2016, April 13). Utviklingshemning- generell kognitiv svikt som medfører økt sårbarhet for utvikling av psykiske lidelse. Nordlandssykehuset, Norge. Henta Mai 10, 2021 frå <https://naku.no/kunnskapsbanken/s%C3%A5rbarhet-utvikling-av-psykiske-lidelser>
- Pasient- og brukarrettighetslova. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63). Henta frå <https://lovdata.no/pro/lov/1999-07-02-63>
- Skårderud, F., Haugsgjerd, S., & Stänicke, E. (2018). Kapittel 18: Angstlidelsene. I F. Skårderud, S. Haugsgjerd, & E. Stänicke, *Psykiatriboken: sinn- kropp- samfunn* (ss. 307-318). Oslo: Gyldendal Akademisk.

- Sørensen, K. (2020). Kapittel 17: Legemiddelbehandling. I T. L. Bakken, *Psykisk lidelse hos voksne med utviklingshemming* (ss. 249-263). Oslo: Universitetsforlaget.
- Wigaard, E. (2015). Kapittel 3: Kognitiv overbelastning. I T. Bakken, *Utviklingshemning og hverdagsvansker - faktorer som påvirker psykisk helse* (ss. 42-58). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Wigaard, E., & Bakken, T. (2020). Kapittel 6: Angstlidelser. I T. Bakken, *Psykisk lidelse hos voksne personer med utviklingshemming - forståelse og behandling* (ss. 78-100). Oslo: Universitetsforlaget.
- World Health Organization; Statens helsetilsyn. (1999). F70-F79 Psykisk utviklingshemming. I W. H. Organization, & Statens helsetilsyn, *ICD-10: psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser: kliniske beskrivelser og diagnostiske retningslinjer* (ss. 223-229). Oslo: Universitetsforlaget. Henta frå [https://www.nb.no/items/URN:NBN:no-nb\\_digibok\\_2008100700090](https://www.nb.no/items/URN:NBN:no-nb_digibok_2008100700090)