

# Indholdsfortegnelse

LÆSEVEJLEDNING	1
<b>VOKSENCASE</b>	<b>1</b>
1.1 FORSKELLIGE OPFATTELSER AF SYGDOM OG SUNDHED	1
1.2 OPLÆGET TIL LÆGERNE	1
1.3 OPNÅELSE AF EN BEDRE COMPLIANCE	3
2.1 EN PATIENT MED TRAUMATISKE OPLEVELSER	4
2.2 TRAUMET SKAL I-TALE-SÆTTES FOR AT BLIVE BEHANDLET	5
2.3 VIGTIGE OMSTÆNDIGHEDER OMHANDLENDE TORTUROFRE	5
3.1 ASSESMENT AF TRAUMATISERET TORTUROVERLEVER	6
3.2 BEHANDLING AF DEN KVINDelige KLIENT	7
<b>BARNECASE</b>	<b>10</b>
4.1 PSYKOANALYTISK OG KOGNITIV TERAPI	10
4.2 SYSTEMORIENTERET FAMILIETERAPI	11
5.1 BEHANDLING AF SEBASTIAN	11
5.2 BEHANDLING AF INTELLECTUAL DISABILITY (MENTAL FORSINKELSE)	12
5.3 FORHINDRE AT EN ADFÆRDSFORSTYRRELSE UDVIKLES	13
6.1 SEBASTIANS LÆSEVANSKELIGHEDER	14
6.2 ASSESMENT OMHANDLENDE SPECIFIK LÆSEINKOMPETENCE	14
6.3 INTERVENTIONER MED HENBLIK PÅ AT FREMME SEBASTIANS LÆSEEVNER	15
<b>LITTERATURLISTE</b>	<b>17</b>

## Læsevejledning

I den følgende besvarelse har jeg valgt at først at besvare voksencasen og derefter børnecasen. De nummererede litteraturhenvisninger referer til litteraturlisten, som er placeret til sidst i besvarelsen.

### 1.1 Forskellige opfattelser af sygdom og sundhed

I casen fremgår det, at lægerne i lægehuset og de studerende som de behandler har forskellige opfattelser af sygdom og sundhed. De studerende klager over stress, depression, sulter sig og dyrker overdreven motion, men lægerne kan ikke finde symptomer, som er tilstrækkelige til at stille en diagnose. For nærmere at forstå de forskellige opfattelser, kan man anskue sundhedsbegrebet fra en reduktionistisk og holistisk synsvinkel.

Lægerne i praksissen indtager en *reduktionistisk* tilgang til sundhedsbegrebet, dvs. at sundhed reduceres til en biologisk, sociologisk eller psykologisk praksis (4:36). Dette fremgår ved, at lægerne ikke mener, at patienterne (de studerende) har en behandlingskrævende depression eller er underernærede.

De studerede derimod, synes at indtage en mere *holistisk* og *humanistisk* tilgang til sundhedsbegrebet. Deres klager omkring stress, depression, dårligt humør og udseende tyder på, at de opfatter sygdom og sundhed som omfattende hele livet (4:36). En mulig forklaring kunne være, at de studerende prøver at leve op til idealet om et smukt ydre og den perfekte krop, samtidig med at de skal udmærke sig i deres studie. Når de ikke kan leve op til disse krav og idealer, søger de læge for at blive udredt og behandlet for deres "manglende" evner eller deres nedtrykthed, forårsaget af en fejlet opnåelse af idealet (4:38). De studerende tager derfor flere omstændigheder med i deres opfattelse af sygdom og sundhed, end lægerne gør.

Der opstår et modsætningsforhold mellem lægernes positivistiske og biologiske, og de studerendes humanistiske og holistiske tilgang til sygdom og sundhed, som også kan beskrives med begreberne *illness* og *disease*. *Illness* er den folkelige beskrivelse eller opfattelse af en sygdom, hvor *disease* er den lægelige forståelse (4:112). Man kan sige, at de to parter taler i forskellige sprog, som tager udgangspunkt i forskellige opfattelser.

### 1.2 Oplæget til lægerne

I oplæget til lægerne vil jeg tage udgangspunkt i den ovenstående beskrivelse af, hvordan sygdom og sundhed opfattes. Jeg vil prøve at forklare lægerne, hvorfor de studerende møder

op i lægehuset uden synlige fysiske komplikationer, og hvordan det muligvis hænger sammen med deres anderledes opfattelse af sygdom og sundhed. Præsentationen skal fremføres på en måde, så det ikke bliver opfattet som en kritik af lægevidenskaben, men det skal give lægerne en mulighed for at blive mere bevidste om forskellige sundhedsbegreber, samt hvordan disse fungerer og påvirker.

Herudover vil jeg give en beskrivelse af, hvordan begreberne sygdom og sundhed har udviklet sig, så lægerne kan få en bredere forståelse af disse. Dette vil tage udgangspunkt i, hvordan sygdom tidligere blev opfattet som et menneskes skæbne, og hvordan dette hænger sammen med den romantiske opfattelse af, at vi er skabt af gud og i naturens ånd (4:37-38). Med lægevidenskabens biotekniske udvikling har perspektivet ændret sig, til at sygdom og sundhed hovedsageligt hænger sammen med biologiske processer, og ikke længere hænger sammen med f.eks. "det gode liv" eller "det naturlige" (ibid.). Det kan derfor være, at de studerende søger læge, samt ønsker en medicinsk behandling af deres problemer, fordi de er påvirket af et herskende medicinsk paradigme. Ved at forklare lægerne dette, kan de få et bedre indblik i hvorfor de studerende vælger at gå til dem.

Det kunne også være en mulighed, at forklare lægerne om de forskellige sundhedsbegreber, nærmere bestemt det essentialistiske, fundamentalistiske, relative, åbne og diskursive sundhedsbegreb, for at de kunne få en endnu dybere forståelse af dette. Med hensyn til lægernes situation, vil det formentlig være mere hensigtsmæssigt, hvis de fik hjælp til at håndtere disse patienter, hvilket omtales i det følgende

### **1.3 Opnåelse af en bedre compliance**

*Compliance* er et begreb, som anvendes til at beskrive de kommunikationsproblemer der kan opstå i situationer, hvor patienten ikke følger lægens råd. Hvis patienten ikke følger lægens råd, taler man om *non-compliance* (4:47-48).

Lægerne og de studerende er ikke enige om, hvilken behandling der skal foretages. De studerende ønsker en medicinsk behandling, men lægerne mener ikke der er grund til dette, og mener måske, at der i stedet skal være tale om psykologisk behandling. Hvis lægerne foreslog psykologisk behandling, er det sandsynlig, at der ville opstå *non-compliance*, da dette ikke stemmer overens med de studerendes forventninger. Men hvordan opnås der både *compliance*, samtidig med at lægerne for givet den rigtige behandling?

Det er en gængs opfattelse, at der skabes en bedre kommunikation, ved at patient og læge er i stand til at forstå hinandens opfattelse af sygdom og sundhed. Lægen skal være i stand til at tage udgangspunkt i patientens egenoplevelse (4:53). Det kunne derfor foreslås til lægerne, at de tog et mere fænomenologisk perspektiv, når de talte med patienterne. Med det fænomenologiske perspektiv tager man udgangspunkt i patientoplevelsen samt indtager et såkaldt "human vision" frem for "medical vision" (4:55). Ved at få en forståelse af de studerendes opfattelse af sygdom og sundhed (beskrevet tidligere), samtidig med at lægerne indfører mere kvalitative metoder i konsultationerne (ibid.), er det muligt at begge parter kan opnå en fælles forståelse og herigennem at finde den korrekte behandling.

## **2.1 En patient med traumatiske oplevelser**

Den kvindelige indvandrer og arkitektstuderende, som søger behandling i lægehuset, beskriver hvordan hun i sit hjemland er blevet fængslet og tortureret pga. sit politiske tilhørsforhold. De traumatiske hændelser kommer til hende i form af "flash backs", men hun ønsker ikke at tale om det, og vil helst glemme traumerne.

Det tyder på, at denne kvindelige patient lider af Posttraumatisk stressyndrom (PTSD). Kvindens beskrivelse af, hvordan traumet kommer til hende i form af genoplevelser, er et væsentlig symptom for PDST (2:192). Derudover er det også typisk for disse patienter, at de prøver at undgå tanker, følelser eller samtaler om traumet (ibid.). Kvindens ønske om at glemme traumet fører en konflikt med sig, da en behandling bl.a. omhandler en i-tale-sættelse af traumet, og fordi en behandling der omfatter glemsel kan være skadevirkende (5:292). Kvinden ønsker ikke at huske traumerne, fordi de er forbundet med nogle negative emotioner samt medfører ubehag, men samtidig kræver en behandling, at hun bliver nødt til at beskæftige sig med traumet. En udelukkende medicinsk behandling vil ikke fjerne symptomerne, men derimod kun dæmpe dem, så dette vil formentlig ikke være en holdbar løsning for hende (2:204).

I forbindelse med personer, som har været udsat for tortur, er det vigtigt at påpege, at en række fagfolk mener, at PTSD-diagnosen ikke er dækkende nok til torturofre (5:113). Dette er bl.a. fordi PTSD-diagnosen ikke omfatter de varige ændringer af personligheden, som torturofre udviser. I kontakten og behandlingen af den kvindelige klient er det derfor vigtigt

at være opmærksom på de områder hvor PTSD-diagnosen ikke er dækkende, og det bør overvejes om andre mere udvidede diagnoser bør anvendes f.eks. "Disorders of extreme stress not otherwise specified". Det er også muligt, at man kan nøjes med at inddrage forskning, som specificerer temaer der er unikke for torturoverlevende (ibid.).

## **2.2 Traumat skal i-tale-sættes for at blive behandlet**

Der synes at være et fællestræk imellem den psykoanalytiske og kognitive behandling af traumer, nemlig at traumat skal omtales og i-tale-sættes for at blive bearbejdet.

De *kognitive terapier* arbejder med *eksponering*, når de skal behandle traumer f.eks. i forbindelse med PTSD (2:205). Dette omfatter en genkaldelse af de traumatiske begivenheder, i sikre omgivelser (f.eks. terapeutens arbejdsværelse) så klienten har mulighed for at *habituerer* angsten, samt kan *adskille mindet* fra virkeligheden. En anden mulighed er også, at gentagende forestille og diskutere de traumatiske begivenheder for at få klienten til at integrere dem i hendes forståelse af verden og sit selv (ibid.). Mere uddybende kan man sige, at indtil de traumatiske oplevelser kan blive *integreret i kognitive skemata*, bliver de lageret i en særlig aktiv kodeform. Det er først når nye skemata er etableret, at de kan blive genstand for den normale glemsel (5:307).

Den *psykodynamisk* orienterede terapi tager ligeledes udgangspunkt i en genkaldelse af traumat i forbindelse med en behandling af det. Den adskiller sig fra den kognitive terapi, ved ikke direkte at søge en effektiv og markant symptomforbedring, men i højere grad at finde *indsigt og meningsbetydning* (5:303).

Sammenfattende kan man sige, at både psykodynamisk og kognitiv terapi lægger vægt på en i-tale-sættelse af traumat, hvilket kan komme i konflikt med den kvindelige patients ønske om at glemme de traumatiske oplevelser. For at lægge traumehistorien bag sig og evt. glemme den, bliver kvinden nødt til at tale om traumat og kommer derved i kontakt med smertefulde minder og følelser. Dette synes at være dilemmaet, som den kvindelige studerende står i.

## **2.3 Vigtige omstændigheder omhandlende torturofre**

Den kvindelige studerende er som sagt blevet udsat for tortur, hvilket er en særlig traumatisk hændelse og som derfor medfører nogle foranstaltninger i behandlingen.

Der er en vis enighed blandt psykoterapeuter, at selve *traumehistorien* hos torturofre skal benyttes som et centralt omdrejningspunkt i terapien (5:305). Nogle behandlere fremhæver dog, at det centrale ikke altid er, at få klienten til at genopleve den traumatiske situation, og at det ikke har betydning i længerevarende behandling (ibid.).

Et område, som imidlertid har særlig vigtighed ved torturofre, er at man *accepterer klientens tempo* i behandlingen. Det grunder i, at torturofre ofte har været udsat for voldsommere traumer end andre klienter, og at det kræver større jeg-kapacitet at håndtere disse begivenheder. Der kan imidlertid også være grunde som, at klienten fornægter realiteten, frygter at blive stemplet som anderledes/syg eller en rationalisering om, at det vil være for smertefuldt for andre at høre om (ibid.). Mange personer har ydermere aldrig talt med andre om torturoplevelsen, da det er et særligt privat anliggende. Alle disse omstændigheder medfører, at man bør være opmærksom på ikke at presse klienten til at gennemleve traumehistoriens emotioner, men lade terapien udfolde sig i hendes tempo (ibid.).

### 3.1 Assessment af traumatiseret torturoverlever

I det følgende vil jeg tage udgangspunkt i nogle generelle assessmentmetoder formuleret af henholdsvis Susan Nolen-Hoeksema (2) og Alan Carr (3). Derudover vil jeg tilføje metoder og tilgange, som specifikt omfatter torturofre.

1. *Planlægning*: Denne fase omhandler hvem der skal indbydes til sessionerne, samt hvad man skal spørge om (3:105). I den kvindelige studerendes tilfælde, skal hun naturligvis kontaktes og indbydes til den første session. Det er også en mulighed at lave en *netværksanalyse*, for at finde ud af hvilke personer som klienten har gode relationer til, og som måske også skal deltage i samtalerne. Her er det imidlertid væsentligt at påpege, at torturofre har utrolig svært ved at tale om deres hændelser (5:305), hvilket også er tilfældet for den kvindelige klient. Det er derfor vigtigt at høre klienten, om hun overhovedet ønsker nogen med til den første samtale.

Herudover skal der også laves en *dagsorden*, for hvad den første samtale skal omhandle, som indeholder terapeutens foreløbige hypoteser samt hvad klienten ønsker berøre (3:110). I denne case er der umiddelbart gode informationer omkring

klientens problem, og det vil derfor være væsentligt at omtale hendes ønske om medicinskbehandling og årsagen til dette, samt berøre de traumer hun har været udsat for.

2. *Assesment*: I den indledende del af assessmenten handler det om, at klienten og jeg skal udforme en behandlingskontrakt. Denne indeholder en afklaring af *forventninger* og at der indgås en aftale om at *arbejde sammen* (3:129). Dette er specielt vigtigt ved traumatiserede klienter, da der ses en stor tendens til frafald (5:305).

Det mest centrale i assessmenten er, at skabe en god *arbejdsalliance* med klienten (3:132). Dette gøres ved, at man kommunikerer på en varm, ægte og empatisk måde, udviser en respektfuld nysgerrighed, samt sørger for, at terapien virker som en invitation og ikke noget klienten skal presses ud i. Herudover skal man være opmærksom på overføring og modoverføring (ibid.). Arbejdsalliancen må anses som værende af stor vigtighed i behandlingen af traumatiserede klienter, da disse bl.a. karakteriseres ved at have fået hæmmet eller i de værste tilfælde destrueret deres *basale tillid* (5:294). Klienterne har konkrete problemer med at oprette tillidsfulde forbindelser til andre personer, og det er derfor af ekstra stor vigtighed, at man får udarbejdet en god arbejdsalliance, så klienten ikke afviser en og forlader behandlingen.

For torturofre er det specielt vigtigt, at terapeuten lytter til den traumatiske episode, og ikke prøver at banalisere eller reducere den til en kliche, så den mister sin betydning (5:295). Dette er formentlig også en måde, som kan være med til at skabe en god arbejdsalliance med klienten, så hun føler sig forstået og accepteret.

### **3.2 Behandling af den kvindelige klient**

Det er svært at udpege en specifik behandling af torturofre, da der ikke umiddelbart er nogen entydighed omkring hvilken behandlingen der bør tilbydes traumatiserede personer. Jeg vil derfor i det følgende beskrive fordele og ulemper ved henholdsvis kognitiv og psykoanalytisk terapi, og lade dette fremgå som mine overvejelser omkring behandlingsmetoderne. Til sidst vil jeg komme med et bud på psykodynamisk behandling kombineret med en eksistentiel tankegang.

En *kognitiv* behandlingsmetode kan, som nævnt tidligere, bl.a. omfatte eksponering af traumet, så der forekommer en habituering hos klienten. Denne behandlingstype har i flere

henseender vist sig at være positiv (2:205). Problemet med denne tilgang er imidlertid, at det ikke er sikkert, at der forekommer en symptomlættelse ved at omtale de traumatiske oplevelser (5:305). Med eksponering kan man dermed risikere at trække klienten igennem genoplevelse af smertefulde oplevelser, uden at det har nogen nævneværdig effekt, andet end at medføre lidelse eller måske i værste tilfælde en forværrelse af traumatet hos klienten.

En anden mulighed er at gå *psykoanalytisk* til traumatet. Her er opfattelsen, at traumatet skyldes en manglende evne til at kapere og integrere smerten i personens almindeligt fungerende bevidsthed, så *jeget* bliver besat af traumatiske erindringer (5:291). Freud beskriver, at behandlingen består i, at integrere de tidligere hændelser i en serie af associative *hukommelsesspor* på en måde, der tillader hændelsen at blive glemt. På samme måde som ved den kognitive terapi, arbejdes der med en måde hvormed klienten kan komme til at rumme de traumatiske hændelser, hvilket enten kan forekomme igennem en habituering (for kognitiv terapi) eller integrere hændelserne i hukommelsesspor, så de kan blive glemt.

Der forekommer imidlertid nogle komplikationer i forbindelse med psykoanalysens håndtering af kriseramte patienter, når der anvendes de traditionelle tilgange indenfor teorien. Traumatet eksisterer for den syge, som en virkelig hændelse. Drømmene, erindringsbillederne og tankerne er helt konkrete og kan ikke tilknyttes nogen form for meningsdannelse. Det er derfor ikke muligt for psykoanalytikeren, at arbejde med disse som værende ubevidste dannelser, der kan udsættes for fortolkning (5:296) Psykoanalysen i traditionel forstand, har dermed problemer med at håndteres traumeramte f.eks. PTSD-patienter, fordi den i sin behandling gør brug af nogle metoder, som ikke stemmer overens med den måde, disse lidelser kommer til udtryk.

Som det fremgår af det ovenstående, så er der uenigheder omkring hvorvidt den kognitive terapi har gavnlig effekt, og om der overhoved er mulighed for at anvende traditionel psykoanalyse, så hvilken behandling skal man vælge?

Som behandlingsforslag til den torturramte kvinde, vil jeg foreslå en *psykodynamisk terapi* kombineret med en *eksistentiel tankegang*. Denne form for kriseterapi antager, at traumatet er opstået fordi den traumatiske oplevelse konfronterer vores *basale antagelser* om, at selvet er usårligt, og at andre mennesker er forudsigelige og retfærdige (Reiker og Carmen i 5:308). Ved at rekonstruerer disse fragmenterede kognitive strukturer, kan klienten opnå en bedring



foreslår Davidsen-Nielsen og Leick (i 5:308). Ved at hjælpe den kriseramte til at reetablere bindinger til andre mennesker, giver det mulighed for, at udveksle følelser der ikke har været muligt før, og dermed rekonstruere de tankemæssige strukturer (ibid.). En sådan behandling prøver derved, at få klienten til at oprette tillidsfulde forbindelser til andre mennesker, og herigennem hjælpe klienten til at opnå større *autonomi*. Et udgangspunkt for terapien og centralt område kunne derfor være etablering af *arbejdsalliancen* også kaldet klient-terapeut forholdet. Dette kan være en måde at vise klienten, at det er muligt at danne nære bindinger til andre mennesker. Dette forhold er imidlertid også bevist, at have en af de væsentligste effekter i terapien, større end f.eks. hvilken terapeutiske retning man arbejder indenfor (Forelæsning d. 6/12-10 v. Perter Elsass).

Det er muligt, at en sådan behandling vil blive kritiseret for ikke at tage væsentlig hånd om det centrale i sygdommen, selve traumet, men på den anden side beskæftiger terapien sig ikke med traumet i en sådan direkte forstand, at det evt. kommer til at skade klienten. Hermed kan man spare klienten for en række smertefulde genoplevelser, samtidig med at man undgår spekulationer om det hensigtsmæssige ved traumegenoplevelser.

#### 4.1 Psykoanalytisk og kognitiv terapi

Det er muligt at anskue Sebastians problemer ud fra flere forskellige psykologiske synsvinkler, i det følgende vil jeg først give en kort beskrivelse af hvordan man kan opfatte Sebastians problemer ud fra en psykoanalytisk og kognitiv tilgang. Herefter vil jeg mere uddybende beskæftige mig med systemisk familierapi.

Ud fra en *psykoanalytisk* synsvinkel kan man tage udgangspunkt i Sebastians passivitet i barndommen, samt at han foretrak at sidde på moderens skød. Den mulig hypotese kunne være, at Sebastian har oplevet et *barndomstraume* (1:40), for eksempel ved at forældrene i et forsøg på at aktivere Sebastian, har adskilt ham fra moren. Dette barndomstraume kan senere vise sig som aggressiviteten overfor moderen, måske fordi Sebastian føler sig svigtet.

Herudover kunne man tolke Sebastians uforstående opfattelse af problemerne i hjemmet, som en *forsvarsmekanisme* (2:49), nærmere betegnet *benægtelse*, der undertrykker ubevidst materiale (eksempelvis et svigt fra morens side).

Hvis man imidlertid tager en *kognitiv* vinkel, kan man analysere på Sebastians udtalelser, for at undersøge om disse hænger sammen med nogle fastlåste kognitive strukturer (*skemaer*). Sebastian bruger vendinger som indikerer, at han automatisk glemmer ting, der er ubehagelige for ham. Dette kan ses som en *kognitiv operation*, hvor Sebastian danner en kognitiv forvrængning, for at håndtere den ubehagelige stimulus.

Et eksempel på Sebastians tendens til at danne rigide skemaer, kan muligvis ses i hans opfattelse af kammeratskab. Han mener, at han har flere gode kammerater, som ville komme og hjælpe ham hvis han bliver drillet. Dog udtrykker han samtidig, at han faktisk bliver drillet i skolen. Sebastian synes at have et skema, der medfører en kognitiv forvrængning (jeg har mange gode kammerater), og som i sidste ende medfører nogle automatiske tanker (jeg får hjælp når jeg bliver drillet).

Man kan måske anvende Sebastians evne til at glemme ting automatisk, som en styrke i kognitiv terapi. Sebastian evner tydeligvis at styre sine tanker, da han er i stand til at glemme ting han ikke bryder sig om. Hvis man kunne lære ham samme teknik, når han blev aggressiv, kan han måske lære, at glemme eller ikke tænke så meget på sin aggressivitet/de ting der udløser den, og dermed mindske den negative væremåde.

## 4.2 Systemorienteret familierterapi

Den systemiske terapi er traditionelt set en *familierterapi*, hvor man mener, at børn udvikler deres individuelle og sociale egenskaber under indflydelse af deres erfaringer i familien (1:196). Der er derfor en opfattelse, at *familier med mange problemer* medfører en dannelse af *problembørn* (ibid.).

Det vil formentlig være fordelagtigt, at anvende denne terapiform, da der i casen med Sebastian umiddelbart finder en form for dualisme sted imellem familiens og Sebastians problemopfattelse. Familien (moren og faren) fortæller at Sebastian bliver aggressiv, ikke hører efter, rapser, er ligeglad med sine ting og at han formåede at ødelægge den sidste sommerferie. Efter samtale med Sebastian bliver jeg klar over, at han overhoved ikke har den samme opfattelse af forholdene derhjemme. Han mener ikke, at der er nogen som er sure på ham, eller at der er konflikter.

Da der er så store forskelligheder i opfattelsen af hvordan forholdet i hjemmet samt Sebastians adfærd er, vil det være en fordel at have hele familien i systemorienteret familierterapi, for at undersøge om Sebastian reagerer som et problematisk barn, eller om familien danner en forkert opfattelse af ham.

Udover at tage en systemisk terapeutisk tilgang, ville det formentlig være en fordel, at anvende *anden ordens kybernetik*. Ifølge denne tilgang kan man ikke adskille familiesystemet fra terapeuten, terapeuten bliver selv en del af det system, som han eller hende forsøger at hjælpe (1:217). Dette er forskelligt fra *første ordens kybernetik*, hvor det forventes af terapeuten, at denne kan producere objektive, korrekte beskrivelser af familien og deres problemer (1:216). Jeg vil derfor i terapien med Sebastian og hans familie være opmærksom på, at jeg fungerer som en del af dette system, og at de vil være præget af min egne private og faglige erfaringer med familier, problemer og ændringsmuligheder.

## 5.1 Behandling af Sebastian

Jeg vil primært gå ind og anbefale en *systemorienteret familierterapi*. Dette vil jeg gøre, fordi Sebastians familie umiddelbart bærer præg af at være et dysfunktionelt system, da der bl.a. er modsatrettede meninger omkring medlemmernes opfattelse af hinanden. Det ville være godt

at arbejde med familien som helhed, og kombinere dette med en behandling af mental forsinkelse.

## 5.2 Behandling af intellectual disability (mental forsinkelse)

Til behandling af Sebastian ville jeg tage udgangspunkt i diagnosen *intellectual disability* (ID) (3:260). I ICD-10 beskrives, at der for at stille denne diagnose skal være en "(A) reduced level of intellectual functioning resulting in (B) diminished ability to adapt to the daily demands of the normal social environment" (3:262). På nuværende tidspunkt ved jeg ikke, om Sebastian har en IQ der ligger i et interval, som vil give ham diagnosen, men han modtager specialundervisning på grund af læsevanskeligheder, så det kunne tyde på at han havde intellektuelle problemer. Til at bestemme Sebastians IQ ville jeg anvende Wechslers Intelligence Scale for Children (3:266). Derudover kan man ud fra forældrenes beskrivelse sige, at Sebastian ikke formår at tilpasse sig familiens *sociale miljø*, da han bliver aggressiv, ikke hører efter og har en negativ væremåde.

Ydermere kan man sige, at farens beskrivelse af, at Sebastian taler fjollet eller sort, kunne tyde på at diagnosen ID kan stilles, da disse børn udviser *langsommere kommunikations evner* (3:269). Det fremgår også, at Sebastian foretrækker legekammerater i 7-års alderen og at han bliver opfattet som umoden i skolen, hvilket kunne tyde på at Sebastian har en forsinket mental udvikling (ID).

Ud fra casen er det umiddelbart ikke muligt at bestemme, om Sebastians ID er forårsaget af *biologiske* omstændigheder f.eks. Downs syndrom, hovedtraumer eller fødselskomplikationer (3:270). Ud fra dette antager jeg, at Sebastians ID er resultatet af *miljømæssige omstændigheder*, selvom det naturligvis kræver nærmere undersøgelser, for at bestemme dette.

Hvis der på baggrund af nærmere undersøgelser af Sebastian kan stilles diagnosen ID, ville følgende behandling være en mulighed (3:279-83).

1. *Psykoedukation*. Det er vigtigt at man får Sebastians forældre og hans storebror til at forstå ID diagnosen, og hvilke komplikationer det medfører for Sebastian.
2. *Organisering af støtte*: Det er vigtigt at det konkret bliver afklaret hvilke områder som Sebastians familie ønsker der skal forbedres, og en præcis handleplan for hvordan

støtten udføres skal aftales med familien. Der skal findes en administrativ nøgleperson, som sikrer at hans støtteplan bliver fulgt. Derudover skal der flere gange laves opfølgende evalueringer og evt. tilføjes rettelser.

3. *Træning af livsfærdigheder*: Sebastian skal have hjælp til at udvikle færdigheder, han skal bruge for at håndtere sin dagligdag og sit liv. Det er vigtigt, at både familien, skolen og evt. andre bliver informeret om hvordan Sebastian skal hjælpes.
4. *Hjælp til udfordrende adfærd*. Ved en analyse, kan man måske komme frem til nogle omstændigheder, der synes at udløse Sebastians adfærd f.eks. synes han specielt at blive aggressiv, når han er alene med moderen. Ved at lære moderen forældremæssig adfærdstræning og dermed støtte hende, kan hun måske være i stand til at foregribe, ændre eller lære Sebastian en mere tilpasset respons, end den udfordrende adfærd.

### 5.3 Forhindre at en adfærdsforstyrrelse udvikles

Udover at udvise tegn på mental forsinkelse, synes Sebastian også at vise tegn på adfærdsforstyrrelse, hvilket er specielt fremtrædende hos personer med ID (3:268).

Ifølge ICD-10, så er Sebastians aggressive adfærd, at han ikke hører efter, stjæler, er ligeglad med sine ting og negative væremåde alle symptomer på, at han kunne have en *adfærdsforstyrrelse* (3:369). Det viser sig også, at der er en klar sammenhæng mellem adfærdsforstyrrelse og læsevanskeligheder, som netop også er et problem Sebastian har (3:290).

Faktisk passer Sebastians adfærd om end endnu bedre på *oppositionel adfærdsforstyrrelse* (3:368), men denne diagnose stilles kun indtil omkring 5-års alderen. På baggrund af overensstemmelsen med oppositionel adfærdsforstyrrelse, kan man påpege, at Sebastian udviser tegn på en mild form for adfærdsforstyrrelse. Det kunne dermed tyde på, at Sebastian har en mild form for adfærdsforstyrrelse, hvilket i en behandlingssammenhæng må menes at være en hjælpende omstændighed.

Til behandling af adfærdsforstyrrelse vil det, i Sebastians tilfælde, være hensigtsmæssigt at anvende psykoedukation, adfærdstræning med fokus på belønning og time-out, familiebaseret kommunikation samt problemløsningstræning og danne et samarbejde mellem skolen og hjemmet, for at håndtere problematikkerne.

Ved at være opmærksom på, samt evt. behandle en mulig adfærdsforstyrrelse hos Sebastian, kan man måske modvirke, at hans adfærd forværres, og at en reel adfærdsforstyrrelse udvikles.

### **6.1 Sebastians læsevanskeligheder**

Sebastians læsevanskeligheder kan skyldes en sammenhæng med mild intellectual disability (ID), da der ofte ses en sammenhæng her (3:269&272). Det kan også skyldes specifikke læringsinkompetencer, sprogforsinkelser eller være forårsaget af et hovedtraume (3:289). Umiddelbart er det ikke tegn på et *hovedtraume*, men faren omtaler *sprogforstyrrelser* hos Sebastian, så måske er der en sammenhæng med Sebastians læsevanskeligheder her. Med hensyn til specifik læringsinkompetence, så er det muligt at Sebastian har en specifik *læseinkompetence*. Det kan bestemmes om Sebastian har en specifik læseinkompetence, ved at lave en nærmere assessment (3:277).

### **6.2 Assessment omhandlende specifik læseinkompetence**

For at bestemme om Sebastians læsevanskeligheder skyldes en specifik læseinkompetence, så er det vigtigt at der bliver dannet et *tæt forbindelse* mellem hans forældre, lærere og jeg (psykologen) (3:298). Der skal foretages *interviews* med forældrene og lærerne, *tidlige opgaveresultater* skal undersøges, der *screenes* for visuelle eller høre forstyrrelser og der bør udføres *adfærds tjeklister* (f.eks. ASEBA og SDQ) for at være sikker på at der ikke også kan være tale om andre lidelser f.eks. adfærdsforstyrrelse. De forskellige test anvendes naturligvis for at undersøge Sebastian nærmere, men også for at skabe en god *arbejdsalliance* (3:316).

For nærmere at bestemme om Sebastian har en specifik læseinkompetence, så skal Sebastians *læsevner testes* nærmere (f.eks. med WIAT-II eller WRAT-3) og hans *IQ* skal bestemmes (f.eks. med WISC-IV eller BAS-II) (3:298). Hvis Sebastians resultater i læsetesten falder 1,5 sanddartaftagelser fra hans intelligens test, så er det muligt, at han har specifik læseinkompetence.

Ved at teste Sebastian i f.eks. verbal forståelse, arbejdshukommelse og bearbejdnings hastighed kan man yderligere finde ud af hvilke specifikke områder af læsningen, som han har problemer med (ibid.).

### 6.3 Interventioner med henblik på at fremme Sebastians læsevner

Det er vigtigt, når der udarbejdes et læseprogram til Sebastian, at det er meget *struktureret* anlagt og at materialet der anvendes har en stigende sværhedsgrad. Derudover skal materialet præsenteres i *sekvenser* og der skal forekomme en *akkumulerende* tilegnelse af læse og stave evner hos Sebastian (3:300).

Et muligt program til behandling af Sebastians læsevanskeligheder, kan indeholde følgende (3:300-302):

1. *Læsning i par*: Dette omhandler at Sebastian og hans forældre skal sidde sammen med ham, hvor de begge læser højt fra den samme tekst, indtil han kan læse selvstændigt. Når Sebastian når til et ord han ikke kan læse eller ikke kender, venter forældrene ikke mere end fem sek. til de fortæller ham hvordan ordet udtales. Når Sebastian er klar til at læse alene prikker han sin mor eller far på armen, så de kan holde op med at læse samtidig. Denne læsetræning skal forekomme 10-15 min hver dag.
2. *Mundtlig stavning*: Denne øvelse går ud på, at Sebastian skal bruge både visuelle, auditive og kinæstetiske fremgangsmåder. Det foregår på den måde, at Sebastian bliver givet et ord, f.eks. skrevet med plasticbogstaver. Dette ord skal så kopieres samtidig med, at Sebastian udtaler hvert bogstav. Efter hver gennemgang skal han tjekke, bogstav for bogstav, hvad det er han har skrevet i forhold til det oprindelig ord. Når Sebastian har stavet ordet rigtigt tre gange i træk, så dækkes det, og han skal skrive det fra hukommelsen. Dette skal øves 10 min om dagen, og gruppen af ord der skal læses, må ikke være på mere end fem. Derudover skal grupperne med ord gentages for tre dage, hvorefter Sebastian formentlig har lært ordene.
3. *Læsevaner*: Hvis Sebastians læsevanskeligheder viser sig ikke at være så omfattende, kan de måske afhjælpes ved at lære ham gode læsevaner. Dette vil omfatte, at han lærer at planlægge sin tid på en ordentlig måde, så han har tid til at læse og øve sig. Derudover handler det om at læse aktivt, hvor Sebastian gennemgår en række metoder til læsning af et afsnit. Til sidst skal han så tegne et kognitivt kort over det læste, og studere dette efterfølgende.

Til Sebastians forældre kan der gives følgende instruktioner (3:296):

1. *Vær realistisk overfor Sebastian:* Det er vigtigt at de er realistiske, og ikke fortæller Sebastian, at der er noget galt. Sebastians læsevanskeligheder er ikke kommet af dovenskab, ulydighed eller sygdom, men fordi han har specifikke læringsproblemer.
2. *Vær realistisk overfor jer selv:* De må ikke tro at Sebastians læsevanskeligheder skyldes dem selv, eller fordi de har behandlet ham på en forkert og de må ikke blive frustrerede over en manglende fremgang.
3. *Vær positiv:* De skal tage en positiv holdning overfor Sebastian, lade ham vide at de er sammen om problemerne og at de tror på at han kan klare det.

De ovenstående retningslinjer og fremgangsmåder kan formentlig hjælpe Sebastian til, i samarbejde med sine forældre, at afhjælpe hans læsevanskeligheder.



# Litteraturliste

- 1: Hougaard, E., Diderichsen B. og Nielsen, T. (1998). *Psykoterapiens hovedtraditioner, En indføring i psykoanalytisk, oplevelsesorienteret, kognitiv, systemorienteret og integrativ teori*. Psykologisk Forlag.
- 2: Nolen-Hoeksema, S. (2006/2008). *Abnormal psychology*, Fourth Edition. Mc Graw Hill.
- 3: Carr, A. (2006). *The handbook of child and adolescent Clinical Psychology: A contextual approach* (Second Edition). London: Routledge
- 4: Elsass, P. & Lauritsen, P. (2006). *Humanistisk sundhedsforskning*. Hans Reitzels Forlag.
- 5: Elsass, P. (2003). *Håndbog i kulturpsykologi*. Gyldendal.