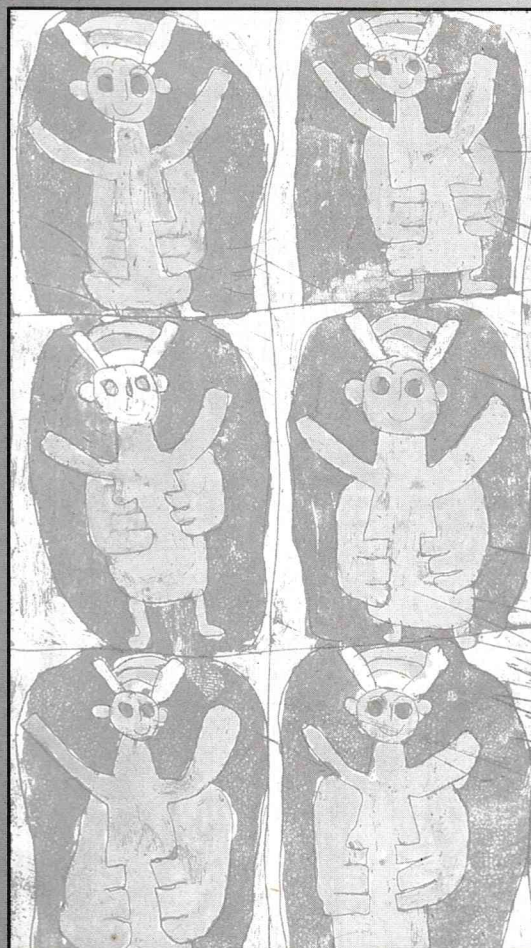


ViPU Viden

om psykiatri og udviklingshæmning



Grænsen mellem rådgivning, pædagogisk arbejde og psykoterapi kan let viskes ud i arbejdet med de udviklingshæmmede.

[Læs side 22]

I Californiens tørke ligger en stor og varm institution for udviklingshæmmede. Vi har besøgt stedet.

[Læs side 17]

Viborg Amt satsede på at højne kvaliteten i arbejdet med de udviklingshæmmede. De satte fokus på udviklingshæmning og psykiatriske forstyrrelser i et jobrotations-projekt.

[Læs side 25]

TEMA

Psykoterapi

Videnscenter for Psykiatri og Udviklingshæmning

2. årgang - nr. 3 - 2000

Det er børn med særlige behov. Det er udfordrede mennesker. Det er politisk korrekt. Det er Amerika. Hvor alt er stort og ordene overstrømmende. Videnscentret har været på verdenskongres i Seattle. Sammen med 1400 andre mennesker fra 60 forskellige lande. Læger, psykologer, tandlæger, sygeplejersker, pædagoger, fysioterapeuter, pårørende, administrationsfolk, udviklingshæmmede....

En broget flok der dog alle havde udviklingshæmning som overskriften i deres hjerte og på deres profession. Og der var både godt og skidt imellem hinanden. Ting der ikke kan måle sig med vores danske forhold. Men også ting vi kunne ønske for os herhjemme. Dobbelt diagnoser (altså udviklingshæmmede og psykiatriske lidelser) er i mange amerikanske stater et erkendt problem og nærmest et speciale. Det samme gælder i en række europæiske lande som

Storbritanien, Finland og Holland, som ligger tættere på vores opfattelser og som er kraftcentre for udviklingen. En stor forskel på os og dem er, at i mange andre lande har lægerne altid været med, også selv om en integration og en udslusning fra de store hospitaler og institutioner er sket (eller er igang). Der er og bliver forsket i udviklingshæmning. I psykiske sygdomme hos udviklingshæmmede. Og der vil vi også gerne være med. Men vi erfarede også, at nok var kvantiteten enorm på kongressen, men kvaliteten ikke altid i top.

Men vi fik skabt nogle vigtige kontakter, som vi håber vil være til gavn for både os og vore brugere i fremtiden. Lige her og nu er temaet for dette nummer psykoterapi. Men læs også om hvordan udviklingshæmmede lever i Pamona i Californien eller i Hammer Bakker nord for Ålborg.

Mette Egelund Olsen

Da psykiatrien kom **OP** til overfladen igen

[Af Mette Egelund Olsen]

“Det var akkurat, som når en gammel cirkushest hører hornmusik igen. Jeg så psykiatri over det hele, og det var nok til manges store fortrydelse. I starten ihvertfald.”

Sådan oplevede sygeplejerske Bente Ravn det, da hun efter 9 år indenfor retspsykiatrien fik arbejde på Boinstitutionen Løgumgård i Sønderjylland, der rummer 85 beboere.

Det var helt andre klienter, hun nu havde med at gøre. Men noget var sammenfaldende. Hun opdagede, at flere af de udviklingshæmmede led af psykiske lidelser - uden at de var i behandling. Samtidig fik flere psykofarmaka - uden måske at have brug for det. Et stort udredningsarbejde begyndte. Og er stadig igang.

“Der er mange myter om sygeplejersker. At det er sådan nogen, der doper folk med medicin. Men beboerne var jo allerede medicineret! Flere afdelinger ønskede medicinen, fordi de var bange for, hvad der ellers ville ske. Og det er ikke fordi, de ikke vil arbejde med beboerne. Slet ikke. For når jeg forklarede dem om medicinen og om psykiske sygdomme, så fik jeg meget respons. Men de var bange for de gamle dage med meget udadrettede beboere,” forklarer Bente Ravn.

Hun fandt sig en sammensvoren i afdelingsleder Bodil Thornø, der kom til institutionen for halvandet år siden. Hun kom fra en almindelig

børnehave og nogle helt andre problemer og arbejdsområder.

“Det var en stor oplevelse at begynde at arbejde med Bodil. Hun var fordomsfri. Hun havde jo ikke oplevet tidligere rædsler. Det gjorde, at vi turde nogle ting sammen, siger Bente Ravn. Og Bodil Thornø supplerer:

»For der skulle ske noget andet. Noget helt andet.«

Og de har da også reduceret beboernes mængde af psykofarmaka på Bodils afdeling med 60 procent. Og det med en positiv virkning. Også selvom Bente Ravn kunne blive lidt usikker på, om det nu også gik. Men det handlede ikke bare om at skære ned på medicinen. Det handlede også om at gå miljøterapeutisk til værks. Og det var personalet helt indstillet på.

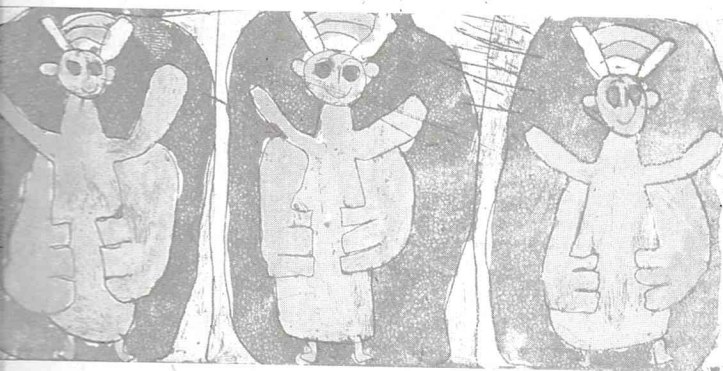
Der var flere grunde til, at Løgumgård satte fokus på psykiatrien.

»Hver gang vi sendte en beboer til indlæggelse på psykiatrisk afdeling, oplevede vi, at vedkommende kom dårligere tilbage. Og distriktsygeplejerskerne havde ikke stort kendskab til de udviklingshæmmede, siger Bente Ravn.«

Hun opdagede hurtigt, at der måtte helt andre metoder til, når det handlede om at observere beboerne. Man kunne ikke bare gå hen og

spørge: "Hvordan har du det?" Man måtte sætte sig ned og iagttage - uden at kunne tale med beboeren.

»Heldigvis er Løgumgård en gammel institution. Og det betød, at flere af personalet havde været her længe, og dermed havde fulgt beboerne i mange år og kendte deres reaktioner fra før. Derfor kunne jeg sammenholde mine iagttagelser med deres,« forklarer Bente.



Der var blandt andet en mandlig beboer, der i mange år havde været sindssyg. Indimellem fik han dårlige perioder med meget udadrettet adfærd, hvor han var motorisk urolig. I rigtige dårlige perioder var man nødt til at sende ham til indlæggelse på Augustenborg. Men det hjalp ikke rigtigt.

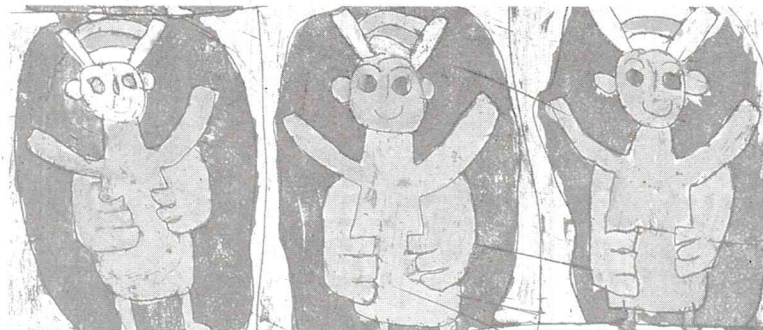
I afdelingen på Løgumgård spillede han personalet ud mod hinanden, og til sidst besluttede man at gøre en aktiv indsats. Ledelsen havde en

ide om, at han fik al for meget medicin. Da var det, at Bodil blev afdelingsleder. Manden blev trappet ned og ud af medicinen samtidig med, at personalet begyndte at tale mere sammen - om deres fag og deres egen rolle. Og beboeren fik mere struktur på sin hverdag. Han (og personalet) måtte også lære at et nej var et nej og et ja et ja.

"Det blev pludselig legalt at spørge: "Hvorfor gør du, som du gør?" Det blev ufarligt at stille spørgsmål til en kollega. For det er vigtigt, at alle tør være sig selv. Den mandlige beboer oplever os jo også forskelligt. Før vi tog fat på problemet var der flere, der var bange for ham. De var også bange for, at de ikke gjorde det godt nok, og den angst brugte han imod personalet. Nu ved de, at de bare skal være sig selv og allerede der, er man inde i en positiv cirkel. Både han og personalet fik det bedre. Pædagogerne er fantastisk gode til at observere. Men de skal også lære at samskrive og konkludere på deres observationer," forklarer Bente Ravn.

Der er selvfølgelig forskel på de forskellige afdelinger på Løgumgård. Men Bente oplever en stigende interesse i psykiatrien.

Foruden deres faste aftale med en psykiater hver 14. dag fra Augustenborg, har de også holdt en temadag om psykiatri, og hvad man gør ved den i hverdagen. Værkstederne var også inviteret



med, for det var vigtigt at forene bosted og værksted i det psykiatriske arbejde.

Omkring 60 procent af beboerne får psykofarmaka i dag.

“Og Ja! Der skal ryddes mere op i det. Men det er en langsommelig proces, fordi meget af den medicin beboerne får er vanedannende. Det er en form for justering, der skal til. Nogen skal af med medicinen. Nogen skal have medicinen. Men jeg har da også mine bekymringer over, hvad der sker, hvis vi trapper ud, for med meget af det tager det lang, lang tid, inden du ser, om der er en effekt, og hvilken effekt det så er.” fortæller Bente Ravn.

Noget af hendes arbejde er også at aflive myter om f.eks de nyere antidepressiva.

“Medarbejderne havde mange fordomme overfor »lykkepiller«. Men de blev da delvist aflivet, da vi i samråd med psykiateren havde givet dem til en ekstremt ritualiserende beboer, der næsten intet orkede i sin hverdag. Efter et stykke tid med »lykkepillerne« kunne han pludselig deltage i dag-tilbud og havde overskud til meget mere.”

Udgangspunktet for Bente Ravns arbejde er en hjemmesygeplejerske-model. Hun kontakter afdelingerne om morgenen for at høre, om der er noget, hun skal se på. Det kan være alt fra neglesvamp, krampeanfald til alvorlige lidelser.

Personalet kan også ringe efter hende i løbet af dagen. Hun har sit kontor på Løgumgård. Bente er også med, når lægen og psykiateren går rundt. Og så underviser hun i medicin og i andre emner, som personalet ønsker.

“Der er utroligt mange af de teknikker, du bruger i normalpsykiatrien, du godt kan sætte på parkeringspladsen i arbejdet med udviklingshæmmede. For de stiller nogle helt andre krav til dig. Det menneske du har med at gøre kan være et individ, der måske både er hjerneskadet, har epilepsi og er eventuel autist. Og tit er det ikke, som det står i bøgerne. For et er et søkort at forstå - et andet er et skib at føre. Samtidig er de udviklingshæmmede med sindslidelser lavstatus. Det er ikke et område, der høster laurbær ude omkring, forklarer Bente, der alligevel har tabt sit hjerte her.

Hun drømmer om flere specialuddannede læger, sygeplejersker og pædagoger indenfor området med de udviklingshæmmede og med en interesse i psykiatri. Og hun drømmer om specialafdelinger for psykisk syge udviklingshæmmede. Men hun håber her og nu på en opprioritering af uddannelsen af det eksisterende personale. For selv om de har været der i mange år, er de ifølge Bente Ravn også meget progressive.

Psykoterapi kan også være sund fornuft

[Af Mette Egelund Olsen]

“Problemerne skal løses der, hvor de opstår. Når det drejer sig om udviklingshæmmede, tror jeg man skal gøre terapien så konkret som muligt,” siger Esben Hougaard, lektor på Psykologisk institut i Århus. Han taler om psykoterapi. I første omgang kun generelt og så alligevel ikke. For selv om han siger, han ikke kender til gruppen af udviklingshæmmede, så har han alligevel været henne og rode i databasen og fundet frem til, hvad han kalder, sølle 8 referencer om psykoterapi og udviklingshæmmede siden 1966. Det er ikke meget. Men det er også et svært område at forske i. Terapien og dens virkninger.

“Generelt er det sådan, at psykoterapi er på fremmarch og er mere accepteret i det etablerede system. Der er sket en opblødning mellem fronterne. Psykiaterne har taget terapien til sig, og psykologerne har indset, at biologien og den medicinske behandling kan gå hånd i hånd med den psykologiske. For når man kommer ind i hjernen, er det svært at skelne mellem, hvad der fysisk og hvad der er psykisk. Der er i dag en større forståelse for, at medicin og psykoterapi kan virke sammen,” fortæller Esben Hougaard. Han pointerer dog, at Danmark stadig sakker lidt bagud med udviklingen og åbningen, da vi hænger mere fast i den biologiske tradition.

“Men samtidig med den voksende accept af psykoterapien kommer også de større krav til kontrollerede forskningsresultater, der ikke blot bygger på teori og praksis erfaring. Og her kommer den kognitive psykoterapi ind i billedet. Det er særligt den, det etablerede system har taget til sig. For den har mange effektive undersøgelser bag sig. Den er veldokumenteret.”

Esben Hougaard tror mest på den konkrete strategi, når det handler om psykoterapi med udviklingshæmmede. Det skal være mere adfærdsorienteret. En konkret hjælp til konkrete lidelser. En problemorienteret terapi der arbejder med struktur, aktivitet, støtte og målretning. Den kognitive terapi er en udbygning af den til tider og tidligere udskældte adfærdsterapi. I dag har den kognitive terapi fået indsigten integreret i sig samtidig med, at den har en friere måde at forholde sig til metoderne på.

“Men nu er det jo også sådan, at alt der giver rum og forståelse virker. Bare det at et andet menneske lytter og forstår kan virke fremmende på helbredet. Bare det at være i en meningsfuld dialog med et andet menneske kan have en gavnlig virkning. Enhver behandling der støtter og giver kontakt er derfor givet vis brugbar,” tilføjer Esben Hougaard og fortsætter:

“En god psykoterapeut er ikke nødvendigvis et menneske med en lang psykoterapeutisk baggrund. For det handler også om klientens tillid til terapeuten og så de uspecifikke metoder, forklarer Esben Hougaard.”

Særligt de sidste er en ekstrem vigtig faktor i terapi. En faktor der ikke er til at måle og veje. Meget af det der virker er muligheden for at tale med én, der har tid og én der lytter og forstår. Og det behøver man jo ikke nødvendigvis at have en lang psykoterapeutisk uddannelse for at kunne gøre, mener Esben Hougaard. Det kan mange af det allerede eksisterende personale på institutionerne og i de enkelte bofællesskaber.

“Men det er dog vigtigt med supervision og støtte i baggrunden fra f.eks en psykolog, pointerer Esben Hougaard, der ikke vil tage brødet ud af munden på sin egen stand. Han mener bare, at det er vigtigt at forstå, at det ikke er i elfenbenstårnet, at helbredelsen sidder. Det er nede på jorden iblandt mennesker. Det almindelige eller det udviklingshæmmede. Det er i en dialog og med virkemidler, der ingen formel har. For det er uspecifikt.

“Mange tror, at medicin bare er symptombehandling, mens det at tale med en psykolog er det eneste rigtige, men det passer ikke. Det ene virker ikke bedre end det andet. Og man skal heller ikke tro, at kun ekspertbaseret psykoterapi er alternativet til medicin. En engelsk undersøgelse viste, at bare det at have en besøgsven til kronisk depressive havde en gavnlige virkning. Det er common sense,” fortæller Esben Hougaard og forklarer videre, at man engang forsøgte at teste terapiens virkninger ved et forsøg, hvor to grup-

per modtog forskellig behandling. Den ene gruppe (placebo-gruppen) talte med en teknisk kliniker, der viste empati og varme men ikke brugte psykoterapeutiske teknikker. Det gjorde derimod psykoterapeuterne overfor den anden gruppe. Resultatet viste, at der ingen forskel i virkning var mellem de to grupper. Det virkede lige godt!

Nu skal alle jo heller ikke gå hen og lave psykoterapi. Man kan godt komme til at skade et skrøbeligt menneske, hvis man arbejder meget aggressivt på at nedbryde forsvar.

“Men støttende og struktureret common sense - det skader aldrig,” pointerer Esben Hougaard.

Han tror, at man overfor de allerbedst fungerende udviklingshæmmede til tider kan anvende de samme traditionelle psykoterapeutiske teknikker - også den psykodynamiske - som man bruger overfor normale. Både som gruppeterapi og individuel terapi. Men det er vigtigt at være opmærksom på, at selve kontakten (og ikke så meget teknikken) mellem terapeuten og klienten er meget vigtig. For den lidt svære udviklingshæmmede med den ringere begavelse vil den psykodynamiske indsigt ikke være vejen, mener Esben Hougaard. For den indsigt fokuserende psykodynamiske psykoterapi kræver en vis grad af intelligens. Her handler det mere om indsigt og ikke om støtte.

“Man taler om, at den indsigt fokuserede psykodynamiske psykoterapi bedst egner sig til den gruppe, man kalder for Yavis (young, attractive, verbal, intelligent, succesfull) Altså til de unge, attraktive, verbale, intelligente og succesfulde mennesker!”

Hvad er psykoterapi?

[Af Per Lindsø Larsen]

- Auntie, tal til mig! Jeg er bange, når det er så mørkt!
- Hvad gavn skulle det gøre, du kan jo ikke se mig!
- Det er lige meget. Når blot nogen taler til mig, bliver der lys!

Ordet »Psykoterapi« fremkalder hos mange stadig billedet af klienten, der ligger på sofaen og snakker lystigt med sig selv, mens terapeuten sidder i en stol i baggrunden og småsovende er ved at tabe papirblok og pen.

Frem til 1960'erne var psykoterapi nært knyttet til Sigmund Freuds psykoanalytiske teorier. Freud omtalte selv sin behandlingsform som "talekuren". Klienten skulle ved hjælp af den frie association lade tanke- og talestrømmen flyde, og terapeuten i mindst mulig omfang gribe ind. Herfra det ofte sete vittighedsbillede.

Behov for andre

Behovet for andre terapimetoder opstod, ikke mindst fordi den traditionelle psykoanalyse var meget ressourcekrævende. Flere samtaler om ugen i adskillige år var ikke unormalt. Samtidig blev flere behandlere i stigende grad af den opfattelse, at psykoanalyse var mest til gavn for velbegavede unge, der – terapi eller ej – alligevel

befandt sig i en naturlig personlighedsmæssig modningsperiode.

En række nye og ofte mere målrettede terapiformer skød op. I 1980'erne kunne man opgøre antallet af former for psykoterapi til mere end 200 og tallet har siden været støt voksende. Der ligger ofte vidt forskellige – og indbyrdes modstridende – psykologiske teorier og referencerammer bag de mange former for psykoterapi. Det har også medført at psykoterapi-begrebet har ændret sig og er blevet mere diffust.

I gamle dage

I det traditionelle psykoterapi-begreb lå der, at den baserede sig på en psykodynamisk forståelse og at psykoterapiens formål var "helbredelse fra grunden": Ved f.eks. at bevidstgøre og nyfortolke smertelige og fortrængte barndomserindringer fjernedes grundlaget for klientens problemvoldende symptomer. Hermed lå der også en konkret grænse mellem psykoterapiens dybdegående bearbejdning af klientens fortid og den almindelige støtte, hjælp, rådgivning og opbakning som klienten kunne modtage fra familie, venner og andre velmenende mennesker.

Rådgivning contra terapi

Mange nyere terapiformer interesserer sig imidlertid ikke for de oprindelige årsager, men f.eks.

mere for at ændre klientens egen oplevelse og forståelse af symptomerne og de situationer, hvor de kommer til syne. Hermed udviskes let det synlige skel mellem f.eks. rådgivning, pædagogisk arbejde og terapi. I mange sammenhænge bruges begrebet nu snarere til at sige noget om terapeuten mere end om indholdet. Populært sagt udfører en fysioterapeut fysioterapi, mens en psykoterapeut udfører psykoterapi. En skolelærer kan jævnligt tage en fortrolig snak med en elev, der har konkrete problemer. Det er rådgivning. Hvis elevens samtalepartner var en skolepsykolog vil man måske have omtalt det som "terapeutiske samtaler".

En pædagog kan i samtaler give en udviklingshæmmet beboer støtte, råd og opbakning. Det er pædagogisk arbejde. Var pædagogen psykolog, ville man muligvis kalde den samme indsats for jeg-støttende samtaleterapi.

Næsten terapi

Når psykoterapi bringes i sammenhæng med udviklingshæmning kan grænsen være endnu vanskeligere at skelne, og Robert Fletcher argumenter da også i bogen "Mental health aspects of Mental Retardation" for at der ikke er fyldestgørende grunde til at opretholde psykoterapi som noget selvstændigt adskilt fra øvrige pædagogiske eller psykologiske tiltag. En bevidst, målrettet pædagogisk indsats kan siges at indeholde samme ingredienser som psykoterapi.

Ikke alle vil være enige med Robert Fletcher i denne vurdering, og i hvert fald kan man sige, at det kan være værdifuldt at fastholde psykoterapi som kendetegnet ved nogle særlige omstændigheder:

Klienten opsøger terapeuten i tillid til, at denne

har særlige faglige forudsætninger for, på et psykologisk teorigrundlag at kunne hjælpe med klientens psykologiske problem, og klient og terapeut forpligter sig gensidigt til at samarbejde gennem terapiforløbet om denne konkrete opgave.



2 hovedretninger

Den internationale litteratur om anvendelse af psykoterapi for udviklingshæmmede viser, at to hovedretninger har gjort sig gældende.

En psykodynamisk retning teoretisk baseret på en psykoanalytisk forståelse, men på forskellige måder modificeret til brug for udviklingshæmmede. I denne terapiretning spiller den udviklingshæmmedes fortid og erindringer en betydelig rolle. Terapien er f.eks. åben for at kritiske faser i klientens barndom kan være grundlæggende for de øjeblikkelige psykologiske problemer. Fortrængning og andre forsvarsmekanismer spiller en central rolle for forståelsen af klientens situation, men ofte indtager psykoterapeuten, når terapien anvendes med udviklingshæmmede klienter, en mere aktiv og tolkende rolle.

I *Vipu Viden* årg. 2, nr. 2 bragtes et interview med Valerie Sinason fra Tavistock Clinic, der beskriver det psykoterapeutiske arbejde med udviklingshæmmede med afsæt i en psykoanalytisk orientering.

Den anden hovedretning er adfærdsterapeutisk og spænder vidt fra kognitiv psykoterapi til traditionel adfærdsterapi eller adfærdsmodifikation.

Fællesnævneren for den adfærdsterapeutiske retning er, at den lægger mindre vægt på klientens fortid og de begivenheder, der måske i sin tid lagde grunden til de eksisterende psykologiske problemer. I den kognitive adfærdsterapi vil terapeuten i højere grad betone klientens øjeblikkelige situation og den forståelse af sig selv og omverdenen, der for klienten danner forbindelsen mellem følelser, tanker og adfærdsmæssige reaktioner.

Den finske psykolog Leena Heikkilä fremlagde på IASSID's verdenskongres i august 2000 nogle lovende resultater fra anvendelse af den særlige form for kognitiv terapi for udviklingshæmmede, hun kalder for kompetenceterapi.

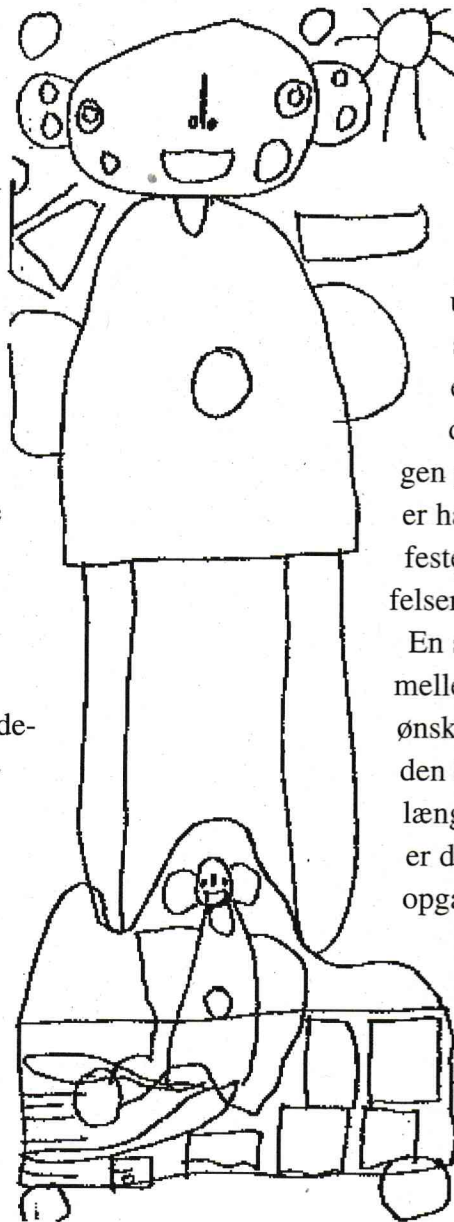
Kompetence-terapien arbejder med fire hovedelementer: Handlinger, følelser, personlige ressourcer og motivation.

Psykologiske problemer opstår, når forholdet mellem de fire elementer har konstrueret sig og låst sig fast på en uheldig måde. Det er terapeu-

tens opgave at hjælpe med den kognitive og følelsesmæssige omstrukturering, der skaber en mere realistisk og hensigtsmæssig konstruktion. Et lidt forenklet eksempel kan belyse dette: En udviklingshæmmet mand er ulykkelig over, at han ikke er i stand til at finde en kæreste. Det er ikke lykkedes ham i flere år, og det har overbevist ham om, at ingen piger er interesseret i ham. Derfor er han også holdt op med at komme til fester og lign. for ikke at få flere skuffelser.

En sådan konstruktion af forholdet mellem egen kompetence, handlinger, ønsker og følelser er ulykkelig, fordi den ikke har nogen udvej og blot kører længere ned ad en negativ spiral. Her er det, at kompetenceterapien har til opgave at åbne vej for en mere realistisk konstruktion, der giver udviklingsmuligheder. Den kan f.eks. være: Klienten har aldrig deltaget i fester eller lignende, hvor han har haft mulighed for at finde sig en kæreste. Derfor har han efterhånden fået den forkerte opfattelse, at der ikke

er nogen piger, der er interesseret i ham, og den fejlslutning har gjort ham ulykkelig og skuffet. I første fase af terapien vil klienten måske kun-



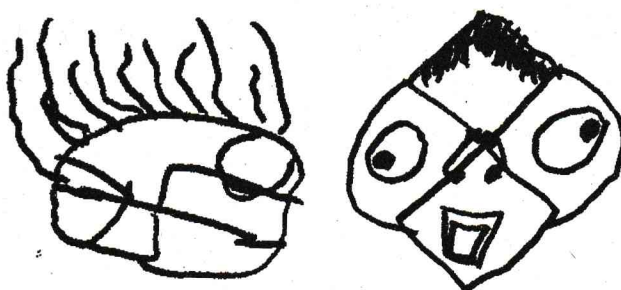
ne se noget fornuftigt, i den nye konstruktion, og selv om den endnu ikke føles rigtig for ham, så indvilger han i forsøgsmæssigt at handle som om, den var rigtig. Er den nye forståelse mere realistisk konstrueret, så vil nye erfaringer i hverdagen bekræfte den og efterhånden vil den internaliseres, så den for klienten også føles rigtig.

En mere bastant form for adfærdsterapi – adfærdsmodifikation – har historisk spillet en væsentlig rolle især i forhold til adfærdsforstyrrelser hos personer med mere omfattende udviklingshæmning. Strengt taget hører den ikke under egentlig psykoterapi, idet terapeutens rolle her mere er diagnosticerende og superviserende, mens det daglige pædagogiske arbejde i væsentlig grad udgør den terapeutiske situation. I adfærdsmodifikationen er de centrale forudsætninger, at en given adfærd forstærkes eller svækkes alt efter om responsen fra omgivelserne er positiv eller negativ. Historisk har den sit teoretiske udsping helt tilbage i Pavlov's berømte hundeforsøg, og adfærdsmodifikation er da også til tider nedladende blevet kaldt "hundedressur". Det er misvisende, fordi adfærdsmodifikation er et naturligt led i alle sociale aktiviteter. Vores adfærd bliver til stadighed modificeret af den reaktion vi modtager fra andre, hvad enten det er i familien, på arbejde eller i andre sammenhænge. I børneopdragelse spiller adfærdsmodifikation en åbenlys rolle, og ligesom de fleste forældre har oplevet, hvor problematisk det kan være, hvis forældrene indbyrdes har forskellige reaktioner på en uheldig adfærd hos barnet, så er det også et vigtigt led i den terapeutiske anvendelse af adfærdsmodifikation at sikre ensartede og let gennem-

skuelige reaktioner på en given uheldig adfærd, f.eks. selvskaden. Adfærdsforstyrrelser hos svært udviklingshæmmede kan mange gange være vanskelige fornuftsmæssigt at tolke, og inviterer derfor let til vidt forskellige reaktioner fra forskellige personer i miljøet. Herved fastholdes let en uheldig adfærd.

Adfærdsterapien har de seneste år bevæget sig meget i retning af at anvende positive forstærkende elementer mere end negative, aversive elementer. Forkæretret eller ej, så vil adfærdsmodifikation altid være en integreret del af det pædagogiske arbejde. En særlig variant af adfærdsmodifikationen nyder i disse år udbredt popularitet under navnet "Gentle Teaching".

Den psykoanalytiske og den adfærdsterapeutiske retning er på mange måder modstridende i grundopfattelserne. Mens f.eks. den adfærdsterapeu-



tiske retning interesserer sig meget lidt for klientens fortid, så vil den psykoanalytiske retning snarere sige, at så længe de grundliggende årsager bag problemerne ikke er afdækket, vil adfærdsterapi være symptombehandling hvor problemer blot dukker frem i nye skikkelser.

Virker psykoterapi?

[Af Per Lindsø Larsen]

Psykoterapi fremtræder for de fleste som en tiltalende og sympatisk behandlingsform. Her er samtalskraft alene virkemidlet, uden anvendelse af kemiske medikamenter og dertil hørende bivirkninger.

Muligvis er dette sympatiske træk årsagen til, at der i almindelighed har været forbavsende ringe interesse for at få besvaret et så centralt spørgsmål som:

Virker psykoterapi overhovedet?

På mange måder burde erfaringen ellers indgyde til en grad af skepsis. Nye terapiformer dukker med jævne mellemrum op og vinder stor popularitet. Få år senere er de nærmest glemte og har end ikke sat sig nævneværdige teoretiske spor. Sundhedspersonaler har ofret tid og penge på terapeutiske uddannelser i tidens hotte terapier, og få år senere er der ikke andet tilbage end gulnede diplomer. På det frie marked blev terapierne vejret og fundet for lette. Brugen i hverdagen viste, at virkningen enten helt udeblev, eller ikke stod mål med anstrengelserne og omkostningerne.

Psykoterapiens historie viser et tydeligt mønster. Nye terapiformer og psykoterapeutiske retninger bliver ofte igangsat af meget karismatiske enkeltpersoner, der i kraft af deres store udstrå-

ling og energi formår at skabe engagement og forandring omkring sig. De er i kraft af deres personlighed fremragende psykoterapeuter, men i samme øjeblik mindre karismatiske elever forsøger at gå i fodsporene, så udebliver resultaterne. Terapien stod og faldt med terapeutens personlige kvaliteter og havde ikke det solide teoretiske psykologiske fundament, der gjorde terapiformen i stand til at overleve uafhængigt af enkeltpersoner.

Den internationale litteratur om erfaringer fra psykoterapi med udviklingshæmmede er ikke omfattende. I høj grad består den af beskrivelser af enkelt-cases. Sådanne beretninger kan virke meget overbevisende, men videnskabeligt set vejer de ikke tungt. Alene det forhold, at terapeuter ofte fortæller om deres succeshistorier og sjældent om deres fiaskoer, gør disse cases til mindre troværdige vidner.

Inden for de senere år har der dog været flere forsøg på en mere videnskabelig evaluering af effekten af forskellige former for psykoterapi med udviklingshæmmede. Her er fremgangsmåden sædvanligvis, at et antal klienter måles med forskellige objektive psykologiske tester inden terapiforløbet. Efter terapien er afsluttet undersøges de igen med de samme tester, for på denne

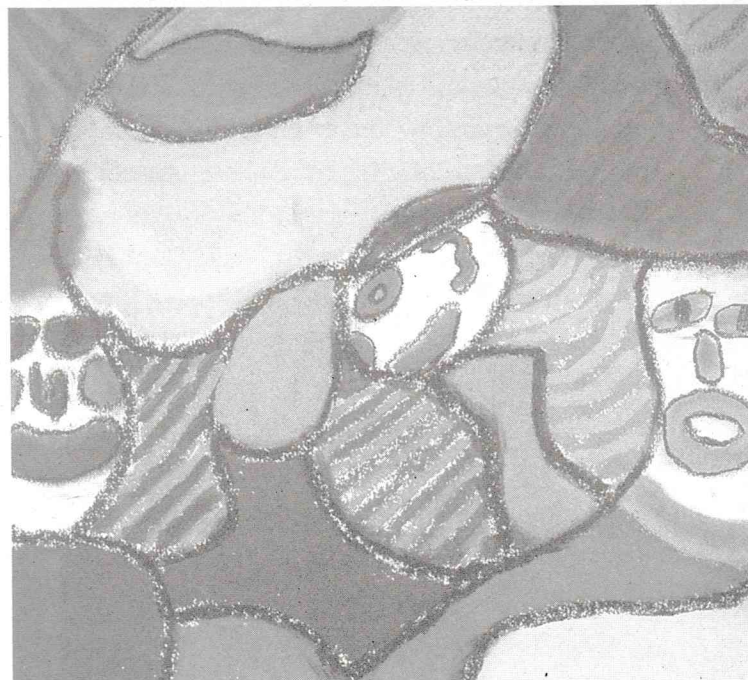
måde at undersøge, om der reelt er indtruffet en bedring i den psykiske tilstand. Hvis dette er tilfældet, tilskrives psykoterapien som oftest at have haft en virkning.

Desværre er virkeligheden ikke helt så enkel. F.eks. er udviklingshæmmede med en lettere depression en typisk målgruppe for psykoterapi. Men da lettere depressionstilstande af endogen art typisk ubehandlet vil gå i sig selv efter nogle måneders forløb, er det rimeligt at antage at denne gruppe i de fleste tilfælde vil opleve bedring uanset om de modtog terapi eller ej.

Adfærdsforstyrrelser er et andet typisk problem, der kan søges behandlet psykoterapeutisk. Men uden for terapilokalet medfører en problematisk adfærd naturligt en ændret respons fra medbeboere, pædagogisk personale, venner og familie. Disse ofte ubevidste processer kan i sig selv have en adfærdsmodificerende effekt. Er det den eller psykoterapien der virker?

Et andet ofte uafklaret spørgsmål er, om den virkning psykoterapien måtte have er af permanent karakter, eller så at sige kun holder klienten oppe mens terapien står på.

For at komme sådanne uafklarede tvivlsspørgsmål til livs, har den almindelige forskning i psykoterapi i de senere år gjort store bestræbelser på



at udvikle videnskabelige metoder til en mere stringent evaluering af effekten af terapi. Denne udvikling har på mange måder været til gavn og bidraget til forbedrede psykoterapeutiske metoder og teknikker, og man må håbe, at en mere videnskabelig effektevaluering med tiden også vil vinde indpas i forhold til de terapiformer, der særligt anvendes med udviklingshæmmede.

En moderne klassiker i psykoterapiforskningen er bogen »Short-term analytically oriented psychotherapy vs. behaviour therapy«. Her beskriver forskere fra Temple University en undersøgelse af effekten af henholdsvis psykoanalytisk orienteret terapi og adfærdsterapi. Undersøgelsen er bemærkelsesværdig, fordi den var blandt de første, der forsøgte en mere dybdegående analyse af effekten af psykoterapi, og således kom til at danne skole for mange senere undersøgelser. Selv om den altså omfatter ikke-udviklingshæmmede,

er dens metoder og resultater interessante.

I undersøgelsen indgik 94 klienter med let til middelsvære psykiske problemer (diagnosticeret med neurotiske problemer eller personlighedsforstyrrelser), der blev fordelt tilfældigt i tre grupper.

Den ene gruppe modtog psykoanalytisk orienteret korttidsterapi, den anden gruppe adfærdsterapi og den tredje gruppe blev sat på venteliste med lovning om behandling senere. Alle psykoterapeuter var velrenommerede med mange års terapeutisk erfaring indenfor deres felt.

Før terapien blev sat i gang gennemgik alle 94 klienter en omfattende forundersøgelse af uafhængige psykiatere, ligesom de blev målt på en række psykologiske tests. Også klientens egen og pårørendes vurdering blev inddraget.

Efter terapi-perioden på 4 måneder blev alle klienter tilsvarende efterundersøgt. Resultatet viste, at alle tre grupper havde oplevet en signifikant bedring. Altså også gruppen, der blot stod

på venteliste. Gruppen der havde modtaget adfærdsterapi oplevede den største bedring, efterfulgt af gruppen, der havde modtaget analytisk terapi og ventelisteliste-gruppen.

Et år efter terapien blev de tre grupper igen undersøgt, og alle tre grupper havde oplevet yderligere bedring. Der kunne nu ikke længere måles signifikant forskel mellem gruppen, der havde modtaget psykoanalytisk orienteret terapi og gruppen, der stadig stod på venteliste.

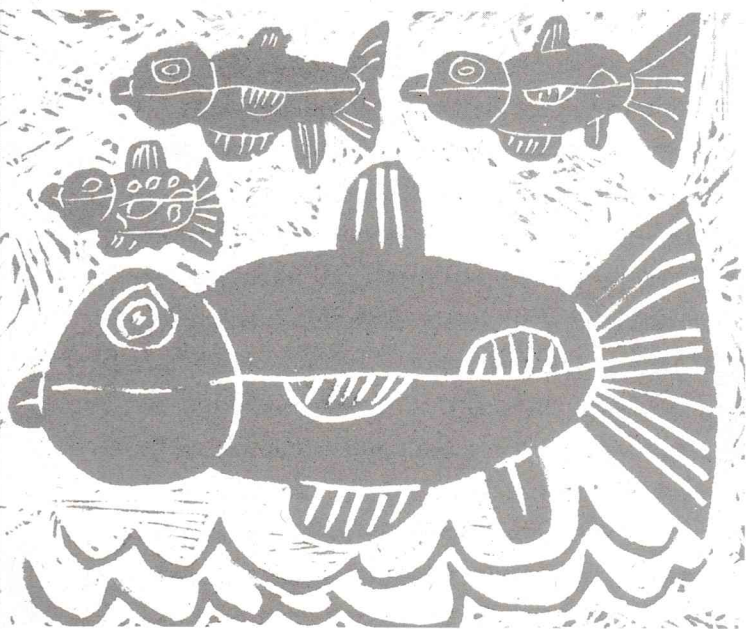
Undersøgelsen har flere vigtige pointer. Dels viser den vigtigheden af at have en kontrolgruppe, når behandlingseffekten af en psykoterapeutisk metode skal vurderes. I andre undersøgelser har man anvendt »placebo-terapi«. Dvs. en gruppe der i stedet for psykoterapi blot fik samtaler med en person uden nogen terapeutisk erfaring. Noget overraskende har nogle undersøgelser fundet at en sådan kontrolgruppe kan opnå samme grad af bedring, som en gruppe, der får reel psykoterapi.

Undersøgelsen viser også, at »follow-up« undersøgelser er vigtige for at dokumentere, om terapien blot har en forbigående virkning eller effekten er af mere varig karakter.

Endelig rejser undersøgelsen det interessante spørgsmål:

Hvordan kan to terapiformer, der baserer sig på indbyrdes modstridende psykologiske teorier begge virke?

For at besvare sådanne spørgsmål, har en gren af forskningen i psykoterapi, procesforskningen, lagt vægt på at undersøge hvilke elementer i terapiforløbet, der har betydning for udfaldet af terapien. En af de vigtigste faktorer har vist sig at være kvaliteten af det forhold, som det lykkes at etablere mellem klient og terapeut. Jo mere posi-



tivt forholdet er, desto bedre er behandlingseffekten. Nogle forskere vil endda hævde, at denne faktor er af større betydning for udfaldet end hvilken psykologisk teori, der ligger til grund for terapien.

Generelt har de sidste årtiers forskning i effekten af psykoterapi vist, at psykoterapi virker, men den har også vist, at ikke alt hvad der umiddelbart glimrer også er guld.

Interessen for mere videnskabelige metoder i evalueringen af psykoterapi, er utvivlsomt noget af det bedste, der er sket området.

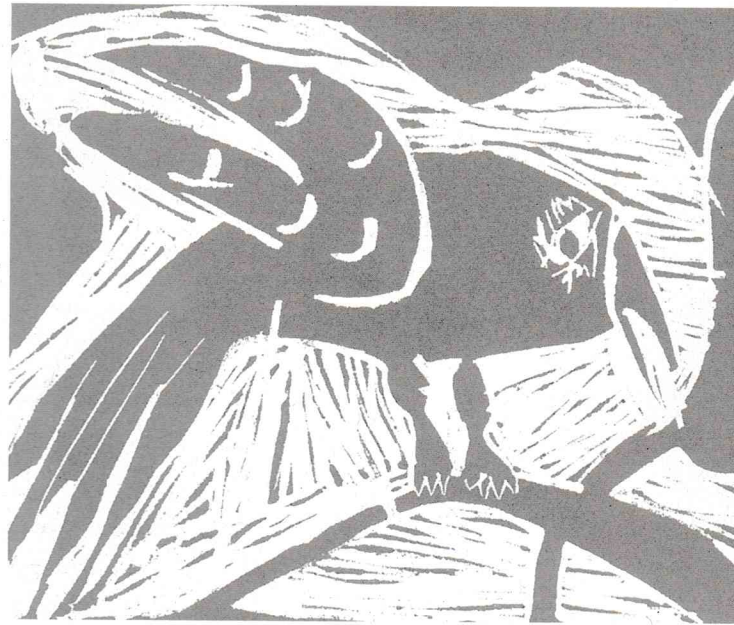
Forudsætningen for fortsat udvikling af bedre metoder og teknikker er naturligvis at det virkningsløse bliver sorteret fra og at kræfterne samles om de psykoterapeutiske retninger, der tåler at blive gået efter i kortene.

Når f.eks. den kognitive terapi de senere år er kommet i betydelig fokus, skyldes det ikke mindst, at den gennem en lang række solide videnskabelige effektundersøgelser har kunnet dokumentere en betydelig behandlingseffekt, særligt overfor angst og depressionstilstande.

Flere forhold gør det indlysende at terapietningers effekt ikke umiddelbart garanterer en tilsvarende effekt, når de anvendes på udviklingshæmmede klienter. I mange tilfælde er de terapiformer, der anvendes omstrukturerede metoder og nye teknikker.

Mens der er mange positive og lovende tendenser i den internationale forskningslitteratur om psykoterapi med udviklingshæmmede, så lader interessen for en mere kritisk og stringent videnskabelig evaluering af behandlingseffekten indenfor dette særlige område stadig meget tilbage at ønske. Hermed risikeres det ikke bare, at ressourcer bliver anvendt på psykoterapeutiske til-

tag, der i længden viser sig at være virkningsmagre. Det alvorligste er, at manglen på interesse for grundige effektevalueringer af den psykoterapi, der stilles til rådighed for udviklingshæmmede, let risikerer at betyde, at området ikke får det samme kvalitetsløft som den psykoterapeutiske udvikling i almindelighed nyder i disse år.



I Danmark er situationen for så vidt endnu mere sørgelig eftersom psykoterapeutisk behandlingsmuligheder for udviklingshæmmede er nærmest fraværende og kun holdes nødtørftigt oppe af enkelte engagerede ildsjæle. Set positivt, så giver det os muligheden for fra starten af at sikre en videnskabelig kvalitetskontrol af de psykoterapeutiske behandlingsmuligheder, der iværksættes. Hermed vil grunden være lagt for en kvalitetsudvikling på det psykoterapeutiske område, der kan bringe os fra rollen som agterlanterne frem forrest i det internationale felt. Men det kræver selvfølgelig, at vi kommer i gang!

Engelsk undersøgelse af psykoterapi

[Af Per Lindsø Larsen]

IASSID's 11. verdenskongres i Seattle afslørede en stigende interesse for psykoterapeutiske tiltag for udviklingshæmmede og heldigvis også en stigende interesse for mere troværdige videnskabelige evalueringer af terapieffekten.

Nigel Beail fra St. George's Hospital i London, fremlagde resultatet af en foreløbig undersøgelse, der baserede sig på 20 udviklingshæmmede (IQ 50-70), der på klinikken havde modtaget psykoterapeutiske samtaleforløb. Der var tale om terapi i den psyko-dynamiske retning, som har en god udbredelse i England.

Alle var henvist til klinikken med forskellige adfærdsproblemer. Hovedparten (9 personer) havde uhensigtsmæssig aggressiv adfærd, 3 havde seksuelle adfærdsproblemer. Endvidere var der blandt de 19 deltagere også udviklingshæmmede med depressive eller psykotiske lidelser.

Alle henviste var voksne (17-48 år) med en gennemsnitsalder på 29 år. Længden af de

enkelte terapiforløb varierede fra 5 til 48 sessioner. Gennemsnitlig modtog deltagerne 13 samtaler.

Deltagere blev inden terapiforløbet testet med tre anerkendte ratingskalaer, Psychiatric Symptom Checklist, Inventory of Interpersonal Problem og Rosenberg Self-Esteem Scale. Tilsvarende tests blev gennemført efter afslutning af terapiforløbet og igen 3 måneder senere.

På alle tre skalaer viste deltagerne signifikant fremgang i løbet af terapiforløbet og effekten fandtes at holde sig ved follow-up undersøgelsen 3 måneder senere. Særlig viste deltagerne en øget selvtillid, bedre kontrol med egne følelser og lettere ved social omgang.

Der er stadig mange ubesvarede spørgsmål i den endnu ikke publicerede undersøgelse, men i betragtning af den eksisterende mangel på dokumentation af psykoterapiens anvendelse blandt udviklingshæmmede, er de foreløbige resultater særdeles interessante.

OASEN I ØRKENEN

På besøg blandt udviklingshæmmede i Californien

[Af Mette Egelund Olsen]

Varmen står ørkenagtig rundt omkring os. Det var endnu værre i sidste uge, fortæller de. Tørken har allerede svedet lidt i græsset og de lyse bygninger falder i farver naturligt ind i klimaet. Jeg står i midten af, hvad en dansker måske vil kalde for ørkenen. I en lille oase som ikke er så lille endda. For her er masser af liv. En hel lille by samlet omkring 675 udviklingshæmmede. Lanterman Developmental Center i Pomona i Californien. En kæmpe institution fra 1927 spredt ud på et stort område med mindre huse og bygninger. Enorm i vore øjne. Men dog stadig



Lanterman Developmental Center ligger midt i den tørre varme og er bosted for 675 moderat til svært udviklingshæmmede.

mindre end den var engang med 2000 beboere i 1970.

Udflytningen er igang. Men de fleste af dem, der nu bor i Pomona kommer ikke ud herfra. Og det er nok også det bedste for dem. For som Medical Director Elhamy Khalil siger, så er der dem, »der kan lide den stabilitet, kontinuerlig overvågning og mulighed for specialviden, der er i de store institutioner og der er dem, der ser stort som dårligt og småt som godt uden hensyn til hvilken service, der gives. Men ingen hverken enkeltpersoner, grupper eller organisationer har patent på sandheden. Alt andet vil være udtryk for arrogance. Men derfor kan man godt omstrukturere, lytte til hinanden og måske skabe en bredere tilgang til den service der tilbydes, forene nyt og gammelt og udstikke behovene og ikke mindst tilfredstille dem om det så er i det små eller i de store institutioner«.

Tilbage i varmen viser afdelingsleder Carol Jackson rundt. Hun er leder af projekt 4, der som overskrift har sanseudvikling og adfærdsregulering og omfatter 145 moderat til svært udviklingshæmmede med adfærdsforstyrrelser.

»De er ved at decentralisere. Men det gode ved det store er, at alt er her. Blandt andet vores eget hospital« fortæller Carol Jackson.

Lanterman Developmental Center

Californien har omkring 850.000 mennesker med udviklingshæmning. Heraf modtager 155.000 services gennem the State Department of Developmental Services. Cirka 3859 af disse bor på et af Californiens fem udviklingscentre, hvoraf Lanterman Developmental Center er et af dem.

Lanterman tager sig af de svært udviklingshæmmede som måske også har særlige fysiske eller adfærdsmæssige problemer.

Området dækker et areal på 150 hektar. Det består af 86 bygninger hvoraf de 23 er boenheder, 2 akuthospitalsafdelinger og en masse trænings- og arbejdssteder foruden en masse rekreative steder og aktiviteter.

Der er 675 udviklingshæmmede og i alt 1595 ansatte. Årligt indskrives cirka 10, mens der udskrives 20.

60 procent er mænd og 40 procent er kvinder. 97 procent af dem har en intelligenskvotient under 50. 70 procent har en IQ under 14 og 44 procent har en IQ under 9.

Hver 20'ende er under 18 år.

Hun låser op til et af områdets 86 bygninger. Et lille hyggeligt hus der i dansk målestok nok ville være bolig for 10, men som her tæller 37. Men så sover de også tre-fire i samme rum. Alle er mænd. Vi møder et par stykker lige indenfor døren. I de store lænestole slænger de sig. Stemningen er varm. Alle er imødekommende. Både klienter og personale, der som ø har det åbne kontor – skranken i midten. Alle er glade for at se Carol. En af dem følger os hen til sit værelse, sin seng og de få ejendele, der sætter hans præg på stedet: Kukuret på væggen. Troldmanden på skabet.

Det er ved at være frokosttid. Kantinen er som taget ud af en amerikansk film. Men vi er jo også i USA. Og forbilledet har også været en amerikansk café. Her er rød- og hvidternede duge på de små borde og en Coca Cola-automat i hjørnet. »For hvert enkelt menneske her er der sat en lang

række mål, der handler om bolig, uddannelse, job om det så blot er i fem minutter«, fortæller Carol Jackson. Til hver af de fem programmer som Lanterman er inddelt i (se oversigt andetsteds) er der tilknyttet cirka 3 socialrådgivere, 4-7 terapeuter (herunder blandt andet musikterapeuter og såkaldte »rehab-terapeuter« og talepædagoger), 4 lærere, 3 sygeplejersker og 4 læger. Der er på selve Lanterman Developmental Center altid en læge på vagt 24 timer i døgnet. Desuden er der psykiatriske plejere tilknyttet bostederne. Antallet kan ændres efter behov. Hvis en beboer f.eks skal på hospitalet, kan der altid sendes en plejer med. Foruden eget hospital råder centret også over et apotek, og for hvert program er der en farmaceut, og der er et klinikrum. Der er desuden en klinik for de ansatte, hvis de i forbindelse med arbejdet bliver skadet, en legestue og dagpleje for ansattes børn, egen blikkenslager, kæmpe køkken etc. En ø i sig selv. En verden for sig.



Bedårende dukker og tøjkaniner sælges fra institutionens egen butik. Produkterne skabes i samarbejde med de udviklingshæmmede, der hver deltager med det, de nu kan.

Omkring halvdelen af de udviklingshæmmede får psykofarmaka. Der er ingen psykiater ansat på selve stedet. Men 2 privat-praktiserende psykiatere servicerer hele institutionen.

Varmen virker pågående. Jeg kaster blik mod centrets swimmingpool. Carol færdes hjemmevant med sine solbriller i varmen. Her hilses på alle. Tonen er som vejret, varm. Hun åbner op til et af husene. Det interaktive hus. Her er både musikrum, massagerum og et kæmpe stort rum, bygget op omkring handling og effekt. Der er bygget sjove landskaber, hvor man f.eks trykker på en stor blå knap og ser et lille egern titte frem. Bygningen rummer også over et aktivitetsrum, hvor der kan farves, klippes og klistres etc. og et sanserum.

Der arbejdes meget med træning og aktiviteter. Arbejde er også en del af hverdagen. De udviklingshæmmede deltager selvfølgelig alt efter på hvilket plan, de kan. Det kan være arbejde med genbrug eller havearbejde eller dele til håndværksbutikken, der sælger bedårende håndlavede dukker. Lige nu er man igang med at istandsætte et af husene og omdanne det til et fantasifuldt indrettet og dekoreret træningssted for blandt andet sociale færdigheder og andre arbejdsmæssige færdigheder der »ligner« det, der foregår udenfor Lanterman. Der er blandt andet et »post og kopirum«, hvor beboerne kan lære den slags færdigheder. Og så er der også »spillerummet«, hvor der skal opstilles spillemaskiner og så er der teater og filmrummet. Her hersker belønningsprincippet lidt som en motivation. Hvis nu du arbejder lidt først, så må du godt bagefter gå hen og spille.

Hvert år laves der en ny handlingsplan for hver enkelt beboer på Lanterman Developmental Center.

Lanterman er delt ind i 5 klientprogrammer:

Program 1 (Akut medicinsk og vedvarende pleje)

– der foruden akut 24 timers sygepleje tager sig af de svært udviklingshæmmede med svære fysiske handicap, der kræver konstant overvågning og pleje.

Program 2 (Adfærdsregulering) – der omhandler de udviklingshæmmede med meget alvorlige adfærdsproblemer. Her gives individuelle træningsprogrammer i adfærdsmodifikation.

Program 3 (Fysisk og social udvikling)

– omhandler blandt andet udviklingshæmmede med motoriske og fysiske handicap.

Program 4 (Sanseudvikling og adfærdsregulering)

– har med de moderat til svært udviklingshæmmede at gøre, der også kan have adfærdsproblemer. Der trænes blandt andet i selvhjulpethed, socialisering, mobilitet og kommunikation. Der er desuden en afdeling for blinde, døve og døvblinde.

Program 5 (Adfærdsregulering og social udvikling)

– retter sig mod de udviklingshæmmede, man søger at sluse ud i samfundet eller forbereder dem på et succesfuldt liv i mindre restriktive omgivelser. Der arbejdes blandt andet også på, at få dem ud i betalt arbejde.



Carol Jackson er tidligere musikterapeut og nu afdelingsleder på Projekt 4, på den store californiske institution Lanterman Developmental Center i Pomona. Bag døren bor 37 udviklingshæmmede mænd.

DANSK på AMERIKANSK JORD

[Af Mette Egelund Olsen]

I hverdagen

“Enten får jeg lov til at lave musikterapi eller også går jeg min vej”. Sådan lød det i hårde vikingeord fra danske Anne Winther-Rasmussen, da hun efter kort tid som ansat på Lanterman Developmental Center i Pamona, Californien, fandt ud af, at selv om man er ansat som musikterapeut betyder det ikke, at man arbejder som sådan. Men ordene hjalp. De ville gerne beholde Anne, og musikterapien blev genetableret.

Anne var ansat 2 og et halvt år på program 4 – særligt tilknyttet afdelingen med blinde og døve. I alt har hun arbejdet 9 år i Californien og er i dag tilbage i Danmark som musikterapeut, der arbejder bredt med både udviklingshæmmede og psykisk syge. Hun har derfor alle muligheder for at sammenligne forholdene for de udviklingshæmmede i USA og Danmark.

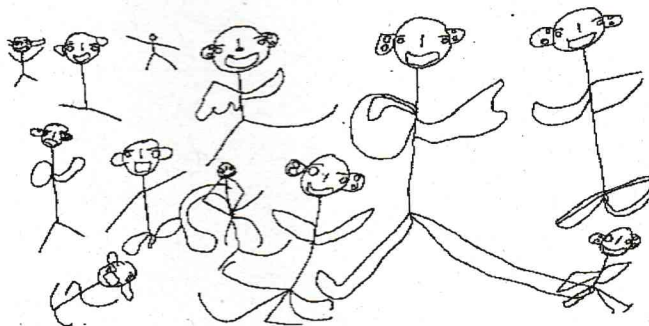
“Californien er langt mere handicapvenligt og tilgængeligt end Danmark. Fordelen er, at der overalt er f.eks. ramper til kørestole og handicap-toiletter. Der er en masse restriktioner, der skal overholdes ved byggeri. Til gengæld følte jeg det som at træde ind i en luksusbolig, da jeg hjemme i Danmark så en dansk institution,” fortæller Anne Winther-Rasmussen.

Hun boede på østkysten med sin mand indtil, de var ved at være trætte af ikke at kunne finde rele-

vant arbejde. De ville til Los Angeles. Anne søgte job, før hun kom derud, blev interviewet pr. langdistance og fik jobbet dagen efter, hun kom til L.A.

Det blev – som det nu engang er i Californien – en lang arbejdsdag med lang transportid. Mindre ferie. Men mere i løn, da skatten kun var på 20 procent.

“Til gengæld er der det problem med fuldtidsstillinger, at der også skal laves så meget andet. Der er meget papirarbejde. 30-50 procent af arbejdet går op i papir. Alt skal dokumenteres for staten er bange for, at dens midler misbruges. Der er ikke den samme tillid som inden for vores eget system,” siger Anne Winther-Rasmussen og fortsætter:



“Der er en større forståelse i USA for de udviklingshæmmende, end der er for de psykisk syge. Der er færre midler til psykisk syge. Det hænger sammen med, at man opfatter de to grupper for-

skelligt. Udviklingshæmningen ser man mere som noget genetisk. Man har stor medlidenhed og forståelse for denne gruppe, mens de psykisk syge på den ene side ligner os almindelige menne-sker mere og på den anden side skræmmer os med deres udtryk. Man ser ikke hjemløse udviklingshæmmede i USA men mange psykisk syge hjemløse. De er en gruppe, der er let ryger ud af samfundet.”

På Lanterman Developmental Center og nok også i Californien og måske også USA som helhed vægter man fritids- og arbejdsaktiviteter meget højt samt specialundervisningen af udviklingshæmmede. Den filosofiske overordnede retning er adfærdsterapien. Desuden vægter man meget ekspert viden fra f.eks læger, psykologer, farmaceuter og sygeplejersker. Det gælder om at motivere og aktivere til meningsfulde aktiviteter. Man begynder meget tidligt med det enkelte individ.

“Og noget af træningen er måske nok også overgearet. Der er træningsprogrammer indenfor alt. Og de kører gerne i årevis. Der er f.eks spisetræningsprogrammer, hvor de udviklingshæmmede skal lære at spise med gaffel. Her hjemme vil vi nok ikke gå så bestemt til værks men mere se på, om vedkommende nu også har brug for at lære det. Og ærlig talt. Man kan lave mange flotte programmer, som der så ikke er tid til at følge op på.”

Anne Winther-Rasmussens arbejde med svært belastede klienter blev også arbejdet på at finde alternative tilgange til klienterne. Når det drejede sig om f.eks døve udviklingshæmmede måtte hun bruge blandt andet vibrationer i sit musikterapeutiske arbejde. Med andre igen, var det ikke så meget det analytiske arbejde, hun skulle præ-

stere, men her gjaldt det måske om at få klienten til at holde på en maracas i 10 sekunder.

“En amerikansk musikterapeut er mange ting og retninger. På vestkysten har de fleste musikterapeuter en bachelor-uddannelse og ikke en master-uddannelse som i Danmark. Amerikanerne arbejder også mere bredt end herhjemme. Lige fra fængsler til kræftpatienter og kuvøsebørn.

Jeg arbejder med improvisation i faste rammer med både udviklingshæmmede og psykisk syge. Men det er særligt psykiatrien, der har min interesse. Jeg kan lide at være i følelsesstemninger. Det er meget grupper, jeg arbejder med. Her forsøger jeg at bearbejde nogle ting i løbet af grup-



pen for at give den enkelte mulighed for at få det bedre med sig selv. Det sociale samvær, engagement og evnen til at udtrykke sig selv er vigtige faktorer. Jeg bruger meget mit spil til at bearbejde følelser. Det er ikke tilfældigt, hvordan jeg spiller eller f.eks i hvilken rytme, jeg spiller. Jeg bruger musikken meget bevidst og psykoterapeutisk i mit arbejde med klienterne. Om de så er udviklingshæmmede, psykisk syge eller begge dele på en gang,” fortæller Anne Winther-Rasmussen.

Hun vender ikke tilbage til Los Angeles for at arbejde og bo. Kun for at besøge venner.

“Sidst jeg var derovre for at besøge det, jeg forlod, vidste jeg, at det var godt, jeg rejste. Jeg tænkte, om jeg kunne bo der om 30 år. Nej! L.A. er en hård by.”

Med plads til at gro for de svære og personalet

[Af Mette Egelund Olsen]

I hverdagen

Indimellem kommer der ridser i gulvet. De glattes ud igen. Gulvet lakeres. Der startes på ny. Indimellem bliver der slået ting i stykker. De repareres. Der kommer nyt. Indimellem kommer der mennesker. De har sår på sjælen. De er udviklingshæmmede og svære at finde plads til på både normale psykiatriske afdelinger og specialpædagogiske bosteder. De lettere udviklingshæmmede og dem på grænsen - med svære adfærdsforstyrrelser og psykiske lidelser. På behandlingscentret Hammer Bakker er der rum til netop disse mennesker. Her skabes der bro mellem socialpædagogikken, den medicinske behandling og terapien. I en stor bygning fra den tidligere centralinstitution Vodskov. Dengang bolig for 100 udviklingshæmmede med 50 på hver afdeling. I dag er de 2000 kvadratmeter helliget 13 udviklingshæmmede.

“Vi ville have rum og plads til at kunne være anderledes. Vi ville ikke ligge direkte inde i byen med alt for mange fristelser. Vi passer på stedet. Både de udviklingshæmmede og personalet der begge skal have et ordentligt miljø at kunne trives i. Både psykisk og fysisk. Hvis der er ting der går i stykker, bliver det lavet med det samme. For det er belastede klienter. Hvis man har meget kaos i sit indre, skal det ydre omkring ikke også være præget af skallede vægge, ridsede gulve og overfyldte askebægre. Vi er ikke en om-

sorgsinstitution. Vi er en behandlingsinstitution,” fortæller forstander Per Lærkegaard.

Noget af det, der lå til grund for etableringen var oplevelsen af, at udviklingshæmmede med sindslidelser og svære adfærdsproblemer ikke kunne tilpasse sig det fællesskab, man ellers tilstræbte i socialpædagogikken.

“De havde så lidt at bidrage med i forhold til at indgå i relationer med andre. Så det at socialisere dem til at indgå i et fællesskab var vanskeligt. Vi betragter udviklingshæmmede med psykiske lidelser som syge mennesker. Kodeordet er forståelse og forståelse. Kun hvis du forstår den enkelte klient, kan du rumme og hjælpe vedkommende,” siger Per Lærkegaard.

Han mener, at det er nødvendigt at koble socialpædagogikken med andre behandlingsmetoder, for den har sine begrænsninger i arbejdet med udviklingshæmmede med psykiske forstyrrelser. Socialpædagogikken har sit fokus på det ydre miljø. På samspillet. Men med folk der også er psykisk syge, må man også arbejde med de indre følelsesmæssige modsætninger. Udgangspunktet er stadig socialpædagogik men med en kobling til miljøterapi og en terapeutisk indfaldsvinkel. Altså både pædagogik, miljø, terapi og medicin - koblet sammen til en helhedsindsats.

Klienterne bor sammen på 3 små afdelinger, hvor de hver har deres eget værelse og bad.

Grunden til de små grupper er netop, at beboerne er skrøbelige, og at det virker angstprovokerende at skulle være sammen med for mange mennesker.

“I vores behandling anvender vi jeg-støttende samtaler. De adskiller sig fra en pædagogisk samtale ved, at det er en aftalt samtale i et neutralt rum. Pædagogen skal ikke “korekse” men tale om grundlæggende følelser som vrede og glæde. Der skal ikke skabes løsninger - men forløsnin-ger. Nogle udviklingshæmmede er f.eks kommet til at tale om nogle meget dybe følelser fra oplevelser i barndommen. Her har de mulighed for at sætte ord på deres følelser. Men man skal også være opmærksom på, hvornår det nærmer sig den terapeutiske samtale, hvilket er psykiaterens område,” fortæller Per Lærkegaard.

Der er en fast psykiater tilknyttet hver 14'ende dag, der yder konsultationer og supervision af personalet. “I samtalerne mellem socialpædagogerne og psykiateren, er sidegevinsten, at pædagogen bliver mere bevidst om sygdomsbilledet af den enkelte patient. Mange pædagogers udgangs-

punkt er udviklingsperspektiver, og de kan ubevidst komme til at presse den udviklingshæmmede for hårdt. For når mennesker med udviklingshæmning er psykisk syge, handler det også om stabilisering”, lyder det fra Per Lærke-



Per Lærkegaard er forstander på behandlingsinstitutionen Hammer Bakker, der har plads til 13 lettere udviklingshæmmede med psykiske lidelser eller svære adfærdsforstyrrelser.

gaard, der lidt betragter behandlingsstedet som et midlertidigt ophold for klienten. De udviklingshæmmede er der for at få tilbudt en behandling. Ikke for at få et sted at bo.

Hele institutionen er samlet under et. Bo- og dagbeskæftigelsen ligger under samme tag og derfor skal der også skabes fælles fodslaw i forhold til den etik, der ligger bag alles arbejde.

Foruden støttesamtalerne og konsulentbistand fra psykiateren tilbyder behandlingscentret musikterapi og afspændingsterapi. Kosten er også af stor betydning for patienterne. Der spises sundt og fedtfattigt og mange overvægtige har faktisk tabt sig meget ligesom undervægtige har taget lidt på. Fysioterapi er også del af behandlingen.

“Alle klienter er desuden utroligt velmedicinerede, og vi har et godt samarbejde med vores psykiater,” siger Per Lærkegaard.

På fire og et halvt år har behandlingscentret Hammer Bakker færdigbehandlet 19 klienter. Ud af de 19 er de 14 sluset ud i egnet bolig. Behandlingsforløbet varer for det meste i alt 12 måneder. Der modtages både klienter fra amtet, men også fra andre amter.

De første tre måneder af opholdet er en observationsperiode, hvor klienten observeres. Men stadig er der leveregler, der skal overholdes. Det gælder blandt andet, ingen spiritus eller lignende og der skal være ro klokken 22.30 i fællesrummene.

Der er mange mennesker involveret i selve udredningen. Både fra Hammer Bakker, konsulenter fra forvaltningen og psykiateren. Efter de tre måneder holdes der behandlingsmøde med folk fra både dag- og døgnenheden, forstanderen og amtet, og der laves en prioritering af de brændpunkter, der skal arbejdes med og mod de næste ni måneder.

“Vores mål skal være realistiske, opnåelige og klare for alle,” tilføjer Per Lærkegaard.

I løbet af de ni måneder er der del-evalueringer, og efter de ni måneder afholdes der et afsluttende behandlingsmøde, hvor det drøftes, om der skal sættes et udslusningsforløb igang eller andet. Hammer Bakker arbejder med et “efterværn” - et tre måneders opfølgingsarbejde i forhold til klientens institution.

Den korteste tid en klient har været på Hammer Bakker er 3-4 måneder. Det var en klient fra et andet amt, hvor der blev udarbejdet en behandlingsplan. Til gengæld er der så et par stykker, der har været på behandlingsinstitutionen siden 1996.

“Nogle er så belastede på grund af deres voldelige og aggressive adfærd, at det er vanskeligt at føre dem tilbage til deres boformer,” forklarer Per Lærkegaard, der også modtager domsanbragte til behandling.

“Jeg tror ikke, man kan lave om på andre. Vi kan ikke helbrede dem. Men vi kan skabe en stabilisering, en adfærdsændring - der kan skabe

større tryghed for den enkelte. Og hvis vi er heldige kan vi tilføre den udviklingshæmmede et nyt perspektiv på sig selv og dermed en ny historie. For det handler om at se på sig selv på en ny måde - og dermed skabe grobund for forandring.”

Tre gange om ugen får medarbejderne faglig supervision af enten Per Lærkegaard eller en afdelingsleder.

“Og det har en mærkbar effekt. Medarbejderne får et psykisk brusebad og bliver bedre i stand til at rumme de projektioner, de udsættes for hver eneste dag ligesom det holder magtesløsheden fra døren. Vi har også et ambulancesystem, der består i, at vi altid kan få fat på én, vi er trygge ved, hvis der opstår akutte problemer. Der er mulighed for samtaler hos psykolog og der er mulighed for ekstern supervision ved psykiateren,” siger Per Lærkegaard og fortsætter:

“Et miljø som her kræver både, at personalet vil udvikle sig men også forandre sig. Hvis ikke, der er den servicering af personalet, mister de evnen til empati og nærvær, og så kan de ikke arbejde med disse belastede udviklingshæmmede.”

Hvis du vil vide mere om
behandlingscentrets arbejde med
psykisk syge udviklingshæmmede,
så kontakt Hammer Bakker
på telefon: 98 29 45 55

“Vi kan ikke helbrede, men vi kan skabe større tryghed og hvis vi er heldige kan vi også tilføre den udviklingshæmmede med psykiske lidelser, et nyt perspektiv på sig selv,” siger forstander Per Lærkegaard.



Rotation gav ny viden og mennesker

[Af Mette Egelund Olsen]

I april sluttede de sidste kursister. Hvilke eftervirkninger de otte ugers efteruddannelse har givet dem er selvfølgelig svære at se så kort tid efter. Men selv har kursisterne givet deres efteruddannelse et pænt 10-tal. Den efteruddannelse der kort fortalt skal ende med at højne kvaliteten i arbejdet med de voksne udviklingshæmmede i Viborg Amt.

“Jeg tror, vi har øget den samlede bevidsthed hos vores medarbejdere. De har fået nogle fælles flader – et fælles sprog. Det giver et fagligt springbræt,” fortæller Hanna Holmberg, der er institutionsleder og med i personalegruppen i Viborg Amt.

Det kursisterne især har lært om de udviklingshæmmede med psykiske sygdomme er, at det kan være svært som pædagog at bruge det ellers så anvendte normalitetsbegreb. Og så har de lært, at man er nødt til at arbejde med sig selv for at komme videre.

“Når man er skruet skævt sammen, som mange af de udviklingshæmmede med psykiatriske forstyrrelser er, så må man læne sig op af den skæve virkelighed og ikke vores egen normaliserede verden,” siger Martha Møller, der nu er ansat som seminarielærer på pædagogseminariet i

Viborg, men som var projektleder på jobrotationsprojektet.

Hver fjerde af de 120 kursister havde taget deres uddannelse for 30 år siden. Dengang de startede var det under åndsvageforsorgen.

“Der ligger et kæmpe efterslæb af manglende efteruddannelse. Det er utroligt at høre de ældre fortælle om deres erfaringer. De har en vældig praksiserfaring, der skal kombineres med teorien,” siger Kirsten Holbeck, uddannelseskonsulent i Viborg Amt og fortsætter: “Jeg oplevede, at særligt de kursister med mange års erfaring pludselig oplevede en stolthed over deres arbejde. I mange år havde de løst en stor social opgave - uden tak og uden særligt mange penge. Her fik de deres arbejde sat ind i en forståelsesramme, hvor erfaringerne blev til viden.”

Kursisterne blev selv involveret i forløbene. De skulle selv yde noget, og det blev en vekselvirkning mellem dem selv og stoffet og så selvfølgelig dialogen med de andre. Og for mange blev det en positiv oplevelse – særligt at sætte sit stof og sin praksiserfaring ind i en teoretisk sfære. Og den positive respons det gav fra de andre smittede af på den private sfære.

“Inden opstarten vidste vi fra institutionspersonalet, at psykiatrien var et vigtigt område, og at vores medarbejdere skulle vide noget mere om det. Det har igennem tiden nemlig flyttet sig fra at være et lægeligt speciale til nærmest at blive et pædagogisk område,” siger Kirsten Holbeck.

Ifølge de tre kvinder skal man som pædagog kunne stille fagligt skarpt på opgaven – på mennesket. Man skal kunne iagttage, hvad der er funktions-nedsættelsen, og hvad der er noget andet. Men der er mange dilemmaer på vejen. Det kræver blandt andet faglig åbenhed fra både lægerne og pædagogernes sider. Men det kræver også en åbenhed hos den enkelte pædagog - i forholdet til sig selv og sine handlinger.

“Pædagoguddannelsen er i dag en generalist-uddannelse, hvor man forholder sig til pædagogikken, men ikke særligt meget til specialpædagogikken.

Der findes ikke meget om de voksne handicappede eller de skæve eksistenser.

De studerende skal i dag selv sammensætte deres uddannelse, og det kan give pædagoger der har for lidt erfaring indenfor vores område,” siger Martha Møller og fortsætter:

“Det er ikke pædagogerne, der har magten mere, men samtidig skal de kunne handle og forklare

deres handlinger. Udgangspunktet er nu den enkelte bruger og ikke en gruppe af borgere. Men f.eks. er husene bygget op under gruppe- og enhedstænkningen. Vi har forandret os fra et syn på mennesker som objekter – til subjekter med hver deres individuelle særpræg.”

I 1997 begyndte Viborg Amt sit samarbejde med seminariet.

“Vi ville åbne både lærere og elevs øjne. Vi ville have specialområdet mere ind i faget. Få dem til at tænke over de marginaliserede mennesker og hvor samfundet er på vej hen i forhold til dem. I dag tror jeg, man skal stille meget mere skarpt på det enkelte menneske – den enkelte studerende skal lære at kunne stille skarpt på sig selv, fortæller Martha Møller og Hanna Holmberg supplerer: “Man arbejder hele tiden i det spændingsfelt der hedder: “Hvem er de? Og hvad er deres behov?”

Alle tre er enige om, at betingelsen for at kunne arbejde med den gruppe mennesker er, at man holder af dem. Man skal følelsesmæssigt kunne engagere sig i dem. Men det handler ikke blot om pædagogerne, om de studerende. Det handler også om lærerne. De skal også kunne flytte sig og lære. Særligt nu hvor pædagog- og



socialpædagog-seminarierne er slået sammen skal de lære, at det godt nok engang handlede om børns udvikling, men at det nu også handler om de skæve eksistenser.

“Vi skal ikke blot overføre viden. Vi skal integrere viden,” siger Martha Møller.

Viborg Amt har taget konsekvensen af, at det ikke føler, at de nyudklækkede pædagoger er godt nok rustede til at komme ud og arbejde indenfor voksenhandicapområdet. De har nemlig foruden efteruddannelses tilbuddet til det eksisterende personale, etableret et 14 dages basis-kursus for nyuddannede pædagoger og nyansatte medarbejdere, der ikke har arbejdet indenfor specialområdet før.

“Det er både fra ledernes side og fra de studerendes side, at vi har hørt, at de ikke føler sig ordentligt klædt på til opgaven. De studerende bliver tit chokerede, når de står der i døren ind til den specialpædagogiske verden,” siger Kirsten Holbeck og fortsætter:

“Det er utroligt vigtigt at give mulighed for at arbejde med sig selv. Din identitet i sammenhængen skal klarlægges. Hvad er det du gør? Der skal lægges faglighed i det. Vi er ikke vant til at kigge tilbage. Personligheden skal i fokus, for el-

lers kommer du til at skille viden og følelser ad, og operere i hvert rum uden at kunne bruge fra begge.”

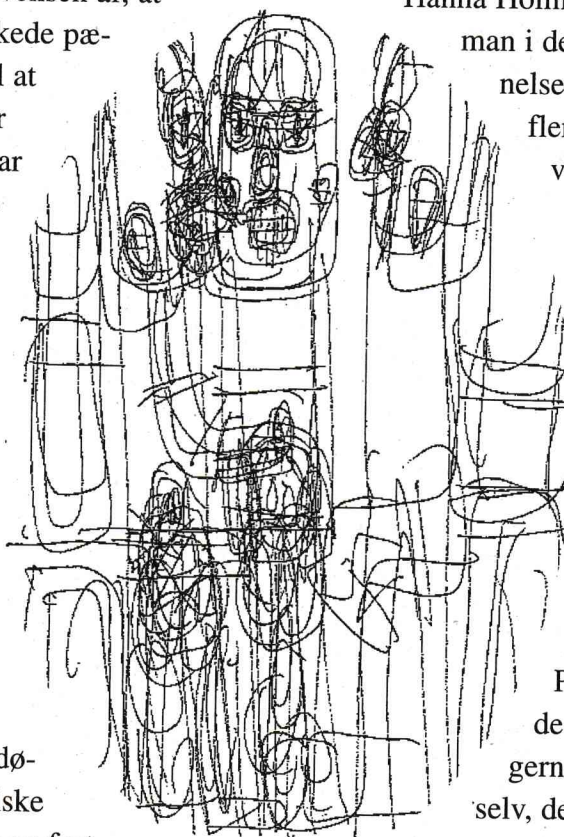
“Så lang tid du ikke kan forklare dit fag, kan samfundet heller ikke finde ud af, hvad du laver. Den bevidste faglighed er vigtig,” understreger

Hanna Holmberg. Det er også derfor, at man i den otte uger lange efteruddannelse af personalet har arbejdet på flere niveauer samtidig. Det individuelle, det institutionsmæssige, det organisatoriske plan (f.eks Viborg Amt) og det samfundsmæssige plan (f.eks den nye servicelov (som jo også kan påvirke individet).

“På den ene side er du er repræsentant for samfundet, og samtidig har du en forpligtelse overfor den enkelte bruger, der er et individ.

Pædagogerne skal både opfylde politikken og det ønske brugerne har og samtidig har de dem selv, deres etik og hvis de overskrider grænserne for, hvad de kan og magter

for mange gange, så knækker de nakken. De skal kunne rumme de værste lidelser og samtidig stille skarpt og agere indenfor området,” siger Hanna Holmberg. – 48 kursister fordelt på to hold deltog i modullet om de udviklingshæmmede med psykiatiske forstyrrelser.



Fakta om jobrotationsprojektet under voksenhandicap-området

Voksenhandicapområdet under Viborg Amt ønskede i 1997-98 at øge medarbejderes muligheder for efteruddannelse. Det blev til et samarbejde med Viborg-Seminariet. Målet var at iværksætte et rotationsprojekt, der på samme tid både kunne efteruddanne det nuværende personale samt opkvalificere ledige med ret til aktivering. De ledige blev nemlig indsat som vikarer for det personale, der deltog i den otte uger lange efteruddannelse. Det Regionale Arbejdsmarkedsråd bevilgede penge, der sammen med efteruddannelsesmidler fra amtet gjorde projektet muligt. Også fordi de der tilmeldte sig projektet søgte uddannelsesorlov. Målet med efteruddannelsen var med projektets egne ord "...at give medarbejderne mulighed for at skaffe sig viden, metoder og værktøjer samt udvikle personlig kompetence, så de med engagement og arbejdsglæde kan medvirke til at sikre en høj kvalitet i det tilbud, der gives til voksne udviklingshæmmede i Viborg Amt."

Mere konkret hed det, at kursisterne i de otte uger rotationsprojektet forløb skulle arbejde med: Deres egen rolle i organisationen, læring og læreprocesser, hvordan projektformen kan være et redskab til at udvikle og sikre den daglige praksis, at tilegne sig specifik viden indenfor et specielt område.

Projektet var bygget op med en generel del – samt en tematisk del. Det betyder, at der både var noget fælles og så seks forskellige moduler man kunne tilmelde sig til. Et af modulerne var

temaet om udviklingshæmmede med psykiatriske forstyrrelser.

Målene for temaet om de udviklingshæmmede med psykiatriske forstyrrelser var delt i tre:

1) *Det individuelle niveau* - At få indsigt i psykiatriske forstyrrelser, dobbeltdiagnoser og forståelse for forstyrrelsernes indflydelse på menneskelige relationer og reaktioner og mangel på samme. At opbygge teoretisk, metodisk og pædagogisk beredskab i forhold til dobbeltdiagnoser og udvikle færdigheder i at beskrive, analysere og vurdere brugergrupper med psykiatriske lidelser med henblik på at iværksætte handleplaner.

2) *Institutions niveau* - At få kendskab til voksnes menneskers psykologiske udvikling og biologiske afvikling samt indsigt i pædagogiske tilgange til de læreprocesser som igangsættes med brugere med psykiatriske forstyrrelser. At få redskaber til at indrette institutionskulturer så man opnår størst udviklingsmulighed for den udviklingshæmmede med psykiatriske forstyrrelser.

3) *Samfunds niveau* - Viden om: Faglig udvikling indenfor det psykiatriske område for de udviklingshæmmede, samfundsmæssig udvikling og konsekvensen for de udviklingshæmmede med psykiatriske forstyrrelser. Desuden at gøre deltagerne bevidste om de samfundsmæssige og organisatoriske sammenhænge, som de indgår i.

Skizofreni

hyppigere hos udviklingshæmmede

Udviklingshæmmede mellem 16 og 64 år rammes 10 gange så ofte af skizofreni end normale viser en walisisk undersøgelse, der blev lagt frem på IASSIDs 11. verdenskongres i Seattle. Ifølge psykiateren Shoumitro Deb fra Cardiff viste undersøgelsen, at 4 procent af de udviklingshæmmede udvikler skizofreni, hvor tallet i normalbefolkningen hedder 0,4 procent.

Målene for undersøgelsen var både at finde ud af hyppigheden af psykiatriske diagnoser blandt udviklingshæmmede i alderen 16-64 år i forhold til normale - men også at finde ud af, hvilke psykiatriske sygdomme de udviklingshæmmede blev ramt af og i hvor høj grad.

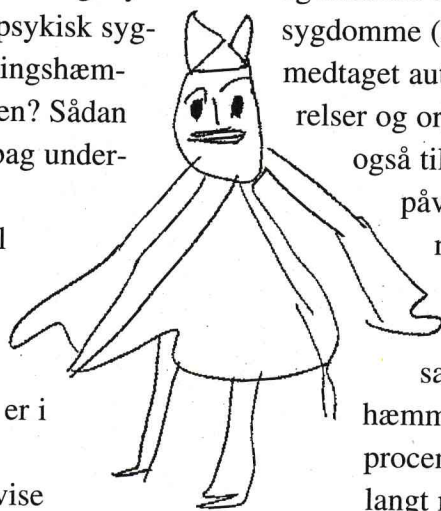
Hvor ofte lider udviklingshæmmede af psykiske lidelser? Hvor almindelige er de forskellige typer af psykiske sygdomme? Og er psykisk sygdom mere almindelig blandt udviklingshæmmede end blandt normalbefolkningen? Sådan lød nogle af forskernes spørgsmål bag undersøgelsen.

101 udviklingshæmmede (mildt til moderat udviklingshæmmede) ud af 246 deltog i undersøgelsen. De 246 kommer ud af et befolkningsgrundlag på 120.000 hvoraf 75.600 er i alderen 16-64 år.

Flere undersøgelser har søgt at påvise

hyppigheden af forskellige psykiske sygdomme, men ofte definerer man de psykiske sygdomme forskelligt. Forskerne i Wales udelukkede lidelser som autisme, organiske sygdomme, demens og adfærdsforstyrrelser. De inkluderede psykoser, angstrelaterede sygdomme og affektive lidelser som f.eks depression. Til diagnostisk test brugte forskerne Mini PAS-ADD til den første screening og derefter PAS-ADD tjekliste til den fulde udredning.

Forskerne fandt, at omkring 14 procent udviklingshæmmede led af de pågældende psykiske sygdomme hvor i normalbefolkningen tallet var 16 procent. Og det er jo omtrent det samme. Det vil sige, at udviklingshæmmede og normale rammes lige hyppigt af psykiske sygdomme (husk at der herunder ikke er medtaget autisme, demens, adfærdsforstyrrelser og organiske sygdomme). Det svarer også til, hvad andre undersøgelser har påvist tidligere. Men overraskelserne kom, når man så på hyppigheden indenfor de enkelte diagnoser. Her viste det sig som tidligere sagt, at 4 procent af de udviklingshæmmede led af skizofreni mod kun 0,4 procent i normalbefolkningen. Det var langt mere, end man havde forventet.



En anden diagnostisk gruppe der også vakte forbløffelse var fobier. 1 procent af normalbefolkningen led af fobier mod hele 4 procent i gruppen af udviklingshæmmede. Shoumitro Deb fortalte om faren for at under-diagnosticere og fortsatte med et eksempel om en kvinde der led af svære adfærdsforstyrrelser, særligt om morgenen, når hun skulle op og i bad. Det viste sig, at kvinden led af vand-skræk. Hun havde en vand-fobi.

Indenfor de andre diagnoser var forekomsten cirka den samme.

Forskerne kiggede også på risikofaktorerne. Der var ingen forskel på, om det var mand eller kvinde. Men der var flest (17%) psykisk syge blandt de udviklingshæmmede, hvor baggrunden for udviklingshæmmningen var ukendt mod 7 % hos dem, hvor grunden til udviklingshæmmningen var kendt. De med fysisk sygdom oven i deres mentale handicap havde også tre gange (36%) så ofte psykiske lidelser som dem uden fysiske sygdomme (10%). Tilsyneladende var det uden betydning om de havde sprog eller ej og om de var i dagaktiviteter eller ej. Der var tilsyneladende heller ingen forskel i forekomsten af psykiske sygdomme, når man så på graden af udviklingshæmning. »Det skal dog bemærkes at 101 udviklingshæmmede er et lille grundlag af lave procentsatser på«.

Kilde: S. Deb, M. Thomas & C. Bright; Division of Psychological Medicine, University of Wales College of medicine.

Gør dobbelt diagnoser til et speciale - Et amerikansk bud på efteruddannelse

[Af Mette Egelund Olsen]

I 1999 lavede man i staten New York en undersøgelse om dobbelt diagnoser. Man fandt, at 84 procent af de adspurgte steder (institutioner, kontorer etc), servicede udviklingshæmmede med psykiske lidelser. 78 procent af personalet ville gerne vide noget mere om dobbelt diagnoser. De ville endda også bruge efteruddannelse på det, og flere ville også gerne betale for det. Det førte til en New York træningsmodel for dobbelt diagnoser, som R.J. Fletcher fremlagde i Seattle på den IASSIDs 11. verdenskongres. Fletcher er desuden administrativ direktør i NADD som er en såkaldt nonprofit organisation for (om) mennesker med udviklingshæmning og psykiske problemer.

Selve træningsmodellerne, som NADD i samarbejde med flere universiteter har udviklet, retter sig mod forskellige målgrupper. Fra de såkaldte »carers« (uddannet plejepersonale) til sygeplejersker, læger, psykologer, lærere og administratorer. Derfor er de enkelte uddannelser også bygget op forskelligt og i forskellige grader. Uddannelsen designes til den gruppe, der behøver den. Det kan være fra enkelte kurser til plejepersonalet til en professionel lægelig karriere i dobbelt diagnoser.

NADD (National Association for the Dually Diagnosed) kan besøges på hjemmesiden: www.thenadd.org

www.oligo.dk

Videncentrets nye hjemmesider har fået en flot modtagelse af brugerne. Og det endda selv om den ikke er fuldt udbygget endnu.

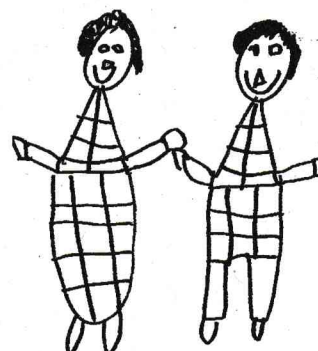
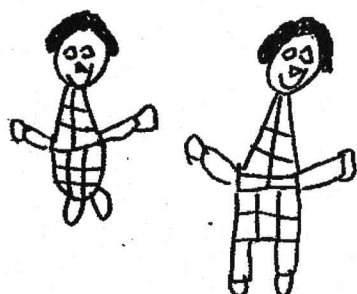
Men det er netop www.oligo.dk's væsen og kvalitet, at den kan udvikle sig med tiden og ekspandere i både indhold og interaktion.

Besøgstallet er næsten firedoblet siden hjemmesidens spæde start i midten af april. Der skete en eksplosion af antallet af besøgende under videncentrets deltagelse i kongressen i Seattle.

Et besøgstal der vel at mærke, ikke er faldet siden.

Lige nu kan du blandt andet læse videncentrets beretning om aktiviteterne for årene 1998-2000. Snart skal videncentrets fremtid afgøres, da Sundhedsministeriets bevilling udløber til nytår.

Du kan nu også søge på institutionsadresser og internt på hjemmesiderne.



Oligos

Videnscenter for Psykiatri og Udviklingshæmning - Oligofreniklinikken
 Psykiatrisk Hospital, Skovagervej 2, 8240 Risskov
 Tlf. 77 89 29 99 - Fax 77 89 29 99 - email videnscenter@oligo.dk

Videnscentret

Videnscenter for Psykiatri og Udviklingshæmning - Oligofreniklinikken
 Psykiatrisk Hospital, Skovagervej 2, 8240 Risskov
 Tlf. 77 89 29 99 - Fax 77 89 29 99 - email videnscenter@oligo.dk

Da psykiatrien kom op til overfladen igen
Psykoterapi kan også være sund fornuft
Hvad er psykoterapi?

Virker psykoterapi?

Engelsk undersøgelse af psykoterapi

Oasen i ørkenen

Dansk på amerikansk jord

Med plads til at gro for de svære og personalet

Rotation gav ny viden og mennesker

Skizofreni hyppigere hos udviklingshæmmede

Gør dobbelt diagnoser til et speciale

www.oligo.dk

VIPU Viden udgives af
Videncenter for Psykiatri og Udviklingshæmning
Skovagervej 2 · 8240 Risskov
Tlf. 77 89 29 90
Fax 77 89 29 99

Ansvarshavende redaktør: Overlæge Kurt Sørensen

Redaktør: Journalist Mette Egelund Olsen

Illustrationerne er produceret af elever fra Voksen-
skolen Lysbro ved Silkeborg samt af elever fra
Lyngåskolens Karavana.

Tryk: GP-Tryk A/S, Grenaa

ISSN 1399-7475

Bladet udkommer 4 gange om året

VIPU Viden påtager sig intet ansvar for
manuskripter m.m., der er indsendt uopfordret

ViPU  Viden