

POMS bladet

Organ för föreningen
Psykologer inom handikappområdet



Nr 3, december 2008

GOD JUL & GOTT NYTT ÅR!

www.poms.nu

Styrelse för Sveriges Handikapp psykologers Förening 2008-2009

vald vid årsmötet 2008-10-20

Ordförande:	Kristina Nilsson	Vård och omsorgsförvaltningen Handikappheten Lidköpings Kommun Tel 0510-624 50 kristina.nilsson@lidkoping.se
Vice ordförande:	Susanne Fejne	Vuxenhabiliteringen Malmö Tel 040-6830717 susanne.i.fejne@skane.se
Kassör:	Tobias Skog	Ekerö Kommun tobias.skog@ekero.se
Ledamot:	Stefan Lycknert	Psykoterapimottagningen Lunden för vuxna med funktionsnedsättning stefan.lycknert@sll.se
Vice kassör, hemsidan:	Mattias Eriksson	Habiliteringen vid Riksgymnasiet Skärholmen Tel: 08 6807322 mattias.eriksson@sll.se
Ledamot:	Ingalill Tjulander	Barn- och Ungdomshabiliteringen Borlänge Tel 0243-497835 ingalill.tjulander@ltdalarna.se
Ledamot:	Francoise Berglund-le Beux	Barn- och Ungdomshabiliteringen i Umeå Tel 090-785 42 07 francoise.berglund.lebeux@vll.se
Redaktör för POMS- <u>bladet</u> :	Annika Olsson	Barn- och ungdomshabiliteringen Skaraborgsgatan 19 A 541 50 SKÖVDE Tel 0500-47 84 46 annika.eva.olsson@vgregion.se

Innehåll i detta nummer av POMSbladet

POMS´ styrelse från 2008-10-20	s. 2
Innehåll	s. 3
Redaktörens spalt.....	s. 4
Styrelsens sida	s. 4
Nya i styrelsen	s. 5
Evidens – alltings mått?	s. 8
Snävt evidenstänkande orimligt.....	s. 11
Referat: POMS-studiedagen den 20 oktober.....	s. 13
Utvärdering av studiedagen.....	s. 18
Minnesord: Ruben Persson	s. 20
Hur uppfattar barn med autism ansikten?.....	s. 21
Bokrecension: <i>Kärlekens roll</i>	s. 23
Sista sidan	s. 25

Framsidan: <http://www.fotoakuten.se/>

POMSbladet utkommer med 3 nummer årligen, samtliga publiceras på föreningens hemsidas medlemsidor **www.poms.nu**.

Informera oss om fungerande e-postadress (gör det via hemsidan) så får du snabb avisering om POMSbladet plus annan nyttig information.

Avisering om att POMSbladet finns att tanka ner sker även genom notis i Psykologtidningen, "Psykolog- och yrkesföreningar".

Medlemskap i föreningen erhålles enklast genom att fylla i formuläret online på hemsidan!

Nästa nummer av POMSbladet beräknas komma i mars 2009. Skicka in dina bidrag (gärna via e-post till pomsbladet@poms.nu) **senast 15/3!**

Redaktörens spalt



Årets sista POMSblad är här. Sedan förra numret har bland annat den med två års mellanrum återkommande studiedagen i

Stockholm genomförts på temat Trauma/övergrepp och dess påverkan på hjärnan och personligheten. Referat från de två föreläsningarna, av Leif Andersson respektive Tove Svendsen, återfinns i detta nummer, liksom en sammanställning av utvärderingarna av dagen.

I samband med studiedagen hölls årsmöte, varvid styrelsen delvis ändrade utseende. De två nya ledamöterna presenterar traditionsenligt sig själva i bladet.

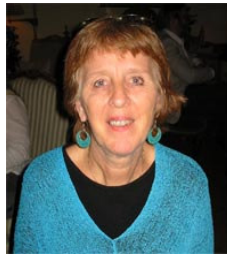
Vi kan nu konstatera att debatten om evidens, som sedan en tid tillbaka förs i exempelvis Psykologtidningen, även har hittat in i POMSbladet. Detta tack vare Eva Rosén-Sverdén i Växjö, som har reflekterat över sitt arbete som habiliteringspsykolog utifrån krav på evidensstänkande och tillämpning av klassifikationssystemet ICF. Eva vill gärna få respons från andra psykologer runt om i landet, en önskan som i detta nummer hörsammats av hennes kollegor i Västra Götaland. Vi välkomnar givetvis fler inlägg i denna intressanta och nödvändiga diskussion!

I övrigt intervjuar vi Agneta Blomgren Hellmark, nybliven specialist i neuropsykologi, om hennes studie av hur barn med autism uppfattar ansikten, recenserar Sue Gerhardts bok *Kärlekens roll* och minns den bortgångne Ruben Persson.

Jag vill passa på att önska POMSbladets läsare en god avslutning på året. När vi ses nästa gång bör det vara vårdagjämning och inte vintersolstånd som lurar runt hörnet.

Annika Olsson

Styrelsens sida



Hej allesammans!

På årsmötet den 20 oktober blev jag omvald till ordförande i POMS så det har fallit på min lott att denna gång skriva Styrelsens sida.

Min höst har varit full av konferenser och utbildning som jag vill delge er en del av men jag tror jag fortsätter att berätta lite mer från årsmötet först.

Vår sekreterare Carina Åsling valde att avgå efter 4 år i styrelsen. I stället valdes Francoise Berglund-le Beux från Umeå och Stefan Lycknert från Stockholm in. Ni ska båda känna er varmt välkomna till styrelsearbetet!



Carina avtackas av Kristina

Årsmötet var sista punkten för dagen. Innan hade vi haft vår studiedag med rubriken "Trauma/övergrepp och dess påverkan på hjärnan och personligheten". Leif Andersson talade utifrån ett normalperspektiv på förmiddagen och Tove Svendsen på eftermiddagen utifrån ett funktionshinderperspektiv (se referat i denna tidning).

I går eftermiddag gick jag igenom de utvärderingar som lämnades in efter föreläsningarnas slut. Jag blev mycket glad då jag läste dem, nästan alla var mycket positiva. Längre bak i tidningen kan ni läsa om de synpunkter som kom fram. Många bra förslag på föreläsare och ämnen till nästa års konferens finns också med i det jag skrivit ner.

Det är min förhoppning att dagen la en god grund för vår fortsättning nästa år på samma tema. Tredagarskonferensen blir i Göteborg. Skriv gärna in den 23-25 september i era almanackor.

Efter årsmötet hade styrelsen ett möte med två psykologer från arrangörgruppen i Västra Götaland och stämde av hur långt de kommit. Mötet blev mycket lyckat och lovar gott!

I slutet av september var jag på en tvådagarskonferens i Stockholm med titeln "Funktionshinder i tiden" anordnad av Sveriges Kommuner och Landsting i samarbete med Socialstyrelsen. I inledningsanförandet lyfte ordföranden i SKL Anders Knape bl.a. fram utvecklingsstörda personers ökade risk för psykisk ohälsa.

Vår äldre- och folkhälsominister Maria Larsson ansåg att mycket fattas i ett nationellt perspektiv vad gäller tillgänglighet. Hon menade också att vi måste se handikapppolitiken som ett allmänintresse och inte som ett särintresse. Av de nystartsjobb som regeringen ordnat har 13% gått till personer med någon form av funktionsnedsättning, antalet lönebidragstjänster ökar nu.

Av de övriga föredragen väljer jag att lyfta fram ett där Magnus Tideman, Elisabet Olin och Bibbi Ringsby talade om livsvillkor, identitet och motstånd hos unga vuxna med intellektuella eller psykiska funktionshinder. De berättade om den kritik som kommer från insidan. Många yngre personer ser ordet utvecklingsstörning som ett begrepp med negativ laddning i dag, det ses som nedvärderande och otydligt.

De talade också om den kategorisering vi gör som ofta är förknippad med en diagnos. Behövs den, blev frågan. För individen är den inte så meningsfull men väl för omgivningen, menade forskarna.

Den 23-24 oktober var det Psykologidagar, denna gång i Göteborg och inte i Stockholm som tidigare år. Jag representerade POMS och stod vissa tider i en monter tillsammans med representanter från övriga yrkesföreningar och informerade om våra föreningar för de psykologer som kom in till oss. I mån av tid fick vi också möjlighet att gå på de intressanta föreläsningarna.

Jag lyssnade bl.a. på Agnes Botond som talade om Positiv posttraumatisk personlighetsutveckling (PTG). Agnes har gått igenom många rapporter som skrivits om detta begrepp och gav följande definition av begreppet: självrapporterad subjektiv upplevelse av positiv psykologisk förändring vilken uppstått som ett resultat av traumabehandling.

Studier har visat att personerna måste ha en viss begåvning, hon hade inte hittat någon studie där personer med utvecklingsstörning omnämns. På min fråga om hon läst något om föräldrar som hamnar i en kris då de får ett barn med grav funktionsnedsättning svarade hon att hon inte läst något om detta ämne.

Jag vill också lyfta fram det, i mitt tycke, briljanta föredrag som Anders Broberg höll med titeln "Anknytning ur ett familjeperspektiv – en diskussion av föräldraskapets och barnuppfostrens grundläggande byggstenar". Denna föreläsning var ett kapitel ur hans senaste bok *Anknytning i praktiken* som nyligen kommit ut.

Ute är himlen blå och rosa. Hösten håller så sakteliga på att övergå i vinter, marken är täckt av frost. Jag ska promenera hem med en flaska Blossaglög i väskan. I år är första gången på tre år som jag hann få tag på denna eftertraktade årgångsraritet. Blåbär och vanilj är årets smak.

Jag längtar redan till Jul!

Kristina Nilsson

Ny i styrelsen: Francoise Berglund-le Beux

Som namnet visar är jag fransyska, uppväxt vid Frankrikes västkust, Bretagne. Tiden mellan 1971, året då jag tog examen, och 1981 då jag flyttade till Sverige har jag både studerat och arbetat som psykolog i Frankrike. 70-talet var en period präglad av J. Lacans och F. Doltos arbete som påverkade vårt sätt att arbeta. Efter att ha börjat arbeta som psykolog inom skolan har jag arbetat med utsatta barn och ungdomar som bodde på ett hem.

Efter att ha undervisat i franska både på kvällskurser och som universitetsadjunkt på Umeå

universitet tog jag steget att gå tillbaka till psykologyrket. Det var via tolkarbetet som jag första gången fick kontakt med barn- och ungdomshabiliteringen i Umeå, en spännande arbetsplats där tvärvetenskapligt samarbete kring barnet och dess familj var i fokus – precis det som intresserade mig. Efter en kort tid av praktik



och vikariat från 2001 fick jag en tjänst i januari 2003.

Jag är även med i en arbetsgrupp, "Transition", som handlar om övergången till vuxenlivet. I barnlaget fokuserar vi på barnets handikapp-medvetenhet och på föräldrastöd om hur man pratar med sitt barn om funktionshindret. Jag brinner för det härliga mötet med både barnet och dess familj och Christina Renlunds arbete är en inspirationskälla för oss alla som arbetar i team kring familjen.

Att vara med i styrelsen känns spännande och blir säkert mycket givande. Jag ser fram emot att delta i arbetet, att ta del av vad som utvecklas i olika regioner i landet och att kunna dela tankar och erfarenheter med varandra för att få en ökad kompetens.

Ny i styrelsen: Stefan Lycknert



Det här känns lite som att försöka författa en kontaktannons. Det ska ju vara något personligt som gör att läsaren blir intresserad av just mig... Det kanske var att ta i förstås, om man tänker efter. Madame POMS har ju förresten redan visat sitt intresse och jag har tackat ja. Ok, glöm det där med kontaktannons. Det här får bli mer en redogörelse för vem hon har lyckats fånga. Särskilt nödbedd var jag ju inte heller.

Ska jag nu försöka vara lite mer seriös så kan jag säga att jag tidigare blivit tillfrågad om jag ville vara med i POMS styrelse, men alltid tackat nej. Jag har tyckt att jag inte haft tid. Nu har jag fortfarande inte tid. Plötsligt tyckte jag bara att det skulle vara väldigt roligt att få

lägga det dagliga jobbet åt sidan någon gång – ingen har ju egentligen tid med någonting kom jag på – och engagera mig i POMS. Det är ju alltid givande att träffa kollegor som har ungefär samma yrkesmässiga omgivning som en själv. Och damen POMS (för det är oftast en dam) är viktig för oss alla på flera sätt som jag kanske inte behöver lägga ut texten om här. Den viktigaste uppgiften måste ändå vara att jobba för att "det goda mötet" ska äga rum i alla möjliga sammanhang. Det är någonting att kämpa för. Det var helt enkelt bara så... och så var det ju det där med att jag är en rätt bra hund (förklaring längre fram i texten).

Jag har jobbat rätt länge inom habiliteringen. Någon gång i mitten av sjuttioalet började jag på timmar som "vuxenkamrat" åt några knepiga tonåringar i särskolan. Vi träffades två timmar i veckan och bara pratade. För någon blev det antingen ett timslångt samtal på bensinmackens kafeteria eller så i hemmet kring kaffebordet med hela familjen, allt efter önskemål.

Ibland förstod jag ingenting och visste inte vad jag gjorde men jag fick god handledning av Gunilla Sternudd, som några säkert minns (parentetiskt kan jag säga att hon började med terapier på Björnkulla redan under sextioalet enligt Erica-metoden).

Hon kallade det för terapi. Hon sa någon gång... jag kommer just nu inte ihåg vad hon sa ordagrant, men det gick ut på att man betyder mycket just bara för att man finns och finns kvar över tid för den andre, som lider när det ständigt rasar och rister inombords. Ja, ni vet ungefär vad jag menar. Det var svårt att förstå då. Att man kunde betyda något fast det inte alltid kändes att man betydde något och att man samtidigt inte visste vad man gjorde eller vad som hände. Man kan väl säga att det handlade om att finnas där för att "det goda mötet" skulle bli möjligt.

Sen var jag många år på Björnkulla som psykolog. Björnkulla var en stor institution i Huddinge med allt från äldre lindrigt utvecklingsstörda personer, svårt institutionaliserade, till människor med grav utvecklingsstörning eller psykos. Det finns mycket att berätta om livet på den stora institutionen men det får anstå. Jag vikarierade även på den gamla institutionen Carlslund. Jag kan ju bara säga att det inte var så kul att vara oerfaren psykolog och ibland få höra: "Och vad säger psykologen då...", följt av ett litet spefullt leende.

Jag tror att jag rätt sent fick höra talas om POMS. Det var någonting om att de dansade på ängarna eller något sånt. Och det lät ju trevligt. Vara ung och dansa på ängar, jag kan inte annat än associera till att bli med barn. Jag vill bara säga att jag vet hur lång tid en grossess känns, alltså hur *lång* den känns. Jag hade nämligen ett halvtidsvikariat inom psykiatri i Visby parallellt med halvtid på Björnkulla under nio månader. Och blev mer och mer trött ju längre tiden gick.

Efter alla institutionsåren så blev det distriktskontor några år och sen Psykoterapimottagningen för vuxna med funktionshinder. 1995 startade verksamheten upp och det har varit väldigt roligt att få vara med från början. Legitimerad terapeut blev jag först 1998. Den som vill kan gå in på POMS hemsida och leta under nätverk – psykoterapinätverket – och sen klicka vidare till vår mottagning för att få lite närmare information om verksamheten. Vi heter nu förresten Psykoterapimottagningen Linden för personer med funktionsnedsättning.

Efter några år på mottagningen så ringer telefonen en dag: "Stefan Lycknert...måste man äta fisk Stefan Lycknert...Stefan Lycknert säger att man inte måste äta fisk...Stefan Lycknert". Jag kände igen rösten men kunde inte placera personen. Det visade sig sedan att det var en man jag träffat på Carlslund ungefär tjugofem år tillbaka i tiden. Vi träffades under en period, kanske en termin, i en terapeutisk kontakt. Han pratade och jag lyssnade och fanns till. Ett gott möte som inte berodde så mycket på mig som person utan mer på att förutsättningarna fanns för ett gott möte – en terapeutisk kontakt – i en värld där inga egentliga möten kom till. Jag blev ett gott objekt han kunde ta till genom åren när han kämpade för sin sak... Och så slapp han ju äta fisk...åtminstone ibland.

Sedan kan jag ju inte låta bli att skryta med att det var jag som upptäckte Valerie Sinason. Jag deltog i en konferens i Dublin (-89) och hörde henne tala. Jag kom hem och berättade och sen var det andra som tog initiativ till att få henne hit och på den vägen är det. Även det ett gott möte. Se där värdet i att delta i konferenser...som t.ex. POMS-konferenser.

Ja, hur var det nu med hunden. Det var så att jag frågade ett par små damer, fyra och sex år, som jag känner väl om vad jag skulle skriva i POMSbladet. De tyckte jag skulle skriva att jag var bra som hund. Jag ska inte lägga ut texten om hur det är att vara hund, men jag kan ju

säga att man får väldigt ont i knäna. Man ska nämligen ha en stor katt och en liten hund på ryggen hela tiden.

Om man nu utgår från det där med hund så brukar man ju ibland säga att man "får slita hund". Har man klarat av att slita hund så knäna "blör" så klarar man säkert av att slita hund för POMS. Man kan i alla fall prova, tänker jag.

Styrelsen 2008-2009



Från vänster till höger:

Susanne Fejne, Ingaliill Tjulander, Francoise Berglund-le Beux, Stefan Lycknert, Annika Olsson, Kristina Nilsson, Tobias Skog, Mattias Eriksson

**Snart kommer information om
POMS-konferensen i Göteborg**

23-25 september 2009

Evidens – alltings mått?

Tankar om evidensparadigmets begränsningar i habiliteringsarbetet

Detta är reflektioner som utgår från mitt arbete som habiliteringspsykolog och är inspirerat av de samtal och diskussioner som förs fortlöpande, både i habiliteringsteamet och i yrkesgrupperna – i mitt fall i psykologgruppen. Det handlar om vår gemensamma strävan att fånga kärnan i habiliteringsarbetet, och att för oss själva och utåt försöka hitta ett sätt att beskriva habiliteringsarbetet i all dess komplexitet. Hur ska man fånga och beskriva vad som är verksamt? Kan vi särskilja olika metoder som kan tillämpas vid olika diagnoser eller problem? Hur mäter vi effekten av våra insatser och behandlingar? Hur interagerar våra insatser i en synergiprocess med det som sker parallellt med andra vård- och omsorgsgivare?

Ett fenomen i tiden som fått mig att nedteckna mina tankar, är begreppet *evidens*. Evidens handlar i stora drag om, att med randomiserade studier bevisa den positiva effekten av en viss behandlingsmetod. Jag har inspirerats av Psykologtidningens temanummer om evidens 7/08, ett antal artiklar av *Håkan Svenbro* (Psykologtidningen 6/07, 6/08) och en artikel i Vetenskap och Praxis, språkrör för SBU, Statens beredning för medicinsk utredning (1/2008).

Det finns fler fenomen i vård och habilitering som kan ses som uttryck för samma "*avgränsnings-optimism*", och som på samma sätt bör betraktas med en sund skepsis. *Brita Högberg* lägger i Socialstyrelsens skrift *Delaktighetens språk* ett samhällsligt och filosofiskt perspektiv på ICF, det av WHO framtagna internationella klassifikationssystemet för mänskliga funktioner ("*ICF – ett verktyg för hälsa och delaktighet?*"). ICF har ett lovvärt syfte, men det är tveksamt om det är så det fungerar, skriver Högberg. Jag vill med min artikel beröra även ICF och komplikationerna i dess tillämpning inom habilitering.

Evidensparadigmet är ett inlån från fysiken, och har, menar Svenbro m.fl., infogats i ett sammanhang där det inte hör hemma. Det som ska mätas måste, som i fysiken, vara *tydliga avgränsade element*, vilket inte låter sig göras inom den typ av verksamhet som ägnar sig åt psykologisk behandling och – enligt min uppfattning – inom habilitering (där bl.a. psykologisk behandling kan ingå).

Habilitering är det samlade begreppet för de aktiviteter som syftar till att minska effekterna av ett funktionshinder, och göra det möjligt att leva ett så fullödigt liv som möjligt, trots fysiska och/eller intellektuella funktionsnedsättningar. Funktionsnedsättningen kan vara medfödd eller inträffa senare i livet. I båda fallen är det livsperspektivet som gäller: Frågorna gäller hur livet ska gestalta sig: beroende - oberoende, isolering - social gemenskap, förlust av mening - upplevelse av mening o.s.v. Habilitering är ett gemensamt projekt mellan personen själv och habiliteringspersonalen, och olika frågor tacklas från både praktiska och psykologiska utgångspunkter. Hjälpmedel, anpassningar av miljön, träningsprogram, stöd till nätverk behöver gå hand i hand med psykologiskt/psykosocialt perspektiv och behandling.

Målgrupperna för habiliteringen i vårt landsting är mycket vid. Vi vänder oss till personer med utvecklingsstörning på olika nivåer, personer med cp-skada, ryggmärgsbräck, medfödda progredierande sjukdomar som Duchennes, Dystrofia myotonica m.m. Bland våra patienter finns de med förvärvade hjärnskador och eller förlamningar/rörelseinskränkningar efter olyckor, stroke eller operationer. Vi möter personer med olika neurologiska sjukdomar. En ökande grupp är de med neuropsykiatrisk problematik. Inom varje grupp kan vi urskilja personer i olika åldrar, livsfaser och levnadsomständigheter. Det kan vara unga människor på väg in i vuxenlivet men också äldre. Det kan vara människor som har ett fungerande nätverk omkring sig, men också de som står ensamma.

Inslagen i habiliteringsarbetet är högst skiftande. Arbetsterapeut, sjukgymnast, logoped, habiliteringsassistent, fritidskonsulent, dietist, läkare, kurator, psykolog har sina olika kompetensområden och roller. Enbart utifrån min psykologroll kan jag beskriva vitt skilda insatser: psykologiska utredningar, enskilda behandlingssamtal, utbildning och handledning av personal, stöd till närstående, initiering av och medverkan i nätverksarbete och medverkan i gruppverksamheter av olika slag. Ibland är patienten helt intakt när det gäller kognitiva och emotionella funktioner, ibland medför funktionshindret stora svårigheter på dessa områden, vilket ställer särskilda krav på oss att hitta ett sätt att nå fram till patienten. Konsekvenserna av ett funktionshinder är ofta förlust, eller hotande förlust, av mening och livsinnehåll. Personer som söker habiliteringen upplever ofta

svårigheter att praktiskt och mentalt hantera sin situation. Man blir beroende av att det finns resurser i samhället för att få ett fungerande liv.

Att det ska vara kvalitet i det vi gör är vi eniga om, såväl patienter som behandlare, chefer och politiker. Hur kan då kvaliteten säkerställas inom habilitering? Är evidensparadigmet tillämpligt i en verksamhet där det sällan handlar om väl avgränsade metoder tillämpade på väl avgränsade problem? Habilitering kan innebära stöd i en *inre och yttre* anpassning till ett liv med en permanent funktionsnedsättning, snarare än bot och återgång till en tidigare funktionsnivå. Habiliteringen finns också som en resurs för den med successivt avtagande funktioner. Habilitering kan ibland leda till förbättrad funktion men inte alltid. Däremot bör den bidra till att göra livet och vardagen mer hanterbar och stärka personens resurser och möjligheter till delaktighet. Hur beskriver vi det som är verksamt i habiliteringsarbetet utan att missa helheten? Hur kan vi bibehålla det humanistiska perspektivet? Hur undgår vi att invaggas i en falsk säkerhet i konstruerade kvantifieringssystem? *Hur ska vi hitta en kvalitetssäkring som stämmer med verksamhetens innehåll och syfte?* Frågorna hopar sig.

Vi brukar i våra gemensamma reflektioner återkomma till *mötets* betydelse för om det uppstår en relation som väcker hopp och tillit, och som stärker personen att själv ta fram sina resurser. För detta krävs, förutom kompetens, fantasi, fingertoppskänsla och intuition hos habiliteringspersonalen. Hur platsar det i evidensparadigmet?

"Evidensbaserad vård betyder helt enkelt en medveten och systematisk strävan att bygga vården på bästa möjliga vetenskapliga grund (...) bygga på (...) bästa tillgängliga vetenskapliga resultat från välgjorda undersökningar – *som ett komplement till annan kunskap och i samråd mellan patient och vårdpersonal.*" (SBU:s hemsida, min kursivering).

Mätning och skalor för att mäta ligger i tiden. Men hur mäter vi en ökad inre styrka att bemästra förlust av funktioner och förmågor? Hur mäter vi bibehållen upplevelse av livskvalitet, trots brister i fysiska och mentala funktioner? Hur ska vi kunna veta i det komplexa sammanhang som habiliteringsarbetet utspelar sig i, att skalan vi använder oss av har den konstans och allmänna giltighet som ett evidensparadigm kräver? När mätning är sättet att säkerställa resultat, behöver man avskilja och begränsa det som ska mätas och hitta instrument för detta. Det leder till en skenbar precision, eftersom det utelämnar delar av verkligheten. "Om människan inte kan beskrivas som ett system med begränsade moduler, blir det också svårt att genomföra en mätning som håller måttet" (Svenbro). Det är värt att notera att SBU betecknar evidensen som ett *komplement* till andra sätt att värdera behandling och vård.

Evidensparadigmet utgår från en reduktionistisk modell som begränsar vårt synfält, skriver Svenbro och frågar: "Vem har evidensprövat evidensparadigmet? Svaret blir: "Vi kan inte evidensbasera evidensparadigmet, eftersom ett synfältts inskränkning aldrig kan bli synligt för detta synfält självt!" Att utvärdera och förstå vad som är verksamt i behandlings- och habiliteringsarbete är angeläget, men det ska ske utifrån ett helhets- och humanistiskt perspektiv.

I SBU- skriften Vetenskap och Praxis 1/2008, finns en artikel med rubriken "Inte ens en bra metod passar alla". Där framhålls att "när forskningsresultat redovisas på gruppnivå, finns risken att viktiga skillnader mellan individerna skymms av ett genomsnittligt resultat". Det är, med andra ord, inte självklart att en viss behandling/habiliteringsinsats gör samma nytta för alla med en viss diagnos. I artikeln citeras Olof Nyrén, professor i klinisk epidemiologi vid Karolinska Institutet: "Det finns förstås många tänkbara förklaringar till att individer svarar olika på samma behandling – allt från psykologiska faktorer, som förväntningarna eller samarbetet med behandlaren, till biologiska variationer – kända och okända." Han noterar också att tidpunkten i sjukdomsförloppet också kan spela roll för behandlingseffekten.

Nyrén manar alltså till eftertanke när det gäller att tillämpa evidensparadigmet utan medvetenhet om dess begränsningar. Varje patient har en kombination av påverkansfaktorer som behöver vägas samman till en helhet. Även individualiserad behandling kan, enligt Nyrén, till stor del ske på vetenskaplig grund. "För att anpassa behandlingen till varje enskild patient krävs både kunskap om variationerna och klinisk skicklighet."

Således manar man från SBU till en nykter inställning till evidenskravet, och visar såväl på dess tillämpbarhet som på dess begränsningar. Är det då så, att de landstingsadministratörer och -politiker som driver evidenskravet som ett överlägset och oantastligt mått på effektivitet, oavsett karaktären på verksamheten, ser det som ett instrument att spara och effektivisera? Hur effektivt blir det, om då andra metoder faller ur rehabiliteringsrepertoaren? Det förefaller som om det medicinska paradigmat pressas på i verksamheter där det inte hör hemma. "Vården ska vara evidensbaserad, inte evidensdikterad" (Vetenskap och Praxis 1/2008).

Så till ICF. Detta klassifikationssystem passar oss väl lite olika, beroende på profession. Jag såg först ICF som en möjlighet att komma bort från ett stelbent kategoritänkande: "tillhör/tillhör inte LSS´ personkrets", men har med tiden blivit mer och mer fundersam. ICF är tänkt att fånga all mänsklig aktivitet och alla tänkbara mänskliga funktioner i ett klassifikationssystem som skall vara kommunicerbart mellan kulturer och mellan vårdområden. Britta Högberg (i Delaktighetens språk, red Anders Gustavsson, Studentlitteratur 2004), ser ICF som användbart för klassifikation av kropps-funktioner, men menar att när det gäller social delaktighet, kan den bidra till ett undvikande och döljande av funktionshindrets psykiska och existentiella realitet. Trots att syftet är ett annat, riskerar ICF att stärka den medicinska rationaliteten, menar hon. Socialt försvar mot ångest finns i alla kulturer och ICF, menar hon, kan ses som just ett sådant försvar. Högberg citerar Toulmin, som menar att det moderna projektets teoretiska och praktiska mål präglas av en strävan mot matematisk precision, logisk stränghet, intellektuell visshet och moralisk renhet.

Känt och etablerat är Linnés klassifikationssystem av växter. Högberg jämför i sin artikel ICF:s uteslutning av personlighetsfaktorer i sitt system, med Linnés hantering av sådana fenomen som han inte kunde fånga i sitt klassifikationssystem. Linné kunde inte klassificera svamp m.m. enligt det system han utarbetat. Han kunde inte förklara hur de förökade sig och tyckte de var alltför kaotiska. Han kallade dem ett vandrande pack och skapade en egen kategori för kaotiska företeelser, *vermes*. Varje klassifikationssystem har sin vermes, menar Britta Högberg och tillägger: "Lusten att klassificera tycks följas av en olust över allt som inte passar in". I ICF-systemet säger man "de personliga faktorerna är viktiga men de klassificeras inte i ICF."

Det är en utmaning för oss som arbetar i rehabilitering att närmare kartlägga och beskriva de processer och förhållanden som är verksamma i rehabiliteringsarbetet. Låt oss ta tag i detta och satsa på ett kvalitetsarbete som är tillämpligt i vår verksamhet! Låt oss också värna om en terminologi, ett ordval som ligger nära patientens. Vad vinner vi på att söka en internationellt kommunicerbar terminologi om den komplicerar vår kommunikation med patienten? Vad är vinsten för patienten med att vi slår knut på oss själva för att ändra vårt sätt att uttrycka oss? Är det evidensbaserat att patientens delaktighet och aktivitetsnivå blir bättre för att vi tvingar oss in i en ny terminologi?

Jag och mina teammedlemmar och kollegor är intresserade av att veta hur evidenskravet på rehabiliteringen ser ut i andra landsting och hur ni resonerar kring kvalitetssäkring. Hos oss är evidenskravet ännu inget som drivits så att det hämmar det pågående rehabiliteringsarbetet. Däremot är det "i luften" och det talas alltmer om detta i olika sammanhang. Det som nått oss hittills är ett krav på att redovisa vilka evidensbaserade mätinstrument och behandlingsmetoder vi använder. Jo, vi har ju våra psykologiska test att redovisa, men inga behandlingsmetoder. Att KBT är verksamt vid behandling av depression är känt, men inte heller där kan vi säga generellt att alla individer med funktionshinder och depression är hjälpta av KBT. Kanske är det något helt annat som krävs för att få livet att bli hanterbart igen.

KASAM – *känslan av sammanhang: hanterbarhet, begriplighet och mening* är kanske rehabiliteringens nyckelord för såväl patienter som personal när vi arbetar vidare med kvalitetssäkring.

Växjö 2008-05-30

Eva Rosén-Sverden

Leg psykolog, specialist i handikappsykologi

Vuxenrehabiliteringen

Landstinget Kronoberg

351 88 Växjö

eva.rosen-sverden@ltkronoberg.se

Eva Rosén-Sverdén efterlyser i sin artikel respons från andra habiliteringspsykologer i landet. Här följer en replik från Västra Götalandsregionen:
Snävt evidenstänkande orimligt i komplext habiliteringsarbete

Tack Eva för Din intressanta och väl genomtänkta artikel om evidensparadigmets begränsningar i habiliteringsarbetet! Det område Du uppmärksammar är mycket viktigt för Habiliteringens framtid. Sökandet efter evidens är en av flera viktiga trender som vi psykologer (och andra yrkesgrupper) har anledning att fundera över och ta ställning till.

Vi som skriver detta är tre psykologer som även är yrkesutvecklare för drygt tjugo psykologer inom Vuxenhabiliteringen i Västra Götalandsregionen. Vi kan konstatera att Du på ett mycket bra sätt uttrycker tankar som är i det närmaste identiska med dem vi haft i diskussioner i vår grupp. Vi möts av nästan precis samma förväntningar som Du tar upp. Vi får exempelvis av våra chefer – som i sin tur ofta säger sig ha fått sina uppdrag av politiker – till arbetsuppgift att benämna de psykologiska undersökningsmetoder- och behandlingsmetoder som vi använder oss av och som man kan konstatera är evidensbaserade. Vi har haft anledning att fundera över evidensbegreppet i allmänhet och över metodfrågor och utvärdering i synnerhet.

Vi anser inte att det är rimligt att använda sig av ett snävt evidenstänkande i vårt komplexa arbete! En strikt användning av evidensbegreppet medför att vi riskerar att hamna helt snett – om vi inte också söker andra begrepp som mer belyser vår aktuella verksamhet. Självfallet är det alltid viktigt att vi försöker utvärdera nyttan av och effekterna av det vi gör. Men vi försöker i de svar kring utvärdering som vi ger våra chefer bredda evidensbegreppet. Vi framhåller att det i stort sett – förutom vad gäller våra diagnostiska metoder – inte finns några psykologiska metoder för vilka man konstaterat en klar evidens då metoderna använts för att stödja personer inom Vuxenhabiliteringens målgrupper. Skulle vi bara erbjuda det strikt evidenta så kunde vi bara ge avgränsad hjälp för specifika problem – och det är mestadels inte vad våra patienter (f.d. brukare!) förväntar sig av psykologhjälpen.

Hur använder vi våra psykologiska kunskaper i det vardagliga arbetet? Vi försöker betona och beskriva hur vi handikappspsykologer arbetar i praktiken, bland annat genom att vi benämner och skildrar såväl de kvantitativa som de kvalitativa aspekterna i våra arbetsuppgifter. Vi betonar behandlingsrelationens, samarbetsalliansens betydelse vid psykologiskt stöd och psykologisk behandling. Vi beskriver vidare vårt processinriktade arbete. Det kan som bäst ta sin utgångspunkt i en väl genomförd psykologisk utredning. Men det processinriktade psykologiska arbetet måste alltid skraddarsys, individualiseras och ta hänsyn till vars och ens, varje patients speciella, unika förutsättningar.

Vi försöker på olika sätt utvärdera våra psykologiska yrkesinsatser. Vi kan ge diverse exempel på hur psykologer utvärderar effekterna av sina använda metoder. Men den utvärderingen kan sällan ses som strikt vetenskaplig. Många psykologiska funktioner går att observera och beskriva – men de är ibland betydligt svårare att mäta. Att erbjuda stöd och behandling i olika former är den största delen av vårt arbete. Det är lättare att utvärdera vad vi gör i vissa av våra andra arbetsuppgifter, som exempel när vi handleder annan personal.

Effekterna av de använda metoderna blir för det mesta även mycket beroende av vilken yrkesperson som utövar dem. Arbetssättet kan förändras med tiden beroende på vad som händer i samspelet mellan behandlaren/den stödjande psykologen och patienten (som vi tidigare kallade för brukare). Vi tar upp hur man ofta måste modifiera psykologiska behandlingsmetoder då de tillämpas inom habiliteringens verksamhetsområde – inte minst med tanke på de flesta av våra patienters begränsade kognitiva förutsättningar.

Det är viktigt att vi som arbetar inom Habiliteringen frågar oss: Vad är kärnan i Habiliteringens verksamhet? Hur mycket kan vi egentligen påverka genom det stöd vi ger från Habiliteringen jämfört med vad som påverkar patienten i hans liv i övrigt? Hur skall inriktningen mot ett långvarigt stöd för en ökad livskvalitet gå ihop med de aktuella ICF-tendenserna och försöken att dela upp vårt arbete inom Habiliteringen (och synen på människor vi arbetar för!) i smådelar och problematisera, avgränsa och fokusera arbetsinsatserna? Vi lever i en verksamhet som riskerar att bli alltmer splittrad. Vad innebär egentligen vår helhetssyn inom habiliteringen i praktiken? Har vi tillräckliga diskussioner kring de

etiska problem som ständigt finns i vårt arbete och vad som bör vara rimliga följder av att vi arbetar med den humanistiska människosynen och en helhetssyn som grund?

Försöker Rehabiliteringen alltför mycket uppnå en verksamhet som liknar sjukvårdens? Vad blir följden av att vi nu inom Rehabiliteringen löser våra prioriteringsproblem genom att inrätta allt fler köer?

Överlever verksamhetens inriktning mot patientens livsperspektiv vid sidan av betoningen av ICF? Kan ICF verkligen fånga själva grunden i vårt psykologiska arbete? Beskriver ICF vår verklighet på ett bra sätt – eller försöker vi pressa in vår verksamhet i ICF-systemet?

Vi arbetar tillsammans med företrädare från många yrkesgrupper inom Rehabiliteringen och vi arbetar med flera patientproblem samtidigt. Vi har i det arbetet nått olika långt för en enskild patient vid en och samma tidpunkt. Hur kan vi då göra en god utvärdering – i strikt vetenskaplig anda – av vad vi uppnår med användningen av olika yrkespersoners metoder? *Är egentligen den samlade effekten av våra insatser, en verksamhetsutvärdering, allra viktigast att göra?*

Tar vi hänsyn till den praktiska verkligheten då vi försöker fastställa evidensen? Använder vi *den evidensbaserade praktiken i psykologi?* Det innebär: *Sammansmälter vi bästa möjliga forskning med kunskaper hos den psykologisk-kliniska expertisen och med klientens/patientens egenskaper/förutsättningar, kultur och preferenser?*

Den evidensbaserade praktiken innebär att man lägger *tyngdpunkten på det som man i nuet erfarenhetsmässigt funnit fungerar bäst i praktiken*. Vi framhåller betydelsen av den samlade yrkeserfarenheten, att vårt arbete inte bara handlar om att man en gång för alla lärt sig en viss metod som därefter alla yrkesutövare kan använda sig av med samma kvalitet.

Det tar tid att bli en kunnig handikappspsykolog och att utveckla de yrkeskunskaper som just behövs inom vårt verksamhetsområde, Rehabiliteringen! Man behöver inte bara lära sig vissa metoder utan ett slags annorlunda sätt att se på människor i vårt arbete. Finns det någon annan verksamhet som har Rehabiliteringens grundambitioner och kärnvärderingar? Vi har anledning att vara stolta över dem, framhålla dem och försöka bevara dem!

Göteborg 2008-11-13, med vänliga hälsningar

Lotten Almgren

lotten.almgren@vgregion.se

Anders Dolfe

anders.dolfe@vgregion.se

Paul Zieltjens

paul.zieltjens@vgregion.se

POMS-studiedagen den 20 oktober 2008:

Trauma, övergrepp och dess påverkan på hjärnan

Under förmiddagen föreläste **Leif Andersson**. Leif är privatpraktiserande psykolog sedan 18 år tillbaka. Han har erfarenheter av att arbeta med barn, familjer och organisationer och huvudsakligen med handledning och terapisaamtal och en hel del föreläsningssuppgifter.

Leifs föreläsning annonserades med rubrikerna:

Vad innebär försummelse för hjärnan och personlighetens utveckling?

Vad innebär misshandel för hjärnan och personlighetens utveckling?

Kan barndomstrauma helt eller delvis vara upphov till intellektuella funktionshinder, ADHD eller autismspektrum störningar?

Har aktuell anknytningsforskning något att säga om detta?

Leif menar att de diagnoskriterier som finns i DSM IV endast är beskrivningar på symptom och det finns väldigt lite om grunden till störningen. Trauma finns beskrivet som en diagnos för vuxna men finns inte med i barndomsdiagnoserna. Bland alla barn som får diagnoser måste det finnas traumatiserade barn. Effekten av psykologiska trauman talas det väldigt lite om. Alla barn som utsätts för trauma traumatiseras inte. De så kallade "maskrosbarnen" kan klara svåra påfrestningar medan däremot de så kallade "orkidébarnen" är känsliga för omgivningsfaktorer och blir traumatiserade om de utsätts för trauma.

Leif beskriver fyra olika kategorier av skadliga omgivningsfaktorer som barn kan utsättas för:

- 1 Misshandel
- 2 Försummelse
- 3 Sexuella övergrepp
- 4 "Emotional abuse" (ungefär psykisk misshandel)

Misshandel

Misshandel innebär att barn tillfogas fysiska skador, exempelvis att de blir slagna, brända skurna. Misshandel måste skiljas från slag i uppfostrande syfte. Om barnet kan förutse i vilka situationer det blir utsatt kan det göra något för att undkomma, exempelvis smita undan eller lyda. Detta är sannolikt inte farligt för hjärnans utveckling men sätter naturligtvis sina spår.

Oberäkneliga slag som barnet inte kan förutse och undkomma och som mer är knutna till föräldrarnas inre tillstånd än till barnets beteende är traumatiserande och påverkar hjärnan.

Ju grövre misshandeln är och ju längre den varar desto mer skador uppstår i hjärnans utveckling. All misshandel som är oberäknelig riskerar att skada hjärnan och den kognitiva utvecklingen och personlighetsutvecklingen.

För personer som ligger nära gränsen för utvecklingsstörning kan traumatisering innebära att hjärnans utveckling skadas så att de kommer att hamna inom gränsen för utvecklingsstörning.

Försummelse

Det innebär att barnet inte får den omsorg som det är i behov av. Föräldrarna kan exempelvis vara missbrukare och försummar att ge barnet mat och dryck och kläder och utrustning som det behöver. Barnet får inte den tillsyn det behöver.

Det är särskilt allvarligt om föräldern inte finns till för barnet under barnets första år. Det kan göra att barnet går miste om att få hjälp att reglera sina känslor och därmed svårigheter att utveckla förmågan till självkontroll.

Till skillnad från misshandel, där det mellan misshandeltillfällena kan finnas lugnare perioder, så pågår försummelse kontinuerligt. Stresspåslaget finns där hela tiden.

Sexuella övergrepp

Om övergreppen begås av någon utanför familjen finns åtminstone tryggheten i familjen kvar och mildrar konsekvenserna. Om de sexuella övergreppen däremot äger rum inom familjen är det ytterst allvarligt.

"Emotional abuse"

Denna kategori är inte tydligt definierad. Man tänker dock främst på kränkningar av olika slag.



Leif Andersson i paussamtal

Hjärnans utveckling

Leif beskriver två utvecklingslinjer:

- A. Den erfarenhetsförväntande hjärnutvecklingen
- B. Den erfarenhetsberoende hjärnutvecklingen

Den erfarenhetsförväntande hjärnutvecklingen

Det finns en genetisk plan för hur hjärnan skall utvecklas. Dock fordras vissa förutsättningar i omgivningen i form av stimulans för att hjärnan skall utvecklas enligt den genetiska planen. En erfarenhetsförväntandeprocess är anknytningsprocessen. Den känsliga perioden för denna process är mellan 7 månader och 3 år. Innan 7 månader är barnet också beroende av stimulans och kontakt men den riktigt känsliga perioden infaller efter 7 månader, då barnet väljer det primära anknytningsobjektet. Hjärnans utveckling är beroende av anknytningsprocessen. En nyligen publicerad studie som gjorts i England på rumänska adoptivbarn har visat att det gick att reparera skador hos barn som inte var äldre än 6 månader, men en stor grupp av de barn som kom senare har diagnostiserats som autistiska. Under perioden från 7 månader till 3 år är hjärnan öppen för anknytningssamspel.

Den erfarenhetsberoende hjärnutvecklingen

Erfarenhetsberoende innebär följande: *hur* hjärnan utvecklas är beroende av hur omgivningen ser ut, och hur omgivningen ser ut har stor betydelse för vilket anknytningsmönster som utvecklas.

Leif ger en snabb beskrivning av de olika anknytningsmönstren:

- A. Undvikande anknytning = "jag måste hämma mitt anknytningsbeteende annars blir jag avvisad".
- B. Trygg anknytning = "objektet finns där när jag behöver det".
- C. Ambivalent anknytning = "Jag måste överdriva mitt anknytningsbeteende för att mamma skall se mig".

A, B, C är organiserade former av anknytning.

D. Desorganiserad anknytning = känslan hos barnet är: "jag lever i en oberäknelig värld".

Denna form av anknytningsmönster och dess påverkan på hjärnan fokuserar Leif på i föreläsningen. Det är denna form som har mest skadlig påverkan på hjärnan.

Desorganiserad anknytning

Mönstret vid denna anknytning är följande: Barnet blir rädd och söker närhet till objektet (ofta mamman), när barnet söker kontakt med mamman så blir det bemött på ett hotfullt sätt och kanske misshandlat, då blir barnet otryggt och rädd och söker trygghet hos mamman som på nytt skrämmer det o.s.v. Detta upprepas under hela barnets anknytningsprocess. Följden blir att anknytningsystemet

aldrig kopplas ur och barnet är upptaget med att söka trygghet hela tiden. När barnets anknytnings-system är påkopplat hela tiden blir det utforskande systemet lidande och barnets hjärna får inte den stimulans den behöver för att utvecklas. Mammans hotfulla beteende kan handla om att hon skrämmar barnet men också att hon p.g.a. sin egen problematik blir skrämmd av barnet. Mamman kan också växla mellan de två positionerna.

Vid trygg anknytning gynnas den kognitiva utvecklingen och forskning visar korrelation mellan hög IQ och trygg anknytning. Vid desorganiserad anknytning är anknytningssystemet påkopplat hela tiden och då är de delar av hjärnan som har med mentaliseringsprocessen att göra avaktiverade. Tryggt anknutna barn är de barn som tidigast utvecklar "theory of mind". A- och C-anknutna barn utvecklar detta senare. Barn med en desorganiserad anknytning riskerar att aldrig utveckla "theory of mind".

När samspelet fungerar frigörs dopamin och endogena opiater i hjärnan. Dessa substanser behövs för hjärnans utveckling bl.a. för utvecklingen av orbitofrontala cortex. Denna del av hjärnan har en styrande funktion bl.a. på affekter. När samspelet präglas av negativ affekt som vid desorganiserad anknytning frigörs inte de signalsubstanser som behövs för utvecklingen av hjärnan tillräckligt och följderna blir att kopplingen mellan kognition och affekt blir underutvecklad.

Stressrespons

Barn som misshandlas blir stressade. Eftersom de utsätts för kontinuerlig stress kommer systemet i olag och stressresponsen går inte att stänga av när de blir lugnare. När stresshormonerna är aktiva hela tiden skadas hippocampus och utvecklingen av frontalloberna. De funktioner som skadas är bl.a. inprägling och återkallning av minnet och kopplingen mellan affekt och tanke.

Reparerbarhet

Studier av effekterna av psykoterapi visar att terapi kan öka komplexiteten i hjärnan framförallt hippocampus. De skador som uppkommer i hjärnan kan leda till brister i förmågan att reglera affekter och särskilt negativa affekter. Vid organiserad anknytning får barnet hjälp av mamman att reglera sina affekter, mammans hjärna fungera som en "hjälp hjärna" för barnets hjärna. Om mamman saknar förmåga att själv styra sina affekter så blir följderna att barnet inte får hjälp att utveckla denna förmåga.

De mammor som blir rädda för sina barn och inte har kontakt med sina egna inre känslor kan inte tolka barnets känslor på rätt sätt. Barnet får då inte heller hjälp att tolka sitt inre och kan skadas av att bli utsatt för felaktiga tolkningar "mismatchat".

Detta bidrar till att barnet får ett torftigt språk för upplevelser och känslor. Barnet kan inte förstå och beskriva orsaken till sina handlingar, exempelvis anledningen till att det slagit ett annat barn.

Diagnosen ADHD och andra symptomdiagnoser

Några av de viktigaste kriterierna vid ADHD är brister i affektstyrning och impuls kontroll. Desorganiserad anknytning kännetecknas bl.a. av att kopplingen mellan tanke och affekt är bristfällig. Även utvecklingen av prefrontala cortex blir skadad. Hyperaktivitet är ett annat diagnoskriterium vid ADHD. När stressresponsen är påslagen hela tiden innebär det att barnet upplever sig vara i en farosituation hela tiden. Det leder till att man måste vara uppmärksam mot mål överallt för att kunna identifiera faran. Det får till följd att man inte kan koncentrera sig på en sak och hålla ett fokus. Symptomen vid ADHD liknar symptomen vid PTSD.

Leif ställer frågan hur vi kan beskriva ADHD-symptom som genetiska medan PTSD-symptom, som är likartade, inte är det. Det undersöks alltför sällan om det är miljön som ger upphov till symptomen som kännetecknar ADHD.

Autism

Gruppen med autismspektrumstörning har vidgats kolossalt idag. Kan vi hävda att autism är en störning som finns från födelsen, undrar Leif. Brister i "theory of mind" är en viktig faktor i denna störning. Bl.a. forskaren P. Fonagy har visat att "theory of mind" är en utvecklingsfaktor. Han tillägger dock att man måste skilja denna form av autism från den som beror på en hjärnskada.

Susanne Fejne



Under eftermiddagen föreläste **Tove Svendsen**. Tove är psykolog, verksam i danska Århus, och pionjär vad gäller terapi med vuxna människor med utvecklingsstörning och stora känslomässiga svårigheter eller beteendestörningar. Hon har arbetat med denna målgrupp i mer än tjugo år och har även utvecklat en egen metod med utgångspunkt i bl.a. Sterns utvecklingspsykologiska teorier. Idag driver Tove sin egen firma, CEUD (Center for Udviklingshaemning og Psykisk Velvaere), och får många av sina uppdrag från socialtjänsten. Ofta kopplas hon in som den sista utvägen, "det sista halmstrået", när omgivningen upplever att allt har prövats och situationen är ohållbar. Det händer även att familjemedlemmar söker och betalar terapin själva. Tove är också knuten till Kompetencecenter for Aldring og Helse i Tønsberg, Norge, där hon arbetar med frågor som rör utvecklingsstörning och åldrande.

Kartlägg och fråga oftare varför beteendet har uppstått

När en person med utvecklingsstörning utvecklar svåra störningar, förklaras beteendet ofta med diagnosen utvecklingsstörning. Men sällan är det någon som frågar vad personen har upplevt, hur det sett ut tidigare i livet etc. Vi måste, menar Tove, titta mer på relationer och samspel, undersöka den känslomässiga

utvecklingen och försöka förstå vad det är som har hämmat den. Vi ska inte möta personen med dess diagnos. Psykologen är här mycket viktig, men tidigare har det handlat mer om psykiatriker. Tove menar att psykologer har mycket kunskap att bidra med i dessa ärenden. Men tyvärr har psykologerna ofta varit lite fega och i utredningar inte gått på djupet för att ta reda på hur och varför dessa beteendevikelser har uppkommit. Ofta kan man hitta att det är efterverkningar av barndomstrauman. Vi måste öka vår förståelse för barndomstraumans betydelser för vuxna människor med utvecklingsstörning, fastslår Tove.

Att få igång utvecklingen genom terapi

Barn med utvecklingsstörning blir oftare utsatta för traumatiserande upplevelser i barndomen och de har också svårare att förstå vad som hänt dem, vilket leder till att traumat blir dubbelt. Tove arbetar efter Sterns tankar att vi människor utvecklas hela livet om vi blir sedda och hörda. Genom terapi kan utvecklingen komma igång igen, det sker visserligen mycket långsamt, men det går. Genom detta kan livskvaliteten öka och personen i fråga kan få det mycket bättre här i livet. Människor med utvecklingsstörning har samma behov som alla andra och behöver samma bemötande som andra, men det måste ofta vara enligt principen *mer och långsammare*. Samspelet mellan föräldrar och barn är grunden, det är där utvecklingen startar och fortskrider. Tyvärr har många vuxna med utvecklingsstörning inte fått uppleva detta i tillräckligt hög grad och denna brist förstärks om de befinner sig på boenden och verksamheter där personalen roterar, där de inte har någon specifik kontaktperson utan tanken är att de ska vänja sig vid att kunna vara med alla i personalen. De kanske utvecklings- och känslomässigt befinner sig på en tre- eller femårings nivå, men kan ändå träffa ett stort antal människor på en dag. Istället behöver de anknytning för att kunna utvecklas vidare.

Funktionellt utvecklingsstörda

Tove berättar om en grupp som hon kallar för "funktionellt utvecklingsstörda", personer som vid testning visar sig vara utvecklingsstörda men som egentligen inte är det. I dessa fall har, enligt Tove, "den första dansen", det glädjefulla samspelet mellan föräldrar och barn, inte kommit igång och barnet har vuxit upp utan att bli riktigt mött. Dessa personer bär på många dolda resurser, som inte utvecklas förrän de hamnar i en god relation. Hur många detta gäller vet inte Tove, men anser att det är fler än vi

tror. En tanke hon har är att det döljer sig många funktionellt utvecklingsstörda i gruppen kriminella, personer som när de testas som vuxna får ett lågt resultat och skrivs in som utvecklingsstörda men egentligen aldrig har varit det. Tove ser att när dessa personer bor för sig själva med minimalt stöd, blir deras lägenhet lätt tillhåll för andra ("dåligt sällskap"). De är rädda att vara ensamma på natten och får oftast bara stöd av personal på dagen. Personalen säger: "De vill inte städa när vi kommer, bara prata" – de vill i första hand ha en relation, inte praktisk hjälp. De kan ha svårt med att arbeta, tappar fort intresset, har ångest och ibland ett hotfullt beteende. Fördelningen mellan män och kvinnor i denna grupp vet inte Tove, men kliniskt tycker hon sig se ungefär lika många män som kvinnor.

Fallbeskrivningar

När Toves patienter kommer till henne, mår de ofta mycket dåligt. De kan t.ex. vara aggressiva, depressiva, de kan skära sig och vara tungt medicinerade, höra röster och uppleva kroppslig smärta, de har inte ögonkontakt, är rädda att sova själva och sköter inte hygien. Personalen säger ofta att personen ifråga är psykotisk. Tove börjar med att forma relationen, ända tills patienten börjar tala om sig själv. Hon försöker komma underfund med var personen befinner sig i utvecklingen med utgångspunkt i Sterns teorier. Så småningom, efter en längre tids terapi, börjar personen utvecklas. Mycket av det som framkommer i terapin handlar om barndomstrauman. Personerna har en massa resurser som aldrig blivit utvecklade. När de får en tillitsfull relation, utvecklas dessa resurser. Terapeuten gör det som omgivningen skulle ha gjort tidigare. Tove berättar bl.a. om en patient som utvecklade ett gott språk, de kognitiva funktionerna stärktes, hon lärde sig att läsa m.m. Enligt Toves uppfattning hade vissa av dessa personer inte behövt bli utvecklingsstörda under andra uppväxtvillkor. Förmodligen hade en svagbegåvning funnits, men Tove menar att vissa aldrig fått det de behövde för att kunna utvecklas utan istället upplevt hån, förakt, bestraffningar och emotionellt missbruk.

Olika typer av trauman

Vilka trauman har mest traumatisk verkan på lång sikt? Det bedrivs forskning för att undersöka långtidsverkan för olika typer av trauman, såsom fysisk misshandel, sexuella övergrepp, emotionella övergrepp och försummelse/omsorgssvikt. Tove berättar om en kanadensisk undersökning där 4000 kvinnor studerades, som visade att emotionella trauman har svårast långtidsverkningskraft. Trots detta har vi oftast mest fokus på sexuella övergrepp. Vi bör uppmärksamma emotionella trauman i högre grad, då det är en form av trauma som personer med utvecklingsstörning ofta utsätts för.

Man har funnit att följderna för personer med utvecklingsstörning som utsatts för sexuella övergrepp kan bli exempelvis en ambivalens inför övergreppet, att den som utsatts inte sällan reagerar mer på att ha blivit respektlöst behandlad än på själva övergreppet i sig, att män som utsatts ofta själva begår övergrepp, att kvinnor lätt utvecklar ett "inbjudande" beteende, att det är vanligt med självskadande beteende och depressionsliknande tillstånd. Vid fysisk misshandel blir konsekvenserna t.ex. mycket sorg och utagerande beteende, misstro, ångest för det som är oberäkneligt/svårt att förutsäga, depression och fysisk smärtproblematik.

Tove tar också upp att utvecklingsstörda som grupp upplever mer psykiskt lidande än andra. Det talas ofta om att det är en följd av utvecklingsstörningen, men det anser hon vara felaktigt. Snarare är det en följd av uppväxtvillkor och traumatiska upplevelser. Avsaknad av vuxna som kan hjälpa till att skapa förståelse, mening, sammanhang och överblick över tillvaron ökar sårbarheten och benägenheten att senare i livet utveckla ångest och depression. Vi måste alltså, upprepar Tove, våga se bortom och bakom diagnosen.

Sorg

Enligt Tove är sorg det värsta traumat. Många vuxna med utvecklingsstörning har mycket sorg över vad de har upplevt. Störst är sorgen över att vara annorlunda. Många har aldrig pratat om det, omgivningen har inte orkat eller fått rådet att inte beröra det. Personer med utvecklingsstörning upplever även fler förluster än andra: förlust av möjligheter, önskningar och drömmar, och förlust av relationer, inte minst i form av personal och medboenden som växlar genom åren. Detta får till följd att de går med trauman och sorg som vi inte känner till, vilket kan prägla deras tillvaro och hämma dem.

Tove ger exempel ur den kliniska vardagen, t.ex. berättar hon om en man som väntat på sin döde far i nästan 40 år, eftersom han som liten tolkat de vuxnas ord om att han "gått bort" bokstavligen. Att inte tala om sjukdom och död är inte att hjälpa. Personer med utvecklingsstörning behöver bearbeta sorg på samma sätt som alla andra. Tove poängterar att det är ett trauma i sig att hållas utanför skeenden. Hon ger även exempel på att ett plötsligt förändrat beteende hos en vuxen person med

utvecklingsstörning kan bero på återuppväckta trauman och därmed sammanhängande sorg. Det är därför viktigt att inte automatiskt tänka "psykiatri" eller omedelbart misstänka demens vid plötsligt förändrat beteende hos äldre med utvecklingsstörning. Det är – och här inskräper Tove återigen sitt budskap – viktigt att vi försöker ta reda på vad som ligger bakom beteendestörningen. Inte sällan kan det visa sig vara just sorg.

Lena Holm
Annika Olsson

Utvärdering av POMS-studiedagen den 20 oktober



Fikapaus på Finlandshuset

Vad tyckte du om förmiddagens föreläsning?

Intressant, men kunde varit mer neuropsykologi, mkt intressant och givande. Bra med koppling ADHD-diagnos, bra fördjupning av förra årets föreläsning, modigt att våga ta upp ämnet, tydligt och tänkvärt.

Matnyttigt, lite upprepning från Leifs förra föreläsning, integrerande, hade varit bra med visuellt stöd i form av overhead.

Hade önskat fortsättning på e.m., mycket upprepning från förra föreläsningen för två år sedan som kunde ha förkortats. Efter långsam inledning blev det riktigt bra, önskvärt med bättre struktur, ej läsa innantill i sin text, önskat mer betoning på sista delen av föreläsningen, intressant med kopplingen mellan psykologiska företeelser och neuropsykologi samt diagnostisering och forskning. Efterlyses mer koppling kring ett psykoterapeutiskt perspektiv. För lite teoretiskt/statistiskt underbyggt, källor etc. Gav mycket inspiration, ej nytt men viktigt. Bra om Leif fokuserat på psykologens roll, bra tempo, jag hann anteckna. Lite svårt att på bakersta raden se whiteboard-tavlan. En underskattning av åhörarna, delen före paus bestod av mycket allmänt och självklart. Innehållet kunde kortas ner betydligt, för mycket svepande formuleringar, använde också vissa begrepp mycket slarvigt. Hade vunnit på att ha powerpoint, skulle ha varit värdefullt med koppling till barn med funktionsnedsättning. Hade varit bra med skriftligt material före föreläsningen, lite rörig. Kunde ha varit mer ingående, djupare om skador på hjärnan.

Vad tyckte du om eftermiddagens föreläsning?

Krävde koncentration, men mycket givande, bra om overheaden varit översatta till svenska. Trots svårt ämne hoppingivande att utveckling kan ske och reparation. Danskan svår att förstå. Alltid bra att få ta del av kliniskt arbete, roligt att få höra hur det är i våra grannländer. Bra med fallbeskrivningar,

bra när personer översatte danskan, viktigt, intressant men lite svårt att förstå språket, men som helhet mycket bra.

Spännande, roligt få höra om handfast terapiarbete, vore bra med anteckningar i förväg, "stolpar" på innehållet. Inspirerande, jag får med mig den humanistiska hållningen, får bekräftat att det går att möta människor där de är.

Duktig föreläsare, väldigt intressant med en föreläsare som arbetat med psykoterapi med denna grupp människor, föreläsaren talade för fort. Av det jag förstod tyckte jag inte det var något nytt. Jag fick inga nya tankar. Hade inga problem med danska språket. Vi har samma mänskliga problem i olika länder, vi behöver kämpa ihop.

Mer visuellt stöd hade varit bra. Bra att höra om gruppen jag arbetar med (utvecklingsstörda).

Levande, engagerat och inspirerande. Varit bra om någon sammanfattat kontinuerligt. Sympatisk föreläsare. Saknade lite mer av den utlovade kopplingen till utvecklingspsykologisk teori.

Dagen som helhet?

Givande, ett område som tycks bli allt viktigare. Bra, tack för den. Gott med "tankmat". Lagoma pauser. Mycket intressant, angeläget tema, viktig inriktning på innehållet. Skulle önskat att föreläsarna hade lite mer audiovisuellt material. Givande. Bra upplägg. Mycket bra dag. Utmärkt. Mycket tankeväckande, nyttigt. Det hade varit bra om det förtydligats i programmet att e.m.var på danska. Önskat mer om själva funktionshindret.

Trevligt organiserat. Alltid trevligt att få träffa kollegor inom området. Därför bra med lång lunch.

Jätteintressant tema. Hade varit bra om mikrofonen skickats till frågeställarna. Betona punktlighet mer. Kunde varit bättre/hade större förväntningar. Tack! Ser framemot tredagarskonferensen. Dålig akustik i salen, eko. Utmärkt att ni hade tänkt på att inte ha skinka på alla smörgåsarna på fiket. Fått mer kunskap och inspiration att fortsätta hemma. Lagom långa föreläsningar. Bra planerad. Kanske ska man ha något "sträck på sig"-avbrott utan att lämna salen efter 45 min. Hade önskat mer av hur föräldrarnas trauma påverkar anknytningen mellan barn/föräldrar.

Jättetrevligt. Båda hjälpte till att marknadsföra psykoterapi. Kaka behövs till kaffet.

Har du några förslag på föreläsare för nästa konferens som kommer att hållas på samma tema i Göteborg hösten –09?

Fonagy, Leif Andersson, fallbeskrivningar och teorianknytning/affektteori bl.a. Britta Blomberg. Susanne Kaplan + Lena Tunell. Sue Gerhardt. Psykolog på Rädda Barnen som arbetar med utvecklingsstörda som varit utsatta för sexuella övergrepp. Christina Renlund, lyssnar gärna på mer om insatser, behandling, prognoser. Tvång i relation till trauma och behandling. Någon som kan prata om "medicinska" trauma och deras inverkan (operationer etc.). Anders Broberg, Valerie Sinason. Psykisk ohälsa hos barn med funktionshinder utifrån artikel i Psykologtidningen okt. 08. Presentation av några forskningsprojekt inom området utvecklingsstörning/rörelsehinder/kognition. Manlig psykolog som ägnat yrkeslivet åt att undersöka vad förluster gör med oss människor, han har varit chef för Sorgemottagningen i Stockholm.

Gärna fördjupning i hur Tove arbetar i sina terapier. Några föreläsare som kan "balansera" mot de krafter/trender i dag som framhäver diagnos. Gärna ett samhällsperspektiv. Olof Risberg på Rädda Barnen. Fokusera mera på psykologrollen i diagnostiserandet. Begreppen "förvärvad utvecklingsstörning", pseudodebil. Forskning som stöder effekt av psykoterapi och kognitiv utveckling. Allan Shore. Psykoterapimottagningen i Göteborg. Svenska analytiker som arbetar med "neuropsykoanalys" ex. Irene Matthis. Björn Salomsson (arbetar bl.a. med spädbarn samt med barn med neuropsykiatriska diagnoser). Någon som arbetar med mentalisering. Trauma ur KBT-perspektivet. Råd- och stöd kontra terapi. Vuxenpsykiatri - terapi, inte bara KBT. Boel Ekdahl.

*Utvärderingen sammanställd av **Kristina Nilsson***

Som tidigare meddelats har Ruben Persson, 57 år, avlidit efter en längre tids sjukdom. Hans närmaste är hustrun Eva och barnen Jenny och Mårten.

Ruben Persson En traditionsbunden radikal



Ruben Persson utbildade sig till psykolog på 1970-talet i Lund. Han arbetade sedan hela sitt liv som psykolog och enhetschef inom omsorg- och habiliteringsverksamhet inom landsting, kommun och region i Skåne. Han hade också tidigt ett starkt fackligt engagemang i Psykologförbundet.

Ruben steg rakt in i vårt sällskap med långt vågigt hår, stort skägg och trätofflor när vi började läsa psykologi på universitetet. Han presenterade sig som Leif Persson. Tittade vi noga i närvarolistan stod det "Leif Ruben Persson". Då blev han Ruben på riktigt.

Han var Charles Dickens bland oss, fast 1820-talets London var för Ruben 1960-talets Landskrona. Därifrån kom revanschismen, hans röst och attityd. Där var rötterna, därifrån kom alla anekdoter och en oändlig ström av fakta om udda händelser. Han var ett levande lexikon, 60-tals popmusik, litteratur, platser och matcher. En trädgårdsfantast och en stor talang i köket.

Ruben var lokalpatriot av stora mått. Aldrig lät han sig imponeras av något från skuggan av Glumslövsbackarna främmande. Ett förstrött "Mån de'..." blev responsen när det nämndes erfarenheter från annat håll. Men detta ointresse var bara yta. Ruben var ytterst närvarande, han var ett naturligt centrum. Han såg oss. Han lyssnade. Han var omtänksam och ömsint.

Vi har haft glädjen att umgås familjevis och har under åren lekt, tävlat och upptäckt mycket tillsammans.

Han stred länge med sin sjukdom. "Hur har du det?" frågade vi, "Med mig är det alldeles utmärkt, men här inne är det skit", svarade han och pekade på kroppen.

Nära fyrtio år av vänskap har nu bara tagit slut. Så fort, så tidigt.

Claes och Gunilla Levin
Thomas och Tullie Sewerin

*Denna artikel har tidigare publicerats i Sydsvenska Dagbladet.
Se även Anders Hallborgs minnesord i Psykologtidningen nr 11/2008.*

Hur uppfattar barn med autism ansikten?



Agneta Blomgren Hellmark jobbar som psykolog inom Barn- och Utbildningsförvaltningen i Österåkers kommun. Hon är nybliven specialist i neuropsykologi och har genomfört en studie över hur barn, med och utan autism, uppfattar ansikten. Hon har registrerat ögonrörelser i en datorskanner när barnen tittar på bilder av ansikten med olika uttryck, samt jämfört kognitiva profiler och social kognition. Vi på POMS-bladet blev intresserade och kontaktade Agneta via e-post för att få veta mer.

*Här följer en intervju om hennes vetenskapliga arbete med titeln: **Patterns of Gaze Behaviour, Social Cognition and Cognitive Profile in Children with Autism Spectrum Disorders.***

Hur blev du intresserad av detta ämne?

Intresset för ämnet autism samt andra tidiga utvecklingsrelaterade tillstånd och även känslomässiga svårigheter hos barn började när jag läste PEG (Påbyggnadsutbildning efter grundutbildningen i psykologi enligt den äldre studieordningen) vid Stockholms universitet i slutet av 70-talet. Vi läste en hel del forskningsrapporter och litteratur om autism. Jag minns särskilt titlar som: *Dibs söker sig själv*, *Victor den vilde pojken från Aveyron*, *Pojken i glaskupan* m.fl. Vi hade också en lärare under kursmomentet Utvecklingspsykologi som inspirerade mig mycket. Hon var barnpsykoterapeut vid Erica-stiftelsen i Stockholm. När det sedan blev dags för mig att skriva en CD1-uppsats så fick jag genom henne och en annan av hennes kollegor på Erica-stiftelsen möjlighet att låna ett videofilmad forskningsmaterial från deras förskolegrupp. Upplägget för den uppsatsen var att utifrån objekt-relationsteoretiska termer (Margaret Mahler m.fl.) hitta kriterier för att beskriva den sociala utvecklingen och individuationsutvecklingen hos några av barnen i gruppen t.ex. vid lämnings- och hämtningssituationer och i leksituationer. Flera av barnens svårigheter hade beskrivits som borderline-tillstånd, några andra som Aspergers syndrom.

Det var jättespännande och verkligen enormt lärorikt! Just att kunna urskilja kliniska kriterier utifrån två olika teoretiska utgångspunkter, dvs. psykodynamiskt synsätt och neuropsykologiskt, var en utmaning. Det är kunskaper som jag sedan har haft stor nytta av och kunnat bygga på under åren av kliniskt arbete med både barn och vuxna inom t.ex. skola, barn-och ungdomspsykiatri och vuxenpsykiatri.

Vad handlar din vetenskapliga studie om?

Det vetenskapliga arbete som jag nu 25 år senare skrivit inom ramen för specialistordningen i neuropsykologi handlar om på vilket sätt ögonrörelser, social förmåga och kognitiv profil samverkar för barn med autismspektrumtillstånd och var och en för sig kan utgöra delar i det autistiska syndromet. Jag ville också undersöka om det fanns skillnader mellan typiskt utvecklade barn (vanliga barn) och barn med autism i dessa aspekter. Genom samverkan med en forskargrupp vid Astrid Lindgrens Barnsjukhus och S:t Eriks Ögonsjukhus fick jag tillgång till två grupper av barn och deras föräldrar som var intresserade av att delta i studien. Ögonrörelserna mättes utifrån ett paradigm av ögonrörelse-

mönster som utformades och testades i samverkan med forskargruppen vid S:t Eriks Ögonsjukhus. Båda grupperna av barn fick titta på bilder av ansikten med olika uttryck och deras ögonrörelser registrerades i en speciell datorscanner för ögonrörelser. Ögonrörelserna mättes i millisekunder i fixeringspunkter på vissa delar av ansikten och dels i ögonrörelser inom ett visst intresseområde för varje ansikte. Den kognitiva nivån mättes med hjälp av WISC-IV och för den sociala förmågan användes en speciell bearbetning av kvalitativ förmåga att kunna återberätta sociala historier utifrån Bildarrangemang i WISC.

Vad är resultatet och dina viktigaste slutsatser?

Resultaten visar att barn med autismspektrumtillstånd när det gällde begåvningsprofil (WISC-IV) inte skiljde sig åt vid jämförelse med de typiskt utvecklade barnen i samma åldrar. De låg alla inom området för normalbegåvning. När det gällde förmågan att fokusera sina ögonrörelser för intresseområden och att fånga upp väsentliga drag och uttryck i mänskliga ansikten visade barnen med Aspergers syndrom att de hade betydande svårigheter. Likaså hade de svårigheter när det gällde förmågan att uppmärksamma och återberätta sociala skeenden i sekvenser av bildberättelser. Skillnaden mellan grupperna inom dessa områden var statistiskt signifikant.

Vem har nytta av dina resultat och hur kan de användas?

Min förhoppning är att resultaten ska kunna användas av föräldrar och pedagoger inom skola och barnomsorg. Det skulle vara en stor hjälp för många av barnen med framför allt Aspergers syndrom att tidigt kunna få träning i att uppmärksamma vitala delar av mänskliga ansikten och ansiktsuttryck. På så sätt kan barnen så småningom, med stigande ålder och mognad, kognitivt lära sig hur vissa uttryck ska tolkas, vilken social kod som de bör förhålla sig till osv. Resultaten kan ju då användas för att underlätta barnens vardagsliv så att de kan fungera bättre i sociala sammanhang, t.ex. i kamratgrupper, i skola och senare i arbetslivet.

Jag hoppas också att mina resultat ska kunna öka kunskapen om de svårigheter som förknippas med funktionshindret. Detta för att människor i gemen behöver få en ökad förståelse för olika aspekter av barnens svårigheter. Oftast är ju autismspektrumtillstånd ett funktionshinder som inte syns utanpå, barnen blir ofta missförstådda p.g.a. detta. De tilltros ofta mer än de är kapabla att klara av och förvåningen och frustrationen blir ofta stor hos motparten när det inte fungerar. Det är inte alltid så lätt för omgivningen att riktigt förstå svårigheterna i hela dess omfattning.

Ytterligare reflektioner och tankar du fick under arbetets gång?

På planeringsstadiet av studien var det lätt att hitta en mängd frågeställningar och infallsvinklar som jag ville ha svar på eftersom autism och autismspektrumtillstånd är så gäckande, mångfasetterat och intressant. Jag fick också fint gensvar för uppslaget med ögonrörelser och social kognition från handledaren och de forskningsgrupper som sedan kom att samverka. Lite senare under arbetets gång blev det hela mera verkligt med svåra avvägningar och beslut för att avgränsa, konkretisera och operationalisera frågeställningarna. De avancerade statistiska beräkningarna tog massor med tid och innebar behov av "brush-up" av tidigare utbildningsmoment i forskningsstatistik och en hel del kompletterande studier. Här utgjorde diskussionerna och stödet från handledaren och seniorskollegiet (Specialistordningen) nödvändiga inslag. Min familj och mina vänner stöttade och uppmuntrade mig också enormt mycket under de år som jag gick specialistutbildningen och arbetade med min studie. Eftersom jag samtidigt hade heltidstjänst så blev det ofta helger och veckoslut som jag kunde ägna åt detta.

Tycker du det behövs mer forskning på detta område?

Fortsatt forskning på området tycker jag absolut är nödvändigt, trots att autism redan är ett forskningsområde som varje år producerar tusentals forskningsrapporter. De senaste årens forskning om autism utifrån neuropsykologiska och neurobiologiska aspekter ger ytterligare ny värdefull kunskap, här tänker jag särskilt på utforskandet av spegelneuroner och även på hur syn- och hörselcentra i cortex utvecklas hos barn med autismspektrumtillstånd. Kanske närmar vi oss så småningom "gåtans lösning" eller kan ringa in kunskapsområden som därmed kan ge metoder för behandling, träning och bemötande så att alla människor med tillståndet kan få möjlighet till ett bättre och rikare liv.

Något mer du vill tillägga?

Det är mycket glädjande att mitt forskningsarbete uppmärksammats av POMS och inom min nuvarande tjänst som kommunpsykolog har jag haft möjligheter att föreläsa och föra ut information om

autismspektrumtillstånd/Aspergers syndrom framför allt inom skolan och barnomsorgen. Det är ju viktigt att kommuner redan tidigt kan fånga upp dessa barn med sina särskilda behov och skapa förutsättningar för att de ska kunna lyckas i skolan och även i att så småningom hitta rätt i arbetslivet.

Lena Holm

Psykolog, Barn- och ungdomshabiliteringen i Örebro län

Avhandlingen finns på hemsidan www.poms.nu/medlem

Bokrecension:

Kärlekens roll av Sue Gerhardt

Som en av grundarna av Oxford Parent Infant Project har terapeuten Sue Gerhardt arbetat med samspelet mellan föräldrar och spädbarn. I *Kärlekens roll* förklarar hon även behovet av att göra detta. Bokens huvudsakliga argument är att nära relationer är nödvändiga för att spädbarnet skall utvecklas optimalt. Detta gäller såväl själva hjärnan som kroppens kemi och känsloliv. Människan är enligt Gerhardt det djur vars känslomässiga kunskaper till störst del beror på omgivning och erfarenhet. Att spädbarnets hjärna utvecklas som snabbast under dess arton första månader i livet tydliggör så också betydelsen av de första upplevelserna i livet.

Bokens teorier och hypoteser stöds genomgående av en riklig mängd referat från framstående och aktuell forskning inom området. Med ett antal exempel – från det personliga, professionella och offentliga livet – konkretiserar Gerhardt teorier och hypoteser tydligt. Texten är välskriven och klart strukturerad. Boken förmedlar såväl modern forskning, kring spädbarn och yttre påverkan på dessa, som handlingsalternativ för vuxna att hantera denna kunskap och bemöta spädbarn.



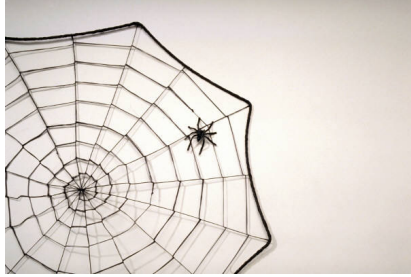
I bokens tre avsnitt behandlas: "grunderna: spädbarnen och deras hjärnor", "vacklande grunder och konsekvenserna av dem" samt "för mycket information – för få lösningar. Vad ska vi göra nu?". Den första delen, som utgår från grunden, ser närmare på hjärnans uppbyggnad och kemi. Gerhardt behandlar här anknytning mellan barn och förälder och dess påverkan på rent fysisk utveckling. Att inte få sina känslor bemötta och reglerade kan, enligt författaren, exempelvis medföra hormon-och immunförsvarsrubbingar. Därtill kommer att hjärnan i sig utvecklas i relation till andra människor. Den orbitofrontala hjärnan (som bland annat hanterar känslor) utvecklas i princip helt efter födseln och växer och utvecklas av anknytning och sociala möten snarare än regler och pedagogik. Gerhardt betonar här att sträng disciplin eller ambitiös pedagogisk inlärning för spädbarn är missriktad. För att hjärnan skall utvecklas optimalt krävs istället närhet till en kärleksfull vårdnadsgivare. Det har till och med påvisats i forskning att leenden och blickar får spädbarnets hjärna att växa. Den orbitofrontala hjärnbarken kan inte utvecklas i enskildhet, av barnet självt. Av de många områden i hjärnan som utvecklas efter födseln tillkommer även hjärnbarkens tinninglob, prefrontala och främre cingulum och hippocampus. Sociala och positiva erfarenheter skapar, som författaren framhåller, hos barnet synaptiska kopplingar mellan nervceller (särskilt stora förutsättningar för sådana kopplingar sker under spädbarns andra halvår i livet). Sympatiska kopplingar ger utveckling, ju bättre desto högre kvantitet, av de områden i hjärnan som kopplats samman. De olika områden som utvecklas i hjärnan efter spädbarnets födsel är sålunda beroende av social och positiv kontakt för att utvecklas och växa.

Som ett sista steg i utvecklingen av den känslomässiga hjärnan binds de båda hjärnhalvorna samman och barnet lär sig kommunicera verbalt. Känslohantering och arbetsminne utvecklas, vilket hjälper barn att anpassa sig till omgivningen, göra val och planera. För att lära sig att kommunicera känslor och upplevelser för författaren samtidigt fram vikten av att vårdnadshavare bekräftar och beskriver dem. Forskning, som boken refererar till, menar även att detta att verbalisera känslor är det som binder samman de båda hjärnhalvorna. En brist på känsloreglering ger därmed avtryck i den fysiska hjärnan. Att reglera känslor innebär enligt Gerhardt detsamma som att få en balans i signalsubstanser och hormon. Särskilt markant blir detta vid stressreaktioner. Frustrationer som genomgående inte bemöts (t.ex. att som uppfostringsmetod inte ta upp och trösta ett gråtande barn) ger höga kortisolhalter i hjärnan; något som anses giftigt och hämmande för en hjärna i utveckling. Hippocampus i synnerhet kan begränsas i tillväxt och utveckling av hög stress i tidig ålder. Svar på stress anses så av författaren ligga bakom en stor mängd psykiska och fysiska störningar. Gerhardt menar att destruktiva mönster i spädbarnsåldern även kan ge psykiska problem i vuxna ålder. Kring detta rör sig bokens andra del. Genomgående visas på skadliga mönster som utvecklats i spädbarnsåldern genom anpassning till vuxnas, snarare än egna, behov och sedan kommit att prägla det vuxna livet. För att reglera svåra känslor kan sedan de vuxna, enligt författaren, komma att självmedicinera sig med diverse preparat (alkohol, mat etc.) vilket i sin tur kan generera beroenden.

I motsats till stress och höga halter av kortisol (då de inte kan tas upp och brytas ner av kroppen på lämpligt vis) nämner författaren att barn med goda sociala kontakter (eller genetiska förutsättningar) kan ha stora mängder dopaminsynapser. Med hjälp av stora mängder dopamin kan även hjärnan fungera väl. Barnet lär sig snabbt anpassa sig till sin omgivning och är mer motståndskraftigt till psykisk problematik. Till skillnad från de individer som tidigt upplevt höga doser av kortisol (och stress) kan de lösa och hantera problem i högre grad och lugna sig själva, därigenom minskande risken för svårigheter liksom depression. Författaren betonar att särskilt amygdalas upplevelser av ångest påverkas av tidiga svåra upplevelser. Ju tidigare barn utsätts för svårigheter, desto mindre blir själva hjärnan, särskilt de främre delarna, och därmed minskar möjligheterna för självomhändertagande. Opiater som krävs för hjärnans uppbyggnad tillkommer inte barn med negativa sociala erfarenheter i samma utsträckning som barn med goda erfarenheter. Vilka förväntningar barnet har på omvärlden, något som är inlärt efter tidiga upplevelser, påverkar också beteendet hos barnet. Om omvärlden förväntas vara fientlig betar man sig adekvat utifrån den övertygelsen.

Så hur kan negativa konsekvenser undvikas? Hur kan informationen författaren förmedlar användas? Bokens tredje del behandlar möjliga lösningar på dessa frågor. Svaret som ges är att föräldrar eller vårdnadshavare måste ge sina barn positiva sociala och bekräftande erfarenheter och de som inte klarar av det måste kunna få hjälp utifrån för att lära sig göra detta. Gerhardt menar att "När föräldrar svarar på barnets signaler, deltar de i många viktiga biologiska processer. De hjälper spädbarnets nervsystem att mogna på ett sådant sätt att det inte blir överstressat. De hjälper de biokemiska systemen att etablera sig på rätt nivåer. De bidrar till att barnet får ett starkt immunförsvar och en tydlig stressrespons. De hjälper till att bygga upp barnets prefrontala hjärnbark och barnets förmåga att behålla information i minnet, att reflektera över känslor, och att hålla tillbaka impulser, vilket kommer att vara en viktig del av hans eller hennes framtida förmåga att fungera socialt". Viktigast är här måhända att minnas att det aldrig är försent att förbättra en svår situation. Författaren betonar att även om just spädbarnstiden har en stor betydelse för hjärnans utveckling är barndomen och tonårstiden viktig för den växande och mognande hjärnan, och utveckling (om än långsammare takt därefter) fortsätter livet ut. Detta borde verka som en uppmaning till oss alla att tänka på hur vi behandlar våra medmänniskor, inte minst barn och unga.

Hanna Troëng, psykolog



Våra nätverk

Kommunala handikappspsykologer. Då flera av oss sitter ensamma ute i kommunerna utan tillgång till kollegor ger träffarna en möjlighet att diskutera de frågor som är specifika för oss handikappspsykologer som verkar i kommunerna. Träffarna har som tidigare varit förlagda till Lund då flertalet av medlemmarna kommer från södra Sverige. Kontaktperson till nätverket är Marie Lindgren, Socialförvaltningen, handikappomsorgen, Halmstad.

Tel:035/138608, e-post: marie.e.lindgren@halmstad.se

Anders Svensson är kontaktperson för nätverket kring ”**övergrepp och utvecklingsstörning**”. Mitt engagemang inom ämnet ”övergrepp och utvecklingsstörning” är inom tre områden.

1. Praktiskt behandlingsarbete.
2. Deltagande i en rådgivningsgrupp inom ämnet tillsammans med kommuners handikappomsorger, polis, advokat och andra. I verksamheten ingår både rådgivning och undervisning. Hittills har ca 450 deltagit i undervisning.
3. Rådgivning och handledning till kolleger inom landet via telefon och e-post. E-postadress: anders.s.svensson@skane.se

Psykoterapinätverket. Kontaktperson **Stefan Lycknert**: stefan.lycknert@sll.se

Psykoterapinätverket härstammar från de IHPU-kurser som haft psykoterapeutiskt arbete med personer med utvecklingsstörning som studieområde. Även i år presenterade tre av föreningens medlemmar sina erfarenheter och funderingar kring terapiarbetet som sker med olika metoder för vår grupp. Se rapport i Nr 2,juni 2005.

Föräldrar med kognitiva svårigheter = SUF ”Samverkan kring barn och föräldrar i familjer där någon förälder har utvecklingsstörning eller andra kognitiva svårigheter”.

Kontaktperson **Lydia Springer**: lydia.springer@lul.se

Kommer du i ditt arbete i kontakt med barn, ungdomar eller vuxna med funktionshinder? Bli medlem i POMS Handikappspsykologernas Yrkesförening!

Som medlem får du tillgång till medlemssidorna på hemsidan www.poms.nu där **POMS-bladet** finns, men även annan intressant läsning. Föreningen, som är en yrkesförening inom Sveriges Psykologförbund har en lång historia som kännetecknas av ett starkt engagemang för det professionella arbetet och livsvillkoren för personer med funktionshinder.

Läs mer om föreningen på hemsidan www.poms.nu, där kan du även anmäla dig som medlem!