



**LUNDS**  
UNIVERSITET

Institutionen för psykologi

## **KBT med svagbegåvade klienter**

**- ett tillvägagångssätt för konceptualisering och behandling**

**Almut Peters**

Psykoterapeutexamensuppsats Vol. V (2010):13

Handledare: Gardar Viborg  
Examinator: Lars-Gunnar Lundh

---

**PST** PSYKOTERAPEUTPROGRAMMET

Peters, A (2010). *KBT med svagbegåvade klienter - ett tillvägagångssätt för konceptualisering och behandling*. Psykoterapeutexamensuppsats, Institutionen för Psykologi, Lunds Universitet.

## SAMMANFATTNING

Kognitiv beteendeterapi (KBT) kan idag erbjuda evidensbaserade behandlingar för de flesta psykiska sjukdomar, men har inte utvecklats systematiskt för svagbegåvade personer med psykiska besvär. Individerna i denna osynliga befolkningsgrupp är emellertid extra sårbara för psykisk ohälsa pga sina sociala livsvillkor, samt sina psykobiologiska förutsättningar.

Med stöd i forskning om KBT för lågbegåvade personer formuleras och prövas i detta arbete ett tillvägagångssätt för KBT för svagbegåvade. Utgångspunkten är att behandlaren först måste undersöka klientens kognitiva begränsningar och utvärdera dennes förmåga att arbeta kognitivt. Den individuella fallformuleringen kan då integrera alla klientens förutsättningar, och enkla kognitiva interventioner kan väljas ut och anpassas därefter.

I en fallstudie prövas detta tillvägagångssätt i form av en manualiserad kartläggning och en anpassad kognitiv intervention kring negativa automatiska tankar. Resultaten visar att klienten bara kan tillgodogöra sig delar av den kognitiva interventionen. Författaren drar slutsatsen att svagbegåvade klienter för sin inläring behöver rikligt med tid och repetitioner, konkreta och upplevelsebaserade tekniker, samt träning i att överföra nya förmågor till sin vardag. För att svagbegåvade personer ska kunna få tillgång till KBT behövs forskning om målgruppen och utbildning av terapeuter i anpassad kartläggning och teknik.

Nyckelord: KBT, svagbegåvade, lågbegåvade, kognitiva interventioner, fallstudie.

Peters, A (2010). *KBT med svagbegåvade klienter - ett tillvägagångssätt för konceptualisering och behandling*. Psykoterapeutexamensuppsats, Institutionen för Psykologi, Lunds Universitet.

## ABSTRACT

Cognitive-Behavioural-Therapy (CBT) can today offer evidence-based treatments for most psychological disorders, but has not developed systematically for people with borderline intellectual functioning (IQ 70-85) and their psychological disorders. Individuals in this unseen population are, however, exceptionally vulnerable to psychological disorders because of their social life situation, as well as their psycho-biological condition.

With the support of research concerning CBT for people with intellectual disabilities (under IQ 70), this study means to formulate and test a procedure for delivering CBT to people with borderline intellectual functioning. The author supposes that therapists first need to assess a client's cognitive limitations and her/his cognitive therapy abilities. An individual case formulation can then be integrated with an assessment of the client's abilities, and simple cognitive interventions can be chosen and adjusted thereafter.

In a case study, this procedure is tested by means of an assessment manual and an adapted intervention concerning negative automatic thoughts. The result shows that the client can only make use of parts of the cognitive intervention. The author concludes that clients with borderline intellectual functioning need ample of time and repetition, concrete and experience-based techniques, as well as training transferring new knowledge to their everyday lives. In order for CBT to become available to this client group further research is needed, as well as training of therapists in adapted assessment and techniques.

Keywords: CBT, borderline intellectual functioning (IQ 70-85), intellectual disabilities, cognitive interventions, case study.

## **TACK**

till mina klienter som velat dela med sig av sina problem och erfarenheter, komma med värdefulla invändningar och helt enkelt göra det bästa av dessa för mig nya tillvägagångssätt. Tack också till min handledare för det ovärderliga stödet. Sist men inte minst tack alla som uppmuntrat mig under tiden!

## INNEHÅLL

<b>1. BAKGRUND</b>	<b>5</b>
Syftet med denna studie	6
Målgruppen: kännetecken och förutsättningar	6
<b>2. TEORI</b>	<b>11</b>
Brist på forskning om svagbegåvade och psykoterapi	11
Behov av kognitiva interventioner för lågbegåvade	12
Forskning om förmågan att arbeta kognitivt	14
Kartläggning inför en behandling	18
Fallformulering av begåvningshandikappade klienter	20
Kognitiva metoder för lågbegåvade	22
Summering av litteraturgenomgången	27
Syftet i mer specifika termer	28
Hypoteser	29
<b>3. METOD</b>	<b>30</b>
Design - explorativ fallstudie	30
Deltagare	30
Fallbeskrivning	31
Procedur och mätinstrument	33
<b>4. RESULTAT</b>	<b>37</b>
Kartläggning och förmätning	37
Fallformulering	44
Behandlingsbeskrivning - Arbete med NAT	48
Registreringar och eftermätning	55
<b>5. DISKUSSION</b>	<b>58</b>
Analys av resultaten från fallstudien	59
Kritik av studiens design	63
Behov av fortsatt forskning och metodutveckling	67
Erfarenheter inför framtida KBT med svagbegåvade klienter	68
<b>REFERENSER</b>	<b>70</b>
<b>BILAGOR</b>	
Bilder för 8 grundkänslor	Bilaga 1
Orosformuläret	Bilaga 2
Exempel på visuellt stödjande material för NAT versus AT	Bilaga 3
Exempel på skriftligt material för NAT versus AT	Bilaga 4
Diagram som förtydligar Tabell 2	Bilaga 5

## 1. BAKGRUND

Psykoterapi som behandlingsform för psykiska sjukdomar, i perioder av kris och vid personliga problem har funnits i vår del av världen i ungefär hundra år nu. Kognitiv-beteendeeinriktade terapiformer [KBT] tillkom för mindre än 50 år sedan, och tillhandahåller härvidlag ett stort antal specificerade, evidensbaserade behandlingsupplägg. Psykoterapeutisk behandling, ”framför allt KBT, rangordnas idag högt vid i princip alla lindriga och medelsvåra tillstånd av depression och ångestsyndrom” (Socialstyrelsen, 2010). Forskare och kliniker fortsätter att lära sig om olika psykiska besvärstillstånd och olika målgrupper, för att kunna tillhandahålla bästa behandling efter individens behov och resurser.

En grupp människor som pga sin funktionsnedsättning behöver anpassade behandlingsformer är vuxna med begåvningshandikapp (Taylor, Lindsay, & Willner, 2008). I ett historiskt perspektiv måste man dock konstatera att begåvningshandikappade personers psykiska problem har blivit otillräckligt omhändertagna (Stenfert Kroese, 1997). Bristen på ett utbud av psykoterapier för denna målgrupp kan troligen förklaras som en kombination av olika faktorer. Dels fanns länge ett ointresse och begåvningshandikappade erbjöds sällan psykoterapeutisk behandling, vilket i den brittiska litteraturen hänvisas till som ”the unoffered chair” (Taylor et al, 2008). Dels brast det i förståelsen för begåvnings-handikappades förutsättningar och fungerande. Ett exempel på fördomar om gruppen framkommer i titeln på en artikel (Sovner & Hurley, 1983, refererat i Reed, 1997): ”*Do the mentally retarded suffer from affective illnesses?*” Slutligen försvårar klienternas egna kognitiva och kommunikativa begränsningar ett terapiarbete.

Vuxna vars begåvningsnivå bara är lite nedsatt utan att ha lett till en utvecklingsstörning, de så kallat svagbegåvade, är på många sätt en osynlig grupp (Carling, 2003). Medan lågbegåvade barn och vuxna idag i Sverige har tillgång till särskilda insatser genom habilitering, skola och socialförvaltning, har svagbegåvade personer inga särskilda rättigheter och faller därför ofta mellan stolarna. Begreppen svagbegåvning respektive lågbegåvning syftar på graden av en persons begåvning, där svagbegåvad motsvarar området intelligenskvot [IK] 70 till 85 och lågbegåvad betecknar området under IK 70. Den föreliggande studiens målgrupp är svagbegåvade vuxna, men forskningen om denna grupp är mycket begränsad. Därför hämtas studiens bakgrundsmaterial från forskning om lågbegåvade.

Svagbegåvades begränsningar och behov har inte blivit tillräckligt belysta i Sverige, menar många författare och debattörer, exempelvis Adolfsson, Carlsson-Kendall, Dahlström och Fernell (2002). Det finns samtidigt anledning att tro att svagbegåvade pga sin särskilda

sårbarhet lider av psykiska besvär och annan utsatthet i större utsträckning än genomsnittsbefolkningen, framhåller psykolog Maria Holmqvist (telefonintervju, 2010-01-09), som är verksam inom psykiatri i Lund och specialiserad på vuxnas neuropsykologi. I dagsläget saknas det klagörande statistik om gruppen, men det finns forskning som pekar i den riktningen. Till exempel undersökte Nylander, Holmqvist och Zettervall (2002) med ett neuropsykiatriskt utredningsteam vuxna psykiatri-patienter med oklara diagnoser. De fann att en omfattande undergrupp inte led av ett neuropsykiatriskt hinder, utan belastades av sin outredda, svaga respektive låga, begåvning.

Det verkar alltså finnas en risk att svagbegåvade personer erbjuds psykoterapeutisk behandling utan att personens kognitiva begränsningar klarläggs. När sedan klienten själv inte förmår uttrycka eller erkänna orsaken till sina svårigheter att följa en standard-terapi, kan det lätt hända att hon/han avfärdas som dåligt motiverad. Sådana nedslående erfarenheter och bristande kunskaper står i vägen för en utveckling av psykoterapier för denna målgrupp. Dessutom finns bland kliniker ett motstånd mot att arbeta med svagbegåvade, med hänvisning till att dessa klienter inte har kapacitet att tillgodogöra sig psykoterapi.

Mot denna bakgrund utgår jag ifrån att svagbegåvade vuxna kan ha svårt att få rätt hjälp när de har behov av psykoterapi.

### ***Syftet med denna studie***

Min grundläggande frågeställning är: hur ska KBT utformas för att fungera som en effektiv metod för svagbegåvade klienter? Inledningsvis kommer målgruppen och målgruppens förutsättningar samt behov av psykoterapeutisk behandling att kartläggas och beskriva. Med stöd i teori och forskning från främst Storbritannien av KBT med lågbegåvade vuxna sammanställs sedan de steg jag anser nödvändiga för att göra kognitiva terapi-interventioner tillgängliga för svagbegåvade patienter. Med en fallstudie utprovas slutligen detta tillvägagångssätt. Min förhoppning är att visa på en framkomlig väg för KBT för svagbegåvade klienter och deras terapeuter.

### ***Målgruppen: kännetecken och förutsättningar***

Intelligenkvot [IK] är ett mått som är konstruerat utefter en tänkt normalfördelning av begåvning, där IK 100 är medel och standardavvikelsen 15. Intelligenstester och deras normeringar är utformade så att de placerar människors begåvning inom denna ram. Detta innebär då att 68% av en normalpopulation befinner sig inom plus/minus 1 standardavvikelse från medelvärdet, dvs mellan IK 85 till 115. Benämningen ”svagbegåvad” (även: ”specifika

inlärningssvårigheter”, ”marginell mental retardation”) betecknar normalvariationens lägsta del, de ca 15 procent av befolkningen med en IK i området mellan 1 och 2 standardavvikelser under medel, alltså i intervallet IK 70 till 85.<sup>1</sup> Trots att denna grupp är stor, är det inte givet att dess medlemmar identifieras som svagbegåvade i skolan eller i vården. Begåvningsprofiler kan vara ojämna: en person kan exempelvis ha en svag abstraktionsförmåga och samtidigt ett relativt genomsnittligt språkbruk. Många människor med begåvningsnedsättning anstränger sig för att deras begränsningar inte ska upptäckas. Få vill att den ses som en del av deras identitet.

Först när IK ligger under 70, 2 standardavvikelser under medel, antas personen vara ”psykiskt utvecklingsstörd” (även begreppen ”förståndshandikapp”, ”intellektuellt handikapp” eller ”mentalt retarderad” förekommer). Området IK 50 till 70 kallas inom skola och vård oftast ”lindrig utvecklingsstörning”, ”lågbegåvning” eller ”generella inlärningssvårigheter”. I diagnosmanualen DSM-IV-TR från 2000 kallas utvecklingsstörning i den svenska utgåvan MINI-D IV (American Psychiatric Association, 2002) för ”Mental retardation”. För att tilldelas diagnosen ska den utvecklingsstörda personen emellertid uppfylla även ett sk adaptivt kriterium, en nedsättning av den adaptiva funktionsförmågan: *”(dvs personens förmåga att uppfylla den kulturella gemenskapens åldersanpassade krav) i minst två av följande avseenden: kommunikation, ADL-färdigheter, boende, socialt/interpersonellt, nyttjande av offentliga resurser, målinriktning, studier, arbete, fritid, hälsa och personlig säkerhet”* (s. 37). Antalet barn med utvecklingsstörning varierar mellan olika studier beroende på använd definition, tidsperiod för studien samt beroende på demografiska faktorer. Prevalenser mellan ca 0,5 och 2 procent anges i olika svenska studier. Personer med en utvecklingsstörning har rätt att få en anpassad skolgång inom grund- och gymnasieskolan eller på särskolan, samt till särskilda stödinsatser för att få arbete eller sysselsättning, eget boende, fritidssysslor mm som vuxen.

Medan de lågbegåvade är en mycket liten men relativt tydlig grupp, utgör de svagbegåvade en stor och samtidigt osynlig grupp. När krav på teoretisk begåvning idag betonas alltmer kommer dessa personer i kläm, som barn i skolan och som vuxna i samhället i stort, menar Adolfsson et al (2002), och förmodar att det i grundskola och gymnasium handlar

---

<sup>1</sup> Jag har valt att inte problematisera begreppet intelligenskvot, som jag här använder som en sammanställning av begåvningsens olika delfaktorer, såsom exempelvis intelligenstestet WAIS-III gör. Individens begåvningsprofiler kan vara mycket olika. Som jag kommer att visa i nästa kapitel, är det i det terapeutiska arbetet viktigt att undersöka på vilket sätt klienten förmår arbeta med sitt emotionella och kognitiva material, vilket inte kan utläsas av ett IK-värde, utan måste undersökas i samarbete med personen. Samtidigt är en testning av begåvningsnivån att rekommendera för att nå kunskap om klientens förutsättningar vad gäller arbetsminne, tempo, språk, samt perceptuell och abstraktionsförmåga.



om drygt tvåhundra tusen elever. Dessa barn fungerar troligen i mångt och mycket som de andra barnen, men har svårt att tänka teoretiskt och arbeta självständigt. De kan därför halka efter, förlora självförtroendet, må psykiskt dåligt och ha dåliga chanser inför sitt framtida yrkes- och sociala liv. En del av de svagbegåvade barnen har däremot hamnat i särskolan, utan att egentligen höra hemma där (Fernell, pdf-fil hämtad 2009 från Svenska Skolläkarförningens hemsida), vilket säger något om hur störande även en relativt liten nedsättning av begåvningen kan vara i vissa fall.

De svagbegåvade barnens svårigheter är inte på förhand definierbara, inte heller lika från individ till individ. Men svagbegåvade barn utgör en beaktansvärd andel bland dem som remitteras för utredning, framförallt pga koncentrationsproblem, språkliga, sociala eller motoriska svårigheter, samt problem pga aggressivt beteende, visar en undersökning av Adolfsson et al (2002). Dessa barns kognitiva svårigheter hade sällan uppmärksammats innan utredningen. Barnen hade långsam inläring och svårt att arbeta självständigt. Det förekom problem med både läsning, skrivning, räkning och med tidsuppfattningen. Barnen hade tydliga brister i att aktivt söka kunskap och behövde konkret och enskild vägledning.

I en studie av ungdomar på Statens Institutionsstyrelsens Behandlingshem [SiS] rapporterar Olsson och Vilhelmsson (2007) att andelen svagbegåvade klienter var ca 30 %, dvs procentuellt dubbelt så stort som i befolkningen. Av dessa ungdomar beskrev framförallt flickorna ett sämre psykiskt mående jämfört med de övriga ungdomarna där. Kullman (2007) fann i en liknande studie av 120 flickor och kvinnor i SiS-hem samma höga andel av svagbegåvade, samt ett sämre psykiskt mående. Hon konstaterade dessutom att ” de med bättre resurser begåvningsmässigt klarar att hålla sig undan institutionsvård, eller kanske inte ens hamnar i situationer som gör att de behöver tvångsvårdas” (s 52, Kullman, 2007).

När man möter vuxna personer med svag begåvning berättar dessa sällan självmant om sina kognitiva svårigheter. Ofta framkommer efterhand hur de hållit sina svårigheter för sig själva, och sällan fått hjälp att hantera sina kognitiva problem. Även de vars särskilda behov blivit uppmärksammade i skolan eller i familjen, måste livet igenom hantera sociala svårigheter: många jag talat med berättar om utanförskap, och jag anar bakomliggande osynlig diskriminering, och ibland stigmatisering och öppen diskriminering.

Svagbegåvade vuxna har per definition påtagliga kognitiva hinder, framförallt avsevärda brister i förmågan till abstrakt tänkande, rationalitet och theory of mind. Vidare kännetecknas dessa personers fungerande i varierande grad av begränsningar i planerings- och problemlösningsförmågor, orientering och tidsuppfattning, samt i tempo och impuls kontroll.

Vilka emotionella, psykiska eller sociala svårigheter som kan följa av ett begåvningshandikapp är dock aldrig givet på förhand. Erfarenheter av återkommande social utsatthet genom livet har satt spår hos de flesta, tillbakadragenhet kan vara somligas strategi, aggressivt uppträdande andras. Svårigheter att avkoda socialt samspel är vanligt förekommande, och även osjälvständighet.

De svenska svagbegåvades livsvillkor och psykiska mående finns än så länge bara dokumenterade i nämnda, deskriptiva larmrapporter från skola och vård. Anekdotisk kunskap talar om social isolering, marginalisering på arbetsmarknaden och ekonomisk knapphet. Svagbegåvade är överrepresenterade bland de som har problem pga missbruk, eller kriminalitet (Svenska Dagbladet, 2004).

Det är inte enkelt att uppfatta en klients begåvningsnivå rätt från början. Terapeuter brukar inte rutinmässigt utreda begåvningsnivån, varken inom psykiatri eller inom annan behandlingsverksamhet. Har behandlaren inte kunskap om klientens begåvningsnedsättning blir kommunikationen lidande, och det finns en risk att den svagbegåvade klientens psykiska problem förblir oupptäckta. Å andra sidan kan av samma anledning den svagbegåvades psykiska problem övertolkas. Willner och Goodey (2006) har väckt frågan om vuxna lågbegåvades psykiska besvär ibland överdiagnosticeras som personlighetsstörningar eller olika former av ångest, när irrationella föreställningar automatiskt tolkas som kognitiva förvrängningar och därmed som symptom på psykisk sjukdom.

Jag har under drygt 10 år träffat på många svagbegåvade inom olika arbetsrehabiliteringsverksamheter. En del av dessa har sökt mig som psykolog för att få samtalsstöd. De flesta av dessa har nämnt ett svagt självförtroende som sitt främsta problem, men ofta också visat en förhöjd ångestnivå eller osäkerhet i sociala situationer. Emellertid ville de hellre prata om sitt behov av arbete och fungerande relationer än att problematisera sin begåvning. Av sin omgivning beskrevs dessa personer ofta som arbetsamma, samtidigt som problem med inflexibilitet, osjälvständighet och stress var vanligt förekommande. Men när dessa personer hamnade i konflikter eller i perioder av psykisk kris, fick de själva och omgivningen svårt att hitta lösningar.

I dessa lägen har jag upptäckt egna tillkortakommanden; när jag har haft svårt att få till stånd ett terapeutiskt arbete med dessa klienter. En typisk komplikation har bestått i att jag helt enkelt för sent upptäckte omfattningen av begåvningshandikapp, vilket gjorde att kommunikationen, motivationen eller diagnosen förblivit oklar alltför länge, och eventuellt hade klienten redan hoppat av. Andra gånger har jag inte kunnat nå framgång med vanliga

kognitiva metoder och de terapeutiska samtalen har mynnat ut i ”enbart” en handfast stödkontakt. Detta är bakgrunden till att jag vill fördjupa mig i KBT för svagbegåvade.

## 2. TEORI OCH TIDIGARE FORSKNING

### *Brist på forskning om svagbegåvade och psykoterapi*

Svagbegåvade med psykiska besvär eller problem, som de önskar behandling för, är en målgrupp som inte har blivit dokumenterat eller forskat om i Sverige. Jag har heller inte kunnat hitta sådant material från engelsk- eller tyskspråkiga länder. Detta betyder naturligtvis ingalunda att dessa människor helt skulle stå utan behandling. Som tidigare nämnts hittade Nylander et al (2002) ett stort antal svagbegåvade bland psykiatrins patienter med oklara diagnoser. Även i andra institutioner som (bl a) erbjuder psykoterapeutisk behandling rapporteras svagbegåvade vara överrepresenterade: SiS behandlingshem (Elmund, Melin, von Knorring, Proos & Tuvemo, 2004, samt Olsson & Vilhelmsson, 2006) eller bland kriminella i fängelse (Svenska Dagbladet, 2004). Än finns dock bland psykoterapeuter i Sverige inga dokumenterade strategier eller manualer för hur man bäst erbjuder svagbegåvade klienter psykoterapi. Detta kan dels bero på en brist av dokumentation från de som faktiskt arbetar med målgruppen. Men man måste fråga sig om det också saknas medvetenhet eller intresse bland psykoterapeuter. För denna studie utgör det ett problem att det saknas tidigare forskning om svagbegåvade att knyta an till.

För målgruppen lågbegåvade har utvecklingen kommit ett steg längre, men även detta forskningsfält är ungt. De flesta publikationer är fallstudier och utvärderingar av mindre gruppbehandlingar. Där beskrivs lågbegåvades förutsättningar och behov, samt olika behandlingsformer och -interventioner. Det finns få kontrollerade studier (Taylor et al, 2008). En anledning är att gruppen lågbegåvade är mycket liten, enbart ca 2 % av befolkningen förväntas enligt normalfördelningen ligga 2 standardavvikelse lägre än medel, dvs förväntas ha en under IK 70. Ytterligare en anledning till få kontrollerade studier är att kognitiva begränsningar är individspecifika och därför eventuella terapier oftast är individuellt utformade. Detsamma gäller för psykometrin. Därmed blir det svårt att jämföra olika individers behandlingsutfall.

Beteendeterapi för lågbegåvade är fortfarande idag den största, enskilda terapiformen för lågbegåvade (Willner, 2005). Isen för övriga terapiformer är emellertid bruten, och eftersom omsorgen för lågbegåvade rör ett relativt begränsat antal klienter och behandlare, så sprids de positiva erfarenheterna fort nu. I Storbritannien pågår sedan mer än 10 år forsknings- och kliniskt arbete inom olika former av KBT för lågbegåvade, mestadels individuella behandlingar eller små grupper för lindrigt utvecklingsstörda klienter. Jag menar

att i stort sett allt som framkommer om psykoterapi/KBT med lågbegåvade kan vara en grund för utvecklingen av psykoterapi/KBT med svagbegåvade.

### ***Behov av kognitiva interventioner för lågbegåvade***

I boken "Cognitive-Behaviour Therapy for People with Learning Disabilities" har redaktörerna Stenfert Kroese, Dagnan och Loumidis (1997) samlat ett antal artiklar från forskande kliniker i Storbritannien, som täcker de viktigaste områdena för tillämpningen av kognitiv-beteendeinriktad terapi (KBT) med lågbegåvade<sup>2</sup>. Biza Stenfert Kroese (1997) berättar i sin artikel att beteendeinriktade metoder varit framgångsrika vid många former av beteendestörningar i vården för personer med inlärningssvårigheter eller utvecklingsstörning. Behandling efterfrågades ofta när personen visade tecken på att må psykiskt dåligt via beteenden. Andra, mer kognitiva eller psykodynamiska terapier hade inte fått samma spridning (se även Taylor et al, 2008).

Detta bidrog till att man tolkade klienterna främst på den konkreta nivå som man använder i beteendeanalysen. De lågbegåvades tankeinnehåll och hur de upplevde sina liv blev inte lika uppmärksammat av behandlarna, och därför heller inte den mening som lågbegåvade personer själva tillskriver sitt psykiska lidande och annat i livet, som kan vara orsaken till beteendet eller lidandet. Jones, Miller, Williams och Goldthorp (1997) konstaterar att man kan missa många viktiga meningsbärande faktorer om man bara ser till lågbegåvades beteenden, exempelvis dåligt självförtroende, förstämningssyndrom, kognitiva förvrängningar och missuppfattningar, samt negativa känslor. Det finns också en risk att man inte upptäcker ett psykiskt lidande hos lågbegåvade personer när man tolkar deras beteende, exempelvis ett undvikande av att träffa folk, enbart som ett uttryck för deras kognitiva hinder, i detta fall brister i den sociala kompetensen.

Man har i psykometriska test funnit att lågbegåvades kognitiva förvrängningar såsom de framträder i samband med vanligt förekommande psykiska sjukdomar (t ex en förvrängt negativ syn på sig själv och sin framtid vid depression, en dysfunktionell ständig oro vid generellt ångestsyndrom) liknar normalbegåvade personers (Willner & Goodey, 2006). Lindsay, Neilson och Lawrenson (1997) kräver mer specifik forskning om och behandling för

---

<sup>2</sup> Beteckningen Learning Disabilities motsvaras på svenska bäst av lågbegåvning. I de exempel som ges i boken ligger klienternas IK ofta mellan 55 och 75, alltså i det området av lindrig utvecklingsstörning, som vi betecknar med lågbegåvning, samt i det undre området av normalbegåvning som på svenska betecknas med svagbegåvning. För att tala om båda grupperna samtidigt på svenska använder jag begreppen begåvningsnedsättning och begåvningshandikappade personer.

begåvningshandikappade personer, eftersom dessa personer möjligen drabbas mer eller annorlunda av psykiska besvär.

De flesta människor med en begåvningsnedsättning har många negativa upplevelser i sina liv pga samhällets krav och omgivningens attityd. Otoliga erfarenheter av att misslyckas, av att inte på egen hand kunna hantera sitt liv, av att nedvärderas, av att stå utanför kommunikationen. Deras livssituationer kännetecknas ofta av en avsaknad av stöd och konstruktiva relationer och sammanhang, exempelvis saknar många eget arbete och har inte bildat egen familj. Många lågbegåvade och svagbegåvade har nedsatt självkänsla och självförtroende, lider av inlärd hjälplöshet och följderna av mobbing. Man har vidare funnit att ångest inför prestationer generellt ligger högre bland lågbegåvade (Zigler & Burack (1989) i Loumidis & Hill (1997)).

Kognitiva begränsningar kan innebära svårigheter att skaffa sig en överblick över sociala situationer och avkoda socialt samspel och kommunikation. Man kan anta att begåvningshandikappades nedsatta förmåga att avtäcka irrationella föreställningar eller bedöma sannolikheter leder till att dysfunktionella föreställningar oftare utvecklas eller vidmakthålls, men framförallt att det blir svårt för den enskilde att bearbeta negativa upplevelser och själv styra sin självbild eller den bild av världen hon/han bär på. Omfattningen av, uttrycken för och hanteringen av psykiska besvär kan alltså skilja sig något mellan målgruppen och normalbefolkningen.

En hämsko för utvecklingen av psykoterapeutiska metoder för människor med en begåvningsnedsättning har troligen varit bristande systematik. Whitehouse, Tudway, Look och Stenfert Kroese (2006) har i en sammanställning av 25 studier från 25 års psykoterapiforskning för målgruppen ("adults with intellectual disabilities") funnit att anmärkningsvärt få kliniker, som arbetade med begåvningshandikappade klienter, fokuserade på en systematisk anpassning av sin metod på alla de plan som behövs: få hade systematiskt anpassat sina verktyg till klienternas kognitiva nivå, få integrerade livsvillkoren för lågbegåvade i fallformulering och behandling.

I en artikel av Haddock och Jones (2006) beskrivs en framväxande konsensus bland kliniker kring att man bör använda KBT för målgruppen. Man hittar dock ingen konsensus kring vilka metoder eller verktyg som bör användas. Också Willner (2005) finner i sin forskningsöversikt att KBT kan vara effektivt för denna målgrupp, men saknar forskning om enskilda verktyg och metoder för målgruppen. Dagnan och Chadwick (1997) kommer till slutsatsen att en enkel form av KBT kan göras tillgänglig för de flesta svagbegåvade och en del lågbegåvade, om man gör en noggrann bedömning av den enskildes kognitiva fungerande

och anpassar terapin därtill. Även Lindsay et al (1997) hävdar att KBT passar målgruppen och hänvisar till forskning som visar att även lågbegåvade har ett kognitivt system som i sig själv är stabilt och konsekvent.

Samtidigt som det på en teoretisk nivå fortfarande diskuteras huruvida lågbegåvade personer har förmågan att arbeta med sina kognitioner, har det i många mindre studier visats lovande framgångar i terapier med kognitiva interventioner och program, främst för den gruppen som har en mild utvecklingsstörning och kan kommunicera verbalt. I litteraturen har jag hittat beskrivningar av framgångsrika kognitiva terapier för de vanliga psykiska problemen depression, ångest, fobi och tvång i målgruppen. Olika mindre studier redovisar behandlingar som syftar till att förbättra dåligt självförtroende eller förmågan att lösa sociala problem. Dessutom finns flera mindre studier om KBT för denna målgrupp vid psykotiska sjukdomar, vid PTSD, vid behandling av förövare av sexuella övergrepp eller ofredanden, och vid problem med vrede och aggressiva beteenden.

Vikten av att arbeta med innehållet i svag- och lågbegåvade klienters kognitioner blir drastiskt tydligt, när man tänker på dem som blivit dömda för sexuella övergrepp, sexuellt störande eller aggressiva beteenden. Av etiska och praktiska skäl kan man inte tillämpa ren beteendeterapi vid beteenden som sker sällan och inte bör upprepas ens i tränings syfte. Om anledningen till det oacceptabla beteendet ligger i dysfunktionella föreställningar vinner alla på om man i psykoterapin kan arbeta direkt med kognitionerna. Klienten själv kan få ett ökat handlingsutrymme om han/hon blir kvitt dysfunktionella föreställningar i dessa socialt så viktiga områden.

### ***Forskning om förmågan att arbeta kognitivt***

Den som anser att svagbegåvade och lågbegåvade personer har behov av att få tillgång till effektiva KBT-metoder, måste fortfarande svara på frågan huruvida lågbegåvade personer kan arbeta psykoterapeutiskt med sina kognitioner. Många forskare har konkret undersökt om begåvningshandikappade klienter kan tillämpa de mest basala kognitiva operationer som KBT traditionellt innebär. För alla de studier jag redovisar i de följande styckena gäller, att man initialt undersökte testpersonernas intelligens och språkliga kapacitet. (Såsom för alla terapier krävs naturligtvis andra förmågor och attityder, som terapeuter brukar vilja kartlägga i början av en behandling eftersom man vet att de har stor betydelse för utfallet: relationell kompetens och att kunna fokusera på ett problem, motivation och eget ansvars-kännande.)

**Självskattning.** Enligt Stenfert Kroese (1997) är förmågan till självskattning den första förutsättningen för ett kognitivt terapiarbete. Ett antal engelskspråkiga kliniker och forskare har framgångsrikt anpassat frågeformulär och/ eller intervjuformer speciellt med hänseende till brister i språkförståelsen. Man har förenklat språket, gett bildmaterial, eller ställt öppna frågor. För att komma förbi den tendens hos många lågbegåvade att svara jakande när man inte förstår, har man ställt omvända kontrollfrågor. Slutsatsen många undersökningar på området kommer fram till är att den lågbegåvade klienten vill och kan rapportera. Däremot är det inte möjligt att normera målgruppen.

Författarna, tillika kliniker, Dave Dagnan och Paul Chadwick (1997) skiljer mellan en modell för enklare kognitiv terapi (KT) som handlar om automatiska tankar med vilken en person tillskriver yttre händelser och inre upplevelser mening. Redan för att genomföra en enklare form av KT krävs att klienten kan identifiera sina känslor och sina tankar i samband med sina problem. Men klienten måste också förstå något av kopplingen mellan tankarna och känslorna.

**Känslor.** En central förmåga att undersöka i ett kliniskt sammanhang har varit om den begåvningshandikappade klienten har ett språk för sina känslor. Reed (1997) hänvisar till flera undersökningar när hon påminner om att ”people with learning disabilities may have specific emotional awareness deficits which are not in line with their cognitive development.” (s. 62, 1997). I ett antal mindre studier har man specifikt testat lågbegåvade personers förmåga att benämna grundläggande känslouttryck på bilder och fotografier (bl a Reed, 1997, och Dagnan & Chadwick, 1997). De mest grundläggande känslorna, dvs ett ledset, argt eller glatt ansikte, kunde i princip alla testpersoner identifiera i ett antal olika studier. När fler av de olika grundkänslorna visades, kunde inte alla lindrigt utvecklingsstörda testpersoner klara uppgiften.

**Skilja åt känslor, tankar och beteenden.** Vidare har man gjort studier på utvecklingsstörda testpersoners förmåga att skilja åt känslor, tankar och beteenden. Sams, Collins och Reynolds (2006) beskriver ett tillvägagångssätt med små berättelser där testpersonerna ska peka ut respektive känsla, tanke och beteende. I dessa tester var det många deltagare som klarade en del av uppgifterna, färre som klarade i stort sett alla. De svagast begåvade hade stora problem att greppa testuppgiften.



***Samband mellan händelser och reaktioner.*** Undersökningen av lågbegåvades förmåga att länka ihop olika situationer med känslor genomfördes av Dagnan och Chadwick (1997) och av Oathamshaw och Haddock (2006). Man testade förmågan att koppla ihop en händelse med en adekvat känslomässig reaktion. Man presenterade olika situationer, och bad testpersonen namnge den känsla en person väntades få. Valet gavs enbart mellan glad eller ledsen. I Dagnans och Chadwicks studie klarade alla 6 lågbegåvade testpersoner denna uppgift.

***Tankars medierande roll.*** Under förutsättning att en person kan benämna känslor, skilja åt känslor, tankar och beteenden, samt koppla ihop händelser med känslor, ville man slutligen undersöka förståelsen av tankars medierande roll för känslomässiga upplevelser och beteendeimpulser. Dagnan och Chadwick (1997) testade i en första studie 29 personer med en mild lågbegåvning. Man utgick ifrån en A-B-C-modell (A = händelse, B = tanke och C = känsla). De lät varje testperson först identifiera (C) bilder med ett ledset respektive ett argt ansikte. Sedan bad man de att berätta om (A) två egenupplevda situationer för varje känsla. Först då frågades de om (B) vilken tanke de haft i respektive situation. Svaren analyserades och det visade sig att bara mellan 20-30% nämnt tankar som förklarade kopplingen mellan händelsen och känsloreaktionen.

Dagnan och Chadwick (1997) prövade ett liknande test med sex nya testpersoner, som i WAIS hamnade mellan IK 55 och 78. Utifrån samma enkla A-B-C-modell presenteras små, konkreta berättelser, men nu med en given känsloreaktion. Vissa exempel innehöll känslor man skulle förvänta sig i en sådan situation (exempelvis: rädd när det mitt i natten plötsligt låter i lägenheten). Vissa exempel däremot var oväntade (exempelvis: glad när det mitt i natten plötsligt låter i lägenheten). Testpersonerna skulle sedan välja mellan två tankar, där den ena var en tydlig förklarande koppling mellan händelsen och känsloreaktionen (exempelvis: ”min sambo förbereder mitt födelsekalas”), medan den andra tanken skulle leda till en annan känsla än den givna. Detta test var svårt, de flesta klarade testet enbart ibland, och sällan när det var oväntade samband.

Testen har gjorts om av flera forskare i olika versioner, eftersom resultaten är osäkra pga det krångliga tillvägagångssättet. I en version lät Dagnan, Chadwick & Proudlove (2000) testpersonerna uttrycka en adekvat tanke med hjälp av öppna frågor: ”Du vaknar, det är Din födelsedag, Du är ledsen. Vad tänker Du?” Liknande presenterades en given händelse och en given tanke, och testpersonen skulle uttrycka en adekvat känsla. Fortfarande kunde inte

många testpersoner identifiera tanken som förklarade kopplingen mellan händelsen och känsloreaktionen, många testpersoner förstod inte själva uppgiften.

I en version av Joyce, Globe & Moody (2006) fick testpersonerna välja mellan en positiv och en negativ tanke, respektive mellan en positiv och negativ känsla: exempelvis: 'Du kommer in i ett rum till Dina vänner och de börjar skratta. Du är glad. Skulle Du tänka: *jag är omtyckt* eller *jag är inte omtyckt*?'. Likande presenterades en given händelse samt en given tanke, och testpersonen skulle välja mellan en positiv och en negativ känsla. Testet fortsatte vara besvärligt för de lågbegåvade testpersonerna. Joyce et al menar att de allmänt låga resultaten tyder på att mer komplexa KBT-modeller inte kan användas för lågbegåvade.

Efter att ha prövat detta test med några kolleger ställer jag mig frågande till det. Jahoda, Dagnan, Stenfert Kroese, Pert och Trower (2009) problematiserar dessa studier om tankars medierande roll och hävdar att testuppgifterna mäter på en högre abstraktionsnivå än vad en intervju med en klient om hennes/hans konkreta problem gör. Taylor et al (2008) framhåller att klienter med kognitiva begränsningar i ett konkret sammanhang kan visa en större emotionell kompetens än vad som framkommer i testerna.

I alla tester som redovisats ovan visade sig testpersonernas intellektuella och inte minst språkliga nivå ha stor betydelse. Särskild personer med måttlig utvecklingsstörning hade problem med de flesta uppgifter. Samtidigt var spridningen på resultaten stor och förhållandet mellan emotionell kompetens och intelligens var långt ifrån entydigt (Dagnan et al, 2000, och Dagnan & Jahoda, 2006).

***Ifrågasätta tankar.*** En annan viktig ingrediens i ett grundläggande psykoterapeutiskt arbete är att kunna ifrågasätta tankar, vilket dock alltid förutsätter att klienten fått förtroende för terapeuten. Ett ifrågasättande behöver inte nödvändigtvis vara en abstrakt övning med exempelvis sannolikhetsbedömningar och brainstorming, men det förutsätter förmågor hos klienten enligt dem som mättes i undersökningarna ovan. Dagnan och Chadwick (1997) ger ett konkret exempel på hur man samtidigt kartlägger och lär ut eller introducerar ett ifrågasättande av tankar: utifrån en situation där klienten känt sig ledsen letar terapeuten tillsammans med klienten efter tankar som istället skulle ha gett positiva känslor. Sedan flyttar samtalet fram och tillbaka mellan dessa två tanke-alternativ och konstaterar vilken känsla som kopplas till respektive. Som stöd använder terapeuten bilder med ansiktsuttryck, och håller sig språkligt till klientens egna uttryck.

Forskningen om lågbegåvades förmåga att arbeta kognitivt lämnar ännu många frågor öppna och blir en påminnelse om att känslomässiga upplevelser och tolkningar finns även där

vi inte förmår fånga upp dem. Man kan inte dra en skarp skiljelinje mellan de som förmår och de som inte förmår gå i terapi. För klinikern å andra sidan blir det omöjligt att erbjuda kognitiv terapi utan att kunna kommunicera kring klientens upplevelser och tankar.

**”Transfer”-problem.** Ett angeläget tema vad gäller KBT för målgruppen belyses av författarna Williams och Jones (1997), nämligen de stora problem lågbegåvade har att självständigt omsätta eller generalisera (engelska *transfer*) det de lärt sig i terapin till sina egna liv. Författarna menar därför att kliniker måste beakta detta vid utformandet av all behandling och vid varje intervention. Orsaken till transfer-problemet ser författarna inte enbart i klienternas kognitiva brister, utan också i den genomgripande osjälvständighet i självbild och förmåga som många utvecklat. Williams och Jones hävdar att lågbegåvade ofta är /har gjort sig beroende av utifrånkommande ledtrådar för hur de ska bete sig, och också förlägger locus of control mest utanför sig själva. Lågbegåvades kommunikativa svagheter, bristen på initiativ i samtal, avsaknaden av frågor som reder ut oklarheter mm förefaller bekräfta denna tes. En ytterligare anledning till att begåvningshandikappade kan ha svårt att implementera nya beteenden i sin vardag ligger i att många har problem med självregleringen.

### ***Kartläggning inför en behandling***

Kartläggning är en självklar inledning för all terapeutisk behandling. En klients kognitiva begränsningar spelar in både på kartläggningens process såsom dess innehåll. I litteraturen redogörs enbart för terapeutiskt arbete med klienter som blivit utredda. Men från den kliniska vardagen vet vi att det är svårt att genast bedöma begåvningshandikappade klienters kognitiva nivå och begränsningar. Det är heller ingen självklarhet att en klient är beredd att genomgå begåvningsstestning, när hon/han har sökt för psykiska problem. Min erfarenhet med svagbegåvade klienter tyder snarare på att klienten troligen anstränger sig för att dölja sina begränsningar för att inte bli stämplad som dum, värdelös eller oattraktiv. Man måste förmoda att det försvårar kommunikationen och därmed hela kartläggningen avsevärt, när terapeuten inte känner till omfattningen av den kognitiva funktionsnedsättningen. Fallformuleringen blir automatiskt lidande om inte klientens kognitiva begränsningar tas i beaktande både livshistoriskt sett och i förhållande till det aktuella problem som behandlingen fokuserar på. Det krävs alltså någon form av bedömning, helst testning av klientens kognitiva resurser och hinder.

**Psykometri.** Joyce et al (2006) ger en översikt över forskningen om lindrigt utvecklingsstördas förmåga att redogöra för sina psykiska besvär. Terapeuten behöver göra en bedömning av klientens emotionella och kognitiva nivå, för att kunna tolka klientens egen rapportering av sina besvär tillförlitligt. Ett antal försök har gjorts i Storbritannien att språkligt anpassa olika vanligt förekommande psykometriska självskattningsformulär för målgruppen. Det är ett utbrett beteende bland människor med begåvningshandikapp att kamouflera sin osäkerhet, språkliga oförmåga mm bakom ett ständigt instämmande. Detta måste man försöka kringgå i både frågeformulär och intervjuer. I Sverige finns kunskapen om lämpliga frågeformulär och intervjuformer hos Habiliteringen.

**Klientens problem och lidande.** För all kartläggning gäller att klienten måste kunna komma i kontakt med sina känslor och de tankar som är kopplade till dessa känslor. Black, Cullen och Novaco (1997) betonar vikten av att hitta intervjuformer på klientens nivå. Därför föreslår många kliniker konkreta metoder såsom enkla rollspel eller in vitro sessioner. Många behandlare involverar på olika sätt stödpersoner som klienterna är villiga att låta delta. Reed (1997) har beskrivit olika uttryck för depression i målgruppen. Hos intellektuellt mycket svaga personer med svaga kommunikativa färdigheter och symboliseringsförmåga har man funnit förändrade, mest utåtagerande beteenden i perioder med depression, ångest eller psykos.

Lindsay et al (1997) beskriver hur de spontant ritar små bilder blandade med enkla ord i de flesta samtalssituationer, för att klienten ska kunna vara medveten om agendan, kunna minnas vad hon/han och terapeuten säger, samt begripa på en något mer abstrakt nivå vad som händer i terapin, att man jämför tankar mm. Jahoda et al (2009) pekar i det här sammanhanget på den avgörande skillnaden mellan att använda visuellt material och att använda symboler, som trots sin enkelhet ligger på en högre, ofta olämplig abstraktionsnivå.

Inte olikt vid KBT för normalbegåvade kan bedömningsfasen samtidigt utgöra en introduktion i KBT-arbetsättet och en psykoedukation. Julie Reed (1997) visar att undersökningarna om förmågan att arbeta kognitivt kan användas i syfte att kartlägga både klientens ”terapikompetens”, emotionella nivå, problem och psykiska lidande - om de ges ett relevant, individuellt innehåll.

Vidare måste man hitta/träna ett sätt där klienten kan visa graden av sina dysfunktionella känslor, ex ångest, eller impulser, ex aggression. Dagnan och Chadwick (1997) beskriver ett fall där klienten får visa graden av sin vrede med avståndet mellan händerna. Med hjälp av extrema och vardagliga exempel som jämförelse flyttas sedan

klientens problemupplevelse ner på skalan. Glidande (analog) skalor kan emellertid vara problematiska för somliga som istället behöver konkreta, definierade steg. Ett bra exempel på sådant visuellt material är ångesttermometern som används i Cool Kids (Lyneham, Abbott, Wignall & Rapee 2004), ett till svenska översatt och bearbetat KBT-material för ångestbehandling av barn. Black et al (1997) använder - i sin kartläggning inför en behandling för hanteringen av vrede - vinjetter, små berättelser, som innehåller en klientspecifik trigger och ett socialt problem.

En del av kartläggningen brukar vara en mätning för att efter behandlingen kunna uppmäta eventuell förändring. Det är angeläget, men inte lätt, att hitta metoder för begåvningshandikappade klienter att börja iaktta och registrera målbeteenden eller problematiska känslor eller tankar. Många behöver mycket stöd att komma ihåg och/eller genomföra de nödvändiga stegen. Ibland kan det vara bra att göra anteckningar tillsammans med en stödperson, ibland kan stödpersonen föra anteckningar.

**Självbild.** Konkret brukar ett begåvningshandikapp bestå av olika kombinationer av begränsningar i arbetsminne, tempo, uppmärksamhet och minne, samt språk, abstrakt tänkande och problemlösning. Black et al (1997) menar att det kan skapas många kreativa anpassningar av KBT för att kompensera för dessa svårigheter. De ser ett större problem i hur terapeuten ska kunna kompensera för i klientgruppen ofta förekommande lågt självförtroende, bristande motivation och social kompetens, och påminner därför om den negativa inlärningshistoria som många lågbegåvade har pga kombinationen av deras svårigheter och omgivningens bristande bemötanden. Terapeuter bör därför vara noga med att kartlägga klientens självbild.

### ***Fallformulering av begåvningshandikappade klienter***

Terapeutens uppfattning om klientens psykiska besvär och kartläggningen av klientens kognitiva fungerande måste kopplas ihop i fallformuleringen.

***Skillnaden mellan kognitiva begränsningar och kognitiva förvrängningar.*** Det är viktigt att noga skilja mellan brister i informationsbearbetningen (kognitiva begränsningar) och dysfunktionellt innehåll i kognitionerna (kognitiva förvrängningar). De kognitiva begränsningarna bidrar till de kognitiva förvrängningarna och kan även försvåra förändringsarbetet. Willner och Goodey (2006) beskriver en klient som har svårigheter att förstå tid och samband och att logiskt bedöma sanningshalten i eller sannolikheten för olika

påståenden och tankar. Därför tror hon att något som har hänt en (1) gång för länge sedan mycket sannolikt kommer att upprepas. Till synes irrationella föreställningar kan också ha sin förklaring i lågbegåvades svårigheter att begripa socialt samspel. Det kan handla om theory of mind att personen drar mycket felaktiga slutsatser kring andras beteenden och intentioner. En klient trodde exempelvis att små barn ville attackera hennes stora hund när barnen kallade på hunden, eftersom hon varken kunde tolka barnens ålder eller barnens önskan om lek (Willner och Goodey, 2006).

**Helhetssyn.** I litteraturen ges många exempel på hur en persons nedsatta begåvning kan präglade erfarenheter och livsvillkor på många olika plan. Dessa faktorer måste beaktas när man vill bedöma vad som är kognitiva förvrängningar sett utifrån klientens perspektiv. Brister i exempelvis impuls kontroll och systematisk problemlösning ger upprepade misslyckanden och en självbild av underlägsenhet. Handikappades livsvillkor vad gäller arbete och ekonomi, samt egna brister i samspelet med omgivningen kan återkommande ge upplevelsen av att sakna självbestämmande.

Reed (1997) skildrar i sin artikel om depressionsbehandling de risker för depression som ligger i lågbegåvades livssituation. Hon pekar på de upprepade erfarenheterna av att misslyckas, av att bli fördomsfullt bemött, av att sakna socialt stöd. Jahoda, Dagnan, Jarvie och Kerr (2006) har utformat en anpassad depressionsbehandling för lågbegåvade. De är nogna med att inkludera handikappets påverkan på personens självbild i fallformuleringen för att kunna bearbeta kognitiva faktorer bakom den begåvningshandikappade personens depression.

Clark och Wells modell för social ångest bygger på att den som lider av social ångest har en överdrivet negativ förväntan på hur omgivningen tolkar och reagerar på personens sociala framträdande. Lågbegåvade däremot blir ofta dåligt bemötta. Detta är ett exempel på hur viktigt det är att inte bedöma målgruppens symptom enligt en mall.

Novacos modell för behandlingen av dysfunktionell vrede har modifierats för lågbegåvade (Black et al, 1997). Initialt kartläggs klienternas förmåga att lösa sociala problem. En begåvningshandikappad klient har ofta extra svårt att först läsa av sociala situationer, och sedan självständigt arbeta fram problemlösningar. Kartläggningen inför en sådan behandling är omfattande: yttre trigger, klientens kognitioner och kognitiva processer, hennes/ hans fysiska reaktioner, beteenden och slutligen kontexten. Svagbegåvade personer är oftast underordnade andra personer i de flesta livssituationer.

När det gäller att förmedla viktiga delar av fallformuleringen så att klienten kan känna igen sig, blev jag mycket förvånad när jag såg hur enkelt en kliniker presenterade sin

behandling för social ångest: ”... was told that the purpose of the therapy was to help her ‘not to get so nervous’ when she was around people”. (Chiodo och Maddox (1985), refererat i Dagnan och Jahoda, 2006, s. 92).

### ***Kognitiva metoder för lågbegåvade***

***Allmän anpassning av arbetssättet.*** Förutsättningen för alla interventioner är naturligtvis att grunderna för det terapeutiska samarbetet är givna. I de studier jag har läst påpekas ofta att det med lågbegåvade klienter kan krävas lång tid för att skapa trygghet och samarbete pga klienters osäkerhet eller tidigare negativa erfarenheter. Också terapeuten kan behöva längre tid än i arbetet med normalbegåvade klienter för att förstå klienten, som inte självmant förklarar sin livssituation, utan tror att terapeuten vet det som hon/han vet.

Självklart anpassas arbetssättet till klienternas kognitiva begränsningar vad gäller tempo och struktur. Också språket hålls enkelt och tydligt, och abstrakta begrepp konkretiseras. Lågbegåvade personer kan som väntat ha problem med komplexa begrepp, som t ex de existentiella begreppen som handlar om villkoren för liv och död. Men även så enkla begrepp som beteckningarna för de olika grundkänslorna kan vara oklara för somliga lågbegåvade människor. Skämt och annan humor prövas med försiktighet. Sokratiskt öppet frågande kan skapa osäkerhet och blockeringar, speciellt innan terapeuten har introducerat klienten i ifrågasättandet av tankar. Många författare rekommenderar olika former av enkla rollspel. Somliga föreslår att man genom att byta roll med klienten kan kringgå att klienten har svårt att generera idéer, eller inte törs berätta om negativa eller ”olämpliga” tankar.

Som tidigare nämnts kan visuellt material som stöd eller minneshjälp fungera så länge det inte gestaltas på en för hög abstraktionsnivå. Samband som personen inte förmår hålla i arbetsminnet som en helhetsbild kan hållas kvar med hjälp av visuellt stöd. Möjligen kan tiden eller logiska samband tydliggöras med hjälp av streckgubbar eller andra teckningar. Det krävs vidare mycket repetition och utförlig träning. Hemuppgifter kan inte läggas på en självständig nivå. Stödpersoner kan hjälpa till att beskriva och registrera, men också stötta klienten i sina hemuppgifter. Flera kliniker beskriver objekt eller flashcards som de ger sina klienter som stöd i den träningen hemma.

I undersökningar av gruppbehandlingar kommer det tydligare till ytan vilka hinder som kan uppstå i terapier med lågbegåvade och svagbegåvade. Loumidis och Hill (1997) hävdar att dagsaktuella bekymmer lätt upptar alltför mycket tid i terapigrupper. De nämner svag uthållighet samt felaktiga förväntningar som ofta förekommande hinder. Därför betonar

de vikten av att skapa motivation i början och under hela behandlingen, som en förutsättning för att inlärning och förändring ska kunna ske.

Sin bristande theory-of-mind till trots har många lågbegåvade tydliga negativa och/eller irrationella föreställningar om andra människors attityd till dem. Det är svårt att som terapeut kompensera för begåvningshandikappades bristande förmåga att förstå det komplexa sociala samspelet, denna svårighet som troligen livet igenom har inbringat klienten upprepade erfarenheter av att misslyckas och bli avvisad pga felaktiga beteenden. Stenfert Kroese (1997) föreslår mer kunskapsförmedling och mer styrning av inlärningsprocessen än i sedvanlig KBT.

En terapeut kan ha vant sig vid vad som brukar vara motiverande för klienter, nämligen känslan av att lära sig något nytt, öka sin förmåga, inse saker och våga nytt. För den klient som har svårt att generalisera, uppstår inte motivation med samma automatik. Då krävs mer motivationsarbete från terapeutens sida, eller att man tydliggör klientens inlärning på en konkret nivå. Jones et al (1997) postulerar att det krävs en balans mellan att möta den lågbegåvade klienten där hon/han är, samtidigt som man måste föra in en form av abstrakt tänkande, en metakognition om lärandet (d v s att klienten lägger märke till att hon/han lär sig), för att motivation överhuvudtaget ska kunna uppstå.

Vägledande för alla dessa anpassningar är målsättningen att klienten får tillgång till fler funktionella kognitioner, eller med andra ord genom terapins hjälp skapar en mening i sin situation som hon/han kan må och fungera bättre med.

***Självbestämmande.*** För att en förbättring långsiktigt ska kunna vidmakthållas, krävs det att klienten i sin livssituation har möjlighet att göra positiva erfarenheter. Lågbegåvades behov av att förbättra sitt självbestämmande tematiseras av många författare. I de flesta KBT-upplägg är det ett mål att klienten med tiden styr mer och mer av sin egen behandling. Willner och Goodey (2006) beskriver hur en lågbegåvad kvinna först efter ett års terapi upptäckte att hon gjorde framsteg. Sedan började hon själv föreslå nya mål och uppgifter.

För att å ena sidan ta hänsyn till begränsningar i planerings- och initiativförmågan, och å andra sidan främja självbestämmande och egen påverkan krävs en balansgång. Terapeuten måste styra och planera mycket aktivt och vara mer instruerande än med normalbegåvade klienter. Eftersom begåvningshandikappade har svårt för spekulativt tänkande menar många kliniker att terapeuten måste föreslå alternativ och lösningar, så att klienten kan pröva nya kognitioner. Många raka frågor däremot gör klienten ställd och hon/han kan känna sig dum. Även här kan rollspel bli ett naturligt sätt att pröva en ny tanke.



Vinjetter med en återkommande låtsasfigur är populära hos barn, och kan fungera för vissa vuxna också.

**Självinstruktioner.** Många metoder och verktyg som används med målgruppen ligger nära beteendeterapeutiska metoder, såsom avslappningsträning, och selfmanagement-program. En beteendeterapeutisk metod som syftar till att träna självständig självreglering är metoden ABA (applied behavioural analysis) där självregistrering, självvärdering och slutligen självbekräftelse hjälper även begåvningshandikappade att minska problematiska beteenden och öka funktionella beteenden. Beteendeterapeuterna Jones et al (1997) menar att metoder med *verbal självreglering*, t ex *självinstruktioner*, eller att *registrera det egna beteendet* förmodligen leder till förändringar i det kognitiva processandet, och att träning i *funktionell kommunikation*, som syftar till att klienten byter ut störande beteenden mot acceptabla kommunikativa uttryck för sina önskemål, samtidigt kan förbättra klientens förmåga att använda sig av symbolisk kommunikation och tänkande. Taylor et al (2008) hävdar att ABA är framgångsrik egentligen pga det som försiggår språkligt för klienten: att hon/han får verbala regler för att iaktta, bedöma och belöna sitt eget beteende.

På detta bygger metoden Självinstruktioner, som har använts i pedagogik och terapi för barn (som t ex lär sig hantera sitt hyperaktiva beteende) och vuxna i ångestbehandling (som lär sig hantera ångest med positiva självinstruktioner). Självinstruktioner är inriktade på klientens informationsbearbetningsprocess. Normalbegåvade använder till vardags självmant självinstruktioner; begåvningshandikappade gör det sällan och mindre automatiskt (Reed, 1997). Självinstruktioner lärs ut med hjälp av någon som modellerar och ger feedback. Stegen är följande: man uttalar vad man vill göra, utför det man sagt att man ska göra, bedömer verbalt om man har gjort det, och ger sig självberöm/bekräftelse när man gjort det som man har satt upp som mål. Tanken är att självinstruktionerna så småningom ska övergå i ett inre tal, såsom ofta sker i barns naturliga utveckling med sådant de hört från viktiga vuxna.

En enklare självinstruktionsmetod i ångestreducerande syfte beskrivs av Chiodo och Maddox (1985, refererat i Dagnan & Jahoda, 2006). I en första omgång av övningen fick den lågbegåvade, socialt rädda klienten sortera kort inför terapeuten, som sade: ”skynda på” och: ”du är för långsam”. Därefter ombads klienten att beskriva sina känslor. Sedan upprepades uppgiften, men klienten fick i uppgift att tala till sig själv med följande, positiva påståenden: ”Jag gör det här bra.” och ”jag bryr mig inte om att Du tittar på mig.”, samt till terapeuten: ”Du stör mig inte.” Sedan utvärderades känslorna under det nya upplägget. Övningen med det

positiva självtalet genomfördes sedan i tre-fyra veckor och hade stor genomslagskraft för patienten i flera olika situationer.

Självinstruktioner med lågbegåvade har visat sig vara en framgångsrik metod för inläring av specifika förmågor. Men klienterna överför inte automatiskt det de lär sig till nya situationer.

***Att följa vanligt KBT arbetssätt.*** William Lindsay har länge arbetat med målgruppen, och publicerat en forskningsöversikt om psykoterapi för lågbegåvade (2005), samt egna intressanta fallstudier. Tillsammans med kollegerna Clare Neilson och Helen Lawrenson skriver han (Lindsay et al, 1997) att man, oavsett vilka anpassningar man vill göra, ändå ska hålla fast vid det innehåll och de procedurer som brukar tillämpas vid KBT.

Terapeuten sätter alltså en agenda och ger hemuppgifter som kollas av i början av varje session. För att ge klienten tillgång till agendan och fånga upp klientens problembeskrivning kan terapeuten rita enkla figurer eller skriva enstaka ord som stöd för henne/honom. Författarna berättar att klienterna då tar vara på det visuella stödet, blir bekanta med terapistrukturen och upptäcker kopplingen mellan sina känslor och tankar.

Klienten behöver också hjälp för att lära sig identifiera negativa automatiska tankar. Terapeuterna använder sig av klienternas egna uttryck. Man använder ofta rollspel. I arbetet med begåvningshandikappade ska planer, initiativ och material komma från terapeuten i mycket högre grad än annars. I ett av deras (Lindsay et al, 1997) fall lider en man av extrem blyghet för kvinnor. Behandlarna hittade på olika visuella material, t ex ett bildspel av män och kvinnor som umgås mer och mer intensivt.

Terapeuten ger också hemuppgifter som kollas av i början av varje session. Men registrering av känslor eller beteenden måste man hitta lösningar för. Lindsay et al (1997) har använt förenklade formulär med enkla verbala men också ritade komponenter. De berättar om stödpersoner som regelbundet registrerar tillsammans med klienten dennes känslor.

Det enklaste sättet att lära klienten att utmana negativa automatiska tankar är att ställa dem mot alternativa tankar som väcker positiva reaktioner. Lindsay et al (1997) rekommenderar att man letar upp de enklaste alternativa/positiva tankar, ofta raka motsatsen. I exemplet med den man som besvärades av att vistas nära kvinnor prövade de tanken: ”det är bra att prata med kvinnor”. När det kommer till ångest pga katastroftankar behöver begåvningshandikappade personer förtydliganden av hur sällan katastrofer inträffar, utan att terapeuten laborerar med det abstrakta begreppet sannolikhet.

Lindsay et al (1997) menar även att man kan ta upp underliggande, dysfunktionella grundantaganden (i den mån som det är nödvändigt utifrån klientens fall). Här ligger det mesta av det kreativa arbetet hos terapeuten, som ser temat och som kommer med förslag hur man hittar positiva motbevis. Terapeuten hjälper klienten att hitta nya positivare antaganden / tankar, och att testa och träna dem i terapin. Sedan behöver klienten också hjälp att planera hur dessa nya grundantagandena prövas i verkliga situationer.

**Att främja generalisering.** Speciellt då man vill kompensera för klienters bristande förmåga till generalisering behövs omfattande pedagogisk förberedelse. Williams och Jones (1997) beskriver behandlingsupplägg där man under flera sessioner uppmärksammar och tränar problemlösning och generalisering som en processfärdighet. Också Loumidis och Hill (1997) har utvecklat en gruppbehandlingsmanual med syfte att lära lågbegåvade social problemlösning. Man ville inte lära ut konkreta sociala förmågor, utan öka deltagarnas förmåga att inse att hon/han har ett problem och löser det genom att välja denna strategi. Loumidis och Hill integrerar i sin manual alla enskilda kognitiva komponenter i problemlösnings-, besluts- och utvärderingsprocessen, eftersom man inte ska räkna med att alla lågbegåvade på egen hand har lärt sig dessa komponenter. Där ingår också klienternas känslor i problemlösningsprocessen, känslor som vägledande för att se problem och välja lösningar, och känslor som behöver regleras. En utvärdering av manualen efter fyra gruppbehandlingar visade på effekter, men inte de man avsett: många deltagare hade minskat sina problembeteenden. Däremot syntes ingen tydlig ökning av deltagarnas medvetna användning av strategin problemlösning.

Också Stenfert Kroese (1997) tar upp lågbegåvades brister i de processer som styr det egna beteendet och den egna utvecklingen. Hon kopplar ihop det med att de har många grundmurade erfarenheter av att misslyckas, av att inte tillåtas självbestämmande och av låga förväntningar från omgivningen. Detta leder till slutsatsen att terapi med begåvningshandikappade bör omfatta arbete med självbild och självkänsla, mycket kompletterande undervisning, samt träning av självinstruktioner och liknande processer som ökar förmågan till egen styrning.

Även Williams och Jones (1997) tycker att KBT för lågbegåvade mindre ska handla om att lära ut förmågor beteendeterapeutiskt och mer om att lära ut metakognition för att komma åt transfer-problemet. Metakognition är att medvetet hantera sina kognitioner; och i det här sammanhanget vill man att lågbegåvade ska kunna ta fram inlärd förmågor även i nya situationer, där de är till hjälp. Man menar i dag att lågbegåvade kan lära sig strategier,

men har svårt att spontant ta fram dem och att koordinera dem med övrigt som sker i samma situation. Eftersom Williams och Jones (1997) även tittar på betydelsen av testdeltagarnas språkliga nivå och förmåga till abstrakt tänkande, konstaterar de att den språkliga förmågan hjälper till att vidmakthålla det man lärt sig, medan förmågan till abstrakt tänkande och arbetsminnets kapacitet förstärker metakognitiv inläring. Författarna är noga med att påpeka att dessa skillnader inte ska tas som en indikator för att utesluta lågbegåvade från avancerade behandlingsmodeller, utan att fundera på hur man kan hjälpa dem att påbörja en insikt om metakognition.

### ***Summering av litteraturgenomgången***

Forskningen om och dokumentationen av KBT för lågbegåvade är ett litet, men växande område med lovande resultat. Det behövs dock många fler kontrollerade psykoterapistudier. När det kommer till målgruppen svagbegåvade är bristen på forskning och dokumentation total i Sverige efter vad jag kunnat utröna. Mot bakgrund av forskningen om lågbegåvades förmåga att arbeta kognitivt har emellertid svagbegåvade i jämförelse relativt stora förutsättningar att klara basala processer i KBT.

Förutsättningen är dock att begåvningshandikappet upptäcks, utreds och tas hänsyn till i en genomtänkt anpassningsprocess som bygger på varje klients kognitiva förutsättningar och behov. Även den emotionella nivån och det emotionella fungerandet måste undersökas, eftersom den emotionella kompetensen inte automatiskt följer den kognitiva utvecklingen. Denna kartläggning kan gestaltas så att terapeuten samtidigt introducerar och lär ut kognitivt arbete på grundval av en enkel KBT-modell. Kartläggningen ger då konkreta svar på hur samarbetet och materialet och innehållet i terapin behöver anpassas till klienten.

Fallformuleringen integrerar klientens kognitiva och emotionella fungerande med hennes/hans psykiska lidande. Särskilt måste de olika faktorerna belysas utifrån skillnaden mellan kognitiva begränsningar och kognitiva förvrängningar. Tex irrationella föreställningar och rigiditet måste förstås utifrån personens kognitiva nivå. Fallformuleringen bör också inkludera den svagbegåvades faktiska sociala förhållanden som bakgrund till hennes/hans föreställningar om sig själv och världen. Svagbegåvade personer upplever livet igenom olika former av beroenden och marginalisering, som kan utgöra en viktig del i uppkomsten eller vidmakthållandet av psykiska besvär, och därför måste integreras i fallformuleringen i varje enskilt fall. Här är det viktigt att inte glömma, att klienten själv valt många av sina beteenden som försök att lösa sina problem. Fallformuleringen ska i viktiga delar kunna förmedlas till klienten, men på hennes/hans intellektuella nivå.

För både klienten och terapeuten kan det krävas längre tid än i behandlingar med normalbegåvade klienter för att bygga upp ett stabilt samarbete. Anpassningen av arbetsalliansen måste följa en balansgång mellan att leda klienten, som har svårt med överblick, initiativ, koncentration och minne, och att samtidigt stödja samme klient att öka sitt självbestämmande. Strukturell tydlighet och språklig enkelhet är därför nödvändiga anpassningar. Formen för det terapeutiska arbetet följer emellertid grunderna för all KBT. Sessionens agenda förmedlas dock mycket konkret, gärna uppskrivit eller ritat. Hemuppgifter och träningsmoment är mycket angelägna, men kräver ofta att terapeuten planerar för det stöd klienten behöver för att komma ihåg eller komma igång med genomförandet. Vidare behöver terapin innehålla ett sökande efter negativa tankar (lämpligen genom intervju eller rollspel). En alternativ hantering av negativa tankar och känslor behöver förmedlas återigen mycket konkret (rollspel, förebild mm). Metoden med självinstruktioner verkar ha en stor genomslagskraft i terapier med begåvningshandikappade personer, och kan kopplas samman med kognitiva interventioner. Terapeuten kommer också att kunna leta efter underliggande teman i klientens negativa tankar. Vidare bör arbete med självbilden ingå i terapin.

Begåvningshandikappade klienters kognitiva begränsningar kan göra det nödvändigt att integrera stödpersoner i behandlingsplaneringen och delvis i själva terapiarbetet. Slutligen kommer terapeuten att leda klienten att prova det hon/han lärt sig i vardagen, och att komma tillbaka med sina iakttagelser (återigen troligen genom andra personers stöd). Målsättningen måste vara att klienten kan upptäcka samband mellan sina egna tolkningar och reaktioner, samt hur hon/han kan bättre styra över dem. För all behandling gäller att patienten aldrig kan må bättre än vad livsomständigheterna tillåter. Terapeuten bör hålla sig informerad om klientens livssituation och kan samarbeta med övriga stödpersoner kring att öka klientens självbestämmande. Frågor om boende-, arbetssituation eller relationer kan behöva hanteras direkt. Livet som marginaliserad person, upplevelsen av att vara annorlunda eller att ha ett handikapp bör vara en del i psykoedukationen.

### ***Syftet i mer specifika termer***

Avsikten med detta arbete var att formulera och utprova en kartläggnings- och anpassningsprocess med mål att svagbegåvade klienter kan tillgodogöra sig kognitiva terapi-interventioner. De två specifika forskningsfrågor jag sökte svar på var:

- På vilket sätt kan en systematisk kartläggning av klientens kognitiva begränsningar och terapi-förmågor ge en vägledning för utformningen av terapins kognitiva interventioner?

- Hur kan en svagbegåvad klient tillgodogöra sig den mest grundläggande kognitiva interventionen, arbetet med negativa, automatiska tankar (NATs), om interventionen anpassats med hjälp av en systematisk kartläggning?

### *Hypoteser*

På grundval av det som kommit fram i litteraturgenomgången antog jag att det vore möjligt att arbeta kognitivt med de flesta svagbegåvade klienter. Forskningen och klinikernas erfarenheter pekade på att utformningen av ett kognitivt terapiarbete för svagbegåvade klienter vilade på att varje enskild klients kognitiva fungerande och nivå utreddes, integrerades med den individuella fallformuleringen, och fick styra anpassningen av terapiarbetet till klientens nivå och problem.

Vad gäller den första forskningsfrågan förväntade jag mig att en systematisk kartläggning av klientens kognitiva begränsningar och terapi-förmågor skulle ge mig ett tydligt underlag, så att jag i fallformuleringen kunde integrera klientens kognitiva nivå och fungerande med klientens psykiska besvär. Dessutom antog jag att kartläggningen skulle upplysa om klientens behov av pedagogiskt material och tekniker.

Den andra forskningsfrågan var mer explorativ än den första och undersökte både möjligheter och gränser för ett kognitivt terapiarbete med målgruppen. För att kunna bedöma hur den svagbegåvade klienten kunde tillgodogöra sig den kognitiva interventionen, behövde jag undersöka hur klienten medverkade i, lärde sig och reagerade på interventionens alla små delmoment. Om hypotesen stämde borde klienten efterhand reagera känslomässigt positivt när hon/han prövade nya tankar i rollspel eller liknande övningar under terapisessionen, och lättare kunna växla mellan NAT och AT.

Det tydligaste beviset för att klienten hade tillgodogjort sig interventionen skulle vara om klienten kunde omsätta det hon/han lärt sig så att en förändring i vardagen blev möjlig. Därför var det viktigt att undersöka om klienten kunde använda de nya kognitionerna i sin vardag i det problem hon/han sökt terapi för, genom att leta efter positiva förändringar i klientens registreringar av problemsituationen, samt i stödpersonens observationer och i psykometrin.

### 3. METOD

#### *Design – explorativ fallstudie*

Bristen på forskning om KBT för målgruppen svagbegåvade i Sverige talade för att anlägga studien explorativt. Litteraturen om KBT för lågbegåvade beskrev hur terapiarbetet med begåvningshandikappade ofta anpassades individuellt till klienternas kognitiva förutsättningar. Detta talade för att studera behandlingseffekter på individnivå med för- och eftermätning. En fallstudiedesign motsvarade båda dessa önskemål. I fallstudieformatet - som en lämplig ram för utprovningen av ett tillvägagångssätt - kunde jag upptäcka möjligheter och hinder under kartläggningen och den kognitiva interventionen. Jag kunde formulera ett upplägg för kartläggning och behandling i förväg, men även ta upp anpassningar som jag ur behandlingssynpunkt valde att göra under behandlingstiden. På så vis kunde ämnets kontext och komplexitet tydliggöras. I en fallstudie kunde jag använda flera olika sorters mått bredvid varandra, och på så vis dokumentera behandlingsfasens effekt på den enskilda klienten från olika synvinklar.

#### *Deltagare*

Deltagare till fallstudier sökte jag initialt bland de personer som genomgår arbetsrehabilitering på min arbetsplats, en verksamhet inom Arbetscentrum i Malmö. Klienterna står ofta relativt långt ifrån den öppna arbetsmarknaden pga psykiska eller andra arbetshinder. Erfarenheten säger att svagbegåvning är vanligt förekommande. Mitt arbete handlar om att erbjuda utredning eller behandling till klienter med särskilda behov. Eftersom jag inte hittade många potentiella klienter inom denna del av organisationen utökade jag mitt sökande, och erbjöd handläggarna inom hela Arbetscentrum (som serverar ett par hundra klienter) att de kunde remittera svagbegåvade klienter som önskade hjälp med psykiska besvär.

Upplägget beskrevs som 1 till 2 testningstillfällen med WAIS, följt av ca 3 månaders regelbunden KBT-behandling. En hög grad av anonymitet betonades. Ingen framtogs möjlighet att som tidigare få tillgång till psykologtider med andra upplägg. Studiens behandlingsupplägg skilde sig enbart från sedvanlig behandling genom ett mer systematiskt upplägg av bedömning, anpassning och utvärdering. För klienternas del kunde KBT-behandlingen fortsätta efter den behandlingsfas som ingick i denna studie.

Trots flera månaders sökande efter lämpliga deltagare kom jag bara i kontakt med ett fåtal personer. Det förvånade mig att handläggarna inte remitterade fler klienter, trots att de

uttalat sig om den höga andelen svagbegåvade bland klienterna. Jag vände mig därför även till en annan kommunal verksamhet för arbetsrehabilitering, som hade kontakt med nästan tusen arbetssökande personer. Även där fann handläggarna det svårt att hitta och remittera klienter till mig, trots att den allmänna uppfattningen var att det fanns många svagbegåvade klienter. En förklaring var att dessa personers kognitiva funktionsnedsättning inte var diagnosticerad (så vitt man kände till), och aldrig hade diskuterats med klienten själv.

En person av de som sökte behandling hos mig under våren och sommaren 2010 var beredd att ingå i studien. De övriga remitterade kunde eller ville av olika skäl inte komma till behandling, t ex var tidpunkten inte den rätta. Andra klarade inte av att fullfölja sin arbetsrehabilitering. Andra var inte intresserade av en kontakt så lång som 3 månader.

### ***Fallbeskrivning***

Kalle var vid behandlingens början 29 år gammal. Han fick sedan flera år medicinsk behandling för generell och social ångest, tvångstankar och depressivitet.

I Kalles livshistoria fanns många belastande omständigheter utöver hans begåvningsbegränsning. Kalles mor var 16 år gammal när han föddes. Efter några konfliktfyllda år försvann pappan från familjen, och de hade ingen kontakt mer. Modern missbrukade alkohol i perioder. Både modern, olika sambos och sedan en permanent styvfar slog Kalle. Relationen till den 6 år yngre lillasystern var konfliktfylld, vilket Kalle förklarar med att han var rädd om sina saker. Han var något blyg redan under uppväxten.

Kalle vistades ofta hos sina morföräldrar, som också stod för uppfostran och trygghet. Hans kognitiva svårigheter utreddes (honom veterligen) först i högstadiet och bedömdes som dyslexi och ett begåvningshandikapp. Tidigt började han missbruka alkohol, samt använde alkohol för att hantera sin ökande sociala ångest. Det hände att Kalle var utkastad hemifrån, sov över hos kamrater eller i portuppgångar. Socialförvaltningen ordnade ett boende åt honom när han var 18 år gammal.

Genom arbetsförmedlingens hjälp fick Kalle ett arbete, men blev uppsagd pga att han inte skaffade körkort. Nästa anställning, som ordnats med stöd från Arbetsförmedlingen, behöll han under fyra år och skaffade då egen lägenhet. Han blev dock alltmer socialt rädd och upplevde sig mobbad på sitt arbete. Drickandet och hans sociala ångest eskalerade. Han blev slutligen arbetslös och mer deprimerad. I påverkat tillstånd var han våldsam mot sin sambo, häktades och dömdes. Kalle valde behandling och nykterhet istället för straff. Samborelationen förbättrades.



Sedan påbörjade Kalle en arbetsrehabilitering, där jag mötte honom ca 1,5 år innan denna behandling. Jag lärde under den tiden känna Kalle för att utreda hans psykiska besvär. Det hade framkommit att Kalle hade ett par besvärande tvångstankar, och bl a blev stressad på morgonen om han var den siste att lämna lägenheten. Han låste många gånger och var orolig hela dagen. Jag remitterade honom till en fördjupad bedömning och behandling i psykiatri. Kalle blev utredd, fick ändrad medicinering och sattes upp i kö för en individuell KBT-behandling. Parallellt började han praktisera på ett par ställen och nådde slutligen sin nuvarande, tidsbegränsade anställning. Denna anställning ska utmynna i att han inom 2 år söker och erhåller arbete på den öppna arbetsmarknaden med lönebidrag.

Kalle älskade sitt nuvarande arbete med grönyteskötsel. Hans liv i övrigt utvecklades inte: han avstod från nästan allt umgänge, höll sig nykter och satt hemma vid tv och dator. Han undvek även sin sambos kompisar. Sina fritidsintressen techno-musik och Malmö FF kunde han inte leva ut som tidigare, när han med hjälp av alkohol gick på matcher eller konserter. När Kalle fick relationsproblem på arbetsplatsen blev han återigen aktuell hos mig, och hade då nyligen avbrutit KBT-behandlingen. Under tiden för vår kontakt påbörjade och avbröt Kalle en gruppbehandling för social ångest inom psykiatri, eftersom han trodde initialt att han skulle bli utkastat från psykiatri om han inte deltog.

Kalle tyckte sig se en förbättring av sitt mående sedan han blivit nykter och börjat medicinera. Han hade också fått kunskap om sin sjukdom och om sambanden mellan alkohol och ångest. Ändå var den sociala ångesten och förväntansångesten på morgonen fortfarande ett stort problem: han beskrev ett omfattande lidande, där fysiska och mentala ångestsymptom samt ett par tvångstankar överskuggade stora delar av de flesta dagar, och begränsade hans liv i arbete och fritid, samt förmörkade hans framtid. Fortfarande triggades hans sociala ångest i folkmängder, vid trängsel på bussen, i stora affärer och framför allt i situationer i vardagen där han blev tittad på och/ eller förväntades prata, som exempelvis under maten. Kalle själv trodde att hans problem berodde på hans tidigare utsatthet.

Innehållet i Kalles kognitioner, bl a hans bild av sig själv, av världen och framtiden var konkret fyllda av hans negativa erfarenheter. Han såg sig själv som en snäll kille, som försökte göra sitt bästa, men som bar på tillkortakommanden och egenskaper som attraherade elakhet. Han hade ett omfattande undvikande och använde många säkerhetsbeteenden. Samtidigt som Kalle såg sig själv beroende av andras erkänsla och hjälp såg han andra människor som kompetenta, men oftast elaka. Han litade på få personer: sin sambo, sin chef och en socialarbetare. Han verkade även bli trygg med sin arbetsledare, sin läkare och med

mig, men trodde samtidigt att han utan vidare kunde bli avskedad, eller utkastad från behandling. Omfattningen av sina kognitiva begränsningar hade Kalle svårt att greppa.

### ***Procedur och mätinstrument***

***Översikt.*** Fallstudien planerades som två delar, en kartläggningsfas under sessionerna 1 till 5 och en behandlingsfas under sessionerna 6 till 12.

Eftersom anamnes och testning redan förelåg inleddes kartläggningen direkt med för-  
mätningen, dvs Beck Ungdomsskalor. Därefter genomfördes en manualiserad bedömning av  
förmågan att arbeta kognitivt, som beskrivs längre fram. I manualen ingick också att välja en  
problemsituation att arbeta kring. Vidare ingick ett möte med klientens stödperson, Kalles  
arbetsledare, i kartläggningsfasen. Samarbetet med arbetsledaren utgjorde en stabiliserande  
ram för terapin, och avsikten var samtidigt att skapa ett beteendemått som stödpersonen  
senare kunde registrera. Kartläggningsdelen utmynnade i min fallformulering.

Därefter genomfördes behandlingsfasen med den kognitiva interventionen att hitta och  
använda alternativ till negativa automatiska tankar (NAT). Också denna del byggde på ett  
antal förberedda steg, men anpassades löpande. Arbetet gick mycket långsammare än planerat  
och kom därför att omfatta 10 sessioner istället för planerade 7. Registreringar av de  
problematiske känslorna och tankarna introducerades och fördes sedan återkommande.  
Behandlingsdelen avslutades med ytterligare ett möte med klientens stödperson, och en sista  
session med utvärdering och en eftermätning med Beck ungdomsskalor.

***Bedömning av de kognitiva svårigheterna.*** WAIS-III består av 14 olika deltest, som i  
olika kombinationer ger mått på generell intelligens, verbal intelligens, "performance"  
intelligens, index för verbal förståelse, index för perceptuell organisation, index för  
arbetsminne och för snabbhet. Testningen kan genomföras under 1-2 tillfällen under  
sammanlagt 3-4 timmar. Underlaget lämpar sig också för att bilda sig en uppfattning om en  
persons förmåga att tänka abstrakt, med hänsyn tagen till personens verbala förmåga.

Under tiden för vårt samarbete kom bilden av hur Kalle använder sina kognitiva  
resurser och hanterar sina kognitiva hinder att nyanseras.

***Psykometri.*** För en kvantifierbar för- och eftermätning av det psykiska mående valdes  
***Beck ungdomsskalor*** (Beck, Beck & Jolly, 2004), som ligger kognitivt/språkligt på rätt nivå  
och därför rekommenderades av Habiliteringens psykologer som arbetar med vuxna

lågbegåvade klienter med psykiska besvär. Beck Ungdomsskalor används för bedömning av emotionell och social problematik hos barn och ungdomar. Varje skala består av 20 påståenden, vilka skattas på en fyrgradig skala från 0 till 3 (där svarsalternativen är ”aldrig”, ”ibland”, ”ofta” och ”alltid”). Beck Ungdomsskala Ångest (BUS-Å) ger ett mått på oro och ångslan bland annat beträffande den sociala situationen, den egna hälsan och framtiden. Beck Ungdomsskala Depression (BUS-D) ger ett mått på ledsenhet och depression, synen på den egna självbilden, känslor av hopplöshet, självförebåelser och kroppsliga symtom. Beck Ungdomsskala Ilska (BUS-I) ger ett mått på tankar och känslor relaterade till ilska. Beck Ungdomsskala Normbrytande beteende (BUS-NB) ger ett mått på beteenden relaterade till uppförandestörning och trotssyndrom, men frågar också efter mobbning, allvarliga regelbrott och tendenser att skylla ifrån sig, och hur dessa upplevs. Beck Ungdomsskala Självbild (BUS-S) ger ett mått på ett barns/ en ungdoms bild av sig själv, sin egen kompetens och sina egna färdigheter.

Den svenska versionen av Beck Ungdomsskalor är normerad på barn och ungdomar mellan 9 och 18 år. Beck ungdomsskalor har hög reliabilitet (med Cronbachs alpha mellan 0,88 och 0,94) och även hög test-retest-reliabilitet. Vid undersökning av validiteten har man funnit hög korrelation mellan de fem skalorna, eftersom psykiska problem brukar samvariera. Vid en undersökning på kliniska grupper vid landets barnpsykiatriska mottagningar fann man med hjälp av faktoranalys att de fem olika skalorna ändå mäter med urskiljning det de är avsedda för.

På de frågor som handlade om skolan bytte jag ut ordet ”skola” mot ordet ”jobb” respektive ”arbete”. Jag bedömde att detta inte minskade testets användbarhet för målgruppen. En jämförelse med den svenska normeringen var ändå uteslutet med tanke på åldern.

***Bedömning av klientens förmåga att arbeta kognitivt.*** För att kunna göra en systematisk bedömning satte jag samman en manual, med en övning för varje terapi-förmåga. Övningarna lades upp såsom jag funnit det i litteraturen (se nedan), men utformades så att innehållet passade till klientens livssituation, intressen och presenterade problem (se övningarna i resultatkapitel 4). Övningarna för bedömningen av terapi-förmågan varvades med en kartläggning av klientens problemsituation och aktuella psykiska mående, i vilka begreppen från övningarna användes och därmed repeterades. På så vis blev kartläggningen samtidigt en introduktion i kognitivt arbete. Nedan en kronologisk lista av övningarna:

Under session 1: känna igen och benämna känslor (Reed, 1997).

Under session 2: händelser väcker känslor (Dagnan & Chadwick, 1997).

Under session 2: urskilja känslor, tankar och beteenden (Sams et al, 2006).

Under session 4: olika tankar väcker olika känslor (Dagnan et al, 2000).

Under session 5: förmågan att gradera känslor (Dagnan & Chadwick, 1997).

**Övriga mätningar.** De första sessionerna bestod delvis av *kartläggande samtal* kring det problem klienten sökte behandling för. Problemet fick avgränsas och tillsammans med klienten väljas en typisk problemsituation att arbeta kring.

En *enkel registrering av tankar och känslor, i Kalles fall ångest*, introducerades i session 5. I de följande sessionerna försökte vi få till stånd att Kalle förde dessa registreringar dagligen hemma. Han uttryckte viljan att genomföra uppgiften, men klarade sedan aldrig av det. Därför skrev vi vid varje session en gemensam registrering för den dagen, alltså ca 1 gång per vecka. Dessa registreringar kunde presenteras som tidsserier och användas för att dokumentera eventuella skiftningar.

För Kalles typiska problemsituation formulerades ett *beteendemått* som kunde registreras av Kalles stödperson, arbetsledaren på plats. För att arbeta fram ett sådant kom Arbetsledaren därför till session 3 och höll sedan kontakt med mig via email. I slutet av behandlingsfasen hade vi ett utvärderingsmöte. Jag bad stödpersonen att göra *skriftliga registreringar av beteendemåttet vid två tillfällen*, helst under en hel vecka. Den skriftliga registreringen kom aldrig till stånd. I övrigt gav arbetsledaren ovärderligt stöd till Kalle och viktig feedback till mig.

Dessa data kompletterades med mina *kontinuerliga observationer* av hur klienten medverkade i det kognitiva arbetet, och hur hans kognitioner och hantering av problemsituationen påverkades. I sista sessionen bad jag Kalle om en muntlig utvärdering. Pga studiens tidsramar var det inte möjligt att göra en senare uppföljning.

**Psykoeduktion.** I den här studien skulle den kognitiva interventionen studeras. Därför försökte jag att hålla psykoedukationen så avgränsad som möjligt. Av etiska och pedagogiska skäl såg jag det dock som nödvändigt att validera klientens beskrivning av sina psykiska besvär, normalisera företeelsen, samt ge en mycket enkel undervisning om vad ångest är (session 5). Det visade sig dessutom angeläget att validera och ibland korrigera Kalles funderingar kring sina kognitiva svårigheter.

**Fallformulering.** Under tiden för kartläggningen påbörjade jag fallformuleringen. Som beskrivit i teorikapitlet gällde det att urskilja klientens kognitiva begränsningar och kognitiva förvrängningar från varandra, och samtidigt försöka bedöma hur de kommit att forma varandra och påverka problemupplevelsen och livet i övrigt.

**Behandlingsinterventionen – kognitivt arbete med negativa tankar.** Jag valde negativa, automatiska tankar (NAT) för det kognitiva arbetet av flera skäl: 1) NAT är en av de enklaste kognitiva interventionerna i KBT. 2) NAT brukar ligga först i många behandlingar, om än inte i alla behandlingsupplägg, vilket underlättade en utvärdering av interventionens kortsiktiga effekt, utan att stå i vägen för att andra interventioner används senare i samma behandling. 3) Arbetet med NAT var inte olik de övningar som ingick i den planerade kartläggningsfasen.

Jag betraktade arbetet med NAT som en intervention, men bestående utav flera delmoment som skulle läras ut och tränas in: att registrera och identifiera negativa automatiska tankar och känslan dessa väcker, att pröva alternativa tankar och identifiera känslan dessa väcker, och att använda alternativa tankar i problemsituationer.

Idéer på material och upplägg hämtades från den presenterade litteraturen (teorikapitel 2), samt från barnpsykiatriska materialet Cool Kids Program (Lyneham, Abbott, Wignall & Rapee, 2004). Jag planerade övningar, bildspel, små dialoger och rollspel. Jag förberedde mig på förenklingar, konkretiseringar, visuellt och annat stöd. Allt detta försökte jag lägga på den nivå som klientens terapikompetens och kognitiva förmåga (abstraktionsförmåga, språkliga nivå, emotionella och sociala kompetens, självbild och självbestämmande, samt impulskontroll och annan självreglering) angav. Jag lät mig inspireras av klientens fritidsintresse för att öka motivationsfaktorn. Första målet var att klienten skulle lära sig känna igen negativa tankar hos sig själv. Vi skulle titta på problemsituationen och andra, dagsaktuella händelser och spalta upp vad klienten kände och vad han tänkte. Likaså skulle jag försöka trigga olika känslor och tankar genom annat material såsom bilder, rollspel etc. Sedan skulle vi tillsammans pröva att ersätta de negativa tankarna med andra tankar, till en början på mitt initiativ. Vi skulle träna att lägga märke till och gradera den känslomässiga reaktionen på tankarna. Slutligen gällde det att klienten provade ut de alternativa tankarna, till en början som övningar, sedan som ett verktyg i de aktuella, problematiska situationerna. Jag räknade med att vi skulle repetera mycket. (Mer om de konkreta uppslagen redovisas i Resultatkapitel 4 och i bilagorna.)

## 4. RESULTAT

Kalle fullföljde hela den planerade serien av samtal och övningar som ingick i studiens kartläggning och behandling. Efter studien fortsatte vi att träffas för att arbeta med hans sociala ångest. Med tanke på Kalles svaga begåvning och tillitsproblematik skapade jag regelbundna, trygga och förutsägbara sessioner. Samtidigt var jag flexibel om det krävdes för att hålla uppe hans motivation eller möta hans behov av anpassning av samarbetet. Vi inledde alltid med ett litet prat om Kalles intressen och situation på arbetet. Jag försökte finna rätt tempo, närhet i rummet och frekvens av blickkontakt. Allt material var tydligt strukturerat och hade ofta visuella komponenter. Vi hade en tavla alldeles bredvid oss där vi satt, där jag skrev enskilda ord för att hålla kvar det vi pratade om. Repetitioner var pedagogiskt viktiga, samtidigt som de visade mig vad Kalle hade tagit till sig.

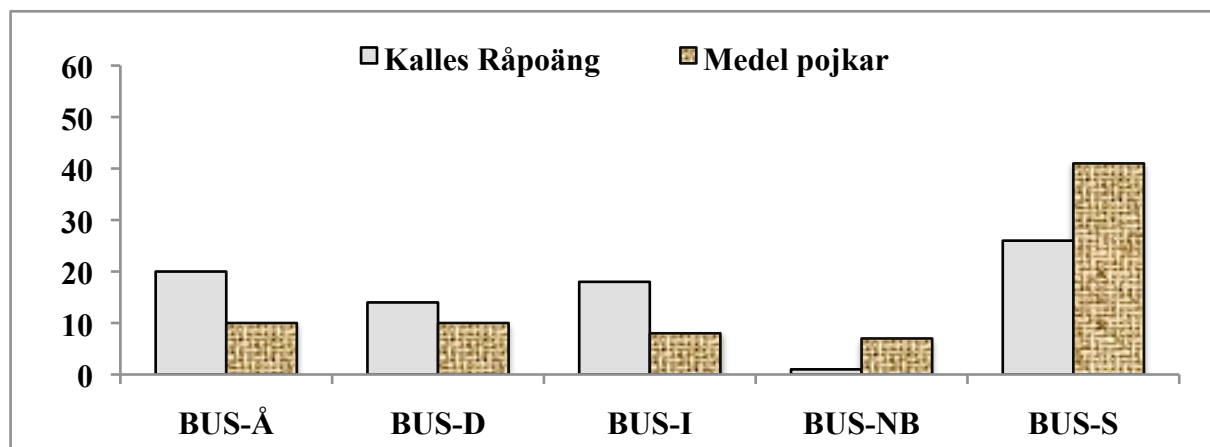
### *Kartläggning och förmätning*

**Bedömning av de kognitiva svårigheterna.** Kalle hade sommaren 2009 testats med WAIS III. Vi rekvirerade testresultaten. Där konstaterades det att han hade en kognitiv funktionsnedsättning, men ej någon utvecklingsstörning, något han själv varit orolig för. Kalles prestationer låg genomgående i området svagbegåvning, med tydligt nedsatt abstrakt tänkande exekutiva funktioner (planering, organisering, struktur). Svagast var Kalles tempo, arbetsminne och sociala förståelse, bäst hans allmänbildning och hans visuella förståelse, som bitvis kunde höja sig över området för svagbegåvning. Kalles sociala ångest och hans sökande efter försäkringar framkom även i denna testsituation.

**Förmätning med Beck ungdomsskalor.** Jag valde att läsa högt medan Kalle läste med blicken och svarade högt. Han verkade förstå och kunna använda graderingen, men vid frågor som påminde om hans värsta erfarenheter av mobbing, kunde han övervärdera enskilda negativa händelser och svara med ”ibland”. Efter 60 frågor började Kalle bli trött, men han klarade av att besvara alla 100 frågor i hela frågeformuläret.

Kalles råpoäng: BUS-Å (ångest): 20, BUS-D (depression): 14, BUS-I (ilska): 18, BUS-NB (normbrytande beteende): 1, BUS-S (självbild): 26. Även om en jämförelse med normen för barn och ungdomar inte fick betraktas som ett mätvärde, gav en jämförelse med medelpoäng för pojkar en fingervisning om skalornas tyngd (se Figur 1). Inom skalorna för ångest, depression och ilska verkade Kalle ligga markant högt. Normbrytande beteenden

angav han däremot som obefintliga. Skalan för självkänslan förhåller sig omvänt mot dem övriga skalorna, Kalles svar låg mycket lågt.



**Figur 1: Förväntning med Beck Ungdomsskalor**

I Tabell 1 nedan visas hur Kalles svar inom varje delskala var sammansatta. Bland ångestbärande tankar framstod tydligast katastroftankar, inte social ångest. Inom depressions-skalan var anmärkningsvärt att där inte fanns några självföreläuser. Vidare hade Kalle inom både ångest- och depressions-skalan tydliga utslag på kroppsliga symptom, som ju även kunde bero på hans medicinering. Hans svar inom ilska-skalan uttryckte en upplevelse av utsatthet, provokation och svårhanterad ilska. I Kalles låga självbild skattade han högst sin snällhet och trevlighet, men verkade sakna uppskattning från andra. Han visade med sina svar att han bara ibland var nöjd med sina prestationer, ändå var det denna del av skalan som gav mest poäng. Inom denna skala fanns enskilda svar som handlade om hans kognitiva begränsningar: sin förmåga att vara klok, roliga eller påhittig skattade Kalle låg.

**Tabell 1: Förväntning med Beck Ungdomsskalor, poäng (antal items) per delfaktorer**

Ångest	Depression	Ilkska	Normbryta	Självbild
tankar och känslor: 12 (11)	tankar och känslor: 3 (6)	ilkska mot andra: 0,5 (2)	aggression mot vuxna: 1 (2)	självuppfattning: 6 (6)
kroppsligt: 5 (4)	negativ självbild: 4 (4)	ilkska utan objekt: 2 (3)	allvarliga regelbrott: 0 (9)	färdigheter: 13 (9)
socialt: 2 (3)	självföreläuser: 0 (2)	upplever sig provocerad: 2 (2)	illvilligt beteende: 0 (4)	pos relationer till andra: 6 (2)
jobbet: 2 (3)	brist psyk energi: 4 (4)	upplever sig utsatt: 6 (7)	upplever neg beteende pos: 0 (4)	pos uppfattad av andra: 1 (3)
framtid: 2 (2)	kroppsliga symptom: 3 (4)	svårhanterad ilkska: 8 (7)	tendens att skylla ifrån: 0 (1)	
	hopplöshet: 2 (2)		mobbing: 0 (1)	
20	14	18	1	26

**Problemsituationen.** Initialt ville Kalle fokusera på den konflikt som fått honom, hans arbetsledare och den rehabiliteringsansvarige att efterfråga behandling hos mig. Kalle berättade att han på sin arbetsplats flera gånger hade blivit kallad ”bög” av en anställd från ett annat team. Dagen efter den tredje gången gick han fram till mannen, höjde rösten, slog med handen på dennes fordon, och sade till honom att inte göra om det. Enligt Kalle ledde detta till att mobbingen upphörde. Emellertid blev han kallat till sin arbetsledare och tillsagd att inte uppträda så aggressivt igen. Kalle uppfattade tillsägelsen som en varning att ett liknande beteende kunde leda till en uppsägning. Han räknade med att händelsen kunde upprepas och ville lära sig att säga ifrån. Han önskade nu en garanterat säker metod för att undgå mobbing och uppsägning.

När vi kartlade situationen, berättade Kalle att han till en början brukade ignorera negativt bemötande. Upprepades händelsen kunde han dock snabbt känna nedstämdhet och sedan ilska. Efterhand insåg jag emellertid att Kalle vanligtvis undvek alla konflikter och aldrig hävdade sig. Han var rädd för och ville inte starta en konflikt.

Jag valde tillsammans med Kalle att arbeta kring matsituationerna istället, eftersom dessa inträffade 2 gånger dagligen och triggade Kalles ångest nästan dagligen. Han hade mycket förväntansångest och tänkte att han kanske inte skulle klara av att sitta nära, sitta länge tillsammans, att han inte skulle kunna prata när det förväntades eller behöva möta blickar. Han använde flera säkerhetsbeteenden: satte sig vid ett eget bord eller vid bordshörnan, läste tidning hela rasten, anförde olika skäl för att gå från bordet tidigt, behöll kepsen på.

**Identifiering av känslor.** Jag frågade Kalle om vi kunde göra övningar om känslor, så att vi sedan lättare kunde prata om känslor som en viktig del av terapin. Jag presenterade ett litet blad i taget för 8 grundkänslor (se alla bilderna i Bilaga 1). På varje blad fanns 2 olika bilder, ritningar eller foton av ansiktsuttryck för respektive känsla. Jag bad Kalle att säga ordet för känslan som menades. Bilderna för känslorna ”glad”, ”ledsen”, ”arg” och ”orolig” såg han direkt, och sade ”lycklig, glad”, ”ledsen”, ”arg” och ”tänker på sina problem”. Bilderna för ”rädd”, ”besviken”, ”skamsen” ”förvånad” tog honom längre tid. Den stiliserade ritningen av ett ängsligt ansikte tolkade han som ”rädd”, men det tecknade ansiktet på samma blad tolkade han som någon som ”ska göra nå’t”. Den stiliserade smileyn för besviken kunde han inte benämna alls, fotot av en besviken man tolkade han som en positiv förväntan utifrån personens snälla ögon. Teckningen av en skamsen person som håller händerna för ansiktet tolkade han som ”chockad, rädd”. Jag pekade på de röda kinderna och frågade om Kalle



brukade rodna. Det gjorde han ofta och då brukade han känna stor oro i kroppen. Jag frågade efter skam, och då kopplade han ”oh ja, när man skäms, händerna framför ansiktet”. Smileyn för förvånad tyckte han såg ut som: ”vad ska hända?”. Fotot av de förvånade kvinnorna kommenterade han med ”det ska hända något hemskt”. För varje känsla sade jag den adekvata benämningen, innan vi övergick till nästa. Avslutningsvis gav jag Kalle papperslappar för de 8 känslorden tryckta i stor stil, en för varje känsla och lade ut bilderna. Han kunde tillordna alla. Under en lekfull repetition vid nästa möte kunde Kalle fortfarande tillordna alla bilder och ord.

**Händelsers betydelse för känslor.** Jag presenterade små berättelser som slutade i frågan: ”och vad känner han då?”. Som stöd lade jag fram en lista med ord och bilder på känslor som vi använt tidigare. Kalle besvarade alla frågorna lätt. Men mitt i övningen ville Kalle sortera bort de känslor som han använt en gång, utan att det ingick i övningens upplägg.

1. ”Johannes kommer för sent till jobbet. Vad känner han?” Kalle svarade: ”Skäms.”
2. ”Rolle vinner 100:- kronor på en trisslott. Vad känner han, tror Du?” Kalle svarade: ”Glad.”
3. ”Stickan är på väg hem en fredag efter jobbet. Han och flickvännen ska se på tv och äta gott. Han får punka på däck och det är långt hem. Vad tror Du Stickan känner då?” Kalle svarade: ”Sur.”
4. ”Niklas ska ta ut pengar i bankomaten. När han stoppar i kortet, fungerar ingenting, och kortet kommer inte ut heller. Vad tror Du Niklas känner då?” Kalle svarade: ”Orolig.”
5. ”Anton har varit hos tandläkaren och klarat av att tandläkaren borrar och gjort en ny fyllning. På kvällen när han äter kraschar det i Antons nylagade tand och sedan får han stark värk i den lagade tanden. Vad tror Du Anton känner då?” Kalle svarade: ”Besviken.”
6. ”Fredde har prov imorgon. Han är inte säker om han kommer att klara det. Vad tror Du han känner nu?” Kalle svarade: ”Orolig.”

**Urskiljning av känslor, tankar och beteenden.** I denna övning fick Kalle i uppgift att sortera ut vad som är känsla, vad som är tanke och vad som är handling (”det man gör”) för varje liten berättelse jag läste. Jag hade tryckt upp lappar med de 3 respektive meningarna, vilka jag lade fram för varje berättelse i taget. På bordet fanns en plats för känslor, symboliserat av ett ritat hjärta, en plats för handling symboliserat av en ritad hand, samt en tankebubbla för tankar. Jag tipsade under övningens gång vad som kan vara tankar: ”det man funderar, tänker, tycker, vill göra, hoppas.”

1. ”Imorgon ska Petters arbetsgrupp åka på en utflykt till stranden. Petter är mycket glad. Petter hoppas att de kan köpa glass där. Petter stoppar på sig pengar.”

Efter att således ha presenterat den lilla berättelsen avslutade jag med: ”Här finns en mening som handlar om vad Petter gör, en mening om vad Petter känner och en om vad Petter tänker. Kan Du lägga varje mening på rätt ställe?” Så skedde efter varje berättelse.

För denna första berättelse kunde Kalle sortera **känsla** och **handling**, men var frågande inför **tanke**, trots att det var den enda pappersslappen kvar att sortera.

2. ”När Björn redan har lagt sig, hör han ett starkt ljud från hallen. Han tycker att det låter som glas som går sönder. Björn är mycket rädd. Björn stannar i sängen. Här finns ...”

Kalle hittade **känsla** och **handling**. Jag försökte förtydliga historien för att underlätta, men det bara ökade Kalles prestationsångest eller osäkerhet.

3. ”Fredrik går med en kompis i en musikaffär och handlar en ny CD. Fredrik är mycket nöjd med sin nya CD. Fredrik vill gärna spela CDn på stereon hemma när han kommer hem. Här finns ...”

Kalle hittade snabbt **känslan**. Han förväxlade **tanke** och **handling**. Vi pratade om den fina skillnaden mellan att göra något och tanken att man vill göra det. Kalle verkade ta in detta.

4. ”Staffan vet att det är hans kompis födelsedag nästa vecka. Staffan köper en present till sin kompis. Staffan är glad att han gjort det. Här finns ...”

Kalle hittade all tre: **känsla**, **handling**, och **tanke**.

5. ”Pelle har stämt träff ute och väntar på sin flickvän, men hon kommer inte. Pelle börjar leta efter henne runt omkring. Pelle undrar om hon har glömt bort honom. Pelle blir mycket orolig. Här finns ...”

Kalle hittade all tre: **känsla**, **handling**, och **tanke**.

6. ”I morse på jobbet var Johan mycket arg. Johan sprang och stängde in sig på toan. Johan funderade på om någon letar efter honom. Här finns ...”

Kalle hade svårt med denna uppgift, hittade så småningom **känslan** ”arg”, och ordet ”funderade” för **tanke**.

Som repetition använde jag sorteringssymbolerna och analyserade tillsammans med Kalle den första konfliktsituationen vi pratat om. Frågorna: ”Vad kände Du?”, ”vad tänkte Du?”, ”vad ville Du göra?”, ”vad gjorde Du?”, ”vad kände Du då?” kunde Kalle svara på. Även vid nästa möte repeterade jag symbolerna från sorteringsövningen för att anteckna en situation med social ångest under fikarasterna.

**Tankars påverkan på känslor.** Kalle förklarade vid något tillfälle under de första sessionerna, att det avgörande för hur han tänkte och kände i sociala situationer var trygghet. Den sista bedömningsövningen handlade om sambandet mellan tankar och känslor: Inför en situation med en given händelse och en given tanke skulle Kalle välja den av två känslor som var den adekvata känslan för den givna tanken. Eller så kunde uppgiften tvärtom vara att utifrån en given händelse och en given känsla, välja den adekvata tanken av två. Ibland var

exemplen kongruenta med vad som kunde väntas utifrån händelsen, ibland gick den givna känslan eller den givna tanken stick i stäv med vad man brukar känna eller tänka då.

1. ”Du säger ifrån till någon på jobbet att sluta störa Dig. Du tänker: *’Jag är stark och tuff.’* Skulle Du känna Dig lugn eller orolig?”

Kalle svarade: ”lugn”.

2. ”Sammy råkar ha omkull kaffekoppen på bordet hemma hos sin kompis. Han tänker: *’Det kan hända alla.’* Känner han sig okej eller skäms han?”

Kalle verkade förstå, men svarade troligen i enlighet med vad han själv skulle ha känt: ”Han skäms nog lite i alla fall”.

3. ”Du går förbi några vänner, men de hälsar inte. Du tänker: *’Jag vet att de gillar mig.’* Skulle Du känna Dig okej eller ledsen?”

Kalle svarade inte på frågan, utan sade: ”Lite konstigt; vill göra något”.

4. ”Hasse kommer in i rummet, och hans kompisar börjar skratta. Han känner sig glad. Vad tänker han då? *’De gillar mig.’* eller: *’De tycker inte om mig.’?*”

Kalle hade svårt att uppfatta uppgiften, och kommenterade att man kan se vad folk tänker.

5. ”Din kompis skriker på Dig. Du känner Dig glad. Vad tänker Du nu? *’Jag är en bra kille.’* eller: *’Jag är en mes.’?*”

Kalle hade problem med denna uppgift, bad om förtydliganden och tänkte efter: ”Om jag är glad; tänker nog: bra”.

6. ”Någon puttår och trängs på bussen. Du säger ifrån att sluta. Du är lite orolig ändå. Vad tänker Du: *’Jag är stark som stoppade honom.’* eller: *’Jag är rädd och klarar inte av honom ändå.’?*”

Kalle reagerade positivt på exemplet och svarade att han vore glad och kände sig stark.

**Kortleks-övning.** Också denna övning undersökte om Kalle uppfattade att positiva respektive negativa tankar - här i form av självprat - skapade positiva respektive negativa känslor. Jag förklarade övningen som en undersökning av Kalles känslor och tankar när någon ser på när han jobbar. Kalle uttryckte ett igenkännande av situationen som han brukade uppleva som påfrestande.

Jag gav Kalle i uppgift att under flera minuter inför mig sortera en kortlek i röda och svarta kort. Innan jag räckte Kalle kortspelet, förklarade jag att jag medan han sorterade skulle säga följande: ”skynda på”, ”kan Du inte snabbare”. Han gick med på att genomföra övningen.

Kalle klarade uppgiften med viss möda. Han blev som väntat nervös, fumlig, tappade kort, blev omständlig och röd i ansiktet. Därefter bad jag Kalle att beskriva sina känslor: ”nervös”, ”jobbigt”, ”svårt att koncentrera mig”, ”det var svårt, jag är inte så bra på kort”,

”det hade varit ännu svårare om jag fått sortera alla fyra olika sorter!” Jag frågade vidare och fick fram hjärtklappning och att han blev varm.

Sedan förklarade jag den nya uppgiften. Denna gång skulle Kalle tala till sig själv med positiva ord: ”Jag kan sortera bra.”, ”Jag bryr mig inte om att Du tittar på mig.”, ”Du stör mig inte.”

Kalle tyckte detta var genant, men försökte efter ihärdig uppmuntran från mig. Det var svårt för honom att samtidigt tala och jobba. Han såg ansträngd och lite generad ut, men sade de positiva orden, när han fick läsa dem från ett papper. Han lade själv till ett annat, ett bekräftande ”så!”. Han arbetade nu mer koncist. Efter denna omgång kommenterade Kalle: ”det var också jobbigt”, ”det var lite lättare”, ”andra gången var lättare för att jag hade redan gjort det en gång.” Han berättade sedan att han brukade tala till sig själv att ”ta det lugnt” för att klara svåra situationer.

**Gradering av känslor.** Kalle förmådde gradera styrkan i sin oro i olika situationer han själv nämnde eller jag gav exempel på, genom att sätta siffror mellan 0 och 10 utan något visuellt stöd alls. Vi prövade också det som jag värderat som en lättare modell: att på ett formulär välja mellan ”inget”, ”lite”, ”en hel del” och ”jättemycket” representerat av olika stora boxar, se Bilaga 2. Kalle verkade då tänka efter längre.

**Övriga iakttagelser under bedömningsövningarna.** Kalle var positiv och verkade snabbt bli trygg i samarbetet. Han kunde redan under tiden för bedömningsamtalen ta fram negativa automatiska tankar spontant, han avbröt faktiskt många gånger mitt i en övning genom att ta upp andra, i sammanhanget ovidkommande, orostankar. Likaså kunde han uttrycka negativa tankar om jag frågade honom att förtydliga sin oro. När vi analyserade matsituationer tog han exempelvis fram: ”Hur ser jag ut?” ”Är jag röd i ansiktet?”, ”Tittar de på mig nu?”, ”Tycker de att jag är konstig?”, ”Tänker de att jag är narkoman?”.

Kalles konkreta tänkande märktes ofta. Vidare framkom en svårighet att arbeta med symboler: när jag exempelvis ritade symbolen hjärta för begreppet känsla kommenterade han, men först andra veckan vi använde symbolen: ”Det passar inte, hjärta är bra, men denna känsla är dålig!” Efter det använde jag ofta en gest för tankar - att visa med handen mot huvudet - och en gest för känslor - att visa med handen mot magen.

Kalle efterfrågade ofta olika försäkringar. Teman som återkom var situationer med social ångest i relation till arbetskamrater, svårigheter att lämna lägenheten pga osäkerhet om att dörren var låst och rädslan att bli bestulen, rädslan att bli arbetslös igen, och rädslan att bli

avvisad av sin psykiater och utan medicin. Efter att par sessioner blev han van vid att jag inte bemötte varje sådan tanke och inte gav försäkringar.

### ***Fallformulering***

Kartläggningen av Kalles förmåga att arbeta kognitivt hade visat att han kunde benämna alla grundkänslor, och läsa av de flesta, men inte alla från bilder. Han var också klar över sambandet mellan händelser och känslomässiga reaktioner, men kunde bara ibland skilja åt vad som var en känsla, en tanke eller en handling. I intervjuer kring situationer han själv upplevt var han säkrare och kunde svara på vad han känt, tänkt och gjort. Kalle föreföll i vissa konkreta fall ha en medvetenhet om tankars medierande effekt på känslor, men testningen av detta gav osäkra resultat. Han brukade använda en självinstruktion ("ta det lugnt!") för att kunna genomföra svåra situationer. Kortövningen tydde dock på att Kalle ofta inte hade distans (metakognition) till sina tankar eller självinstruktioner. Mot bakgrund av kartläggningen drog jag slutsatsen att det skulle vara möjligt att arbeta kognitivt. Det var därvid viktigt att i fallformuleringen integrera sedvanliga faktorer för uppkomst och vidmakthållande med hans kognitiva begränsningar.

***Uppkomst.*** I Kalles familj fanns en ärftlighet för ångest och för alkoholism. Han nämnde också att han varit blyg redan som barn, vilket tydde på ett temperamentsdrag av blyghet. Missbruket i ungdomsåren sammanföll med utvecklandet av en uttalad social ångest och en generell ångest; troligen sammanverkade här flera faktorer. De tidiga och återkommande upplevelserna av övergrepp, utsatthet och oförutsägbarhet i avgörande delar av livssituationen hade gett Kalle en ytterst negativ syn på vad han kunde vänta sig av andra människor och han blev övertygad om sin egen hjälplöshet. Han ansåg att det var fel på honom och att människor drogs till att vara elaka mot honom. Kalle väntade ständigt på nästa motgång, exempelvis ny arbetslöshet. Hans psykiska lidande blev med tiden också depressivt färgat (BUS-D), och bl a trodde han inte att han kunde finna någon äkta glädje av egen kraft.

***Livet med kognitiva begränsningar.*** Den låga självbild Kalle gav uttryck för i Beck Ungdomsskalor (BUS-S) hade fler anledningar än de tidigare nämnda. Pga sina begränsningar i förståelse, exekutiva funktioner, tempo, koncentration och minne, brast Kalle också i systematisk problemlösning och hade troligen en något nedsatt impuls kontroll. Följden var att han misslyckades gång efter annan med sådant andra klarade med lätthet: att t ex städa, förstå instruktioner, hänga med i en film på tv, eller att ta körkort, för att nämna olika nivåer på

förmågor. Kalle litade dåligt på sin egen förmåga. Hans osäkerhet var så stor, att han trodde att han t ex hade större minnesbegränsningar än vad som förelåg. Det tog honom mer än ett år att lita på sin förmåga att minnas platserna hans chef skickade honom till respektive dag.

Kalle såg sig själv som en snäll person (BUS-NB) och var mycket oerfaren i att hävda sig och sina behov. Den problematiska ilska som Kalle gav uttryck för (BUS-I) kunde delvis förklaras av hans liv som svagbegåvad person: misslyckanden, stigmatisering eller rent av mobbing, underordning och beroende, utanförskap och ständiga missuppfattningar. Kalle hade t ex svårt att uppfatta längre processer och samband, till exempel processen av att erhålla en anställning eller få en behandling.

Kalle upplevde troligtvis en mer omfattande intellektuell hjälplöshet än vad omgivningen förutsatte. Samtidigt fattades det beslut över hans huvud med hänvisning till hans ångest och begränsade fattningsförmåga. Kalle själv var dessutom konfliktundvikande. Jag upptäckte att jag aldrig förhandlade med honom när han ombokade många tider, utan genast var medgörlig, eftersom han uttryckte oro för att jag skulle bli arg.

Kalle hade aldrig fått hjälp att formulera sig kring sina upplevelser av stigmatisering och orättvisa, han kunde inte tillgodogöra sig de begreppen av egen kraft. Kalle hade m a o många anledningar att vara arg. Men samtidigt hade han en negativ syn på sin ilska och låg tilltro till sin förmåga att hantera den. När Kalle druckit hade han många gånger tappat kontrollen, blivit uttalat flirtig eller aggressiv. Denna kontrollförlust mindes han. Reglering av känslor brukar överlag vara svårare för den som har svårt att självständigt kartlägga, minnas och analysera sina egna beteenden och sin egen coping. Kalles behov av att träna sin självhävdelse var omfattande. Han kunde emellertid inte självständigt hitta nya strategier.

**Vidmakthållande.** Dessutom fanns faktorer till att Kalles psykiska besvär kvarstod och befästes. Han laborerade med *säkerhetsbeteenden* (se stycket om kognitiva begränsningar nedan) och *undvikanden* inför de flesta vardagssituationer. Endast sitt arbete prioriterade han som viktigare än att undvika ångest. Han handlade exempelvis inte mer än en liter mjölk på egen hand. På helgerna stannade han hemma, trots att han var medveten om att varje måndag när han skulle lämna lägenheten kändes som en ny, hård början. Han undvek blickar, bussresor, umgänge, stora delar av staden och uppgifter som verkade för svåra. Jag lade också märke till att Kalle undvek fysisk närhet, men vet ej om det var ett undvikande eller ett säkerhetsbeteende.

Visserligen kunde Kalle, när han blev trygg med en person, slappna av och uttrycka att han trivdes. Men att *oroa sig och att skanna av* omgivningen, samt att inte tolerera

osäkerhet hade blivit strategier som Kalle använde, övertygad om att han på det viset skyddade sig. Detta verkade vara tämligen automatiserat.

Kalles ständiga önskemål om *försäkringar* väckte säkert omgivningens irritation. Kanske var det en anledning till att många av Kalles frågor inte blev besvarade. Jag hörde ofta att Kalle var rädd att bli fråntagen sin medicinering. En dag upptäckte jag att han inte visste varför man brukar trappa ner medicin efterhand.

***Kognitiva begränsningar eller kognitiva förvrängningar?*** De många negativa tankar Kalle tog upp var ofta orimliga och föreföll därför vid första anblicken vara kognitiva förvrängningar. Exempelvis var han övertygad om att han kunde se vad andra människor tänkte, vilket är en vanligt förekommande tankefälla vid social ångest. Mot bakgrund av Kalles kognitiva begränsningar handlade det dock om ett samspel av brister i informationsbearbetningen och dysfunktionellt innehåll i kognitionerna. Han kunde inte läsa av tillräckligt mycket i den sociala situationen och kunde inte självständigt ifrågasätta irrationella tankar. Detta bidrog till Kalles många säkerhetsbeteenden, som när han ett tag odlade skägg: ”När jag har skägg tror ingen att jag är bög. Annars är de elaka mot mig.”

Just orsaken till hans svårigheter med andra människors blickar var mycket komplexa. ”Med kepsen på i bussen eller under måltiden tittar inte andra på mig provocerande.” Han kunde alltså tolka många blickar som provocerande. Samtidigt var han rädd att tas för bög om han tittade för länge i någons ögon. Dels verkade han inte förstå användningen av skällsordet bög, utan tog det alltid bokstavligen. Dels verkade han ha svårt att föreställa sig vad homosexualitet och homofobi handlade om och betydde för andra människor. Slutligen kunde han inte ställa en misstanke i proportion till en sannolikhet. ”Det finns alltid någon som mobbar” betydde enligt Kalle att detta skulle inträffa på varje arbetsplats. Här samspelade hans brist på distans till de egna tankarna, och att han inte kunde bedöma sannolikhet av en händelse i tiden. Då blev antagandet om att det alltid finns mobbare rimlig för Kalle.

Kalles språkliga begränsningar och brister i theory of mind gjorde att han gick miste om humor och annan kommunikation som annars eventuellt hade öppnat för eller rent av bevisat en bättre social verklighet än den han uppfattade. Till detta kom Kalles sociala ångest. Första året på denna arbetsplats valde Kalle att enbart prata om sport på arbetsrasterna, eftersom han ansåg att han inte kunde komma på något att säga om andra teman. Han tog samtidigt in att andra tyckte han var tjatig. Den vid social ångest typiska oron för andras fördömande attityd kombinerades här med Kalles bristande förmåga att föreställa sig vad

andra egentligen tycker är ett trevligt utbyte. Han visste inte vad han själv kunde bidra med och vad som var andras ansvar.

Kalle verkade inte alltid göra skillnad mellan en tanke och verkligheten. Detta gjorde honom lättare offer för tvångstankar. Han hade dock enbart ett par tvångstankar, som alla var kopplade till verkliga negativa erfarenheter. Han hyste t ex en konkret rädsla för att bli bestulen sin på cd-samling, och det kom fram att Kalles lillasyster och senare en nära kompis hade stulit saker av Kalle. Om han under dagen kom att tänka på att han inte var 100 % säker på att ytterdörren var låst, så förväntade han sig att bli bestulen. Detta hade dock aldrig inträffat. Det irrationella i Kalles resonemang hängde alltså delvis ihop med oförmågan att tolka tid, samband och sannolikhet realistiskt.

Den ömsesidiga samverkan mellan kognitiva begränsningar och kognitiva förvrängningar gjorde Kalle sårbar för att utveckla psykiska sjukdomar och försvårade ett tillfrisknande. Hittills hade Kalle aldrig förstått och accepterat en exponeringsbehandling. Han kände till den möjligheten, och framhöll ibland som motargument, att han i många år plågat sig genom de sociala situationerna på arbetet, och ändå inte ”blivit bättre”.

***Kalles förändringspotential.*** Kalles tillgångar i förändringsprocessen bestod främst av hans intensiva önskan att alltid inneha ett arbete. Dessutom älskade han det arbete han nu utförde och hade där en arbetsledare, som förstod och stöttade honom. Kalle ville bestämt klara av att fortsätta praktisera och söka arbete på en ”vanlig” arbetsplats. Han uttryckte ibland en längtan efter att någon gång i framtiden känna sig bekväm i de sociala situationerna på arbetet och börja ha roligt på fritiden, men Kalles tilltro till sin egen förmåga att uppnå dessa mål var låg.

***Anpassning av terapin.*** Kartläggningen och de inledande samtalen visade att Kalle skulle ha svårigheter att tillgodogöra sig kognitiva interventioner på en abstrakt nivå. Det märktes redan att han drog få egna slutsatser, inte fick några aha-upplevelser, och inte heller generaliserade från en situation till nästa. Ju konkretare och närmare Kalles egna erfarenheter kom exemplen i övningarna desto säkrare besvarade Kalle frågorna. Målet för arbetet var därför att – på en konkret nivå – uppleva, träna och medvetandegöra att Kalle kunde styra sina känslor i högre grad genom att byta ut NAT mot AT.



### ***Behandlingsbeskrivning - Arbetet med NAT***

Kalle var fortsatt positiv till behandlingen. Efter att ha genomgått 5 kartläggnings-sessioner ansåg han att våra träffar var en möjlighet att prata av sig och få bättre självförtroende. Han uteblev enbart vid 2 tillfällen då han glömde tiden. På försommaren tyckte Kalle så bra om utarbetet att han avbokade 1 gång för att inte behöva gå ifrån jobbet. Dessutom ombokade han dock 5 gånger; alltid mycket korrekt per telefon. Han ville då skjuta upp träffen någon dag eller två, eftersom arbetsdagen eller vardagen blev för krävande för honom. Kalle hade berättat för mig att han alltid var mycket trött på eftermiddagarna och kvällarna. Varje session nämnde han trötthet, och bad mig ofta att tända starkt ljus i rummet för att kunna hålla sig pigg. Jag ansåg att min anpassning till Kalles tider höll hans motivation vid liv, eftersom hans målsättning kretsade kring att klara av sitt arbete och komma vidare. Han fortsatte ventilera aktuella problem, oro och tvångstankar både vid lämpliga och olämpliga tillfällen. Han hade alltid lätt för att tappa tråden, mest pga spontana, negativa associationer. Jag lärde mig mer om Kalles sätt att resonera när jag lyssnade till dessa. Eftersom det ofta handlade om Kalles arbetskamrater, bidrog dessa utvecklingar till att ge ett innehåll till Kalles sociala ångest och hans katastroftankar. Därutöver samtalade vi då och då om Kalles funktionsnedsättning och vad den innebar för hans förmåga och värde.

Den av mig planerade kognitiva interventionen NAT gick inte i den takt jag hade förväntat mig, eftersom det behövdes fler modifieringar och repetitioner. Det blev sammanlagt 9 behandlingssessioner där vi en del av timmen arbetade med den kognitiva interventionen. De enskilda delmomenten såg till slut ut så här:

- att regelbundet registrera oro
- att träna att gradera oro
- att träna att ta fram NAT och att gradera oron dessa väcker
- att ta fram olika AT och träna att gradera känslan dessa väcker
- att träna att växla från NAT till AT och att märka hur känslan ändras
- att testa AT (de som Kalle värderat bäst) i vardagssituationer

***Att regelbundet registrera oro.*** Registreringen av oro introducerades under kartläggningssession 5 med ett eget orosformulär, se Bilaga 2. Kalle kunde fylla i formuläret tillsammans med mig under sessionen. Han fick då en packe formulär med sig hem för att fylla i ett varje dag. När han inte lyckades genomföra det på egen hand, gjorde vi upp olika planer på att låta sambon eller arbetsledaren hjälpa honom. Kalle klarade emellertid aldrig av att fylla i formuläret dagligen. Därför inledde vi även fortsättningsvis varje session med att

fylla i den dagens orosformulär, och tog sedan vara på de situationer och negativa tankar som dök upp där. Återkommande teman var oro inför matsituationerna på jobbet. Kalle oroade sig för att han inte skulle klara av att sitta nära, prata, möta blickar eller tåla tystnad. Han var också rädd för att oron skulle synas, t ex darr på handen, och att arbetskamraterna skulle se ner på honom för det. Timmarna före måltiderna var ofta fyllda av förväntansångest. Under måltiderna var ångesten sedan starkast. En stående fråga jag ställde vid våra genomgångar var: ”och hur blev det sedan?” för att förtydliga skillnaden mellan förväntansångest och ångest i situationen.

**Att träna att gradera oro.** Vi tränade gradering varje vecka med orosformuläret, men även i andra övningar, se nedan. Kalle gillade speciellt mycket att använda den analoga (0 till 10) Oros-skalan från Cool-Kids-materialet med ritade ansikten. Han tog med sig ett exemplar hem. Med tiden som vi tränade att registrera liknande situationer verkade Kalle få upp ögonen för att stark ångest ofta bara plågade honom i några minuter. Han kunde t ex vara ganska orolig inför frukostrasten hela morgonen, för att på rasten lida av stark ångest i inte mer än 5 minuter. På eftermiddagarna släppte ångesten ofta helt, något Kalle var inställd på.

**Att träna att ta fram NAT och att gradera oron dessa väcker.** Kalle hade relativt lätt för att ta fram negativa tankar och beskrev ofta hur han fick många negativa associationer under ett samtals gång. Många tankar kopplade till sociala situationer triggade Kalles ångest. Förutom det förekom också en hel del oro i form av katastroftankar kring vitt skilda teman. Kalle var rädd att inte få sina mediciner, bli arbetslös, bli lämnad av flickvännen mm. Vi betecknade dessa tankar *jobbiga tankar* eller *dina oros-tankar*.

Kalle ville gärna ta upp sina katastroftankar och sökte försäkringar, som skulle stilla hans oro, trots att erfarenheten sade honom att detta inte hjälpte mer än en liten stund. Jag valde de flesta gångerna att enbart gå vidare med tankar som handlade om sociala situationer på arbetet. Någon enstaka gång verkade det befogat att arbeta med tvångsliknande tankar, som t ex när Kalle oroade sig för att smittas med HIV på offentliga toaletter och hade börjat fastna i och missförstå information på internet.

Kalle kunde kommentera sina frågor med ett: ”Det är kanske dumt?” och liknande självkritiska klischéer, men han verkade egentligen inte ha någon distans till sina tankar. Han trodde inte att han själv kunde stoppa sina orostankar. Men han var införstådd med att vi arbetade fram positiva tankar som motåtgärd.

Med tiden blev det tydligt att Kalle hade en grundläggande rädsla för att hamna

utanför, och då bli utsatt och vara hjälplös. Alla Kalles tillkortakommanden i sociala situationer utgjorde enligt hans synsätt risker. Att inte vara tillräckligt ”social” kunde leda till mobbing, resonerade Kalle. Det som förvärrade hans ångest var att Kalle bara hade negativa alternativ att välja emellan: om han valde att stå med och då inte kom på något att säga under kamraternas rökpaus, skulle han bli dömd som asocial. Men likaledes skulle han bli dömd som asocial om han struntade i rökpausen. Denna övertygelse ändrades inte, trots att han pratade med de flesta arbetskamrater när han var på tu man hand med dem.

Blickkontakt räckte för att trigga Kalles sociala ångest markant. Kalle kunde fundera på alla möjliga små detaljer som kunde få folk att tro att han var narkoman eller bög. Han kunde inte bedöma skillnaden mellan sin egen tanke ”*De kanske tror jag är bög*” och hur andra människor påverkas av sina eventuella kritiska tankar. Det framkom också att Kalle var misstänksam mot när människor skrattade. Då och då var han övertygad om att människor varit hånfulla mot honom, utan att egentligen ha fog för det. Däremot reagerade Kalle relativt avslappnat på retfulla tillmälen och skällsord som syftade på hans begränsade intelligens, eftersom han själv tyckte att han ”*inte kan tänka så bra*”.

I en längre terapeutisk kontakt skulle det vara av stort värde att gå vidare med Kalles grundantagande om utsatthet. I detta läge kunde vi i alla fall kort prata om problemlösningar för situationer när Kalle faktiskt var utsatt och i behov av stöd hos sin arbetsledning. Vi pratade också om hur han kunde hitta de arbetskamrater som var snälla.

***Att ta fram olika AT och träna att gradera känslan dessa väcker.*** När jag i samtalsform försökte presentera idén att byta ut NAT med AT fick jag inte med mig Kalle. Text väcktes Kalles sociala ångest av närgångna frågor om vad han gjort under helgen och han var rädd att bli dömd. Jag försökte demonstrera modellen, och ställde mot sådana NAT följande AT: ”*De är snälla och vill bara prata lite kompis snack*”, dock utan effekt. Bäst fungerade det enligt Kalle själv att tänka ”*ta det lugnt*” eller att koncentrera sig på något, såsom maten.

I session 7 förmedlade jag tillvägagångssättet på följande sätt: Vi tittade på sammanlagt 14 fotografier på datorskärmen tillsammans. Bilder av djur, gäng huliganer, tuft klädda människor eller arbetare kunde uppfattas som mer eller mindre hotfulla. Kalles första kommentar var oftast just en negativ tanke, ”*Kattungen vill riva mig*”. Jag validerade det Kalle sade och bad om en liten gradering. Kalles reaktioner var ofta dikotoma; ibland kändes det bara ”*lugnt*” eller ”*noll*”, medan han andra gånger var mycket övertygad om hotet, dvs graderade ”*sju, eller åtta*” eller mer. Sedan presenterade jag en AT: ”*Men tänk om den här*

kattungen bara gäspar och vill bli klappad?” Kalle funderade verkligen på mina förslag. Bara i vissa fall kunde han dock få ut något av den nya tanken och få en känslomässigt positiv reaktion. När det hände graderade han därefter hotet som mindre ”tre eller fyra”, men aldrig helt noll.

Nästköljande session prövade jag tillvägagångssättet med ett skriftligt underlag (se Bilaga 3). På ett och samma blad presenterades högst upp problemsituationen, åt vänster en NAT, och till höger plats att skriva en AT. Vi prövade detta underlag på en typisk tanke. Kalle brukade tro att andra betraktade honom som ”osocial för att jag är tyst”, eller att andra ”tycker att jag är tråkig för att jag är tyst”. Vi försökte identifiera NAT och vilken känsla dessa NAT väckte. ”Jag är tråkig.” - blev Kalle ledsen av. ”Vad tänker de om mig.” - blev Kalle orolig av. ”De kanske tycker jag är konstig.” - blev Kalle rädd av. Sedan prövade vi att hitta hjälpsamma AT. På mitt förslag testade (kände efter) Kalle följande: ”Jag är bra på mitt jobb!” Detta var Kalle övertygad om så pass mycket som 7-8 på en 10-skala. ”Jag pratar faktiskt ibland” – tyckte inte Kalle var mycket till hjälp: 2-3 av 10. ”Jag är snäll, det kan de lita på” – trodde Kalle mycket på, 10. Här blev plötsligt skalan använd på ett helt annat sätt, men jag lät det passera.

Spekulativa exempel hade ingen framgång. Däremot väckte exempel från Kalles verklighet hans engagemang. ”Om din sambo inte kommer hem i tid efter jobbet?” kände Kalle igen. Han hade vid ett sådant tillfälle lyckats lugna sig själv, genom att säga till sig själv att alla bussar var försenade pga vädret. Detta kom fram först efter att jag nämnt en liknande AT. Kalle kunde sedan plötsligt berätta om sin rädsla för att hans sambo kunde vara otrogen. Han hade, trots att otrohet aldrig förekommit mellan dem, inget försvar mot sådana tankar. Ibland när vi arbetade med att vända och vrida på Kalles NAT, hänvisade han till sina ”dåliga erfarenheter”. Dessa få, men ytterst negativa händelser stod inte i proportion till omfattningen av Kalles oro. En så abstrakt slutsats kunde han själv emellertid inte komma fram till. Han verkade beräkna risker som antingen möjliga eller omöjliga.

Ett arbetssätt med skriftligt underlag kunde Kalle visserligen följa med i, men jag fick inte intrycket att framställningen underlättade begripligheten för honom. Istället överförde jag bilder och tankar, som Kalle kände igen från bildserien, till pappersark, se Bilaga 4. Där jag skrev ner Kalles NAT på ena sidan om bilden i en tankebubbla, och den AT vi funnit tillsammans på andra sidan i en tankebubbla. Kalle visade genast ett större intresse, och denna uppställning tränade vi sedan på många exempel.

Fortfarande kunde Kalle inte själv ta fram AT. De tankar vi tillsammans diskuterade oss fram till kunde ibland ge en lättnad i stunden. Han kunde emellertid inte reproducera

dessa AT vid en repetition i nästa session. Han verkade känna igen dessa AT om jag tog upp dem, och betecknade dem då som ”sant”.

Jag lade märke till att Kalle underskattade sin egen del i situationer som han hanterat bra. Under tiden för vårt arbete med KBT-behandlingen fortsatte Kalle i samarbete med sin arbetsledare att fullfölja sin arbetsrehabilitering, vilket innebar att delta i arbetet till 100 %, även på möten och måltider, samt att förbereda och genomföra praktik på andra arbetsplatser. Han smet inte från möten, och stannade genom måltider där han hade ångest. Kalle var alltid orolig inför nästa steg, men valde att genomföra dem alla, efter ordentlig planering och konkret förberedelse. Han valde under vårens gång också att öppna sig för fler arbetskamrater och berätta vad som gjorde honom tyst och orolig. Han blev bra bemött och hittade likasinnade, vilket han uppskattade. Kalle verkade glad och stolt när han berättade om allt han uppnått. Sedan kom dock den för social ångest så typiska underkännande av den egna prestationen: ”Det är medicinen som gjorde att jag klarade det”. Jag skrev upp alla faktorer som bidragit till att Kalle hade klarat dessa utmaningar: medicinen, att han talade lugnande till sig själv, att han arbetade på att inte spänna sig, att han kämpade och alltid gick till jobbet, att han stannade i matsituationerna, samt stödet från hans arbetskamrater och arbetsledare. Men Kalle verkade inte hålla med om betydelsen av de andra faktorerna, när han visste att medicinen hade en positiv effekt.

Kalle tog ibland upp sina kognitiva svårigheter. Det blev mer och mer tydligt för honom att det inte var frågan om en (utvecklings-) störning, utan kunde beskrivas som konkreta begränsningar i minne, tempo, ordförståelse, förmågan att planera eller förstå komplicerade sammanhang, att hitta på, förstå humor med mera. Jag var noga med att validera honom ärligt och konkret visa på Kalles tankeförmåga och gränserna för densamma. Det verkade ha en förlösande effekt.

***Att träna att växla från NAT till AT och att märka hur känslan ändras.*** Vid denna punkt i arbetet med NAT sökte jag efter metoder att få Kalle att upptäcka hur graden av hans oro ändrades av respektive tanke. Som en ingång till detta försökte jag vid flera tillfällen att lekfullt komma igång med att rollspela situationer eller bara låta Kalle säga respektive tanke högt. Trots att jag introducerade detta så odramatiskt som möjligt blev Kalle generad och vågade oftast inte. En gång skissade jag en situation: en tänkt arbetskamrat *Anders* sade till Kalle: ”*Fattar Du inte? Är Du dum?!*” Jag såg att Kalle blev berörd. Jag föreslog då hur man kunde säga ifrån och skrev frasen på tavlan: ”*Jag gillar inte att bli kallad för dum!*” Kalle sade att han skulle ignorera provokationen. Efter mycket envishet från min sida provade Kalle

att uttala den fras jag skrivit på tavlan. Först då kom han fram med att han tyckte meningens var mesig. Då kom vi överens om att höja rösten: ”*Kalla inte mig för dum!*” med eftertryck. Slutligen kom Kalle med ett eget förslag: ”*Sluta säg så!*”. Han såg nöjd ut, men fortsatte att tala för att ignorera sådana händelser.

Ett par gånger försökte jag förmedla tankars effekt på känslor med Lindsays dialog (se teorikapitel 2, sidan 15). Där talar man om en självupplevd ångestskapande situation, och ställer olika tankar mot varandra och talar om respektive känsla dessa väcker. Kalle verkade kunna följa med i dialogens resonemang, men jag uppfattade ingen aha-upplevelse hos honom.

Kalle efterfrågade flera gånger att lära sig hantera påhopp bättre. Parallellt med rädslan för att visa aggression uttryckte Kalle: ”*Man vill inte vara en mes - vänta för länge.*” Det förekom inget påhopp under den tid vi arbetade tillsammans. Eftersom det var svårt att rollspela och att spekulera med Kalle var jag ganska ställd hur jag skulle gå vidare. Sedan berättade Kalle upplyft om att han hade iakttagit en passagerare på bussen som sagt till en tredje person: ”*Vad glör Du på.*” Den kritiserade personen hade vänt sig bort och bråket hade avstanna. Kalle var ändå osäker på om han velat säga ifrån på samma sätt. Jag provade då att ge Kalle uppgiften att iaktta hur hans arbetskamrater sade ifrån. Uppgiften var nog för löst strukturerad, Kalle genomförde den aldrig. När temat kom upp igen hörde jag på Kalles resonemang att han mindes ett av mina förslag angående påhopp. Jag hade föreslagit att man ber sin chef om hjälp. Kalle berättade nu att han inte fick hjälp när han tidigare blev mobbad. Han vågade den gången inte vända sig till sin chef. Nu, i efterhand, beklagade han den stora ekonomiska förlust han lidit pga arbetslösheten som blev följd. Han menade att han nu var klokare och skulle gå till sin chef om det inträffade igen.

Kalle visade här en förmåga att växla mellan två beteendialternativ och jämföra dem. Detta pekade ändå på att en träning av att jämföra två tankealternativ och känslan dessa väcker kunde vara en framkomlig väg. Jag fortsatte att försöka få Kalle att känna på de olika AT vi tog fram genom att uttala dem högt. Detta steg i arbetet med NAT och AT kom inte så långt som jag hade avsett under de sessioner som ingick i denna studie. Jag valde att ändå introducera nästa steg, för att Kalle eventuellt den vägen kunde göra nya erfarenheter med de AT vi tagit fram.

***Att testa AT (som Kalle värderat bäst) i vardagssituationer.*** AT som Kalle verkade gilla fick han skriva på små kort som han kunde stoppa på sig i arbetsbyxorna. Han fick till uppgift att ta fram kortet inför eller under en svår situation och läsa kortet för sig själv. Jag

upptäckte snart att Kalle inte använde korten utan lade dem ifrån sig hemma. Då prövade jag med en anteckningsbok i MFF:s himmelsblå färg, som kunde få plats i Kalles arbetsbyxor och fungera även för att anteckna möten mm. På plats använde han boken stolt och skrev upp våra tider i den, samt dagens lugnande tankar. Men det visade sig att Kalle även lämnade boken i lägenheten. Vid sista sessionen skickade jag med honom en lista med alla de tankar vi arbetat oss fram till under behandlingens gång. Kalle läste dem alla och kommenterade sedan nöjt att de var sanna. Vi bestämde att han hemma skulle skriva över dem i sin bok.

**Arbetsledarens utvärdering.** Arbetsledaren var engagerad och stöttade Kalle från början till slut. Jag bad henne fylla i ett registreringsformulär tillsammans med Kalle dagligen under en vecka: Kalles oro, hans närvaro under måltider och hans deltagande i samtalen. Trots att hon tyckte att registreringsformuläret verkade lättförståeligt, kunde hon ändå inte hitta någon rutin för att fylla i det under en hel vecka i början och i slutet av behandlingen. Istället diskuterade hon igenom dagen och veckan med Kalle vid ett tillfälle, och gav mig sedan feedback på det: tillsammans kom de fram till att han hade mest ångest på måndagar, samt att morgnarna var värre än resten av dagen.

Vid utvärderingsträffen efter de 9 behandlingssessionerna var arbetsledaren mycket positiv till tiden som gått, eftersom Kalle inte visat något undvikande av matsituationer, utan till och med suttit med sina arbetskamrater i en stor kafeteria. Hon hade märkt att han även deltagit i samtalen då och då. Det hade han även fortsatt med när gamla arbetskamrater slutade och nya kom. Han hade aldrig stannat hemma.

**Kalles Utvärdering.** Vid vår sista träff och utvärdering hade Kalle nyligen genomfört sin första praktik utanför sin vanliga arbetsplats. Han hade precis upptäckt att han nu kände mindre ångest på sin vanliga arbetsplats. Därför kunde han för första gången uttrycka viss tilltro till exponering. Kalle var allmänt positiv i sin utvärdering; han sade att behandlingen ”varit bra”, att han ”fått hjälp” och att han ”lärt sig något”. Han kunde dock inte specificera detta. Han menade att han mådde bättre. Samtidigt gav han uttryck för övertygelsen att han aldrig skulle bli av med sin oro helt, och aldrig lära sig att prata i grupp. Denna övertygelse motsades av den feedback jag fick av Kalles arbetsledare och från psykiatrins terapigruppledare, som båda intygade att Kalle vågat tala i gruppen och sagt sin åsikt vid några, om än få, tillfällen. Kalle önskade fortsatt, men lite glesare kontakt med mig efter semestern för att förbereda sig inför sin nästa praktik.

**Sammanfattning.** Behandlingen gick långsammare än planerat. På 9 sessioner kunde jag introducera övningar inom alla delsteg för arbetet med NAT och AT, som Kalle kunde delta i. Jag fann under denna tid ändå ingen metod för Kalle att bli medveten om att han kunde byta ut NAT mot AT. Trots olika modifieringar och repetitioner upptäckte jag under denna tid heller inget tecken på att Kalle tillämpade AT på egen hand. Den upprepade psykoedukationen om ångest och Kalles reaktioner på de olika förslag och lösningar som kom upp under behandlingen, gav oss emellertid en gemensam kunskap om vad som Kalle verkligen ansåg var hjälpsamt att tänka.

### **Registreringar och eftermätning**

En sammanställning av oros-registreringar (se Tabell 2 nedan) visar stora variationer. Tidpunkterna i orosformuläret hade som utgångspunkt dagens måltider. En ackumulativ summa för respektive tidpunkt på dagen (till höger) stödjer den beskrivning som Kalle och hans arbetsledare gav: högst är summan av ångest på morgonen, därefter för respektive måltid frukost och lunch. Ju närmare arbetsdagens slut desto mindre ångest har Kalle angett.

I tabellen framgår också på vilka veckodagar registreringen gjordes, eftersom veckodagen enligt Kalle och hans arbetsledare påverkade ångestnivån. En ackumulativ summa för varje registrerad dag (längst ner) visar ingen tydlig förändringstrend. Däremot kan konstateras att det framförallt mot slutet förekommer fler dagar med lite ångest. Om det beror på att dessa veckodagar ej är måndagar, eller om det beror på en förbättring är dock omöjligt att dra några slutsatser om. (Se även Bilaga 5 för ett grafiskt förtydligande av Tabell 2.)

**Tabell 2: Registreringar av Kalles ångest på behandlingsdagar; förändringar i arbetslaget**

Ångest-registreringar	fred 26/2	fred 19/3	ons 24/3	mån 29/3	mån 12/4	mån 19/4	tisd 4/5	tisd 11/5	tisd 25/5	tisd 22/6	sum
morgon, hemma	0	0	3	3	3	3	2	2	3	1	20
vägen till jobbet	0	1	2	3	2	2	1	0	1	1	13
jobb innan rast	2	0	0	3	2	2	0	0	2	0	11
frukostrast	3	0	3	3	2	1	1	0	3	1	17
jobb innan lunch	0	3	0	2	2	0	0	0	2	0	9
lunchrasten	2	2	3	2	2	2	0	0	1	1	15
jobb efter lunch	0	0	0	2	1	0	0	0	0	0	3
vägen hem	3	0	0	1	1	0	0	0	0	0	5
någon aktivitet	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
<b>summa</b>	<b>11</b>	<b>6</b>	<b>11</b>	<b>19</b>	<b>15</b>	<b>10</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>12</b>	<b>4</b>	
nya arbetskamrater			2 nya						1 ny		

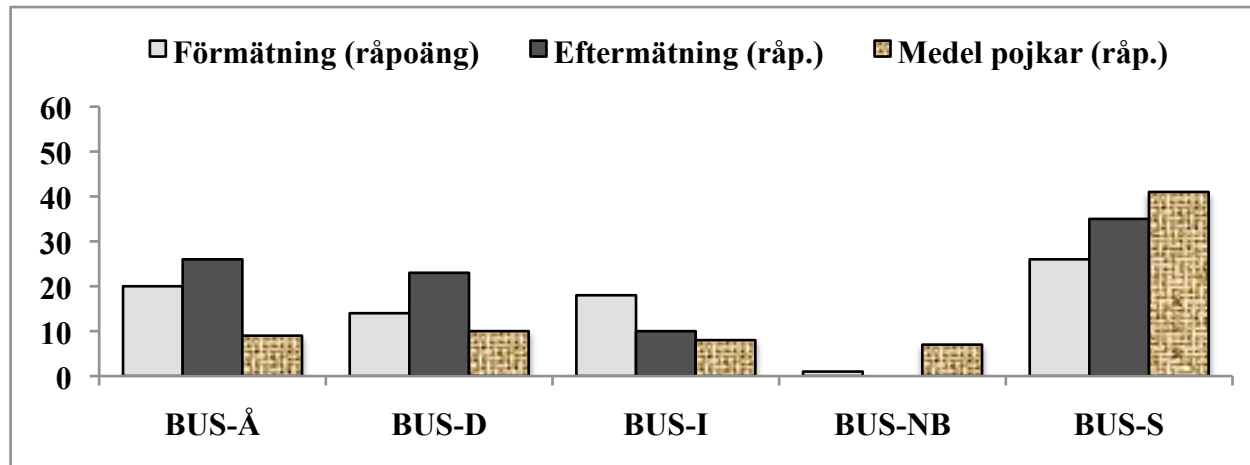
Kalles ångest verkade framförallt kopplad till osäkerhet i umgänget med arbetskamrater, ju nyare desto värre. Därför har tidpunkterna för byten av arbetskamrater



skrivits in i tabellen. Här finns en tydlig höjning för varje byte, som inom en till tre veckor sjunker ner igen. Mellan de sista två datumen går det en månad - under den tiden genomförde Kalle sin praktikvecka på en ny arbetsplats.

Det finns bara en ångestnotering i raden ”någon aktivitet”, detta är den allra första terapitimmen. Kalle blev snabbt trygg. Under samma period gick han ett par gånger i gruppterapi, men detta var på andra veckodagar och finns inte registrerad. Han berättade om hög ångest innan. Arbetsledaren lade ner mycket tid på att motivera honom de första gångerna. I övrigt deltog Kalle aldrig i någon aktivitet annat än att då och då se en match på tv med en kompis, som han kände sig trygg med.

**Eftermätning med Beck Ungdomsskalor.** Jämfört med förmätningens värden var Kalles profil vid eftermätningen ännu högre på Ångest-oro-skalan (26 råpoäng) och Depressions-skalan (23 råpoäng). Med 10 råpoäng på Ilska-skalan låg Kalle betydligt lägre än vid förmätningen, men fortfarande något ovanför medel. Såsom tidigare hade Kalle mycket lågt på Normbrytande-beteende-skalan, nu 0 råpoäng, där emellertid medel för pojkar ligger mellan 2 och 3 råpoäng. Med 35 råpoäng på Självbild-skalan låg Kalle nu betydligt högre än vid förmätningen. För en bild av dessa förändringar se Figur 2 nedan.



**Figur 2: Jämförelse av Förmätning och Eftermätning med Beck Ungdomsskalor**

Resultatet stod i kontrast till mina iakttagelser vid dagen vi fyllde i formuläret: Kalle mådde bättre, som han själv uttryckte det, och var framförallt mer nöjd med sig själv. Han var gladare och berättade gärna om sina dagliga arbetsuppgifter. Han talade också om sin framtid, där det under hösten väntade en eller flera längre praktika som skulle leda till en ny anställning. Kalle var inställd på denna planering, men hade många katastroftankar om att aldrig bli anställd, eller att återigen bli arbetslös efter ett tag. Översikten i Tabell 4 nedan

förtydligar förändringen hos Kalle vad gäller innehållet i varje Beck Ungdomsskala. Inom Depressionsskalan hade han nu högre poäng på depressiva tankar och känslor och en förhöjning inom negativ självbild. Inom skalan Självbild däremot hade hans självuppfattning höjts. Till och med frågor kring andras positiva uppfattning om honom hade höjts lite.

Såsom tidigare medicinerade Kalle. Alla poäng kopplade till kroppsliga symptom låg kvar på den tidigare nivån. Kalle uttryckte framförallt en högre tilltro till sin förmåga nu. Men hans låga tilltro till sin förmåga att hitta på, vara klok eller rolig kvarstod som mycket låg. Inom skalan Ilska syntes stora förändringar: upplevelsen av provokation var helt borta, upplevelsen av utsatthet nästan helt. Fortfarande trodde Kalle att hans ilska var svårhanterbar, hans ilska mot andra satte han nu helt till noll, såsom också hela skalan för Normbrytande beteende.

**Tabell 3: Eftermätning med Beck Ungdomsskalor, jämfört med förmätningen (Tabell 1)**

Ångest	Depression	Ilska	Normbryta	Självbild
tankar och känslor: 13 (+1)	tankar och känslor: 7 (+4)	ilska mot andra: 0 (-0,5)	aggression mot vuxna: 0 (-1)	självuppfattning: 8 (+2)
kroppsligt: 5 (+/- 0)	negativ självbild: 7 (+3)	ilska utan objekt: 1 (-1)	allvarliga regelbrott: 0 (+/- 0)	färdigheter: 19 (+6)
socialt: 4 (+2)	självföre-bräelser: 0 (+/- 0)	upplever sig provocerad: 0 (-2)	illvilligt beteende: 0 (+/- 0)	pos relationer till andra: 6 (+/- 0)
jobbet: 5 (+3)	brist psyk energi: 4 (+/- 0)	upplever sig utsatt: 1 (-5)	upplever neg bet pos: 0 (+/- 0)	pos uppfattad av andra: 2 (+1)
framtid: 2 (+/- 0)	kroppsliga symptom: 3 (+/- 0)	svårhanterad ilska: 9 (+1)	tendens att skylla ifrån: 0 (+/- 0)	
	hopplöshet: 3 (+1)		mobbing: 0 (+/- 0)	
26 (+ 6)	23 (+ 9)	10 (- 8)	0 (- 1)	35 (+ 9)

Diskrepansen mellan de olika skalorna, och diskrepansen mellan Kalles observerbara stämning och hans höga svar på Ångest- och Depressions-skalan gör det svårt att dra slutsatser från jämförelsen av för- och eftermätning. Närmast till hands ligger det att tolka Kalles svarsstil som mycket konkret och detaljstyrd. Han hade precis återvänt till sin vanliga arbetsplats efter att ha klarat av en praktik. Han upplevde trygghet med sina gamla arbetskamrater och osäkerhet inför framtiden. Det senaste halvåret hade Kalle visat sig själv och andra att han klarade av mer än tidigare. Nu uttryckte han minskad vrede och utsatthetsupplevelse. Katastroftänkande och en vana att skanna av framtiden efter ny potentiella faror fanns kvar såsom tidigare, enligt vad jag kunde iaktta.

## 5. DISKUSSION

Föreliggande studie tar sin utgångspunkt i att det saknas kunskap om och KBT-metoder för vuxna svagbegåvade. Som en osynlig befolkningsgrupp riskerar svagbegåvade att gå miste om vård och annat samhälleligt stöd, om inte gruppens utsatthet, behov och möjligheter uppmärksammas. Arbetets teoretiska och kliniska bakgrund hämtas från forskning om och klinisk tillämpning av KBT med lågbegåvade vuxna. Dessa personer har ännu större kognitiva begränsningar och behov av anpassat terapiarbete. Båda grupperna har begränsningar i abstrakt tänkande och metakognition, förmågor som många kognitiva metoder bygger på. Litteraturgenomgången pekar ändå på att det är möjligt att utforma enkla kognitiva interventioner för begåvningshandikappade klienter om man bygger en anpassad behandling på en individualiserad kartläggning och fallformulering. Mot denna bakgrund ställde jag upp två forskningsfrågor. Jag ville undersöka hur en systematisk kartläggning kan ge vägledning för utformningen av en kognitiv intervention. Och jag ville studera hur en svagbegåvad klient kan tillgodogöra sig en kognitiv intervention.

I kapitel 3 beskrivs studiens upplägg. Jag skapade en kartlägningsmanual, för att systematiskt kunna utreda en klients nivå i de förmågor som behövs i ett kognitivt terapiarbete. Sedan planerade jag ett antal fallstudier, men kunde enbart genomföra en, eftersom det var mycket svårt att hitta svagbegåvade klienter, som samtidigt var beredda att delta i en flera månader lång terapi. Upplägget för varje fallstudie var tvådelat, en kartläggning och en kognitiv intervention. Kartläggningen omfattade anamnestiska intervjuer, en testning med WAIS och 5 kartläggningssessioner enligt min manual. Den kognitiva interventionen planerades till 7 sessioner bestående av övningar kring hanteringen av negativa automatiska tankar. Genomförandet av detta tillvägagångssätt beskrivs i kapitel 4. Studiens grundläggande tes om att svagbegåvade personer med psykiska besvär har behov av kognitiva terapi-interventioner bekräftas av resultaten från kartläggningen, som visar att klienten Kalles psykiska besvär är ett känslomässigt lidande sammanvävt med många dysfunktionella kognitioner.

Här i kapitel 5 analyseras och diskuteras nu resultaten från kartläggningen och interventionen utifrån de två forskningsfrågorna. Den forskningsmässiga diskussionen avrundas med en kritisk blick på studiens design. Detta leder fram till några avslutande synpunkter på i vilken riktning det finns behov av fortsatt forskning och metodutveckling. Slutligen vill jag sammanfatta de behandlingsmässiga erfarenheter som fallstudien gett med tanke på framtida terapiarbete med klienter ur målgruppen.

### ***Analys av resultaten från fallstudien***

I denna studie förutsätts att det är möjligt att genomföra kognitiva interventioner med svagbegåvade personer. Detta infrias i den här presenterade fallstudien, där klienten Kalle genomför hela kartläggningsprocessen (5 sessioner) och alla (9) behandlingssessionerna och 2 utvärderingsträffar. Samtidigt upptäcker jag under studiens gång vissa hinder för att klienten kan tillgodogöra sig den kognitiva interventionen helt och hållet.

***Den första forskningsfrågan.*** Utifrån fallstudiens genomförande kan man nu besvara *på vilket sätt en systematisk kartläggning av klientens kognitiva begränsningar och terapiförmågor ger en vägledning för utformningen av terapins kognitiva interventioner* i detta enskilda fall. Jag konstaterar att de konkreta resultaten från kartläggningen, dvs Kalles resultat från WAIS-testningen och från övningarna i sessionerna 1 till 5 (sida 35 ff), är mycket användbara och viktiga för fallformuleringen (sida 43 ff), där de integreras med Kalles psykiska besvär och livshistoria. Också förståelsen för klientens behov av pedagogiskt anpassade material/tekniker vilar på kartläggningens övningar och på övriga observationer i mötet med klienten under kartläggningen. I detalj rör det sig om ett antal olika infallsvinklar:

a) WAIS-testningen anger dels klientens språkliga nivå och exekutiva funktioner – i Kalles fall svagheter i minne, uppmärksamhet och tempo. Klientens resurser på olika områden kommer fram – hos Kalle är det visuella området starkast. Med materialet som används i manualens övningar påbörjar man den konkreta anpassningen till klientens nivå. Genom att observera hur klienten kan medverka och ta till sig kan man bättre greppa klientens pedagogiska behov och möjligheter och kan planera framåt. Kartläggningsarbetet med Kalle visar hans behov av stimulans för att komma igång och för att hålla kvar uppmärksamhet.

b) Testresultaten från WAIS förtydligar gränserna för klientens abstrakta tänkande och rationalitet. Klientens allmänbildning, samt hans säkerhet kring tidsbegrepp och sociala förståelse bedöms. Detta är viktig kunskap att använda för att kunna urskilja klientens kognitiva begränsningar från klientens kognitiva förvrängningar. Man får upp ögonen för vilka begrepp klienten inte har tillgång till. Naturligtvis bör man vara uppmärksam på klientens förståelse under hela terapins gång.

c) I själva testsituationen för WAIS visar klienten också hur han hanterar sina kognitiva svårigheter. Kalle har t ex lätt för att blockera sig när han blir iakttagen och han litar dåligt på sin egen förmåga.

d) Begåvningsnivån upplyser också om de villkor klienten har haft under sin uppväxt, och vilka resurser och hinder han har idag som vuxen. Hur dessa livsvillkor har format

självförtroende, identitet och personens referensramar utgör en viktig del av fallformuleringen. Avgörande här är naturligtvis att det föreligger en anamnes.

e) Mot bakgrund av samma anamnes ger den psykometriska delen i kartläggningen, frågeformuläret Beck Ungdomsskalor, en bra överblick över och förtydligar de olika temata i klientens ångest- och depressionsbesvär, samt klientens vredeshantering, sociala anpassning och självförtroende.

f) Kartläggningen av förmågan att arbeta kognitivt visar till en början om klienten känner igen känslor och kan gradera känslorna, samt kan knyta reaktioner till händelser. När man kopplar ihop dessa fynd med klientens i WAIS bedömda sociala förståelse, får man en aning om gränserna för klientens theory of mind. Men framförallt får man konkreta uppslag för vilket innehåll som är lämpligt för den kognitiva interventionen: Kalle är tämligen säker på vad och hur mycket han känner, men missar mycket när han ska läsa av andras känslor. Han tror dessutom att han kan se vad andra tänker.

g) Vidare ger kartläggningen av terapiförmågorna en bild av klientens svårigheter att skilja mellan känslor, tankar och beteenden. Kalle kan detta bara i vissa fall. Slutligen undersöks klientens förmåga att uppfatta tankars medierande av känslomässiga reaktioner. Denna sista övning visar sig emellertid vara så krånglig att den inte ger något tydligt svar. Övningen bör bytas ut, eftersom frågan om tankars medierande effekt är ett avgörande steg i alla kognitiva interventionerna och det är avgörande i varje enskilt fall att få veta hur mycket dessa förmågor måste tränas, läras ut, eller kompenseras för.

h) En annan angelägen fråga för all behandling är om klienten har tillgång till någon form av metakognition kring sina besvär. Kortsorterings-övningen visar om klienten har distans till tankar/ord. Kalle i fallstudien får ingen insikt om hur självinstruktioner hjälper honom, trots att han klarar kortsortering mycket bättre när han använder positiva självinstruktioner.

i) Kortsorterings-övningen undersöker samtidigt samarbetsalliansen; specifikt om klienten kan inlåta sig på förslag från terapeuten och orkar med visst obehag i övningarna.

j) Manualens planlagda övningar kompletteras med intervju-moment. Övningarnas exempel är spekulativa medan klienten i intervju-momenten får prata kring egna exempel, speciellt den problemsituation som klient och terapeut väljer tillsammans. Där kan man lära känna klientens resonemang, för att bättre förstå samspelet mellan kognitiva begränsningar och förvrängningar. Det är inte ovanligt att klienten i samtal kring självupplevda händelser visar en högre abstraktionsnivå. Denna omständighet kan i så fall komma till nytta i det pedagogiska upplägget. T ex upptäcker jag att min klient inte alltid kan besvara frågor som

kräver association: flera gånger händer det att Kalle berättar om sina egna erfarenheter, inte när jag frågar i allmänna ordalag, utan när jag ger exempel som stämmer nästan helt överens med hans egen upplevelse.

Sammanfattningsvis menar jag att fallstudien visar att en systematisk kartläggning av klientens kognitiva begränsningar och terapi-förmågor i kombination med kompletterande intervju-moment ger en omfattande vägledning för utformningen av terapins kognitiva interventioner. Direkt kan den kognitiva nivån och därav följande pedagogiska behov utläsas. Indirekt, via en analys och en integration med anamnesen, kan man bilda sig en uppfattning om meningen i klientens kognitioner, och man kan urskilja klientens kognitiva begränsningar från hans kognitiva förvrängningar. En fallformulering är visserligen aldrig en färdig produkt utan snarare är en process under hela terapins gång. Men man kan ställa upp hypoteser om vilka upplevelsebaserade övningar och vilka träningsmoment som bör användas och vilket innehåll som är möjligt att förmedla.

***Den andra forskningsfrågan.*** Resultaten från behandlingen (s 46 ff) ger ett antal svar på den andra forskningsfrågan: *Hur kan en svagbegåvad klient tillgodogöra sig den mest grundläggande kognitiva interventionen, arbetet med negativa, automatiska tankar (NAT), om interventionen anpassats med hjälp av en systematisk kartläggning?*

Kalle utför den kognitiva interventionens första tre steg utan träning. Han kan tillsammans med mig fylla i ett formulär för att registrera sin oro och kan gradera den. Han kan också verbalt återge sina NAT från sådana situationer. Men en av mig förväntad utveckling uteblir: Kalle förmår aldrig på egen hand registrera sin oro dagligen. Vi fortsätter därför att tillsammans registrera en dag varje vecka. Först efter många veckors registrering visar sig en effekt: Kalle lägger märke till att den värsta ångesten, till exempel ångest under en måltid, plågar honom under relativt korta stunder, sällan mer än fem minuter. Han är förvånad, som om han jämförde sin katastroftanke med verkligheten. En andra upptäckt gör Kalle i slutet av behandlingen efter sin praktikvecka: han märker att hans ångest på den gamla arbetsplatsen har minskat när han kommer tillbaka dit efter att ha varit på en ny arbetsplats. Denna insikt - hur relativ kopplingen mellan en händelse och en känsla är - tar alltså lång tid och bygger på att Kalle gör tydliga erfarenheter.

Nästa steg i interventionen - att ta fram AT - sker med vissa svårigheter. Jag måste anpassa material och metod när jag presenterar förslag på AT, innan Kalle kan föreställa sig mina AT. Visuellt stöd är oftast nödvändigt. Vidare måste jag hitta exempel från hans referensramar. Kalle reagerar då känslomässigt positivt på vissa av mina AT-förslag och kan

uttrycka hur mycket eller litet mina förslag väcker positiva övertygelser. Han förkastar en del av mina förslag och bedömer andra AT som lugnande eller positiva, samtidigt som kan jag avläsa motsvarande reaktion på hans ansiktsuttryck. Kalle kommer dock så gott som aldrig med egna förslag på AT. Efter enträget frågande från min sida kan Kalle ibland komma ihåg AT från sin egen erfarenhet. Han känner också igen AT vi tidigare har arbetat med. Genom att klienten ibland tar upp sina kognitiva svårigheter, kan jag bemöta NAT om hans kognitiva begränsningar med psykoedukation. Jag lägger märke till att han efterhand använder andra, neutralare uttryck och förstår mig att här faktiskt sker en kognitiv omstrukturering. Dessutom får med tiden en gemensam kunskapsbank av AT Kalle verkligen gillar.

Det nästsista steget i interventionen är att man växlar från NAT till AT och på så vis styr sin känslomässiga reaktion. Men för en klient som har svagt abstrakt tänkande och inte har lärt sig att själv ta fram AT, blir detta steg följaktligen svårt. Bidragande är troligen mina tillkortakommanden i utförandet av de anpassade verktygen. Lindsays dialog (se teorikapitel 2, sida 15), som i litteraturen beskrivs från ett terapeutiskt arbete med en lågbegåvad person, blir inte verksam i mitt arbete med Kalle. Rollspel kommer vi heller inte igång med riktigt. Det närmsta jag kommer till att förmedla denna process är dialoger till foton, där Kalle får uttrycka sin reaktion till bilden, när den kopplas till en NAT och när den kopplas till en AT. Han deltar i dessa upprepade övningar, men verkar inte upptäcka själva processen. Oberoende av vilket som är orsaken definieras här en gräns för interventionens effekt: klienten kan inte tillgodogöra sig denna KBT-milstolpe inom tiden för 9 sessioner.

När det slutligen gäller steget att börja testa nya AT i vardagens problematiska situationer, ser jag inga tecken på att Kalle gör det medvetet. När jag ger honom uppgifter i form av flashcards att läsa hemma eller på arbetet, verkar han aldrig kunna eller vilja genomföra detta på egen hand.

Oros-registreringarna, mina och handledarens observationer samt den psykometriska eftermätningen ger inga entydiga svar på huruvida klientens kognitioner, känslor och beteenden har ändrats. I orosregistreringarna ses stora variationer av ångesten, som blommar upp inför måndagsmorgnar, inför att nya arbetskamrater ska komma och liknande socialt krävande situationer. Möjligtvis kan det skönjas en utveckling mot att ångesten sjunker till allt lägre nivåer efter varje sådan händelse. Men det skulle lika gärna kunna handla om att klientens ångest minskas av exempelvis årstiden och det trevliga utarbetet på försommaren.

Mina egna observationer under denna tid tyder på att klientens dysfunktionella kognitioner angående mat- och sociala situationer ännu inte har trängts undan av nya funktionella kognitioner. Där finns fortsatt många katastroftankar och en vana att scanna av

situationer efter risker. Samtidigt ventilerar Kalle nu sina NAT och får höra nya AT. Hans självbild förbättras under tiden. Han talar mer accepterande om sin oro och öppnar sig för flera arbetskamrater.

Handledaren däremot observerar förändringar i klientens problemsituation och menar att Kalle minskar undvikanden och säkerhetsbeteenden under måltiderna, samt ökar på sitt sociala beteende med arbetskamrater genom att samtala mer i mindre grupsituationer, samt klarar av att säga något i större grupper när det krävs av honom.

Den psykometriska eftermätningen med Beck Ungdomsskalor visar en höjning av klientens självskattningar på depressions- och ångestskalan, men samtidigt förbättringar på självkänsla- och ilska-skalan. Vissa av dessa, både negativa och positiva förändringarna förvånar. Min egen observation är minskad depression hos Kalle och höjd självbild. En möjlig tolkning av försämringarna är att han under tiden för terapin blir mer öppenspråkig, och kanske först nu vågar avslappnat tillstå omfattningen av sin ångest och oro för framtiden. En annan möjlig tolkning är att eftermätningen ger en ögonblicksbild pga Kalles mycket konkreta svarsstil. Eftermätningen stämmer nämligen väl överens med det Kalle uttrycker just denna dag. Han nämligen stolt och uppfylld av framtidsplaner och samtidigt orolig för att allt kan misslyckas. Samtidigt är det tänkbart att andra faktorer kan stå bakom försämringarna och förbättringarna mellan för- och eftermätningen. Terapirelationen kan påverka självkänslan positivt. Valideringen och diskussionen om de gamla konflikterna kanske höjer klientens tilltro till sin egen hantering av ilska.

Sammanfattningsvis visar resultaten att bara delar av den kognitiva interventionen har fastnat hos Kalle. Under 9 sessioner hinner han inte lära sig att byta ut NAT mot AT. Ändå finns tecken på förbättringar som påbörjats i beteendet. Jag kan inte säkert veta var Kalle befinner sig i den förändringsprocess som ska leda till en manifest kognitiv omstrukturering, en process som inte finns beskriven för denna målgrupp. Jag får t ex intrycket att Kalle pga sina svaga problemlösningstrategier inte vet hur han i en pressad situation ska leta fram en AT han lärt sig. Det förblir oklart om Kalle har förutsättningar att på så kort tid lära sig en så komplex process.

### ***Kritik av studiens design***

Fallstudier anses vara ett passande format för pilotstudier. Så är det också i detta arbete, där fallstudien vaskar fram många - självfallet inte alla - möjligheter och hinder i kognitivt terapiarbete med svagbegåvade. Ett fall kan aldrig vara representativt för hela målgruppen och några allmängiltiga slutsatser eller orsakssamband kan man inte frambringa



genom en fallstudie. Här prövas ett tillvägagångssätt för att förstå i vilken riktning kartläggning, terapiinnehåll och terapeutiska tekniker för målgruppen behöver utvecklas.

Ändå hade det naturligtvis varit av värde med ett par fler fall, för att få en bredd eller säkrare kunna definiera typiska fenomen. Därför minskas studiens betydelse eventuellt av den omständighet, att det var så svårt att finna fler klienter. Utan vidare forskning i ämnet kan man naturligtvis bara spekulera om orsaken. Anställda inom psykiatri och socialtjänst beskriver annars ofta personer ur målgruppen bland sina klienter. Jag gissar att också minst 10 procent av de klienter jag mött i mitt eget arbete de senaste åren tillhör målgruppen. Jag förmodar att svagbegåvade personer enbart i en längre tids, trygg relation med en validerande, professionell stödperson är beredda att tala om sina kognitiva tillkortakommanden, och sällan är beredda att låta utreda sina kognitiva begränsningar. Av samma anledning undviker antagligen handläggare och behandlare att kategorisera personerna utifrån deras kognitiva resurser, för att inte kränka eller skrämja bort dem från de insatser klienterna så väl behöver. Det som i så fall kan tänkas utmärka just den klient som fallstudien grundar sig på är att han kommit relativt långt i att identifiera sina kognitiva begränsningar som ett problem även inför dem han söker hjälp hos för sina omfattande psykiska problem.

***Forskningsfråga 1 och kartläggningen.*** Den första delen av studien resulterar i ett antal tydliga svar på vad en kartläggning av en svagbegåvad klient bör innehålla och hur det kan undersökas i samarbete med klienten. Här fanns många tidigare undersökningar och teoretiska artiklar att luta sig mot.

Kartläggningsdelen är lätt att överblicka då den planeras som en manual. WAIS-testningen följer ett standardförfarande. I arbetet med Kalle är det möjligt att följa manualen, men materialet anpassas något utefter den aktuella problemställningen. Utforskande intervjumoment är standard inom all kartläggning, men manualen skulle kunna beskriva ännu tydligare hur dessa kan utformas kring klientens problemsituation.

Kartläggningen vaskar fram konkret material. Resultaten kan utvärderas direkt och ger ett nödvändigt underlag till fallformuleringen. Forskningsfråga 1 är öppet hållen och fångar därför upp många resultat.

Övningen om tankars medierande roll för känslor ger dock otydliga resultat. Denna övning ifrågasätts också i litteraturen. Kartläggningen och studien blir lidande på denna viktiga punkt. I arbetet med Kalle går det åt mycket tid och övningar i behandlingsfasen för att bli säker på att han har svårt att uppfatta tankars medierande roll. En framtida kartläggning bör innehålla någon dialog / övning/ experiment som bättre visar huruvida en klient uppfattar

tankars medierande roll för känslor, eller liknande undersökningar av klientens metakognitioner, för att klargöra om man ska lära ut, träna eller kompensera för detta.

***Forskningsfråga 2 och den kognitiva interventionen.*** Studiens upplägg för den andra forskningsfrågan är komplex. Upplägget för att studera huruvida klienten kan tillgodogöra sig den kognitiva interventionen bygger visserligen på en manual-liknande planering (av den enkla, stegvisa interventionen om NAT). Interventionen anpassas dock i efterhand till det som kommer fram i kartläggningen och följer av fallformuleringen. Vanligtvis gör terapeuter alltid spontana intuitiva val mellan hur material och verktyg presenteras. Pga min begränsade erfarenhet av KBT med målgruppen finns emellertid i denna fallstudie inte så många verktyg och material att välja bland. Därutöver har jag ibland svårt att genomföra dem för mig nya teknikerna. Man måste ifrågasätta huruvida alla slutsatser från kartläggningen och fallformuleringen omsätts till adekvata tekniker och material.

Planeringen av interventionen följer de steg som jag föreställer mig att en kognitiv omstrukturering består utav för en svagbegåvad klient. Min bild av denna kognitiva process är emellertid teoretiskt inte väl definierat. Studiens teori om hur en svag begåvning formar en vuxen persons fungerande, dvs vilka mentala vägar som är tillgängliga (när abstraktionsförmågan är svag) och hur man kan kompensera för en klients kognitiva begränsningar, är tämligen begränsad. Terapeuter behöver exempelvis förstå hur svagbegåvade klienter kan lära sig upptäcka och träna strategin att alstra nya AT, något Kalle hade tydligt svårt att upptäcka.

Forskningsfråga 2 är formulerat som en öppen fråga. Därmed kan jag integrera allt som kommer fram om hur klienten tar till sig varje delmoment av den kognitiva interventionen. Men det finns inte många instrument för att avläsa hur klienten tagit till sig och reagerat på interventionen. Mitt främsta instrument är mina observationer, orosregistreringar, samt handledarens kommentarer. Vidare använder jag repetitioner mycket medvetet. Det genereras ändå ett omfattande underlag, där det framgår vilka övningar klienten kan arbeta med, vilka övningar som väcker tankar eller positiva känslomässiga reaktioner, vilka kognitioner klienten minns, vilka processer klienten kan följa med i och vilka han kan utföra självständigt. Avslutningsvis måste jag dock problematisera om forskningsfråga 2 utvärderar det som frågan är avsedd för. Undersöks hur klienten tillgodogör sig den kognitiva interventionen? Eller är det klientens förmåga eller hans engagemang som utvärderas? Eller är det mitt pedagogiska kunnande? Den utvärdering som genomförts här säger med andra ord inget om gränserna för klientens förmåga att tillgodogöra sig denna kognitiva intervention,

utan hur långt klienten kom i processen mot kognitiv omstrukturering under de givna omständigheterna. Med hjälp av en tydlig modell av svagbegåvade personers kognitiva omstrukturering skulle en terapeut kunna formulera den individuella arbetshypotesen inför en kognitiv intervention mer specifikt. Då skulle det också vara lättare att läsa av klientens framsteg under behandlingens gång.

**Psykometrin.** I fallstudier kan man använda flera olika mått parallellt, det tillför en bredd och tillåter upptäcker som ligger utanför ramen av det förväntade eller kända. De mått som används i fallstudien har uppgifter dels i behandlingsarbetet och dels i forskningsarbetet. Den psykometri jag valde handlar därför inte bara om problematiska kognitioner, utan också om problematiska känslor som klienten lider av, samt om beteenden som påverkas av dessa tankar och känslor. Det är mycket värdefullt att få klientens kognitioner belysta från olika håll, direkt och indirekt. I en enskild fallstudie finns annars en risk att man drar för långtgående slutsatser från psykometrin.

Både för behandlingen och särskilt för studien hade det varit värdefullt med mer systematisk och kontinuerlig information om klientens kognitioner och kognitiv förändring. Men som tidigare beskrivit är det svårt att mäta kognitiv omstrukturering. Nu finns mina observationer under arbetet med interventionen, orosregistreringar en dag per vecka, och för- och eftermätning med Beck Ungdomsskalor. De två senare måtten är användbara framförallt när den kognitiva omstruktureringen väl börjar inträda, men förmår inte fånga delvisa framsteg.

Ur behandlingssynpunkt fungerar frågeformuläret Beck Ungdomsskalor tämligen bra, eftersom det ligger språkligt på rätt nivå och ger ett rikt innehåll till klientens psykiska besvär. Det visar sig emellertid att klienten i fallstudien besvarar ett par av frågorna mer bokstavligt än vad som avses. Han har också problem med graderingen ”ibland”. Delskalornas styrka kan då inte säkert jämföras med varandra. Fortfarande finns dock ett värde i att jämföra varje delskalor för- och eftermätning. Ur forskningssynpunkt finns ytterligare ett problem. Formuläret är inte normerat för målgruppen.

Det finns ett praktiskt problem med upplägget: baslinjemätningen kan inte starta förrän i slutet av kartläggningen. Visserligen förlades den första registreringen till innan den kognitiva interventionen startar, men även kartläggningen hade troligen en effekt på klientens tankar och känslor.

När klientens och stödpersonens registreringar inte når den planerade omfattningen, är det tur för behandlingen att det finns olika parallella mått. I övrigt är detta det största avsteget

från planeringen. Resultatens styrka minskas dock inte mycket av den sparsamma klientregistreringen. I och med att klienten inte kommit så långt i den kognitiva omstruktureringen finns ännu inga förbättringstrender att upptäcka. Klientens stora variationer framgår ändå. Avsaknaden av anteckningar från handledaren blir mer kännbara, eftersom hon var den första som kunde upptäcka om att klienten ökat sina funktionella beteenden. Detta behövde valideras av systematiska observationer för att bli kliniskt signifikant.

Vid tolkningen av resultaten från psykometrin måste man tillstå att andra faktorer kan ligga bakom förändringarna än själva den kognitiva interventionen, att t ex terapirelationen, psykoedukationen eller stödet från andra personer under tiden ger effekt på exempelvis självkänsla eller depressivitet. I Kalles fall flöt hans övriga planering mycket bra under tiden för terapin, eftersom de övriga involverade satte hög tilltro till behandlingen och hjälpte hans arbetsrehabilitering framåt. Psykometrin kan varken bekräfta eller utesluta dess faktorer.

Om studien gjordes om, skulle det naturligtvis vara mycket värdefullt med en långtidsutvärdering efter 3 eller 6 månader. Speciellt viktigt vore då att undersöka om förmågan att byta ut NAT med AT hade lärts in stabilt, samt vilken effekt behandlingen gett på beteenden, oro (klientens kognitioner kring problemsituationen) eller självbild.

### ***Behov av fortsatt forskning och metodutveckling***

All forskning och metodutveckling om svagbegåvade är naturligtvis önskvärd med tanke på att målgruppen idag är osynlig i vården och andra samhällseliga institutioner. En angelägen fråga är målgruppens psykiska hälsa och vilka hjälpinsatser personer ur målgruppen behöver från samhället. Det skulle dessutom underlätta för metodutvecklingen att veta mer om vilka faktorer som är salutogena för människor med svagbegåvning.

Samtidigt finns redan behandlare som ändå har omfattande erfarenheter med klienter ur målgruppen, eftersom de arbetar i institutioner där målgruppen är starkt representerad. En snabb väg till mer kunskap om svagbegåvade och terapi vore att sammanställa de behandlingar som där erbjuds. Man kunde undersöka vilka behandlingar som efterfrågas och vilka som har framgång i målgruppen. Om till exempel effekten av psykoedukation om att leva med nedsatt begåvning är lovande, skulle det vara ett område som man snabbt kan komma igång med och det skulle kunna erbjudas i grupp.

Kartläggningsmetodiken inom KBT för denna målgrupp behöver utvecklas vidare, så att terapeuter snabbt få ett grepp om vad den enskilde klienten förmår lära sig och vad som behöver kompenseras för. Viktigt här är psykometri normerad för målgruppen. Befintliga frågeformulär behöver kanske bara anpassas språkligt och sedan normeras.

För att kunna genomföra forskning om sådana frågeställningar krävs att individer med svag begåvning och samtidiga psykiska besvär kan identifieras. Det finns en risk att svagbegåvade personer fortsätter dölja sina svårigheter av rädsla att bli bortstötta och förlora det de har i form av normalt arbete eller dylikt. Det finns också en risk att dessa personer blir kränkta. Av just den anledningen bör man identifiera de trösklar professionella hjälpare har mot att identifiera och remittera individer ur målgruppen till utredning eller behandling.

Vad gäller metodutveckling är det inte lätt att utforma pedagogiska medel och terapeutiska metoder för målgruppen. Hur förmedlar man t ex vitsen med exponering, när man inte kan förklara det teoretiskt? Vägen till hanteringen av negativa tankar går heller inte via lek - vuxna svagbegåvade lever med vuxna behov i vuxna livssituationer. Hur hjälper man klienter att omsätta det nya de lärt sig i sin vardag? Det finns troligen kunskap om inlärningsstöd till svagbegåvade bland specialpedagoger. Självinstruktioner har prövats av många, men vet man vilken effekt de ger på kognitioner? Åstadkommer självinstruktioner en kognitiv eller en beteende-förändring?

Jag menar att det idag saknas en modell för hur en kognitiv omstrukturering för en svagbegåvad vuxen ser ut steg för steg. Man bör kunna hämta kunskap från terapi och pedagogik för barn, t ex metoder för hur man kompenserar för brister i den sociala förståelsen eller theory of mind, brister i rationalitet, abstraktionsförmåga och metakognition. Gapen mellan våra olika discipliner behöver överbryggas, antingen av den enskilde terapeuten som specialiserar sig, eller genom att frågorna tas med i all psykoterapeutisk utbildning. Jag tror det behövs träning av terapeuten i arbetet med svagbegåvade klienter.

### ***Erfarenheter inför framtida KBT med svagbegåvade klienter***

Jag vill avslutningsvis även kort gå in på vilka erfarenheter jag själv gjorde i det terapeutiska arbetet med fallstudien, och vilka slutsatser jag drar inför framtida behandlingar.

Som många begåvningshandikappade visade Kalle en stor följsamhet, på gott och ont. Det gav utrymme för att repetera, för att föreslå och skissa lämpliga tankar eller beteenden. Men det gjorde det samtidigt svårt att upptäcka när Kalle inte var motiverad eller inte förstod. Efterhand kan jag se att det behövs många igångsättare, konkreta påminnelser om sessionens struktur och alltid exempel från klientens sfär av erfarenheter.

Däremot var det lätt att upptäcka, att det behövdes mycket mer tid för att prata om eller i alla fall lyssna på vad som rörde sig i klientens tankar för tillfället. Den kognitiva interventionen tog därför längre tid. För att bättre upprätthålla klientens uppmärksamhet och

motivation hade det därför varit bättre med en parallell intervention, till exempel avslappningsträning eller annan beteendeariktad träning.

För egen del saknade jag de ”aha”-reaktioner och egna kopplingar som normalbegåvade klienter vanligen ”belönar” oss terapeuter med. Det fattades något jag var van att använda som feedback och motivation.

Vissa anpassningar var det relativt lätt att hitta fram till, såsom ett lämpligt språk och tempo, samt extra trygghet och tydlighet i relationen. Andra förändringar hade jag större svårigheter med. Trots att jag var inställd på att ta många initiativ och tillhandahålla stimulerande material och egna förslag, blev jag varse min oerfarenhet när det kom till klientens behov av tillrättalagd pedagogik. I arbetet med Kalle fungerade övningar inte förrän jag anpassade dem efter hans resurser och tillgångar. Rollspel lyckades jag inte alls med. Min egen ovana av KBT för målgruppen visade sig vara ett hinder för ett smidigt och effektivt terapiförlopp. Det borde vara möjligt att uppnå mer med rätt pedagogik.

Klienten kom aldrig igång med sina registreringar på egen hand. Det betyder att dessa för behandlingen viktiga registreringar är mer beroende av terapeutens initiativ och närvaro. Det behövs troligen många fler träningstillfällen, mycket konkret hjälp med planeringen och fler konkreta påminnelser. Inför framtida terapier med svagbegåvade klienter funderar jag därför starkt på att förlägga en del av sessionerna till klientens arbetsplats, också för att kunna öva registrering med klienten och dennes stödperson.

När klienten i denna fallstudie inte kan tillgodogöra sig hela den kognitiva interventionen, beror det enligt min mening delvis på för kort tids behandling och delvis på för få upplevelsebaserade tekniker. Klienten behöver terapimoment där de nya strategier och förhållningssätt tränas i olika vardagssituationer, för att inläringen ska kunna bli manifest och användas av klienten på egen hand. Den kognitiva interventionen med en svagbegåvad klient är följaktligen inte avslutad förrän terapeuten hjälpt klienten att träna användandet av den nya AT i problemsituationen.

Inför framtiden funderar jag på hur fler begåvningshandikappade ska komma i åtnjutande av behandling och växande, och därmed förhoppningsvis en stabilare plats i arbetsliv och samhälle. Det krävs troligen incitament för att en person ska vilja påbörja en utredning av sin begåvning: stöd, vänskap, ett arbete eller ett annat, positivt sammanhang att bli delaktig i. Den professionella agenten i en sådan process behöver tid och kunskap. Sådana resurser finns inte tillgängliga annat än att det finns en politisk vilja, dvs en medvetenhet om vad som kan vinnas om det i utbildning, arbetsrehabilitering och socialtjänst läggs upp ett systematiskt stöd till målgruppen.

## REFERENSER

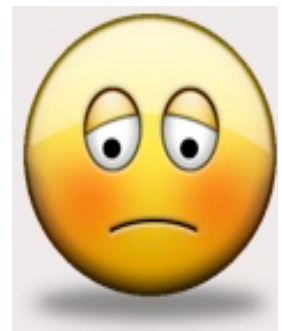
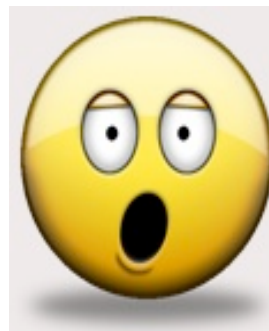
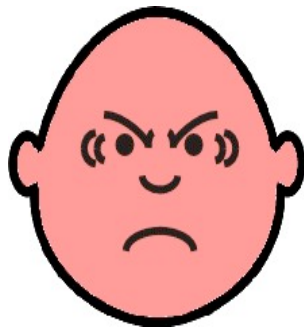
- Adolfsson, I., Carlsson-Kendall, G., Dahlström, K. & Fernell, E. (2002). Svag begåvning – normalt, men inte problemfritt. *Läkartidningen Nr 16, volym 99*, 1820-2.
- American Psychiatric Association. (2002). *Mini-D IV, Diagnostiska kriterier enligt DSM-IV-TR*. Pilgrim Press, Danderyd.
- Beck, J. S., Beck, A. T. & Jolly, J. B. (2001). Beck Ungdomsskalor, Svensk Version: Eva Tideman.
- Black L., Cullen, C. and Novaco, R. W. (1997). Anger assessment for people with mild learning disabilities in secure settings. Stenfert Kroese, Dagnan, and Loumidis (Eds.). *Cognitive-Behaviour Therapy for People with Learning Disabilities* (33-52). London: Routledge.
- Carling, M. (2003) Ingen vill se de svagbegåvade barnen. *Svenska Dagbladet* 2003-04-10.
- Dagnan, D. & Chadwick, P. (1997). Cognitive-behaviour therapy for people with learning disabilities. Assessment and intervention. Stenfert Kroese, Dagnan, and Loumidis (Eds.). *Cognitive-Behaviour Therapy for People with Learning Disabilities* (110-123). London: Routledge.
- Dagnan, D., Chadwick, P. & Proudlove, J. (2000). Towards and assessment of suitability of people with mental retardation for cognitive therapy. *Cognitive Therapy and Research*, 24, 627–636.
- Dagnan, D. & Jahoda, A. (2006). Cognitive-Behavioural Intervention for People with Intellectual Disability and Anxiety Disorders. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 19, 91–97.
- Elmund, A., Melin, L., von Knorring, A.-L., Proos, L. & Tuvemo, T. (2004). Cognitive and neuropsychological functioning in transnationally adopted juvenile delinquents. *Acta Paediatrica* 93: 1507-13. 2004.
- Fernell, E., *Gymnasiesärskolan – för vilken målgrupp?* PDF-fil hämtat 2009 från Svenska Skolläkarföreningens hemsida: <http://www.slf.se/pages/21568/Gymnasiesärskolan.pdf>
- Haddock, K. & Jones, R. S. P. (2006). Practitioner consensus in the use of cognitive behaviour therapy for individuals with a learning disability. *Journal of Intellectual Disabilities*, 10 (3), 221-230.
- Jahoda, A., Dagnan, D., Jarvie, P. and Kerr, W. (2006). Depression, Social Context and Cognitive Behavioural Therapy for People who have Intellectual Disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 19, 81–89.

- Jahoda, A., Dagnan, D., Stenfert Kroese B., Pert, C. & Trower, P. (2009). Cognitive behavioural therapy: from face to face interaction to a broader contextual understanding of change. *Journal of Intellectual Disability Research*, 53, part 9, 759–771.
- Jones, R. S. P., Miller, B., Williams, H. & Goldthorp, J. (1997). Theoretical and practical issues in cognitive behavioural approaches for people with learning disabilities. A radical behavioural perspective. Stenfert Kroese, Dagnan, and Loumidis (Eds.). *Cognitive-Behaviour Therapy for People with Learning Disabilities* (16-32). London: Routledge.
- Joyce, T., Globe, A. & Moody, C. (2006). Assessment of the component skills for cognitive therapy in adults with intellectual disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 19, 17–23.
- Kullman, A. (2007). *Begåvningsnivå och psykiska problem - en undersökning av en kohort tvångsvårdade flickor och kvinnor*. Psykologexamensuppsats, Institutionen för Psykologi, Lunds Universitet. Vol. IX (2007):24.
- Lindsay, W. R., Nielson, C. & Lawrenson, H. (1997). Cognitive-behaviour therapy for anxiety in people with learning disabilities. Stenfert Kroese, Dagnan, and Loumidis (Eds.). *Cognitive-Behaviour Therapy for People with Learning Disabilities* (124-140). London: Routledge.
- Loumidis, K. & Hill, A. (1997). Social problem-solving groups for adults with learning disabilities. Stenfert Kroese, Dagnan, and Loumidis (Eds.). *Cognitive-Behaviour Therapy for People with Learning Disabilities* (86-109). London: Routledge.
- Lyneham, H., Abbott, M., Wignall, A. & Rapee, R. (2004). Cool Kids Program. Översatt och bearbetad av Nilsson, Meyer, Bredberg, Löndahl & Heverius. Barn- och ungdomspsykiatriska kliniken, Malmö.
- Nylander, L., Holmqvist, M. & Zettervall, K. (2002). Utredning av barnneuropsykiatriska tillstånd hos vuxna ofta önskvärd. Funktionshinder kan leda till social missanpassning. *Läkartidningen*, Nr 15, Vol 99. 1692-9.
- Oathamshaw, S. & Haddock, G. (2006). Do people with intellectual disabilities and psychosis have the cognitive skills required to undertake cognitive behavioural therapy? *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 19, 35–46.
- Olsson, A. & Vilhelmsson, J., (2006). *En grupp ungdomar i tvångsvård – bakgrund, begåvning och självbild*. Psykologexamensuppsats, Institutionen för psykologi, Lunds Universitet, Lund.
- Reed, J. (1997). Understanding and assessing depression in people with learning disabilities.



- A cognitive-behavioural approach. Stenfert Kroese, Dagnan, and Loumidis (Eds.). *Cognitive-Behaviour Therapy for People with Learning Disabilities* (53-66). London: Routledge.
- Sams, K., Collins, S. & Reynolds, S. (2006). *Cognitive therapy abilities in people with learning disabilities. Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities, 19, 25–33.*
- Socialstyrelsen (2010). *Nationella riktlinjer för depression och ångestsyndrom 2010 – stöd för styrning och ledning.*
- Svenska Dagbladet, (2004). *Detta är utvecklingsstörning.* Publicerad på Svenska Dagbladets hemsida utan angiven författare 2004-11-09. Senast ändrat 2007-11-02.
- Stenfert Kroese, B. (1997). Cognitive-behaviour therapy for people with learning disabilities. Conceptual and contextual issues. Stenfert Kroese, Dagnan, and Loumidis (Eds.). *Cognitive-Behaviour Therapy for People with Learning Disabilities* (1-15). London: Routledge.
- Stenfert Kroese, B., Dagnan, D. & Loumidis, K. (Eds.) (1997). *Cognitive-Behaviour Therapy for People with Learning Disabilities.* London: Routledge.
- Taylor, J. L., Lindsay, W. R. & Willner, P. (2008). CBT for People with Intellectual Disabilities: Emerging Evidence, Cognitive Ability and IQ Effects. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 36, 723–733.*
- Whitehouse, R. M., Tudway, J. A., Look, R. & Stenfert Kroese, B. (2006) Adapting Individual Psychotherapy for Adults with Intellectual Disabilities: A Comparative Review of the Cognitive–Behavioural and Psychodynamic Literature. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities, 19, 55–65.*
- Williams, H. & Jones, R. S. P. (1997). Teaching cognitive self-regulation of independence and emotional control skills. Stenfert Kroese, Dagnan, and Loumidis (Eds.). *Cognitive-Behaviour Therapy for People with Learning Disabilities* (67-85). London: Routledge.
- Willner, P. (2005). The effectiveness of psychotherapeutic interventions for people with intellectual disabilities: a critical overview. *Journal of Intellectual Disability Research, 49, 73–85.*
- Willner, P. & Goodey, R. (2006). Interaction of Cognitive Distortions and Cognitive Deficits in the Formulation and Treatment of Obsessive–Compulsive Behaviours in a Woman with an Intellectual Disability. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities, 19, 67–73.*

BILAGA 1





# Har Du varit OROLIG idag ?

NÄR ?	VAR, VAD HÄNDE ? VAD TÄNKTE DU	LUGN	LITE	EN HEL DEL	JÄTTEMYCKET
på morgonen Innan jobbet			<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
på vägen till jobbet			<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
på jobbet innan rasten			<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
rasten			<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
jobba innan lunch			<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
lunchrasten			<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
efter lunch			<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Vägen hem			<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Gjort något speciellt ute ?			<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

# Din sambo kommer inte hem i tid

och Du kan tänka tankar som gör att Du blir orolig och nervös.



Vad tänker Du?

.....

.....

.....

.....

.....

Du kan tänka tankar som ger Dig lugn



Vad tänker Du för att istället känna Dig lugn eller till och med glad?

.....

.....

.....

.....

.....

## Lugna tankar

De vill fråga mig något

--

om det ska byggas en  
skateboardbana här för  
dem



## Oroliga Tankar

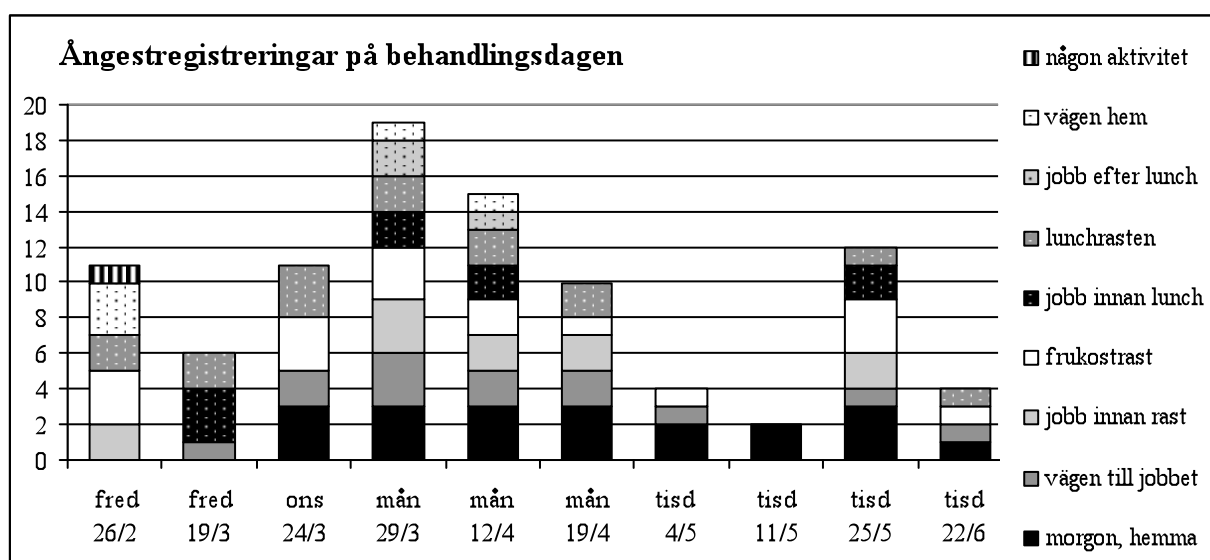
De ser elaka ut

--

De kommer att säga något  
elakt eller vilja slå mig

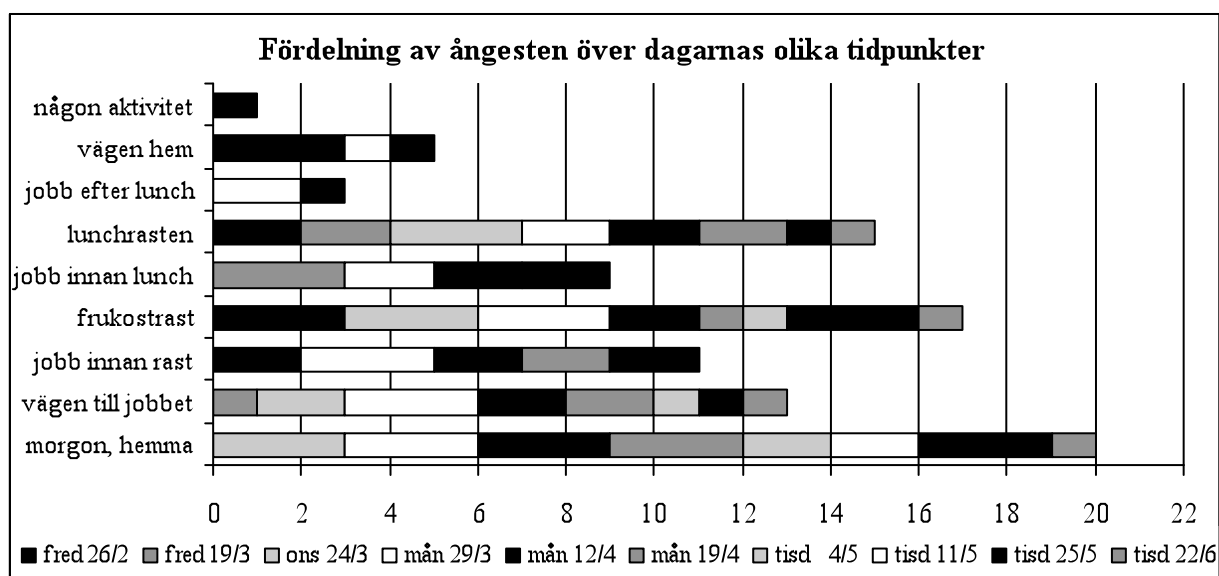


Figurerna 3 och 4 förtydligar grafiskt hur Kalles ångest fluktuerade under behandlingstiden. Registreringarna är gjorda enskilda dagar – de dagar vi träffades för terapissessionerna. I Figur 3 visar den registrerade dagens ångest kumulativt. Bakgrunden till exempelvis den höga ångesten den 29 mars är att Kalle fått nya arbetskamrater, ångesten sjunker sedan långsamt under ett par veckor.



**Figur 3: Registreringar av Kalles ångest för varje behandlingsdag**

I Figur 4 är registreringarna istället uppdelade efter olika tidpunkter under dygnet, alla registreringar under behandlingsperioden har lagts ihop kumulativt, så att tendenser under dygnet kan bli tydliga. Här är ångesten högst på morgnarna och under måltiderna.



**Figur 4: Registreringar av Kalles ångest per tidpunkt**