

**Terapeuters erfarenheter av KBT
för personer med
lindrig eller medelsvår
intellektuell funktionsnedsättning**

en kvalitativ intervjustudie

Ewa Rolén



**Karolinska
Institutet**

Karolinska Institutet
Institutionen för klinisk neurovetenskap
Sektionen för psykiatri
Psyko­terapeut­programmet, 2016
Handledare: Eva Magoulias

Abstract

Forskning tyder på att det är möjligt att bedriva KBT med personer med intellektuell funktionsnedsättning (IF) och man vet sedan länge att denna målgrupp löper en hög risk för utveckling av psykisk ohälsa. Syftet med föreliggande examensarbete är att belysa åtta svenska terapeuters kliniska erfarenhet av att använda KBT-interventioner för vuxna personer med lindrig- eller medelsvår IF. Via halvstrukturerade intervjuer utforskas hur arbetet bedrivs, vilka interventioner som väljs och vilka utmaningar som terapeuterna ställs inför. Kvalitativ innehållsanalys har använts för granskning och tolkning av intervjumaterial och de åtta respondenterna är psykologer och kuratorer med erfarenhet av att arbeta med KBT för gällande målgrupp. Resultatet redovisas utifrån åtta funna kategorier. Trots vissa meningsskiljaktigheter angående valet av antingen beteendeorienterade, alternativt kognitiva interventioner, är respondenterna eniga att KBT kan vara ett gott behandlingsalternativ för denna målgrupp. KBT-terapeuter ställs inför stora utmaningar då traditionella interventioner ska modifieras till lämpligt anpassad kognitiv nivå. Det ställer krav på terapeutens förmåga att både vara strukturerad och tydlig, men också pedagogisk, flexibel och med god förmåga att förstå patientens personliga sätt att visa motstånd. Hemuppgifter och målformulering beskrivs som utmanande interventioner för terapeuterna. Manualiserad KBT ifrågasätts då det ännu inte finns några anpassade manualer att tillgå. KBT-terapeuten har möjlighet att arbeta både med patient och dennes nätverk. Ett gott samarbete med systemet kan vara en förutsättning för gott behandlingsresultat. Resultatet tyder på att KBT är ett möjligt behandlingsalternativ för vuxna personer med lindrig- eller medelsvår IF, såvida KBT- interventionerna anpassas och modifieras.

Keywords:

CBT, behavioral psychotherapy, cognitive psychotherapy, intellectual disabilities, learning disabilities, mental retardation, developmental disorder

Abstract

Research suggests that it is possible to conduct CBT with people with intellectual disabilities and it has long been known that people with ID are vulnerable to a full range of psychiatric disorders. The purpose of this paper is to highlight eight Swedish therapist's clinical experiences using CBT interventions for adults with mild or moderate ID. Through semi-structured interviews it is explored how the work is conducted, which interventions are selected and the challenges that therapists are facing. Qualitative content analysis was used for the examination of interview data from the eight respondents, psychologists and social workers, with experience in working with CBT for adult people with ID. The result is presented in eight discovered categories. Despite some disagreement on choice of either cognitive or behavioral interventions, the respondents agree that CBT can be a good option for treatment. CBT therapists face major challenges when traditional interventions are modified to a suitable, adapted cognitive level. It requires the therapist to be both structured and clear, but also flexible and with a good ability to understand the patient's personal way of showing resistance. Homework and goal-setting are described as challenging interventions and manualised CBT is questioned when customized manuals are not yet available. CBT therapist is able to work both with patients and their network. A good cooperation with the system may be a prerequisite for successful treatment. The results suggest that CBT is a viable treatment option for adults with mild or moderate ID, unless CBT- interventions is adapted and modified.

Keywords:

CBT, behavioral psychotherapy, cognitive psychotherapy, intellectual disabilities, learning disabilities, mental retardation, developmental disorder.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

sid

1.	Inledning	1
1.1	Psykisk ohälsa hos personer med intellektuell funktionsnedsättning	1
1.2	Psykoterapimottagningen Linden	2
2.	Bakgrund	3
2.1	Psykoterapi för personer med intellektuell funktionsnedsättning	3
2.2	KBT för personer med intellektuell funktionsnedsättning	4
2.3	Diagnoskriterier	7
3.	Syfte	9
3.1	Frågeställningar	9
4.	Metod	9
4.1	Design	9
4.2	Urval	10
4.3	Deltagare	10
4.4	Datainsamlingsmetod	11
4.5	Tillvägagångssätt	11
4.6	Sökurval	12
4.7	Databearbetning	13
4.8	Etiska överväganden	13
5.	Resultat	14
5.1	Kategorier	15
5.1.2	KBT	15
5.1.3	Anpassningar	16
5.1.4	Bemötande	18
5.1.5	Utmaningar i terapirummet	19

5.1.6	Praktiska hinder	21
5.1.7	Negativa föreställningar	21
5.1.8	Samverkan	22
5.1.9	Normalisering	23
6.	Diskussion	23
6.1	Metoddiskussion	23
6.2	Resultatdiskussion	25
6.3	Slutsats och vidare forskning	29

Referenser

Bilaga 1	Informationsbrev om studien
Bilaga 2	Samtyckesblankett
Bilaga 3	Intervjuguide

1. Inledning

1.1 Psykisk ohälsa hos personer med intellektuell funktionsnedsättning

Historiskt sett har personer med intellektuell funktionsnedsättning (IF) förpassats till samhällets utkanter och farit illa genom århundraden (Cowan & Gentile, 2012). Lyckligtvis har samhällets syn på IF förändrats, men för inte så länge sedan trodde man att personer med IF inte led av psykisk ohälsa, utan att dessa symtom var tecken på den intellektuella begränsningen (Jackson & Gentile, 2012). Personer med IF lider av psykisk ohälsa i samma utsträckning som övrig befolkning, om inte i ännu högre grad (Smiley et al., 2008) och forskning har visat att cirka 30 procent har ett psykiskt lidande (Reiss, 2011). Cooper, Smiley, Morrisson, Williamson och Allan (2007a) fann i sin studie att upp till så mycket som 40,9 procent av personer med IF har psykisk ohälsa och dessa siffror antas bero på genetisk sårbarhet, samt ogynnsamma livsvillkor som isolering och stigmatisering. Många lever ett begränsat socialt liv med få vänner som de själva har valt och denna ojämlikhet kan leda till ett utanförskap (Umb-Carlsson, 2008). Långvarig stress påverkar våra hjärnfunktioner och personer med IF löper större risk att utveckla psykisk ohälsa på grund av ökad sårbarhet vid livsförändringar (Cooper et al., 2007a). Studier visar att det mest utvecklade området i den mänskliga hjärnan, prefrontala cortex, tar skada vid långvarig stress, vilket leder till försämrade exekutiva funktioner (Arnsten, 2009). Personer med IF kan ha svårare att förhålla sig till psykisk smärta på grund av kognitiva begränsningar och detta leder till en dubbel stressbelastning (Hemmig, 2013). Att ha svårt att förstå det andra förstår, att inte kunna det andra kan och att vara beroende av andras hjälp är negativt för utvecklingen av god självkänsla (Bjernevall Nygren, Dahlin, Hagström Wahlberg & Lycknert, 2011).

Depression är vanligt förekommande hos personer med IF och prevalensen för djup depression är 4,1 procent, vilket är jämförbart med övrig population (Cooper et al., 2007a). Individer med IF har visat sig löpa större risk för utveckling av ångestproblematik än övrig

population (Masi, Brovedani, Mucci & Favilla, 2002) och forskning tyder på att personer med IF verkar ha 3-5 gånger så hög risk för utveckling av schizofreni än övrig befolkning (Cooper et al., 2007b). Sexuella övergrepp och andra traumatiska livshändelser är dessutom vanligt förekommande hos personer med IF och kan leda till PTSD (Wigham & Emerson, 2015).

1.2 Psykoterapimottagningen Linden

Psykoterapimottagningen Linden är en länsövergripande verksamhet inom Habilitering & Hälsa, Stockholms läns landsting, där författaren till denna uppsats har arbetat sedan 2005. Mottagningen har funnits sedan 1995 och är hittills den enda psykoterapiverksamhet i Norden som endast vänder sig till personer med funktionsnedsättningar mellan 18 - 65 år och som omfattas av LSS-lagen (Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade). Mottagningen har ännu inte fått kännedom om någon motsvarighet i världen, vilket gör Linden till en unik verksamhet. Mottagningen erbjuder psykoterapi för personer med lindrig- eller medelsvår IF, med eller utan autism, och utgör cirka 80 procent av dem som söker till mottagningen. Mottagningen tar även emot personer med omfattande rörelsehinder med kommunikationssvårigheter, samt personer som efter en förvärvad hjärnskada i vuxen ålder fått en bestående begåvningsnedsättning. Mottagningen erbjuder kortare och längre psykoterapier anpassade utifrån personens specifika behov. Fyra psykoterapeuter arbetar vid mottagningen och erbjuder Psykodynamisk psykoterapi (PDT), Kognitiv beteendeterapi (KBT), samt Dans-och rörelseterapi.

Linden ser ett stort värde i samverkan och metodutveckling och har sedan 2011 årligen tagit emot studerande vid Karolinska Institutets Psykoterapeutprogram med inriktning KBT. Mottagningen bedriver för närvarande ett projekt i syfte att utveckla KBT för mottagningens målgrupper och detta examensarbete är ett led i denna strävan.

2. Bakgrund

2.1 Psykoterapi för personer med intellektuell funktionsnedsättning

Trots att personer med IF har en ökad sårbarhet för utveckling av psykisk ohälsa ansågs det länge att dessa personer inte kunde tillgodogöra sig psykoterapi (Jackson & Gentile, 2012). Under 60-talet var det dock många psykologer som började intressera sig för personer med IF och klinisk erfarenhet visade att denna målgrupp mycket väl hade kapaciteten att tillgodogöra sig psykoterapi (Reiss, 2011). Beteendeanalytiker blev intresserade av beteenden som aggressioner, självskador och vredesutbrott och började utforska möjligheten att arbeta med anpassad beteendeanalys för personer med IF. Däremot var de mindre intresserade av problem som ångest och depression. På 70-talet försökte psykiatriker i USA bredda det kliniska intresset för personer med IF och spred kunskapen genom fyra olika teman (Reiss, 2011):

1. Personer med IF har sårbarhet för att utveckla psykisk ohälsa.
2. Personer med både IF och en psykiatrisk diagnos är underdiagnostiserade.
3. Professionella behöver utbildning för att kunna arbeta med denna patientgrupp.
4. Mer forskning behövs för att kunna möta personer med IF och ge dem rätt vård.

Till en början var det många som starkt ifrågasatte dessa påståenden, men professionella svarade upp mot denna kritik och påstod att personer med IF ofta varit utsatta för stressfyllda traumatiska livshändelser som kunde orsaka ett starkt psykiskt lidande (Reiss, 2011) och att psykoterapi i själva verket kunde vara ett bra behandlingsval (Jackson & Gentile, 2012). I Sverige i slutet av 1970-talet ökade intresset alltmer att bedriva psykoterapi för personer med IF och många psykologer märkte att personer med IF mycket väl kunde tillgodogöra sig psykoterapi.

Personer med IF har nedsatta exekutiva funktioner och psykoterapeuter som idag arbetar med målgruppen vet att det behövs en dubbel kompetens. Förutom psykoterapeutvariabler

som bland annat flexibilitet, nyfikenhet och engagemang, behövs även goda kunskaper om funktionsnedsättningens olika konsekvenser (Bjernevall Nygren et al., 2011). Det verkar som om erfarenhet av att arbeta med målgruppen leder till bättre förutsättningar för att skapa en god psykoterapeutisk relation (Jones, 2014).

2.2 KBT för personer med intellektuell funktionsnedsättning.

Även om evidensen fortfarande är bristfällig för KBT för personer med IF så har det under de senaste decennierna producerats flera randomiserade kontrollerade studier (RCT) och ett par meta-analyser i ämnet och forskningsartiklar skrivs kontinuerligt. På senare tid har forskningen alltmer övergått från frågeställningar om KBT är möjligt, till att istället handla om hur KBT bör bedrivas och till vilka psykiatriska diagnoser. I en meta-analys (Vereenooghe & Langdon, 2013) ville författarna undersöka nyttan av psykoterapi för personer med IF. Av 143 studier kunde 14 ingå i metaanalysen. Flera studier brast i sin beskrivning av vilken nivå av IF deltagarna hade, vilket gjorde det svårt att jämföra studierna och det efterlystes bättre mätmetoder och större studier. Dock visade det sig att KBT verkar vara effektivt för både depression och ilska (Vereenooghe & Langdon, 2013).

I en RCT- studie randomiserades 14 personer med IF, som samtidigt hade en aggressionsproblematik, till att ingå i antingen en behandlingsgrupp, eller Treatment as Usual (TAU) (Willner, Jones, Tams & Green, 2002). Behandlingsgruppen fick nio tvåtimmars gruppbehandlingar där bland annat teman som triggers av ilska, dess fysiologiska- och beteendemässiga komponenter och copingstrategier ingick. Resultatet förbättrades i behandlingsgruppen både i självskattning för patient och personal jämfört med TAU. Effektstorleken inom gruppen var måttlig 0,68, medan mellan grupperna var förbättringen stor 1,76. Graden av förbättring var starkt ihopkopplad med den verbala intelligenskvoten och effekten höll i sig efter tre månaders uppföljning (Willner et al., 2002).

Ett problem är att alternativa psykologiska behandlingsmetoder är en bristvara för denna målgrupp. Manualer och utvärderingsinstrument som finns inom KBT är sällan anpassade för personer med IF. Dock märks ett intresse bland forskare att arbeta fram lämpligt anpassade utvärderingar och mätmetoder. Unwin, Tsimopoulou, Stenfert Kroese och Azmi (2016) förespråkar att skapa utvärderingsinstrument som är personligt kopplade till enskild patients specifika livssituation.

Taylor, Novaco, Gillmer, Robertson och Thorne (2005) använde i sin RCT- studie en speciellt framtagen behandlingsmanual anpassad för personer med IF. Ett fyrtiotal patienter i fängelse med lindrig- eller medelsvår IF och med allvarliga aggressionsbeteenden delades in i en KBT-grupp och en väntelista-grupp. KBT-gruppen fick 18 individuella sessioner inriktade på aggressionsbeteendet och resultatet utvärderades med hjälp av självskattningar för både de interna och för personalen på fängelset. KBT-gruppens resultat var bättre jämfört med kontrollgruppen och författarna drar slutsatser att fängslade män med lindrig-medelsvår IF och med ett aggressivt beteende kan dra nytta av en intensiv individuell KBT- period och att behandlingen även verkar ha gynnsamma effekter på systemet (Taylor et al., 2005).

KBT är en verbal terapiform vilket gjort att kritiker bedömt att KBT inte är lämpligt på grund av målgruppens bristande kognition (Sams, Collins & Reynolds, 2006). Andra forskare har i istället sett att personer med IF värdesätter förtroliga samtal med sin terapeut och att ett kollaborativt förhållningssätt ökar personens förmåga att bli mer aktiv och deltagande i samtalet (Jahoda et al., 2009). Allt fler studier påvisar att trots nedsättningar i kognitiv förmåga kan personer med IF ha god nytta av KBT, men att det krävs ett strukturerat och anpassat arbetssätt som förenklar de begrepp som används (Sams et al., 2006). Många forskare förespråkar att till exempel rollspel, visuellt stöd och andra anpassade interventioner underlättar behandlingen (Hassiotis et al., 2013). Ett exempel på detta är en annan RCT- studie där Bruce, Collins, Langdon, Powlitch och Reynolds (2010) undersökte om personer med IF

kunde lära sig de färdigheter som krävs för KBT genom en förberedande utbildning, framförallt förmågan att skilja mellan tankar, känslor och beteende. Författarna använde bland annat bildstöd så som streckgubbar med tanke- och känslobubblor. Resultatet visade att denna förberedelse ledde till betydande förbättringar i patienternas förmåga att förstå tankar kopplade till känslor. Dessutom kunde denna färdighet generaliseras till andra situationer. Även Dagnan, Chadwick och Proudlove (2000) drar slutsatsen att personer med lindrig IF kan behöva vissa förkunskaper för att kunna tillgodogöra sig KBT.

Beteendeterapeutiska interventioner kräver mindre verbalt fokus och Jahoda et al. (2015) har i en studie använt en anpassad manual för beteendeaktivering för personer med IF. Tjugotre vuxna personer med IF med depressiva symtom fick 10-12 sessioner KBT där samarbete med personens nätverk var av stor betydelse. Resultatet visade en signifikant minskning av depressiva symtom som höll i sig vid uppföljningen (Jahoda et al., 2015). Då personer med IF löper stor risk att drabbas av depression är det viktigt att tidigt identifiera de personer som är i riskzonen och där kan personal vara behjälpliga att se tidiga tecken på nedstämdhet. Syftet med en studie (McGillivray, McCabe & Kershaw, 2008) var att utvärdera effekten av en KBT-utbildning för personal som möter personer med lindrig IF med depressionssymtom. 13 anställda genomgick utbildningen för att kunna hjälpa sammanlagt 47 personer med lindrig IF. Resultatet visade att depressionssymtomen minskade och de automatiska tankarna blev färre än innan personalen genomgick utbildningen och resultatet höll i sig vid uppföljning 3 månader senare (McGillivray, McCabe & Kershaw, 2008).

Inom KBT växer ett allt större intresse för tredje vågens KBT. Författarna Idusohan-Moizer, Sawicka, Dendle och Albany (2015) utvärderade gruppbehandling med mindfulnessbaserad kognitiv terapi (MBKT) anpassad för vuxna personer med IF där deltagarna hade återkommande depression och/eller ångestproblematik, samt självskadebeteende. Det har visat sig att personer med IF som uppvisar ångest och depression

ofta haft återkommande erfarenheter av förluster och trauman, vilket kan resultera i hopplöshet, självförakt och låg tilltro till den egna förmågan. 15 deltagare med lindrig - medelsvår IF, samt 7 medföljare närvarade under 9 veckors gruppbehandling i MBKT med uppföljningssession 6 veckor senare. Resultatet visade en förbättring av skattad ångest och depression, inklusive self-compassion och compassion för andra. Vid uppföljningen 6 veckor senare hade alla resultat hållit i sig. Författarna drar slutsatsen att personer med IF verkar kunna dra nytta av MBKT och att behandlingen kan förbättra det psykiska välbefinnandet (Idusohan-Moizer et al., 2015).

I en aktuell RCT - studie (Vereenooghe, Gega, Reynolds & Langdon, 2016) användes en datoriserad utbildning i syfte att förbättra förmågan hos personer med IF att urskilja tankar, känslor och beteenden och att kunna koppla situation med tankar och känslor. 55 personer med lindrig- eller medelsvår IF ingick i studien där personerna slumpmässigt delades in i en datorgrupp och en kontrollgrupp. Resultatet visar att en datoriserad utbildning kan förbättra förmågan att förstå och utöva KBT och att identifiera samband mellan beteenden och känslor (Vereenooghe et al., 2016).

2.3 Diagnoskriterier

Gällande diagnos har bytt namn från att i DSM-IV benämnas mental retardation till att i DSM-5 benämnas intellektuell funktionsnedsättning (psykisk utvecklingsstörning). I ICD-10 beskrivs diagnosen under namnet psykisk utvecklingsstörning.

Enligt DSM-5 måste följande tre kriterier vara uppfyllda:

- A. Brister i intellektuella funktioner så som till exempel; problemlösning, abstrakt tänkande, planering, slutledningsförmåga, studieförmåga och att lära av erfarenheter.
- B. Brister i den adaptiva funktionsförmågan som leder till att personen inte kan nå upp till den socialkulturellt och utvecklingsmässigt förväntade nivån av både personligt

oberoende och socialt ansvarstagande. Bristerna begränsar bland annat personens fungerande såsom kommunikation, självständighet och social delaktighet inom flertalet livsområden.

C. Bristerna ovan visar sig under utvecklingsperioden.

IF delas in i fyra svårhetsgraderingar; lindrig, medelsvår, svår och mycket svår. Här nedan kommer de aktuella svårhetsgraderna för detta examensarbete att presenteras.

Lindrig IF hos vuxna:

Hos vuxna finns funktionsnedsättningen i form av brister i abstrakt tänkande, nedsatt korttidsminne och nedsatt exekutiv förmåga så som; strategiutveckling, planering, kognitiv flexibilitet och prioritering. Läsning och hantering av pengar är även svårt. Det kan finnas svårigheter att uppfatta sociala signaler. Sättet att kommunicera och konversera är mer konkret och omoget och det finns en risk att bli manipulerad av andra på grund av godtrogenhet. Det behövs stöd i att sköta ett hushåll, sköta räkningar och hantera pengar (DSM-5, 2014).

Medelsvår IF hos vuxna:

Inlärningsförmågan ligger vanligen på en elementär nivå. Kontinuerligt dagligt stöd behövs för att klara av förståelsebaserade, vardagliga uppgifter i arbete och privatliv. Det kan bli svårigheter att tolka och uppfatta sociala signaler och det sociala omdömet och beslutsförmågan har tydliga begränsningar vilket gör att personen är beroende av stödpersoner för att få livet att fungera (DSM-5, 2014).

3. Syfte

Syftet med examensarbetet är att beskriva och belysa åtta terapeuters kliniska erfarenheter av att använda KBT-interventioner för vuxna personer med lindrig- eller medelsvår IF.

3.1 Frågeställningar

1. Vilka KBT interventioner använder terapeuterna?
2. Vilka patientvariabler underlättar/försvårar behandlingen?
3. Vilka terapeutvariabler underlättar/försvårar behandlingen?
4. Anpassas KBT- interventionerna i mötet med patienterna och i så fall, på vilket sätt?
5. Svårigheter, hinder och möjligheter?

4. Metod

4.1 Design

Valet av forskningsmetod beror på de frågor som forskaren vill ha svar på. När det gäller frågor som rör människors upplevelser och deras syn på verkligheten lämpar sig den kvalitativa metoden då man är intresserad av att förklara, beskriva och tolka subjektiva erfarenheter, samt att fånga in nyanser (Ahrne & Svensson, 2011). Styrkan i kvalitativa studier är att man kan beskriva människans känslor och upplevelser (Kvale & Brinkmann, 2014), vilket var av stor betydelse i denna intervjustudie. Utifrån examensarbetets syfte och frågeställningar valdes därför ett kvalitativt tillvägagångssätt. Metoden kvalitativ innehållsanalys användes för granskning och tolkning av intervjumaterial och den metodologiska ansatsen var induktiv, vilket innebär att man analyserar insamlat material förutsättningslöst och drar slutsatser (Lundman & Hällgren Granheim, 2008).

4.2 Urval

I kvalitativa studier ingår oftast betydligt färre antal respondenter, men i gengäld görs en desto djupare undersökning för att fånga unika aspekter (Kvale & Brinkman, 2014). Utifrån detta perspektiv togs beslut att intervjua 8-10 respondenter utifrån ett tillgänglighetsurval (Langemar, 2008) och utifrån arbetets tidsram. Det bestämdes att begreppet respondenter inkluderade psykologer och socionomer inom habiliteringsverksamheter i Sverige, som hade erfarenhet av att möta vuxna (18 år och uppåt) med lindrig- eller medelsvår IF. Respondenterna skulle dessutom ha erfarenhet av att använda KBT- interventioner för den aktuella målgruppen.

4.3 Deltagare

Åtta respondenter intervjuades, sju psykologer och en socionom. Fem hade grundläggande psykoterapiutbildning inom KBT och tre inom PDT. Av alla åtta respondenter hade sex läst vid ett psykoterapeutprogram (5 KBT, 1 PDT). Av dessa sex respondenter var tre legitimerade psykoterapeuter (2 KBT, 1 PDT). Övriga tre var ännu inte färdiga med sitt examensarbete inom KBT.

En av respondenterna var PDT- utbildad både inom grundläggande- och legitimationsgrundad utbildning, men med kunskap inom KBT genom kurser och seminarier. Fyra respondenter arbetade inom vuxenhabiliteringen, varav tre i Stockholmsområdet och en i en mindre svensk stad. En person arbetade inom privat verksamhet i en mindre svensk stad med tidigare lång erfarenhet av att arbeta inom habilitering. Två respondenter arbetade inom öppenpsykiatri i Stockholmsområdet, med tidigare erfarenhet av målgruppen. En respondent arbetade inom barnpsykiatri med tidigare erfarenhet av målgruppen. Fem respondenter hade lång till mycket lång erfarenhet av att möta personer med IF i psykoterapi. Fyra respondenter arbetade dagligen med målgruppen då intervjuerna genomfördes. Fem respondenter

handplockades (Langemar, 2008) och tre av dessa hade begränsad erfarenhet av att möta målgruppen, men lång erfarenhet av KBT. De övriga två hade lång erfarenhet av både målgrupp och KBT. Sju av åtta respondenterna var kvinnor.

4.4 Datainsamlingsmetod

Dataunderlaget till denna studie var genom kvalitativa halvstrukturerade intervjuer (Kvale & Brinkmann, 2014). Tillvägagångssättet vid kvalitativa intervjuer bör genomsyras av ett neutralt, jämlikt och empatiskt förhållningssätt där lyssnandet står i fokus (Langemar, 2008). Med anledning av detta gjordes en provintervju i syfte att dels undersöka om den framtagna intervjuguidens (bilaga 1) teman var relevanta till studiens syfte och frågeställningar, dels att få feedback på hur respondenten upplevt genomförandet av intervjun och om det fanns önskemål om förändringar i intervjuteknik. Då respondenten inte hade några önskemål om förändringar inkluderades denna intervju i studien då det var värdefullt att få med så många respondenter som möjligt. När intervjutillfället närmade sig skickades ett mail till aktuell respondent med information om studiens syfte och frågeställningar, samt med bifogad intervjuguide. Vid intervjutillfället fick respondenten läsa och godkänna informationen i en samtyckesblankett där de etiska riktlinjerna tydligt beskrevs (bilaga 2). Intervjumaterialet kommer att förvaras inlåst och/eller i säker datadomän och kommer raderas efter att examensarbetet är helt avslutat.

4.5 Tillvägagångssätt

Förförståelse förelåg att det kunde bli svårt att hitta intervjupersoner som matchade studiens syfte, vilket gjorde att författaren tidigt i examensprocessen började söka efter respondenter. Inledningsvis skickades ett brev ut via mail till cirka 25 kuratorer och 25 psykologer inom vuxenhabiliteringen, Stockholms Läns Landsting (bilaga 3). Samma mail

skickades även ut till cirka 150 medlemmar i föreningen POMS (Psykologer inom omsorgsverksamheter i Sverige). Av dessa cirka 200 personer svarade fem. Tre av dessa matchade studiens tilltänkta respondenter och två personer arbetade med andra målgrupper och matchade därför inte tilltänkta respondenter. Efter denna fas fick författaren tips om ytterligare fyra personer som kontaktades via mail. Inledningsvis svarade två av dessa fyra personer att de var intresserade, men svarade i ett senare skede inte på vidare mailkontakt. I detta läge fanns tre respondenter och ytterligare minst fem behövdes för att få tillräckligt stort urval. I detta skede beslöts därför att handplocka personer. En person kände författaren sedan tidigare i egenskap som anställd inom habiliteringen och fyra personer kände författaren direkt eller indirekt genom sin egenskap som student. Sju intervjuer genomfördes på respondenternas arbetsplatser och en intervju genomfördes i respondentens hem. Intervjuernas längd varierande mellan 32-60 minuter. Intervjuerna spelades in med hjälp av MP3- spelare. Alla respondenter fick möjlighet att ta del av intervjumaterialet och två bad om att få läsa sina intervjuer. En av respondenterna önskade att ingen annan än intervjuaren tog del av den transkriberade texten i sin helhet och att få möjlighet att läsa och godkänna de eventuella citat som skulle användas i resultatdelen, vilket också respekterades.

4.6 Sökurval

Forskningsartiklar söktes vid Karolinska Institutets universitetsbiblioteks databaser; PsychInfo, PubMed, Cochrane Library, dessutom gjordes sökningar via Google Scholar. Sökord som användes: CBT, behavioral psychotherapy, cognitive psychotherapy, intellectual disabilities, learning disabilities, mental retardation, developmental disorder.

4.7 Databearbetning

Då kvalitativ innehållsanalys används för att granska och tolka texter såsom bandade intervjuer och utskrifter ansågs denna analysmetod bäst lämpad (Lundman & Hällgren Graneheim, 2008). Varje intervju transkriberades genom att ordagrant skrivs ned på dator vilket resulterade i 86 A-4 sidor. Dessa skrevs ut i pappersform och lästes igenom upprepade gånger för att få en känsla av textmassans innehåll. Efter detta plockades meningsbärande enheter ut, vilka är meningar med omgivande text som innehåller relevant information. Dessa meningsbärande enheter sammanfattades till kondenserade enheter i syfte att korta ned texten. De kondenserade enheterna kodades. En kod är en kondenserad meningsenhet som abstraheras och som kortfattat beskriver innehållet (Lundman & Hällgren Graneheim, 2008). Nästa steg var att leta efter kategorier som utgör koder med liknande innehåll. *”Inga data ska falla mellan två kategorier eller passa in i två eller flera kategorier. Detta betyder att inga data som svarar på syftet får uteslutas för att det saknas en lämplig kategori”* (Lundman & Hällgren Graneheim, 2008 s. 163). Avslutningsvis skapades teman. Ett tema kan definieras som ”den röda tråden” som sammanbinder det underliggande innehållet i ett antal kategorier (Lundman & Hällgren Graneheim, 2008).

4.8 Etiska överväganden

Vetenskapsrådet (2011) utarbetar etiska riktlinjer inom psykologisk forskning i Sverige. En viktig aspekt av forskningsetik rör hur de personer som medverkar i forskningen behandlas och hur de i så stor utsträckning som möjligt ska skyddas från skador eller kränkningar (Vetenskapsrådet, 2011). Individskyddskravet innefattar fyra huvudkrav; information, samtycke, konfidentialitet och nyttjande (Langemar, 2008). Deltagandet har skett frivilligt och respondenterna har fått skriftligt och muntlig information om studiens syfte och tillvägagångssätt (bilaga 1). I informationen har det framgått att medverkan kan avbrytas när

somhelst (bilaga 2). Materialet har behandlats konfidentiellt, vilket har inneburit att respondenterna har anonymiserats för att inte kunna identifieras i texten. Dock finns det ett begränsat antal behandlare i Stockholmsområdet med dess omnejd som arbetar med aktuell målgrupp och KBT- interventioner. Habiliteringsvärlden är relativt liten, vilket kan leda till att full anonymitet inte kan utlovas. Dock har författaren gjort sitt yttersta för att respondenterna inte ska kunna identifieras. Nyttjandekravet innebär att materialet inte kommer att användas i andra sammanhang än denna studie och att allt material kommer att förstöras efter att uppsatsen är färdigskriven och godkänd (Langemar, 2008). Vetenskapsrådets forskningsetiska principer har noggrant följts under hela processen (www.codex.vr.se).

5. Resultat

Utifrån studiens syfte och frågeställningar och dess analys av intervjuer har följande tre teman och åtta kategorier identifierats (tabell 1). Resultatet kommer att redovisas utifrån dessa funna kategorier.

Tabell 1.

TEMA	KATEGORIER
INTERVENTIONER	KBT Anpassningar Bemötande
FÖRSVÅRANDE FAKTORER	Utmaningar i terapirummet Praktiska hinder Negativa föreställningar
MÖJLIGHETER/UTVECKLING	Samverkan Normalisering

5.1 Kategorier

5.1.2 KBT

Tre av respondenterna använde främst inlärningsteoretiska interventioner. En respondent använde endast kognitiva interventioner och de övriga blandade inlärningsteoretiska och kognitiva interventioner. De flesta respondenter tyckte att de flesta KBT-interventioner var användbara, om de anpassades. Två respondenter uttryckte dock en viss skepsis vad gällde kognitiva interventioner där tankar och känslor kan bli för abstrakta för personer med IF.

Respondenternas citat identifieras med siffra (0).

... sen måste man ju så klart kunna prata om känslor på olika sätt, men jag tror... att tillskriva sina känslor som man inte riktigt kan veta om det hänger ihop med det eller inte, det blir liksom extra svårt för den här gruppen... (6)

Andra respondenter tyckte i stället att tankar och känslor har stor betydelse för personer med IF och att detta var viktiga inslag i terapin.

... att man tänker att de liksom är, bara för att man inte har ett abstrakt språk så betyder det inte att man inte kan identifiera, alltså att man inte tycker det här med relationer är viktigt, eller att känslor är viktiga. Ibland är det kanske till och med tvärtom, att det är otroligt viktigt med relationer och känslor... kan jag bli förälder? Får jag skaffa barn? Hur är det att hävda sin sexualitet? Vad betyder livet för mig och så. Det är nästan de viktigaste frågorna. (8)

Förutom klassiska interventioner så som bland annat beteendeanalys, funktionell analys, psykoedukation, exponering, beteendexperiment, beteendeaktivering och att förstå tanke-känsla-handling, var det även flera som nämnde interventioner ur tredje vågens KBT såsom ACT och mindfulness. Tre interventioner togs upp som mer problematiska än andra; Följsamheten till hemuppgifter, svårigheten med manualiserade interventioner och svårigheten med specifika mätbara mål;

...jag gjorde mycket av det som skulle varit hemuppgifter i sessionerna... för det är ju egentligen meningslöst med hemuppgifter... det är klart att han inte kommer att komma ihåg en hemuppgift som dessutom är läskig och svår. (6)

Att följa färdiga manualer tror jag blir svårt med denna målgrupp. Foas traumafokuserade behandling så är den ju alltför krävande, jag tror att de för många skulle vara mera skadligt än verksamt, för det går för fort fram... (1)

... å ena sidan finns den här stora strömningen inom KBT som är väldigt manualiserad... det är ju svårt att tillämpa rakt över i det här arbetet... med den andra sidan inom KBT handlar ju mer om det här att man innan man prövar en intervention har nån idé om vad den fyller för funktion... att man arbetar på ett sånt singel case... och det tycker jag att jag kan använda, och sen får man ju plocka in inslag från det som det finns forskningsstöd för. (5)

Det fanns dock respondenter som var mer positiva till manualiserad KBT.

... varför inte, men man behöver modifiera. Varför skulle man inte kunna tänker jag spontant. (3)

Jo, jag nöjer mig med mål som är sämre än vad jag tror att jag skulle ha önskat... men, ibland behöver man komma igång med saker för att det ska bli tydligt vad det är man håller på med och om man fastnar för länge i nåt löst snackande så tappar man momentum. (5)

Några respondenter uttalade strukturen och tydligheten i KBT som något starkt positivt för denna målgrupp;

... för att hitta var är vi nu, vad håller vi på med och det är samma sak med agendan som jag tycker att man har hjälp av som KBT- terapeut. Vad hände sist, vad är vi nu, ramarna. (6)

Jag tror att de mår bra av att känna till den här strukturen, samma sätt varje gång. Att det där kan vara nåt positivt, som hjälper dem faktiskt. (3)

En av respondenterna var mer tveksam till alltför mycket struktur i KBT då risken finns att man missar var patienten befinner sig.

En nackdel med KBT är att om man har allt strukturerat så tappar man bort klienten... (2)

5.1.3 Anpassningar

Alla respondenter poängterade att anpassning av KBT interventionerna var en nödvändighet. Många beskrev dessutom samarbete med nätverket som en mycket viktig anpassning.

... jag var i går på ett boende... och då arbetade jag med funktionella analyser, jag tar med en whiteboard och vi kan tillsammans fundera kring vad beteendet fyller för funktion... (5)

... gott samarbete med personalen tycker jag är A och O i alla de här terapierna som jag haft. (2)

De är ju väldigt viktiga. Ens närmaste omgivning kan bli så viktigt för att ändra på ett beteende. (1)

Alla respondenter menade att de behöver anpassa tempot och att det finns behov av mer tid för kartläggning och mer repetitioner. Ett par respondenter vidhöll att terapiernas längd ofta är betydligt längre än för normalbegåvade personer.

... det tror jag generellt faktiskt för den här målgruppen att det krävs längre tid, det krävs fler repetitioner och upprepning och träning... (1)

Alltså, lugn, luta sig tillbaka, vara ganska konkret, tydlighet, repetition. (3)

Pedagogiska interventioner beskrevs av vissa respondenter som vanligt förekommande.

... det ingår ju väldigt mycket pedagogik... ibland måste man berätta hur vissa saker ligger till... tipsa, förklara...det finns mycket luckor i kunskapen som en del har...(1)

... man behöver förklara på ett tydligt sätt... som de personerna kanske inte har fått förklarat för sig, alltså ett väldigt tydligt sätt... (2)

Ibland kan terapeuterna använda pedagogiskt stöd som till exempel dockor.

Rollspel gjorde vi när vi lekte med dockor. Hon uppskattade det och kunde förstå, leka själv och skratta...(7)

Många respondenter gav exempel på hur man med bildstöd, enklare ord och symboler kunde förenkla för sin patient.

... hemuppgifter på papper och bilder... (4)

... att vara ännu mer noggrann att ha en tydlig agenda, att bilda sätta den... hitta formerna och kompensera med bilder och inte vara rädd för det utan kunna liksom matcha... (6)

Alla nämnde vikten av att anpassa språket och inte använda krånglig terminologi.

Jag pratar inte om positiv förstärkning och så, men det går ju utmärkt att prata om vad som händer precis efter det här har hänt, vad som hände precis innan... (5)

... rational och så, jag försöker säga så lite som möjligt, jag krymper ned till liksom det viktigaste för att det inte skall bli för komplicerat och svårt. (3)

Jag tänker på vilka ord man använder och på vilket sätt man använder orden tänker man ju alltid på... att man berättar på ett väldigt enkelt sätt, där gäller det ju att anpassa i språket...(8)

Två respondenter nämnde att teknik kan vara en god anpassning, så som att lägga in viktig information från sessionen i patientens handi (litet datorstyrt minneshjälpmedel), eller att spela in terapeutiska framsteg på patientens mobiltelefon.

Sen så tar jag film på det med iphone under två minuter och så visar jag ”det här gör du!” Så kan man ta med sig och visa hemma sen samma sak och också visa andra att, titta, jag kan det här! (8)

5.1.4 Bemötande

Alla respondenter förmedlade på ett eller annat sätt vikten av att anpassa sitt bemötande gentemot personer med IF. Tålamod var en viktig terapeutvariabel och att kunna hantera den ovisshet som ofta uppstår innan man lär känna sin patient.

Tålamod, ja en stor portion tålamod och att man verkligen tror på att det här kan hjälpa... och då stå ut med att inte fatta, att inte förstå nånting. (1)

Eftersom personer med IF kan ha svårt att förmedla med ord vad de tänker och känner uppgav ett par respondenter vikten av att vara observant på subtila kroppssignaler från patienten under sessionen.

Ja, det tror jag är en jättefördel att kunna känna av det och hitta det här i rummet, det blir ju en intervention i sig att kunna göra det. (2)

... hela tiden vara vaksam på en liten signal, som att, vänta nu, det där landade inte bra... att vara lite observant på de små signalerna. (8)

Några respondenter vidhöll vikten av att möta personer med IF med respekt och att inte tro sig veta någonting i förväg och att visa ett genuint intresse. Många patienter har mötts av kränkande särbehandling och av oviljan att försöka förstå dem. Det är viktigt att som terapeut hitta ett icke kränkande sätt att prata kring det man som terapeut inte förstår.

Ja, och ett annat är också att vara lite så här... backa och säga ”vänta nu - är jag helt fel ute när jag säger det här”... man liksom upphöjer patienten till någonting som verkligen är oerhört spännande över vad den sa för någonting och att man visar att man är osäker... så att

jag tar på mig osäkerheten... jag upphöjer det som personen säger till att det är oerhört viktigt som ett originalmaterial på det jag får liksom, så tänker jag. (8)

Ärlighet var även en terapeutvariabel som ansågs viktig.

Jag tycker att man måste vara väldigt ärlig. Man får inte ge sken av något som inte kommer att bli... då blir man svepande, då blir man otydlig och då blir det väldigt konstigt. (2)

Ytterligare en terapeutvariabel som nämndes var att försöka befinna sig på patientens nivå.

Att vara lyhörd... och inte tänka att "nu är jag professionell, nu tar jag mina tekniker och blanketter". (4)

Följsamhet tyckte en av respondenterna var en av de viktigaste komponenterna för att skapa allians.

... utgångspunkten hela tiden att möta honom där han är, och vissa dagar ville han absolut inte prata om detta... då lyssnade jag på honom och det förstärkte alliansen. (4)

Det som även framkom under intervjuerna var vikten av att inte drivas av egna ambitioner och vara steget före, att kunna hantera besvikelser och se små framsteg som något stort.

... annars kan man nog bli rätt så besviken som terapeut om man tror att liksom alla ens ambitioner skall gå i lös. (1)

Flera respondenter beskrev utmaningen att våga pröva nya interventioner och vara flexibel i sitt förhållningssätt.

... och då tänkte jag, jag kan antingen göra ingenting eller så kanske jag kan göra något mellanting och då försökte jag, genom att hitta, vad tycker den här personen är kul och vad funkar bra och sen så försökte jag i en sådan ram... (6)

Jag tycker jag brukar pröva och sen blir det väldigt olika... det är väldigt blandande utfall, men jag tror att det beror på att jag haft en "gå in i det och se vad man kan göra". (5)

5.1.5 Utmaningar i terapirummet

Det finns en hel del utmaningar som terapeut. Psykolog Valerie Sinason (1992) myntade begreppet "handicapped smile" vilket innebär målgruppens benägenhet att vara tillagsinställda och dölja när de inte förstår.

... benägenheten att säga "Ja, jättebra, toppen" för de har lärt sig att det funkar jättebra när man svarar på massa frågor, annars är de besvärliga. Det finns liksom det här "ja"-sägandet. (6)

... för det där som finns hos en del med lindrig utvecklingsstörning att man liksom har lärt sig att verka som man förstår allt... det är inte så säkert att man har med sig den andre... (5)

Flera respondenter menade att personer med IF är en utsatt målgrupp där många har erfarenheter av att vara i underläge och att många har en mycket låg självkänsla kopplat till funktionsnedsättningen.

... de flesta har en extrem låg självkänsla som gör att man inte vågar prova någonting. Man vågar inte utsätta sig för någonting för att man tror att man skall bli straffad, eller att människor skall behandla en illa och ifrågasätta vad man gör. (1)

En utmaning för terapeuter som arbetar med denna målgrupp är att kunna använda kategorierna "anpassningar" och "bemötande" som beskrivits ovan, på ett individanpassat sätt.

*... dels måste personen få lyckas innan man springer vidare och verkligen förstå vad man har lyckats med, man behöver stanna till i varje intervention och det där tycker jag är svårt...
... det är nog där alliansen kommer in... viktigt att personen själv får tänka ut vad som skulle kunna provas. Att terapeuten inte pekar med hela handen. (1)*

Ofta finns en problematik på många områden som ligger utanför psykoterapeutens ansvarsområde, men som påverkar terapins resultat.

... många av dem vi träffar har ju problem på många fronter, socialt, ekonomiskt, inte har någon vettig sysselsättning, är ensamma, då kan man ju förvänta sig lägre resultat generellt av psykologisk behandling. (5)

KBT ställer i vanliga fall höga krav på patienters kognition. I mötet med patienter med IF ställs istället höga krav på terapeutens praktiska, teoretiska, pedagogiska och empatiska förmågor vilket är en stor utmaning.

... vi ställer ganska höga krav i KBT på att man skall formulera ett mål och liksom bara den grejen att vi vill ha konkreta, mätbara, avgränsade mål... ja, det är ganska svårt att ens förstå ett mål liksom. (5)

En annan mycket viktig försvårande faktor är de etiska aspekterna och den maktposition som man som terapeut besitter, samt vikten av att vara införstådd med detta.

... men alltså, jag tänker att det är så himla lätt att komma in i det här liksom mästrandet, stå över, och det är ju aldrig bra... men det är särskilt illa tror jag i det här, för man har mindre förmåga att sätta emot... det är ju ett maktförhållande terapeut och patient. (8)

... att tänka kring maktrelationen det tycker jag är viktigt också, det är det i alla typer av terapier, men det är så tydligt när man går in som terapeut när man har lång utbildning, man är själv sådär väldigt akademisk person... så träffar man en person som inte, som har gått i särskola, som i samhället har en helt annan maktutgångspunkt, att man måste vara medveten om det... (6)

5.1.6 Praktiska hinder

Respondenterna beskrev en hel del praktiska hinder så som bristande nätverk vilket kan förhindra en korrekt bedömning.

... då är nätverket väldigt viktigt, men är det svagt... eftersom personen inte har någon tidsuppfattning, då kan jag inte ens göra någon riktig bedömning vad det här handlar om, att den informationen jag får är väldigt fragmentarisk liksom... (6)

En respondent ansåg att tidsbristen var ett hinder för att kunna göra exponeringar in vivo, likaså att hinna göra hembesök. Ytterligare ett praktiskt hinder var bristerna i anpassade utvärderingsmaterial tyckte några av respondenterna.

Jo, det är väl det som jag tänker att det i KBT ligger att man jobbar evidensbaserat och att man vill utvärdera sina metoder och jag har upplevt att det ofta inte finns så bra verktyg för utvärdering. Att de skattningsformulär som finns, dom är skitsvåra, man skulle behöva anpassa... (6)

5.1.7 Negativa föreställningar

En av respondenterna lyfte en frågeställning kring vilka personer som skall erbjudas KBT då denna person upplevt ett ifrågasättande om KBT är verksamt för personer med IF på grund av bristande evidens.

... finns det liksom skäl till varför det skulle gå en väldigt skarp gräns för just IK 70 som gör att de här liksom interventionerna helt plötsligt skulle vara verkningslösa? Jag tror inte det... alltså om jag tror att KBT är verksamt för den här gruppen så ja, det tror jag... men jag tror att det finns en massa hinder och man får nog förvänta sig lägre effekter, men å andra sidan

är det nästan en diskrimineringsfråga, att skulle det innebära att man inte skulle erbjuda KBT för personer med IF? (5)

En annan respondent lyfte ytterligare en aspekt.

... jag kan tycka att i terapivärlden så är terapi med personer med utvecklingsstörning låg status. Man skall hellre hålla på med nåt som är lättare att forska på som liksom är coolare och hippare. Men det är ju det svåraste som finns, för man måste verkligen veta vad man håller på med. När man skall förklara för någon på ett extremt enkelt sätt så måste man kunna mycket. (6)

Några av respondenterna antydde att det finns förutfattade meningar om KBT som skulle kunna få negativa konsekvenser för personer med IF.

... det är ju att KBT är så förbundet med att det skulle vara något... väldigt snabbt och att man bara kastar in några sessioner, men det är egentligen inget som ligger i KBT att det måste vara det. (5)

... KBT, man tar det lite snabbt... kom och kbt:a mig nu och så där. Det finns ett sånt sentiment i samhället att man säger så... (8)

... man kan möta i vården att det finns föreställningar om att KBT inte funkar... och det tycker jag är väldigt tråkigt, alltså, det blir som att vissa metoder, man avgränsar... individen måste få vara den dom är och så anpassar vi metoderna till det. (8)

5.1.8 Samverkan

En av respondenterna påtalade vikten av att samverka med barnterapeuter för att hitta vägar till modifiering av interventioner.

Jag tror vi ha mycket att lära av barnterapeuterna inom KBT ... jag tänker att både barn och ungdomsterapeuter har mera konkreta redskap som de aktivt jobbar med och där tror jag vi har mycket att lära. (1)

En av respondenterna arbetade inom BUP där man har som vana att alltid anpassa efter barnets ålder.

När man jobbar med barn och ungdomar får man för det mesta modifiera, ta det lite lugnare, kolla av så att man har med sig barnet... ja, det kanske är därför det inte blev så stor sak för mig. (3)

I texten har tidigare beskrivits att brister i nätverket kan vara ett hinder, men om det finns ett

fungerande och engagerande nätverk kan detta istället vara något mycket positivt och utvecklande för individen.

... det är ju ofta en fördel med den här gruppen att de har närmare kontakt med personal och med familj som är mer angelägna om att komma med. Det kanske man inte är på samma sätt om det finns en annan konstellation. Den gruppen kan också vara med och hålla liksom budskapet levande... (8)

5.1.9 Normalisering

Flera respondenter framförde vikten av att inte bara lyfta fram problemen med att bedriva KBT med personer med IF. Trots många hinder var det viktigt att även kunna se deras problem och behov som allmänmännsliga. Det kan bli en särbehandling i sig att alltid lyfta det som är svårt och komplicerat vilket kan leda till stigmatisering och marginalisering av målgruppen.

Egentligen kan man säga att de har alla typer av problem som alla andra också har, men lite fler eftersom man behöver anpassa sig till ett annat samhälle, att det är uppbyggt på ett annat sätt... man behöver hjälp med att tolka omvärlden... en viktig del för den här gruppen är kravanpassning, men det är också viktigt för alla andra så på det sättet tycker inte jag att det är så där jättestor skillnad... (8)

Det är min inställning patient som patient, lite så. Okej, nu får vi se! Efter en längre tid tyckte jag nog att det var lite lättare än jag hade trott... (3)

Men jag tänker nog att, alltså, i grunden är ju allting lika så, det vill säga allting! Alla behöver empati och alla behöver anpassning... (8)

... men alltså, jag tycker att om man helst vill se möjligheterna så funkar det, svårigheter finns det ju alltid i alla patientgrupper, man behöver inte ha en utvecklingsstörning för att det skall vara svårt. (4)

6. Diskussion

6.1 Metoddiskussion.

Innehållet i intervjuerna har analyserats med hjälp av innehållsanalys med induktiv ansats. Barker, Pistrang & Elliot (2002) skriver att flexibilitet behövs i alla faser av den

kvalitativa innehållsanalysen, men det är samtidigt viktigt att vara tydlig och konkret i beskrivningen av alla faser. Flexibilitet innebär med andra ord inte att vara vag och diffus. Metoden visade sig vara lämplig och resulterade i att studiens syfte och frågeställningar besvarades via tre teman och åtta kategorier. Den halvstrukturerade intervjun gav utrymme att ställa följdfrågor utifrån aktuell frågeställning vilket medförde att samtalet kunde fördjupas och intressanta aspekter ytterligare belysas. Intervjuguiden var endast ett intervjustöd för att viktiga teman inte skulle glömmas bort och gjorde så att författaren istället kunde vara närvarande, lyhörd och flexibel i sin intervjuteknik (Langemar, 2008). På grund av författarens erfarenhet av att arbeta med målgruppen fanns en förförståelse av aktuellt ämne. Detta kan ha påverkat genomförandet av intervjuerna genom att viktiga uppföljande frågor kan ha missats. Det hade varit önskvärt om ytterligare en forskare kunnat granska textens innehåll och val av kategorier och teman för att öka resultatets trovärdighet (Lundman & Hällgren Granheim, 2008). Sandelowski (1998) menar dock att bristande överensstämmelse i bedömningar mellan olika forskare inte behöver innebära att resultatet är ogiltigt då upplevelsen av verkligheten alltid är beroende av subjektiva tolkningar. I kvalitativa studier kan resultatet inte ses som oberoende av forskaren. Författarens förförståelse kan även ses som en viktig del i tolkningsprocessen (Lundman & Hällgren Granheim, 2008) och genom beskrivning av urval och analysarbetets olika steg, samt presentation av resultat i form av många citat, har författaren gjort sitt yttersta för att stärka studiens tillförlitlighet och transparens.

Ett tillgänglighetsurval tillämpades då respondenter söktes (Langemar, 2008). Detta utmynnade i fyra respondenter med lång erfarenhet av både KBT och målgrupp, samt fyra respondenter med antingen lång erfarenhet av målgrupp, alternativt lång erfarenhet av KBT. Önskvärt hade möjligen varit ett mer homogent urval, men samtidigt har det heterogena urvalet möjliggjort att det aktuella ämnet kunnat belysas utifrån många perspektiv och

infallsvinklar, med tanke på respondenternas olika bakgrunder och erfarenheter. Den sneda könsfördelningen (en man och sju kvinnor) speglar verkligheten inom habiliteringsvärlden och en jämnare könsfördelning hade varit intressant då kvalitativ innehållsanalys syftar till att beskriva variationer och olikheter (Langemar, 2008). Däremot var det en spridning i respondenternas åldersspann.

6.2 Resultatdiskussion

Resultatet belyser åtta terapeuters kliniska erfarenhet av att använda KBT-interventioner till vuxna personer med IF, vilket överensstämmer med studiens syfte. Frågeställningarna är besvarade och beskriver respondenterna sätt att arbeta med KBT-interventioner, vilka terapeut/patientvariabler som underlättar eller försvårar, samt beskrivningar av hinder och möjligheter. Även om ett par respondenter menade att KBT ibland kan vara för svårt och styrande för aktuell målgrupp, så framträdde hos respondenterna en inställning att det inte var en fråga om KBT var användbart för målgruppen utan *hur* KBT kan vara verksamt och hur de utmaningar man ställs inför bör hanteras. Detta resonemang stämmer överens med aktuell forskning där Unwin et al., (2016) sammanfattar att trots brister i evidens så pekar forskningen alltmer på att KBT verkar genomförbart och väl tolererat av både personer med IF och av behandlingspersonal.

Unwin et al. (2016) ser ett behov av att använda holistiska och personligt mer meningsfulla åtgärder anpassade efter patientens önskemål, snarare än att förlita sig på symtomatiska åtgärder som inte kan fånga behandlingseffekter. De flesta respondenter nämnde att det var av stor vikt att befinna sig på patientens intellektuella och känslomässiga nivå, så att åtgärderna blev begripliga för patienten.

Respondenterna uppgav att de inte såg något hinder att använda samma KBT-interventioner som till normalbegåvade personer om dessa modifierades till patientens

kognitiva och emotionella nivå. Modifiering ställer höga krav på terapeutens pedagogiska och praktiskt tillämpbara kunnande, samt lyhördhet för att förstå och hantera motstånd i terapirummet (Arkowitz, Miller & Rollnick, 2015). Den emotionella kontakten förmedlas inte bara genom ord utan även genom kroppsliga uttryck så som gester och ögonkontakt (Fonagy, Gergerly, Elliot & Target, 2002). Detta kan inledningsvis vara svårt att uppfatta och kräver tålamod.

Enligt Gilbert och Leahy (2009) är den terapeutiska relationen av stor betydelse och påverkar behandlingens resultat. Duncan, Miller, Wampold och Humble (2010) uttrycker att samarbetet mellan patient och terapeut står för det mesta av positivt utfall. Den terapeutiska relationen verkar kunna ha ännu större betydelse för personer med IF, då målgruppen inte sällan har ett begränsat socialt liv och svårigheter med att skapa och behålla relationer (Unwin et al., 2016). I en kvalitativ studie fann författaren att deltagarna, som alla hade IF, upplevde den terapeutiska relationen som det centrala och mest betydelsefulla för ett gott behandlingsresultat (Jones, 2014). Respondenterna framförde vikten av ett bemötande som genomsyrades av respektfullhet, empati och alliansskapande där de kreativa och flexibla egenskaperna var av stor betydelse, utan att man som terapeut blev otydlig och abstrakt. Några respondenter vidhöll att man behöver ha rimliga och realistiska förväntningar på ett terapiutfall och att ett litet steg i riktning mot uppsatt mål kan vara något stort för patienten.

De etiska aspekterna måste konstant hållas levande och som terapeut bör man göra sitt yttersta för att försäkras om att patienterna förstår interventionernas syfte och genomförande, vilket är en av de största utmaningarna i mötet med personer med IF (Hatton, 2002). En terapeutvariabel som nämndes var självreflektion och vikten av att inte "tro sig veta" utan istället försäkra sig om att man förstått genom att utforska och be om feedback. Vissa skillnader hos respondenterna blev dock synliga i sättet att se på kognitiva alternativt inlärningsteoretiska interventioner. Orsaken till meningsskiljaktigheterna mellan

respondenterna bottnar kanske i att terapeutfarenheterna kommer från *en* av inriktningarna, alternativt att respondenterna beskriver erfarenheter från olika begåvningsnivåer. Det är stor skillnad på anpassningsnivå beroende på om man möter en person med lindrig- respektive medelsvår IF. En försvårande omständighet i forskningssammanhang är att det finns brister i beskrivningen av begåvningsnivåer vilket leder till problem med att jämföra studier (Vereenoghe & Langdon, 2013).

KBT har fördelar som kan vara användbara till gällande målgrupp, som till exempel strukturen, tydligheten, agendan som minnesstöd, samt att kunskap kan läras ut via psykoedukation och rationaler. Flera respondenter var dock noga med att poängtera vikten av *hur* man som terapeut lär ut nya kunskaper. Det finns risk att interventioner lärs ut på ett mästrande sätt vilket kan späda på den ofta låga självkänslan hos patienten. Willner (2006) skriver att många med IF har låg self-efficacy med erfarenheter av att misslyckas, att inte förstå eller kunna uttrycka det man vill säga. Med tanke på att kognitiv terapi bygger på verbala resonemang är det troligt att osäkerheten och rädslan för att misslyckas gör att resultaten påverkas negativt (Willner, 2006). En av respondenterna framförde just detta som ett av de största hindren i sitt terapeutiska arbete och att ett vanligt beteende hos personer med IF är att man döljer sin funktionsnedsättning genom att låtsas förstå (Sinason, 1992). Precis som i alla terapier är därför arbetsalliansen en viktig faktor i mötet med personer med IF och terapeuten behöver lägga ned mycket möda inledningsvis för att skapa ett tryggt och tillitsfullt arbetsklimat (Fletcher, 2011). En av respondenterna menar att det är av stor vikt att tro på sin metod, att luta sig tillbaka och förmedla en trygghet och ett lugn, trots att man själv känner en stor osäkerhet. Att tro på sin metod är enligt Wampold (2001) en av de viktigaste terapeutvariablerna för att åstadkomma bra behandlingsresultat.

Respondenterna beskrev hinder i form av bland annat patienternas bristande generaliseringsförmåga, nedsatta minnesförmåga, bristande nätverk, samt brister i kognitivt

anpassade arbetsmaterial. Whitehouse, Tudway, Look och Kroese (2006) menar att psykoterapeuter bör vara flexibla och inte insistera på att använda traditionella metoder som inte är anpassade för personer med IF, då detta leder till sämre behandlingsresultat.

Respondenterna antydde att alla traditionella interventioner behöver anpassas till lämplig kognitiv nivå och att allt annat är otänkbart i mötet med målgruppen.

Hälften av respondenterna blandade kognitiva och inlärningsteoretiska interventioner i mötet med sina patienter och i en rapport fann författarna att interventioner från båda inriktningarna verkar ha störst effekt vid KBT för personer med IF som uppvisar depressionssymtom (McGillivray & Kershaw, 2015). Alla KBT interventioner användes men modifierades och anpassades till lämplig kognitiv nivå, dock beskrevs målformulering som en stor utmaning och hemuppgifter som svårt med ofta dålig följsamhet. Beck (2005) betonar betydelsen av att KBT-behandlingar av mer komplexa problem behöver baseras på en systematisk, men även flexibel konceptualisering. Respondenterna antydde vikten av struktur och tydlighet, men samtidigt lyhördhet och flexibilitet för att inte bli för styrande. Ett fungerande nätverk beskrevs av många respondenter som oerhört viktigt och som ett stort problem då det fanns brister i detta. KBT-psykoterapeuter som arbetar med barn- och ungdomar är vana vid att anpassa sina interventioner och att samarbeta med systemet runt patienten. Öst (2010) drar slutsatsen att KBT är en effektiv terapiform för de flesta barnpsykiatriska diagnoser. Svirsky och Thulin (2010) beskriver i sitt kapitel de egenskaper som barn- och ungdomsterapeuten behöver behärska. Dessa egenskaper har stora likheter med vad respondenterna förmedlade under intervjuerna. En respondent antydde att man borde samverka mer med barnterapeuter för att utbyta erfarenheter, samt få inspiration hur KBT-interventioner kan anpassas för personer med IF.

Vi lever i en datoriserad och IT- anpassad värld och det har visat sig att dataprogram kan förbättra möjligheten för personer med IF att tillgodogöra sig KBT (Vereenooghe et al.,

2016). Kanske är pedagogiska och kognitivt anpassade datorprogram, som dessutom är lustfyllda och visuellt attraktiva, väl lämpade för psykoedukationer och rationaler. Några respondenter beskrev tekniska hjälpmedel som ett lämpligt sätt att anpassa sina interventioner.

Evidensen för KBT för vuxna personer med IF är fortfarande bristfällig och ett etiskt problem (Feldman, Atkinson, Foti-Gervais, & Condillac, 2004) då det är allmänt känt att den psykiska ohälsan för personer med IF är omfattande (Reiss, 2011). Fortfarande finns det säkert terapeuter som känner ett motstånd mot att arbeta med målgruppen då det anses alltför svårt (Sturmey, 2006), men en av respondenterna menar istället att det är en merit att ha erfarenheter av psykoterapi med målgruppen. Viktiga psykoterapeutvariabler slipas och förfinas, som är betydelsefulla i alla patientmöten oavsett målgrupp. Tidigare fanns en föreställning att psykoterapi för personer med IF inte skulle kunna vara intressant eller utmanande (Fletcher, 2011) men aktuell forskning visar istället att de terapeuter som arbetar med personer med IF möter många utmaningar och att det krävs lyhördhet, flexibilitet och engagemang i mötet med målgruppen.

6.3 Slutsats och vidare forskning

Det finns stora fördelar med strukturen i KBT som kan vara ett gott stöd för både patient och terapeut under sessionen. Dock finns det en risk att interventionerna levereras på en för hög kognitiv nivå och terapeuten behöver ha god förmåga att känna av motstånd i terapirummet och ha ett flexibelt förhållningssätt. Respondenterna beskrev flera svårigheter, men KBT är ett möjligt behandlingsalternativ för personer med lindrig- eller medelsvår IF såvida KBT- interventionerna anpassas och modifieras.

Det verkar som om personer med IF kan dra nytta av mindfulness där forskning bland annat visar en förbättring i self-compassion (Idusohan-Moizer et al., 2015). Med tanke på att många med IF har erfarenheter av traumatiska livshändelser (Wigham & Emerson, 2015) med

låg self-efficacy som följd (Willner, 2006) vore det intressant att utforska hur en kognitiv anpassad Compassion Focused Therapy (CFT) kan inverka på aktiveringen av aktuell målgrupps trygghetssystem (Gilbert, 2013).

Mer forskning behövs för framtagning av lämpliga interventioner anpassade till rätt verbal och kognitiv nivå (Hurley, Tomasulo & Pfadt, 1998) och det vore spännande om fortsatt forskning tittar närmare på *hur* KBT- interventionerna modifieras och tillämpas. En kraftansträngning behöver göras för anpassning av bedömnings- och utvärderingsinstrument och det vore dessutom intressant att utvärdera tillämpbarheten av kognitivt anpassade manualer. En lättillgänglig databas innehållande formulär och manualer för gällande målgrupp skulle inför framtiden vara en stor tillgång för kliniker i deras vardagliga psykoterapiarbete.

Att möta dessa patienter utifrån ett kollaborativt förhållningssätt med respekt, tålmod, värme och kunskap är viktiga parametrar oavsett terapeutisk inriktning och kan optimera resultatet i psykoterapin. En anpassning av de pedagogiska interventionerna synes, enligt denna författares erfarenhet, göras oavsett terapiinriktning.

Det är en inspirerande tid att arbeta med målgruppen då psykoterapiforskning för personer med IF börjar komma ikapp det som kliniker tyckt sig veta sedan länge och kan förhoppningsvis ge ytterligare kunskap för att optimera vården för denna målgrupp.

Referenser

- Ahrne, G., & Svensson, P. (2011). Kvalitativa metoder i samhällsvetenskapen. I G. Ahrne & P. Svensson (Red.), *Handbok i kvalitativa metoder*. Malmö: Liber AB.
- Arkowitz, H., Miller, W.R., & Rollnick, S. (2015). *Motivational Interviewing. In the treatment of psychological problems* (Second Edition). New York: The Guilford Press.
- Arnsten, A. F. T. (2009). Stress signalling pathways that impair prefrontal cortex structure and function. *Nature Reviews Neuroscience*, *10*, 410-422.
- Barker, C., Pistrang, N., & Elliot, R.(2002). *Research Methods in Clinical Psychology. An Introduction for Students and Practitioners*. West Sussex: John Wileys & Sons, Ltd.
- Beck, J. S. (2005). *Kognitiv terapi för mer komplexa problem. När vanliga metoder inte fungerar*. Stockholm: Norstedts Akademiska Förlag.
- Bjernevall Nygren, E., Dahlin, A., Hagström Wahlberg, M., & Lycknert, S. (2011). Psykodynamisk Psykoterapi. I L. Söderman & S. Antonson (Red.), *Nya Omsorgsboken*, 225-231. Malmö: Liber AB.
- Bruce, M., Collins, S., Langdon, P., Powlitch, S., & Reynolds, S. (2010). Does training improve understanding of core concepts in cognitive behaviour therapy by people with intellectual disabilities? A randomized experiment. *British Journal of Clinical Psychological Society*, *49*, 1-13.
- Cooper, S-A., Smiley, E., Morrisson, J., Williamson, A., & Allan, L. (2007 a). Epidemiological investigation of affective disorders with a population-based cohort of 1023 adults with intellectual disabilities. *Psychological Medicine*, *37*, 873-882.
- Cooper, S-A., Smiley, E., Finlayson, J., Jackson, A., Allan, L., Williamson, A., ... & Morrison, J. (2007b). The prevalence, Incidence, and factors predictive of mental- ill-health in adults with profound intellectual disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, *20*, 493-501.

- Cowan, A. E., & Gentile, J. P. (2012). Overview. I J.P. Gentile & P.M. Gilling (Red.), *Psychiatry of Intellectual Disability. A practical Manual*, 1-13. West Sussex: John Wiley & Sons Ltd.
- Dagnan, D., Chadwick, P., & Proudlove, J. (2000). Toward an Assessment of Suitability of People with Mental Retardation for Cognitive Therapy. *Cognitive Therapy and Research*, 24, (6), 627-636.
- DSM-5 (2014). Diagnostiska kriterier. *American Psychiatric Association*. Danderyd: Pilgrim Press.
- Duncan, B. L., Miller, S. D., Wampold, B. E., & Humble, A. M. (2010). *The Heart & Soul of Change. Delivering What Works in Therapy*. Second Edition. Washington: American Psychological Association.
- Feldman, M. A., Atkinson, L., Foti-Gervais, L., & Condillac, R. (2004). Formal versus informal interventions for challenging behaviors in persons with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disabilities Research*, 48, 60-68.
- Fletcher, R. J. (2011). Introduction. I R. J. Fletcher (Red.), *Psychotherapy for Individuals with Intellectual Disability*, 1-9. New York: NADD Press.
- Fonagy, P., Gergerly, G., Elliot, L. J., & Target, M. (2002). *Affect Regulation, Mentalization and the Development of the Self*. New York: Other Press.
- Gilbert, P. (2013). *Compassion focused therapy*. London: Routledge.
- Gilbert, P., & Leahy, R. L. (2009). *The Therapeutic relationship in the Cognitive Behavioral Psychotherapy*. Canada, USA: Routledge.
- Hassiotis, A., Serfaty, M., Azam, K., Strydom, A., Blizard, R., Romeo, R., ... & King, M. (2013). Manualised Individual Cognitive Behavioural Therapy for mood disorders in people with mild to moderate intellectual disability: A feasibility randomized controlled trial. *Journal of Affective Disorders*, 151, 186-195.

- Hatton, C. (2002). Psychosocial interventions for adults with intellectual disabilities and mental health problems: A review. *Journal of Mental Health* 11 (4), 357-373.
- Hemming, S. (2013). *Olika aspekter av psykisk hälsa, stödsamtal och psykoterapi för personer med utvecklingsstörning - en kartläggning i Svenskfinland*. Åbo, Vasa: Institutionen för socialpsykologi.
- Hurley, A., Tomasulo, D. J., & Pfadt, G. (1998). Individual and Group Psychotherapy Approaches for People with Intellectual Disabilities and Developmental Disabilities. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 10, 365-386.
- Idusohan-Moizer, H., Sawicka, A., Dendle, J., & Albany, M. (2015). Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Adults with Intellectual Disabilities: An Evaluation of the Effectiveness of Mindfulness in Reducing Symptoms of Depression and Anxiety. *Journal of Intellectual Disability Research*, 59 (2), 93-104 .
- Jackson, C. X. S., & Gentile, J. P. (2012). Psychotherapy. I J.P. Gentile & P.M. Gilling (Red.), *Psychiatry of Intellectual Disability. A practical Manual*, 278-308. West Sussex: John Wiley & Sons Ltd.
- Jahoda, A., Melville, C. A., Pert, C., Cooper, S-A., Lynn, H., Williams, C., & Davidson, C. (2015). A feasibility study of behavioural activation for depressive symptoms in adults with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 59 (11), 1010-1021.
- Jahoda, A., Selkirk, M., Trower, P., Pert, C., Stenfert Kroese, B., Dagnan, D., & Burford, B. (2009). The balance of power in therapeutic interactions with individuals who have intellectual disabilities. *British Journal of Clinical Psychology*, 48 (1), 63-77.

- Jones, R. A. (2014). Therapeutic Relationship with individuals with learning disabilities: A qualitative study of the counselling psychologists' experience. *British Journal of Learning Disabilities*, 42 (3), 193-203.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2014). 3:e upplagan. *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Langemar, P. (2008). *Kvalitativ forskningsmetod i psykologi - att låta en värld öppna sig*. Stockholm: Liber AB.
- Lundman, B., & Hällgren Granheim, U. (2008). Kvalitativ innehållsanalys. I M. Granskär & B. Höglund-Nielsen (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Masi, G., Brovedani, P., Mucci, M., & Favilla, L. (2002). Assessment of anxiety and depression in adolescents with mental retardation. *Child Psychiatry and Human Development* 32 (3) 227-237.
- McGillivray, J. A., & Kershaw, M. M. (2015). Do We Need Both Cognitive and Behavioural Components in interventions for Depressed Mood in People with Mild Intellectual Disability? *Journal of Intellectual Disability Research*, 59 (2), 105-115.
- McGillivray, J. A., McCabe, M. P., & Kershaw, M. M. (2008). Depression in people with intellectual disability: An evaluation of a staff-administered treatment program. *Research in Developmental Disabilities*, 29 (6), 524-536.
- Reiss, S. (2011). Forward. I R. J. Fletcher (Red.), *Psychotherapy for Individuals with Intellectual Disability* (5-7). Kingston, New York: NADD Press.
- Sams, K., Collins, S., & Reynolds, S. (2006). Cognitive Therapy Abilities in People with Learning Disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 19 (1), 25-33.

- Sandelowski, M. (1998). Focus on qualitative methods. The call to experts in qualitative research. *Research in Nursing & Health*, 21 (5), 467-471.
- Sinason, V. (1992). *Mental Handicap and the Human Condition. New Approaches from the Tavistock*. London: Free Association Books Ltd.
- Smiley, E., Cooper, S. A., Finlayson, J., Jackson, A., Allan, L., Mantry, D., ... Morrison, J. (2008). Incidence and prevalence of mental ill health in adults with intellectual disabilities: Prospective study. *British Journal of Psychiatry*, 191, 313-319.
- Sturmeijer, P. (2006). On Some Recent Claims for the Efficacy of Cognitive Therapy for People with Intellectual Disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities* 19, 109-117.
- Svirsky, L., & Thulin, U. (2010). Att arbeta med barn- och ungdomar i kognitiv beteendeterapi. I L-G Öst (Red.), *KBT inom barn- och ungdomspsykiatri*, 14-26. Stockholm: Natur och Kultur.
- Taylor, J., Novaco, R., Gillmer, B., Robertson, A., & Thorne, I. (2005). Individual cognitive-behavioural anger treatment for people with mild-borderline intellectual disabilities and histories of aggression: A controlled trial. *British Journal of Clinical Psychology*, 44, 367-382.
- Umb-Carlsson, Ö. (2008). *Studier om hälsa för personer med utvecklingsstörning*. Statens folkhälsoinstitut 2008:18, Östersund.
- Unwin, G., Tsimopoulous, I., Stenfert Kroese, B., & Azmi, S. (2016). Effectiveness of cognitive behavioural therapy (CBT) programmes for anxiety or depression in adults with intellectual disabilities: A review of the literature. *Research in Developmental Disabilities*, 51-52, 60-67.

- Vereenooghe, L., Gega, L., Reynolds, S., & Langdon, P.E. (2016). Using computer to teach people with intellectual disabilities to perform some of the tasks used within cognitive behavioural therapy: A randomized experiment. *Behaviour Research and Therapy* 76, 13-23
- Vereenooghe, L., & Langdon, P.E. (2013). Psychological therapies for people with intellectual disabilities: A systematic review and meta-analysis. *Research in Developmental Disabilities*, 34, 4085-4102.
- Vetenskapsrådet (2011). *God forskningsssed*. Vetenskapsrådets Rapportserie 1:2011. Stockholm. <https://publikationer.vr.se/produkt/god-forskningssed> 2016-09-25
- Wampold, B. E. (2001). *The Great Psychotherapy Debate: Models Methods and Finding*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Whitehouse, R. M., Tudway, J., Look, R., & 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.
- Wigham, S., & Emerson, E. (2015). Trauma and Life Events in Adults with Intellectual Disability. *Current Developmental Disorders Reports*, 2 (2), 93-99.
- Willner, P. (2006). Readiness for Cognitive Therapy in People with Intellectual Disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 19, 5-16.
- Willner, P., Jones, J., Tams, R., & Green, G. (2002). A Randomized Controlled Trial of the Efficacy of a Cognitive- Behavioural Anger Management Group for Clients with Learning Disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 15, 224-235.

Öst, L-G. (2010). Det empiriska stödet för KBT vid psykiska störningar hos barn och ungdomar. I L- G Öst (Red.), *KBT inom barn- och ungdomspsykiatri*, 231-247. Stockholm: Natur och Kultur.

Intervjuguide

Grundutbildning

Erfarenhet av målgrupp

Arbetsplats

KBT-erfarenheter

Vilka problem söker patienterna för?

Vilka KBT-interventioner brukar användas i mötet med patient/nätverk?

Inlärningssteoretiska- och/eller kognitiva interventioner?

Anpassningar av KBT-interventioner. På vilket sätt?

Vilka egenskaper hos patienten underlättar/försvårar behandlingen?

Vilka egenskaper hos terapeuten underlättar/försvårar behandlingen?

Hur fungerar KBT för gällande målgrupp? Svårigheter och möjligheter.

Vad är viktigt att tänka på som KBT-terapeut i mötet med gällande målgrupp?

SAMTYCKESBLANKETT

Undertecknad samtycker härmed att delta i en kvalitativ intervjustudie genomförd av Ewa Rolén, studerande vid Karolinska Institutets Psykoterapeutprogram med inriktning KBT.

Syftet med intervjustudien är att sammanställa terapeuters kliniska erfarenhet av att använda KBT-interventioner för personer med lindrig- och medelsvår intellektuell funktionsnedsättning.

Intervjun kommer att spelas in med MP3-spelare. Inspelat och transkriberat material kommer att behandlas konfidentiellt. Intervjumaterialet kommer endast att användas i denna studie. Efter att examensarbetet är klart och kommer materialet att förstöras.

Deltagandet är frivilligt och medverkan kan när som helst avbrytas, likaså kan intervjumaterialet återkallas.

I uppsatsen kommer allt material att presenteras i avidentifierad form.

Jag har tagit del av ovanstående:

.....
ort datum namnteckning

.....
namnförtydligande

Tack för ditt deltagande!

Ewa Rolén

RESPONDENTER SÖKES TILL EXAMENSARBETE

Jag arbetar som terapeut vid Psykoterapimottagningen Linden, Habilitering & Hälsa inom Stockholms Läns Landsting, och går för närvarande Psykoterapeutprogrammet vid Karolinska Institutet med inriktning KBT.

Nu är det dags att börja med mitt examensarbete som blir en kvalitativ intervjustudie. Jag har tänkt intervjua personal inom habiliteringen som möter vuxna personer med lindrig- och medelsvår intellektuell funktionsnedsättning i kortare eller längre samtalsterapier och med erfarenhet av att arbeta med KBT.

Syftet med studien är att förstå mer om hur personal inom habilitering arbetar med KBT-interventioner i sina samtalskontakter och hur dessa upplevs.

Intervjun kan ske på din arbetsplats och beräknas ta mellan 45-60 minuter, alternativt per telefon. Intervjuerna kommer att ske under hösten 2015.

Kan du tänka dig att vara en av mina kommande intervjupersoner? Eller känner du någon som passar på beskrivningen ovan?

Har du frågor eller funderingar får du mer än gärna höra av dig via telefon eller mail. Ni som kommer att delta på "Nätverket: Samtalet i Centrum" den 29/5-15 kan ställa frågor till mig direkt på plats då jag kommer närvara där på förmiddagen.

Med vänlig hälsning,

Ewa Rolén
Psykoterapimottagningen Linden
Habilitering & Hälsa
08-123 350 84
eva.rolen@sll.se