

ViPU Viden om psykiatri og udviklingshæmning



TEMA: Kreative terapier

Videnscenter for Psykiatri og Udviklingshæmning

5. årgang - nr. 3 - 2003



Det nummer af VipuViden, du sidder med nu, er det første, der kommer, efter at Videnscenter for Psykiatri og Udviklingshæmning og Oligofreniklinikken er fusioneret til en enhed.

Center for Oligofrenipsykiatri er den nye betegnelse, og i de kommende numre vil vi fortælle mere om de aktiviteter, vi dels allerede har i gang, dels om de projekter der er i støbeskeen.

At formidling af viden, udvikling af nye metoder, videnskabelige projekter og almindeligt dagligdags praktisk arbejde nu er kombineret, tror vi vil blive en stor styrke, og vi glæder os til et bredt samarbejde.

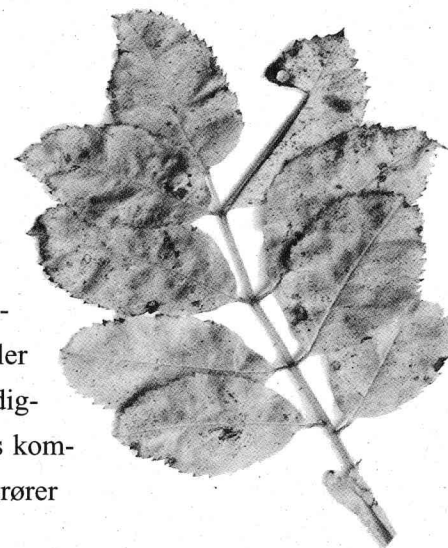
Som bekendt blev Videnscentret i sin tid startet af Foreningen Oligofreniklinskens Forsknings- og Støttemidler, der i øvrigt gennem årene har ydet hjælp til mange projekter, der har fremmet udviklingshæmmedes livskvalitet.

En af foreningens venner er nu, alt for tidligt, afgået ved døden, men forinden havde hun testamenteret et større beløb til foreningen.

I den anledning har vi søgt Skatteministeriet om fritagelse for boafgift, og vi kan glæde os over, at foreningen nu er godkendt som en almennyttig virksomhed.

Skulle andre få den tanke at testamentere foreningen gaver, vil beløbet således gå ubeskåret til det tiltænkte formål.

[Kurt Sørensen, leder for Center for Oligofrenipsykiatri]



Vi møder verden gennem vore sanser. Nogle har flere til rådighed end andre. Via sanserne kommer vi tættere på og bliver parate til mødet med den udviklingshæmmede. Det handler om, at vi må finde vej gennem de sansekanaler, der er til rådighed. For der findes ikke "ikke-kommunikation". Der findes kommunikation, der fejler, der ikke forstår, der ikke rører og berører os og dem.

Musik er et af udtrykkene. En af sanse-mulighederne. Musikterapi er en måde at skabe kommunikation. Det er et sprog. Et andet sprog, der rækker længere end ord. Og musik er alle slags lyde. For de er alle udtryk. De har alle en mening og er alle forsøg på kontakt. På kommunikation.

Der findes flere forskellige slags kreative terapier. De er gerne bestemt af terapeutens måde at forstå terapiens virkning på. For eksempel virker musikterapi også, fordi terapeuten virker gennem musikken og lydene. Og fælles for de kreative terapier er blandt andet, at der lægges vægt på selve processen og ikke så meget på det færdige produkt.

I dette nummer tager vi foruden sanserne i brug også fat på søvnen og de problemer, der kan opstå, når man går natten i møde. Vi fortæller om videnscentrets nye hjemmeside, en nordisk portal og søgemaskine, der blandt andet skal skabe konsensus og kontakter på tværs af landene i forhold til behandlingen af - og forskningen i - området udviklingshæmmede med psykiske lidelser.

[Mette Egelund Olsen]

Kreative terapier

- en anden form for kommunikation [Line Rosenlund Nielsen]

Når man tænker på psykoterapi, får man måske umiddelbart et billede i hovedet, af to mennesker der sidder og taler sammen.

Sproget er imidlertid ikke den eneste måde at kommunikere på, og psykoterapi kan finde sted under andre former og bruge andre kommunikationskanaler, for eksempel gennem tegne- og maleterapi, musikterapi eller dramaterapi.

Kommunikation

Når man bruger kreative udtryksformer i psykoterapi, er det blandt andet for at give klienten en mulighed for at udtrykke sine tanker og følelser uden at være begrænset af sproget. Sproget kan være begrænsende, hvis man ikke synes, det kan udtrykke de nuancer, man føler. For mange udviklingshæmmede gælder det også, at sproget ikke er så udviklet, og det kan derfor være svært at formulere, hvad man føler. Når man kan udtrykke sig gennem at tegne eller male, er det derimod ingen hindring.

I og med sproget hos mange udviklingshæmmede ikke er så udviklet, sætter det dem ofte i en underlegen posi-

tion i forhold til deres mere velformulerede omgivelser. Ved at kommunikere gennem at tegne og male får den udviklingshæmmede mulighed for at kommunikere på lige fod med alle andre - en ikke-hæmmet kommunikation med øget selvværd til følge.

De kreative måder at udtrykke sig på er også mere direkte og spontane. Tanker og følelser skal ikke gennem det filter, det er at formulere dem sprogligt, og bliver måske derfor ikke på samme måde sorteret.

Det subjektive bliver objektivt

Tegne- og maleterapi er specielt i forhold til den traditionelle psykoterapi, idet der er et fysisk observerbart produkt af terapien, som består efter terapisessionens ophør. Når klient og terapeut blot taler sammen, eksisterer "produktet" af terapien kun i hovederne på henholdsvis klient og terapeut. I tegne- og maleterapi er der derimod et håndgribeligt resultat af terapien, som forbliver uforandret og senere kan tages frem. Man kan sige, at det subjektive bliver objektiviseret gennem at blive nedfældet på papir.

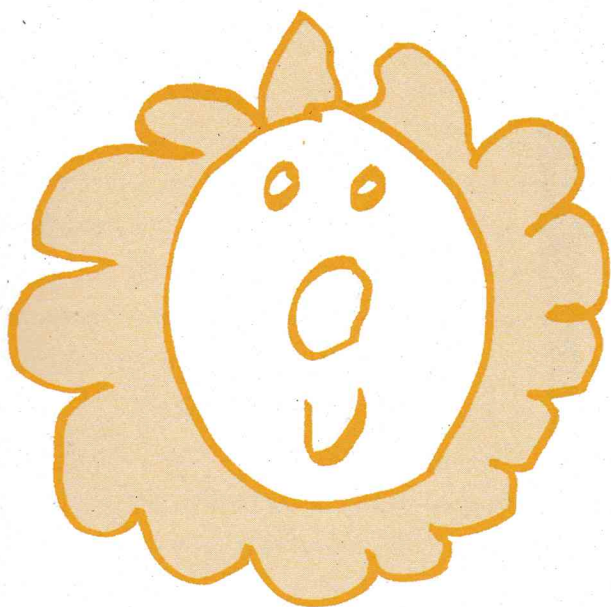
Man taler i denne forbindelse om isomorfisme, nemlig at kunstens form strukturelt er ens med kunstnerens indre tilstand(1). På denne måde bliver det kreative produkt en observerbar metafor for klientens liv.

Processen virker også den anden vej, således at det

objektive kan gøres subjektivt. Det vil sige, at klienten gennem det kreative arbejde kan komme til at forholde sig til nogle hændelser eller oplevelser, som han hidtil ikke har forholdt sig til. Man taler om, at disse oplevelser bliver "ejet" af personen, som dermed får en mere integreret og fuldkommen selvforståelse.

Forskellige forståelser

Ligesom der findes forskellige måder til at lave sproglig psykoterapi, findes der naturligvis også forskellige måder at bruge de kreative terapier på. Disse er hovedsageligt bestemt af terapeutens måde at forstå terapiens virkning på. Der er eksempelvis forskel på, hvor meget struktur der er omkring, hvad og hvordan der skal tegnes eller males, og på hvor meget der bliver talt om det, det bliver lavet.



Nogle kunstterapeuter kan være af den overbevisning, at der ikke skal tales om det, klienten maler. Klienten skal udtrykke sig frit, og produktet skal stå uspoleret og uden at blive sprogligt analyseret. Udviklingen gennem terapien sker således alene gennem udviklingen i maleriet. Hvis en klient har lyst til at male det samme motiv igen og igen, skal han have lov til det, indtil det på et tidspunkt bliver udtømt. Denne trang til gentagelse skal således ikke problematiseres, og der behøver ikke blive gået nærmere ind i, hvorfor han bliver ved med at male det samme. Andre kunstterapeuter vægter derimod samtale højt og bruger klientens maleri som springbræt for en terapeutisk samtale.

Fælles er imidlertid, at det ikke kun er produktet (maleriet), der er det vigtige, men også - og måske især - relationen mellem klient og terapeut. Det er ikke det samme at male alene som at male i tilstedeværelsen af en anden. Når klienten maler, mens terapeuten er ved siden af, formidles en forståelse, anerkendelse og accept af klienten som person. Denne anerkendelse og accept er en forudsætning for selvudvikling.

Tegneterapi som gruppeprojekt

Som tidligere nævnt kan tegne- og maleterapi bruges til at arbejde med oplevelser, som klienten måske ikke tidligere har delt med andre, og som kan være svære at håndtere alene. I 1995 udkom en bog tegnet og fortalt af en gruppe udviklingshæmmede på Sandemands-

gården på Bornholm (2), som er et eksempel på et tegnerapeutisk arbejde. Bogen illustrerer det arbejde, der blev gjort i en skriveværkstedsgruppe på aktivitetscentret Sande-mandsgården. De udviklingshæmmede bestemte selv, hvad de ønskede at arbejde med, og det siges i forordet, at efterhånden som "lig blev gravet frem af lasten" og tungere problemstillinger blev tacklet gennem at få sat tegninger og ord på, blev der også plads til at arbejde med mere glædelige oplevelser.

I bogen vises mange fine eksempler på, hvordan eksempelvis dødsfald i den nærmeste familie og andre belastende oplevelser er blevet bearbejdet gennem tegninger og små fortællinger.

Arbejdsgruppen har tydeligvis givet plads til, at brugerne kunne få rum til at tale om og bearbejde nogle oplevelser, som de måske ikke tidligere har talt så meget om. Det kan måske være svært i hverdagen at finde tid til det - og det kræver også, at der er en person, man er fortrolig med. Denne tid og denne fortrolighed findes i en sådan terapeutisk gruppe.

At det letter og giver overskud, kan der ikke være tvivl om. Undertitlen på bogen fra Sandemandsgården er da også: Så gik der hul på bylden - hurra, hurra!



(1) Franklin, M. (2000).
*Art Practice/Psychoterapy
Practice/Contemplative Practice:
Sitting on the Dove's Tail.
Guidance & Counselling,
vol. 15(3), pp. 18-22.*

(2) *En bog tegnet og fortalt af en
gruppe udviklingshæmmede på
Sandemandsgården (1995).
Udgivet af LEV's Forlag,
København.*

Når jeg slår på en tromme, kommer der en lyd!

Musikterapi som kommunikation og kontakt

[Af Mette Egelund Olsen]

Han sidder lidt foroverbøjet på stolen. Den store krop virker så lille. Hænderne ligger i skødet. Som fremmede tilskuere. Men snart skal de selv agere. Snart begynder lydene, rytmerne, tonerne, stemmen. Alt det der skal give ham form. Det der skal få ham i tale. 63-årige Karl der ikke har noget sprog.

Karl er udviklingshæmmet og autist. Det meste af sit liv har han boet på Sølund - en amtskommunal døgninstitution for udviklingshæmmede. For godt et halvt år siden begyndte han i musikterapi en gang om ugen hos Anne Steen Møller, musikterapeut. Med sig har han hver gang en kontaktpædagog.

Det var personalet i huset, hvor Karl bor, der syntes, at der skulle ske lidt mere. Karl kontaktede ikke andre mennesker, tog ikke selv initiativer og blev tit låst fast i bestemte bevægelsesmønstre, der kunne være meget provokerende for ham at komme ud af.

Alt hvad Karl gjorde var med støtte. Der manglede noget. En aktivitet der rummede mulighed for, at Karl selv kunne tage initiativ, selv styre forløbet og i det hele taget opleve det at få tingene til at ske.

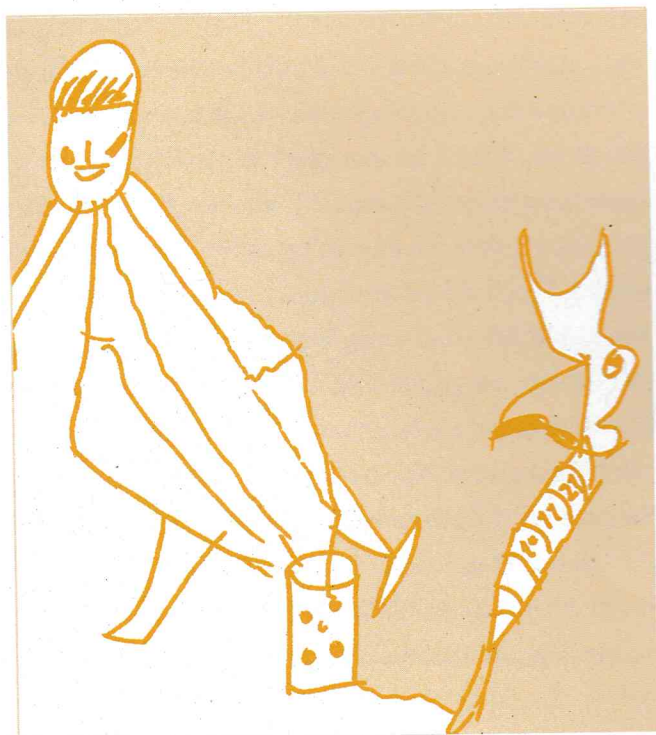
Hans daglige opgaver - som at dække bord - var svære at udvide og gøre mere ved. Og han var bange for alt nyt. Og så var der pinden, der ind imellem lagde en dæmper på hans udfoldelser. Pinden han hele tiden nuldrede i hånden og skulle have med sig overalt. Trygheds-pinden.

Hos Anne fik pinden pludselig et andet liv. Fra at være noget, der gjorde Karl indadvendt, blev pinden pludselig til en udadvendt kraft. Et musikalsk værktøj. Et instrument. For der er ikke langt fra pinde til køller. Og i musikterapi gælder alle toner. Her er intet falsk eller sandt. Her har alle lyde lige stor værdi. Og pludselig fik Karl mulighed for at udtrykke sig. Og han fik respons. Han begyndte at tale. I lyd.

De sidder tæt ved hinanden. Guitaren skiller dem. Den bliver til en mur af musik, der både adskiller og bringer dem sammen. Anne holder akkorden. Karls fingre glider over strengene. Der kommer lyde. Anne synger

og ser på ham. Han rækker lidt. Men Anne synger, de spiller og så siger hun pludselig stop. Karl holder op. Han hører hende. Og måske også solsorten udenfor vinduet.

Karl får en kølle i hver hånd. Anne holder et bækken og en håndtromme foran ham. Hun synger til ham, hvad



han skal gøre:

“Spille på bækken, spille på tromme.”

Skiftevis mellem højre og venstre. Hastigheden stiger, dynamikken løfter sig og daler. Senere slår Karl på tromme, mens pædagogen hjælper ham, og Anne im-

proviserer på klaveret. Karl åbner munden, mens tonerne dramatisk udvikler uvejr. Det hopper. De hopper og efterhånden falder Karl med ind i takten. Så stilner musikken af. Anne taler til Karl gennem melodien og til sidst spiller han, hvad han har lyst til. Han slår hårdere og hurtigere. Der kommer mere kraft i armen, der ellers banker monotont med pinden. Han er mere med. Tonerne løber med Anne af sted over tangenterne. Karls hånd har fået sin egen kraft. Øjnene vender mere ud i rummet. Anne og Karl har fundet en fælles puls. Måske har de fundet hinanden?

Senere giver klangstavene små spæde og sprøde lyde fra sig. Anne flytter klangstavene ud til siderne, så Karl er tvunget til at flytte armene med ud. Han rører hjørner, han ellers aldrig tør at komme i. Sprænger grænser. Udvider landet. Hvad hans krop kan og ikke kan. Windchimes hænger tæt ved hans ansigt. Han kigger på dem. Smiler. Slår til dem, flygtigt, så væk, som rører han noget forbudt, vender tilbage, smiler, leder efter lydene og ansigtet er pludselig nærværende. Anne spiller på klaver. Hans mund bevæger sig, som kommer der lyde ud. Vi hører dem ikke. Vi ser dog hans blik. Tilstede.

Anne stiller et lille bord frem foran ham. Der ligger to instrumenter, han aldrig før har prøvet. En kalimba og en maraccas. Nyt og farligt.

“Prøv at tage en af tingene”, siger Anne. Og Karl griber først efter en maraccas. Men så fortryder han, vender sig væk, ryster på hovedet, skubber den væk. Bliver

pludselig gal. Anne presser på. Skifter sin guitar ud med en maraccas, der ligner Karls. Pædagogen hjælper ham til at gribe om instrumentet og holde det fast. Annes stemme er lav men bestemt. Hun tror på, at han godt kan. Rasleren ligger fremmed i hans hånd. Karl prøver først at ryste den fra sig. Men den giver lyd tilbage. Den er ikke sådan at ryste af sig. Han kommer med et råb. Kun når han afviser, kommer stemmen frem. Et brøl. Men rasleren ligger nu i hånden. Med hjælp spiller han et kort øjeblik.

“Det var flot Karl, at du turde,” siger Anne til ham, inden de slutter som de begyndte med guitaren og strengene imellem sig.

“I starten var det vanskeligt. Gamle mennesker med udviklingshæmning har foruden at være mentalt handicappede også i årenes løb udviklet stereotypier og ritualer, der er så indgroede og begrænsende for deres udfoldelse, så arbejdet skal ses i et langt perspektiv. For tingene - udviklingen - sker ikke her og nu. Både institutionslivet men også alderen gør Karl mere rigid og vanerne mere massive,” fortæller Anne Steen Møller, der de sidste 13 år har arbejdet som musikterapeut på Sølund.

“Karl er angst og utryg og har svært ved at indgå i andre sammenhænge. Men musikken er fabelagtig. Den har både strukturen i sig. Den giver tryghed, rammer, men også fleksibilitet. Den kan udvides i tempo, i tid, i melodi og styrke. Der er genkendelige instrumen-



ter. En melodi, der fortæller ham, hvad han skal. Musik i sig selv er ikke skræmmende,” fortæller Anne og forklarer, at musikterapi i sin yderste form blot er at spille eller synge til et andet menneske. For der igennem kan man berøre selv de mest angste.

I første omgang gjaldt det for Anne om at få Karl over dørrinnet og ind i selve musikterapirummet. Lidt senere gik det lige netop an at synge og spille lidt på guitar for ham og introducere en tromme, inden han rejste sig

og gik. De første musikterapi-timer var meget korte. Hendes mål med musikterapien var at skabe tryghed, så Karl syntes, at det var dejligt at komme til musik. At arbejde med fleksibilitet, så han accepterede nye aktiviteter og bevægede sig ud i nye situationer. At han fik oplevelser med at være aktiv uden støtte fra andre. At arbejde med initiativ og valg, så han var i stand til f.eks. at vælge mellem flere instrumenter. At han gennem musikken - det at spille - fik udvidet sin selvopfattelse. Og at han oplevede at indgå i en udveksling med omgivelserne.

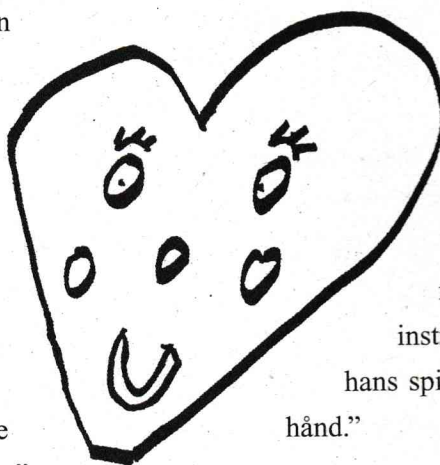
“Jeg arbejder på at styrke hans bevidsthed om at kunne påkalde sig opmærksomhed. Når noget er negativt, kan han sige fra med stemmen. Men i musikken får han også den oplevelse af at høre sig selv, når noget er positivt og opleve, hvad det fører med sig. Han oplever respons. En kæmpe udvidelse af sit liv. En udveksling med omgivelserne,” forklarer Anne og fortsætter:

“I starten havde han en meget hurtig og hektisk puls, der nærmest var helt automatisk, når han spillede. Derfor arbejdede jeg meget med pauser i musikken. Jeg forsøgte at få ham til at stoppe og bryde sit automatiske spil, få ham til at lytte. Også for at jeg selv

kunne finde ud af, om han overhovedet lyttede til mig. Indimellem oplever jeg, at der optræder virkelig nydelse, at han kan mærke, at det er sjovt det her. Og det er grundlaget for at arbejde videre, og for at der kan ske noget.

Arbejdet med pulsen i musikken er også vigtig. Jeg forsøger at få ham ned i kroppen - få ham tilstede så han er i stand til at lytte til sig selv og mig. Give ham mulighed for at finde en langsommere puls.

I starten brugte han kun den højre hånd, og når jeg flyttede instrumentet væk fra ham, spillede han bare videre ud i luften. Senere begyndte han at lytte til musikken og stoppe, når jeg fjernede instrumentet. Og nu har jeg udvidet hans spil til at gælde både højre og venstre hånd.”



Anne har opdaget, at Karl bærer på en kæmpe ressource. Flexibilitet. Selv om han kan sige fra indimellem, så oplever hun, at han i musikterapien har turdet utroligt meget og derved har vundet mange gange over sig selv og fået oplevelser, der har gjort ham glad. Hvert eneste instrument, Anne har præsenteret for ham har han i starten afvist - men tilsidst accepteret.

“Jeg har været overrasket over, hvor meget han accepterer. Han er slet ikke så fastlåst og utryg, som man måske tror. Selvfølgelig skal man give disse mennesker forudsigelige og trygge rammer. Men jeg tror, at vi repræsenterer trygheden. De ydre fysiske rammer giver en sikkerhed. Men det er os som mennesker, det handler om. Relationen. Og hvis vi står inde for det vi gør, så kan man godt bevare trygheden samtidig med, at man prøver noget nyt.

Musik er en aktivitet, der rækker ud over dem selv og deres lille verden. Karl kan påkalde sig opmærksomhed med sin aktivitet med et instrument, og omgivelserne har også mulighed for at reagere på lyden. Derved bliver der mulighed for at opbygge og indgå i et sammen spil. Kontakten bliver meget materiel. Karl kan både se det og høre det. Nu er det Anne, der spiller. Nu er det mig, der spiller. Når jeg slår på en tromme, kommer der en lyd. Det forstår de fleste.

Udviklingshæmmedes selvoplevelse er tit meget svag, fordi de generelt er meget lidt aktive. Deres oplevelse af dem selv i dialog med andre er også meget svag. Måske har de slet ikke sanset, at det eksisterer. Men jeg

kan se på selv den mest retarderede, at musik og lyd går ind. Den bliver meningsfuld for dem. Musikken vækker en glæde, og med den kommer nysgerrigheden og motivationen og dermed udviklingen. “Når man oplever noget dejligt - vil man have mere,” siger Anne Steen Møller.



(Navnet Karl er opdigtet, men personens rigtige navn er kendt af redaktionen).

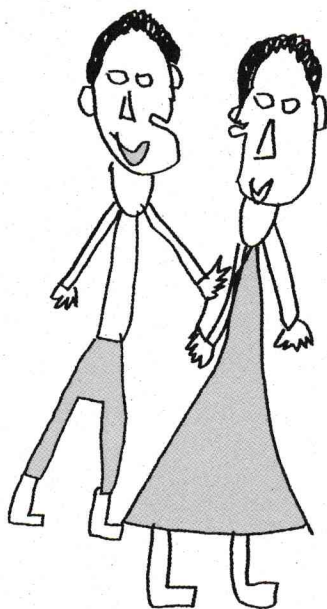
*Artiklen har tidligere været bragt i bogen:
Udviklingshæmmede og sindslidelser.*

[Mette Egelund Olsen]

KONTAKT I MUSIK

Interview med musikterapeuten Anne Steen Møller

Fælles for de mennesker, som Anne Steen Møller arbejder med, er, at de har en nedsat evne til at opfatte og bearbejde indtryk, samtidig med at de er begrænsede i deres udtryk og mulighed for at formidle sig selv til andre mennesker. Da musikken arbejder med både ind- og udtrykssiden, er den suveræn i arbejdet med svært udviklingshæmmede. Anne har gennem sit arbejde konkluderet, "At lyd i sig selv har mening, både for den der lytter og for den der lyder. At "lytte" og at "lyde, - det er kommunikation". Og kommunikation er et grundbegreb i det musikterapeutiske arbejde også med de mennesker som er allermest handicappede.



Anne Steen Møller inddeler sin musikterapi med fysisk /psykisk udviklingshæmmede i fem faser, som hun kalder for kontaktniveauer:

Kontaktniveau 1

"Jeg mærker en kontakt mellem os"

På første plan er forbindelsen mellem Anne og klienten meget sprød.

Nærmest usynlig eller uhørlig. Anne sidder gerne tæt ved klienten, og bruger klientens egne udtryk, hvor små de end er, i musikken.

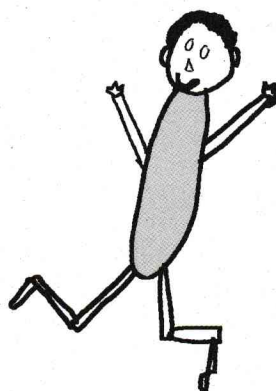
Vejrtrækningen, lydene, bevægelserne. De sættes ind i en musikalsk ramme og gives tilbage til klienten. Hendes formål er at formidle sig selv til klienten og skabe tryghed, så klienten tør rette sin opmærksomhed ud og give mulighed for, at hun og Anne kan mødes i, det Anne kalder for et fælles opmærksomhedsfelt. Reaktionen, der kan komme, er endnu meget små og spredte. Det overskud, der kræves for at rette opmærksomheden ud, kan svinge fra minut til minut. Derfor er det vigtigt at holde fast i her og nu oplevelsen.

Kontaktniveau 2

"Jeg hører og ser kontakten"

På dette plan spirer bevidstheden om sig selv og omverdenen. Anne får klare reaktioner på sin musikalske henvendelse. Det kan være små bevægelser med en kropsdelt - som at dreje hovedet efter lyden. Det kan

K T E R A P I



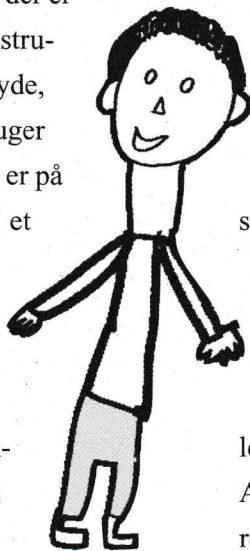
være stemmelyde, eller det at lade øjnene følge instrumentet. Der kan være smil og latter - og indimellem gråd. Reaktionen kommer tit i pauserne. Anne bruger reaktionerne i sit videre spil og gør dem til spilleregler, som f.eks. hedder: "Jeg spiller, når du laver din lyd med stemmen." Derved forsøger Anne, at gøre klienten bevidst om sit eget udtryk ved, at han hører Annes reaktion på dette i lyd.

Anne imiterer (efterligner) de lyde og bevægelser, som klienten kommer med - også stereotypierne. Hun bruger klientens ressourcer her og nu, understøtter dem og udvider dem. Hun leder efter tegn på, om der er forskellige reaktioner på forskellige instrumenter og om, der er genkendelse - på lyde, Anne, rummet, instrumenterne. Anne bruger musikken som en direkte henvendelse og er på dette plan begyndt at lægge op til et sammenspil. En kommunikation.

Kontaktniveau 3

"Du styrer nu kontakten"

Nu bliver musikken en respons på klientens lyde. Klienten forstår nu, at han kan få Anne til at reagere på lydene. Men han



forstår stadig ikke helt sammenspillets regler om din tur og min tur. Han forstår ikke, at Anne venter hans svar tilbage, når Anne har svaret på lyden. Hendes formål på dette niveau er at øge klientens bevidsthed om at kommunikere og motivere ham til det. Anne lægger mærke til, om der er bevægelsesmønstre, hun kan udvikle med forskellige instrumenter. Udviklingen viser sig her ved, at klienten bliver mere aktiv i sammenspillet og bruger instrumenterne mere relevant.

Kontaktniveau 4

"Vores kontakt har dialogens form"

Nu ved klienten, at de spiller sammen. Anne og klienten kan på skift lytte og lyde. Det betyder, at klienten nu behersker både det at have opmærksomheden rettet ind mod sig selv og ud mod Anne og sammenspillet. Det har form af at være en dialog. Spillereglen gælder for begge og hedder: "Vi skiftes til at lyde og til at lytte". Formålet er at skabe en tovejs-kommunikation, hvor klienten oplever, at hans udtryk bliver udgangspunktet for sammenspillet mellem sig selv og Anne.

Anne afprøver sammenspillet. Ser om det kan overføres til andre instrumenter og mærker efter, om der er en

balance mellem pauser og spil. Hun prøver også efter, om hun kan flytte sig længere væk, uden at det forstyrrer sammenspillet, og om hun musikalsk kan bevæge sig over i andre udtryk og ikke bare imitere - uden at det forstyrrer. Musikken bruges som et middel til gensidig kommunikation. Musikken tingsliggør klientens bevidsthed om det at kommunikere. Den giver mulighed for at indgå i en dialog.

Kontaktniveau 5

“Vi kontakter hinanden i den frit improviserede musik”

Den helt frie kontakt i den improviserede musik, hvor klienten og hende både kan mødes og skilles, oplever Anne meget sjældent i sit arbejde med de svært udviklingshæmmede. Hun har dog med få autistiske klienter oplevet at have en form for fri kontakt i musikken.

Fakta om Anne Steen Møller

Anne Steen Møller er tidligere folkeskolelærer. Hun er uddannet som kandidat i Musikterapi fra Aalborg Universitetscenter i 1986 og har en efteruddannelse fra Nordoff & Robbins instituttet på New York Universitet. Hun har arbejdet musikterapeutisk med udviklingshæmmede i 13 år.

Litt.: Anne Steen Møller,

Kontaktniveauer i musikterapi med fysisk/psykisk udviklingshæmmede,

Nordisk Tidsskrift for musikterapi, 1995, 4.

Inspiration: Even Ruud: Musikk som kommunikasjon og samhandling, 1990,

Oslo Solum Forlag.

Fakta om musikterapi

Musikterapi er en behandlingsform. Der findes flere retninger. Denne er analytisk orienteret musikterapi, der bruges psykodynamisk, og har sin oprindelse i psykoanalysen. Bredt defineret bliver musik brugt som et middel til at finde ressourcerne i det enkelte menneske. Musik og lyd bruges som redskaber til at skabe kontakt og udvikle opmærksomhed. Aalborg Universitet uddanner musikterapeuter. De universitetsuddannede musikterapeuter er organiseret i Musikterapeuternes Landsklub MTL - en faglig klub Dansk Magisterforening.

[Per Lindsø Larsen]

www.euromind.com

Et nyt nordisk net-forum om psykiatri og udviklingshæmning

Stadig flere mennesker anvender Internettet som redskab til informationssøgning. Videnscentret har allerede længe været repræsenteret på nettet med hjemmesiden www.oligo.dk, der nu har eksisteret i snart 4 år og hver måned har ca. 2000 besøgende.

For at kunne forbedre vores service til internetbrugere, samlede Videnscentret i efteråret 2001 mere end 20 psykologer, psykiatere, pædagoger og andre fagfolk fra Danmark, Sverige, Norge, Finland og Grønland, med det formål at skabe faglig grobund for en nordisk internet-portal om psykiatri og udviklingshæmning.

I disse måneder begynder forarbejdet at bære frugt, idet "Nordisk Net om Psykiatri og Udviklingshæmning" nu er åbnet på adressen: www.euromind.com. Dele af portalen er stadig under udarbejdelse, men forventes færdig inden udgangen af 2003.

"Nordisk Net om Psykiatri og Udviklingshæmning" vil komme til at rumme artikler på dansk, svensk og norsk. I tilknytning til hver artikel er der mulighed for at du kan tilføje dine kommentarer, stille spørgsmål til forfatteren eller starte en diskussion om artiklens emne.

Der er således tale om en levende internet-portal, hvor den besøgendes engagement udgør et væsentligt element. I de kommende måneder vil flere interaktive muligheder blive tilknyttet euromind.com.

Euromind.com vil på sigt afløse Videnscentrets tidligere hjemmeside www.oligo.dk.

Søgefunktion

Under "Søg" funktionen kan du søge præcist på det, du har brug for. Vil du f.eks. gerne vide noget om demens, skriver du det i søgefeltet, og får så de artikler der omhandler emnet. Til læsernes orientering må det dog understreges, at i en overgangsperiode vil en del af vidensdatabasen kun være til rådighed på oligo.dk.


Kalender

Kalenderen bringer nyt fra Videnscentret, men stopper ikke ved vores egne arrangementer og kurser. Så vidt muligt vil Euromind.com annoncere alle relevante arrangementer, såsom kurser, konferencer og kongresser i ind- og udland.

For at gøre denne service bedst mulig beder vi om jeres hjælp. Har I et arrangement I gerne vil have omtalt så husk at informere os!


Kurser

Vi modtager ofte beklagelser over at de kurser, som Videnscentret udbyder, er overtegnede kort tid efter, at de er udbudt. Det er således ikke alle, der overhovedet har nået at blive bekendt med deres eksistens, før det er for sent at blive tilmeldt. Fremover vil alle Videnscentrets kurser blive annonceret på www.euromind.com's kalender, og det vil være muligt at tilmelde sig online.



Nordisk Net

om psykiatri og udviklingshæmning



Menu

- REDAKTION
- ADRESSER
- LITTERATUR
- LINKS
- UDVIDET SØGNING

Kalender

- *Spjelkavik (No)* 14.-15. okt. 2003
Seksualitet for alle?
- *Århus (DK)*, 3.-4. Nov. 2003
Fire vinkler - Fire mennesker
- *Vejle (DK)* 6. Nov. 2003:
Relationer & Pædagogik
- *Kbh. (DK)* 20.-21. nov. 2003:
Børn og forældre under pres

Tidsperspektiver i forbindelse med behandling af tvangslidelse

Behandlingens intensitet og varighet vil naturligvis variere med symptomenes alvorlighetsgrad, samt andre forhold ved klienten. For en typisk klient uten utviklingshemming vil det være snakk om 10-20 behandlingstimer. Klienten møter gjerne terapeuten en gang i uken, men et stykke ut i behandlingen kan det også være aktuelt med terapitimer hver 2. eller 4. uke. Timene fordeles gjerne over 6-12 måneder.

[\[Læs Mere\]](#)

Prognose og behandlingseffekt ved tvangslidelse

Uten behandling er sykdomsforløpet vanligvis kronisk, med perioder av forbedring / forverring, hvor forverringen ofte inntreffer ved psykososialt stress. Det finnes ingen behandling som garantert gir suksess, men ved korrekt behandling har man meget gode utsikter til vesentlig bedring.

[\[Læs Mere\]](#)

Pædagogik

- Tidsperspektiver i forbindelse med behandling av tvangslidelse
- Anbefalt behandling
- Ikke blot et hus - men et hjem
- Massage kan brukes som pædagogisk redskab - bogomtale
- Hvordan reagerer personalet overfor utviklingshæmmede, der opfører sig aggressivt?
- Mellem pædagogik og psykoterapi
- Hertha - en organisk landsby
- Huse og mennesker
- Arkitekturpsykologi
- På

Tilmelding til kurserne foregår efter "Først-til-mølle" princippet. Det er derfor af den grund en god ide at besøge euromind.com med jævne mellemrum.

Links og kontaktdatabase

For at skabe mulighed for gensidig erfaringsudveksling og lignende oprettes en emnebaseret kontaktdatabase med adresser, telefonnumre, e-mailadresser etc. samt en kort beskrivelse af interesse- /arbejdsområder. Desuden vil der blive etableret en lang række links til andre fagligt relevante informationssteder på nettet.

Litteratursøgning

Videnscenter for Psykiatri og Udviklingshæmning er i besiddelse af nordens største specialbibliotek om psykisk udviklingshæmning. Biblioteket indeholder adskillige tusinde bøger, mange tidsskrifter, mere end 10.000 faglige artikler og en større video-samling. I samarbejde med Forskningsbiblioteket på Psykiatrisk Hospital i Risskov er Videnscentret p.t. i gang med en gennemgribende registrering af samlingen. På euromind.com vil der, når registreringen er gennemført, blive mulighed for at søge i Videnscentrets litteratursamling.

[Line Rosenlund Nielsen]

Har du sovet godt?

Er der næsten noget mere irriterende end at ligge i seng om aftenen og ikke kunne falde i søvn? Jo mere man tænker over, hvor irriterende det er, des mere vågen bliver man. Næste dag, derimod, er det rigtigt svært at holde sig vågen!

Søvnproblemer

Nattesøvnen er vigtig for os alle, fordi man restituerer sig ovenpå dagen, der er gået, og lader op til næste dag. Det kan derfor have store konsekvenser, hvis ens nattesøvn jævnligt er forstyrret. For eksempel kan evnen til at lære nye ting blive væsentlig nedsat, og man kan blive irriteret. Træthed som konsekvens af søvnproblemer kan også være skyld i trafikuheld.

Alle mennesker kan af og til have problemer med at falde i søvn og sove godt. Det kan eksempelvis skyldes stress, bekymringer eller angst og er helt naturlige reaktioner på akutte belastninger. Man taler imidlertid først om søvnproblemer, når det primære er, at søvnen er forstyrret, uden at man kan se det som direkte reaktion på ydre forhold.

Det er anslået, at knap 1/5 af den voksne befolkning lider af søvnproblemer. Der er ingen grund til at tro, at

andelen af voksne udviklingshæmmede, der lider af problemer med at sove, er mindre, men - ligesom inden for så mange andre områder - er det ikke særligt undersøgt.

To forskere i Glasgow(1) har imidlertid lavet en undersøgelse, dels for at undersøge omfanget af søvnbesvær i en gruppe voksne udviklingshæmmede, dels for at undersøge hvilken intervention der er gavnlig.

Udviklingshæmmedes søvnproblemer

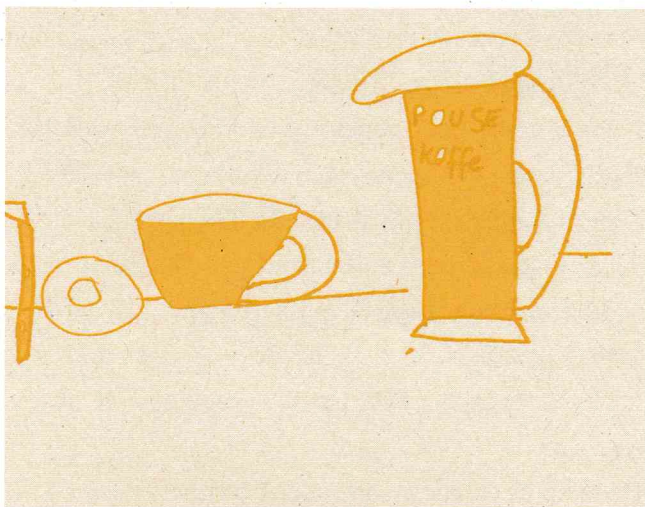
I den skotske undersøgelse udsendte man et kort spørgeskema til 5 værksteder, der beskæftiger udviklingshæmmede, omfattende i alt 384 personer. 118 personer sagde ja til at deltage i undersøgelsen, og ved nærmere undersøgelse viste det sig, at 27 deltagere (svarende til 17,4 %) havde problemer med at falde i søvn, mens 11% havde besvær med at sove igennem.

Dette tal er en anelse lavere end for den resterende del af befolkningen, men forskerne mener selv, det kan skyldes de strenge diagnostiske kriterier, der blev brugt i denne undersøgelse. Hvis man havde brugt mindre strikse symptombeskrivelser, er der god sandsynlighed for, at tallet var nået op på højde med forekomsten i større befolkningsundersøgelser.

Ændringsstrategier

Den anden, mindst lige så interessante del af undersøgelsen, bestod i at se, hvad man så kunne gøre for at afhjælpe søvnproblemerne - uden brug af sovemedler. 9 af undersøgelsesdeltagerne gennemførte en fire ugers periode, hvor man prøvede en eller flere af i alt seks mulige strategier rettet mod personens søvnproblemer. Disse seks strategier var:

1) Optimering af søvnrytmen ved at finde den bedste søvnrytme for personen gennem gradvis at justere den tid, han ligger i sengen og omfanget af søvn i løbet af dagen.



2) Søvnhygiejne - dvs. se på livsstilsfaktorer som diæt, koffeinindtag og motion og sørg for et roligt soveværelse med en behagelig temperatur og en god seng.

3) Stimuluskontrol, hvilket indebærer at mindske indtryk, der associeres med at være vågen, og fremme indtryk, der associeres med at sove. Eksempler på dette er undlade at se tv (associeres med at være vågen) i soveværelset eller at være meget søvning (associeres med at sove), når man går i seng.

4) Afslapningsteknikker - herunder muskelafspænding og forestillingsøvelser.

5) Lysterapi kan bruges, fordi stærkt lys virker direkte ind på kroppens "søvnur". På den måde kan stærkt lys om morgenen eller om aftenen hjælpe til at rykke en søvnrytme, der er forskubbet i den ene eller anden retning.

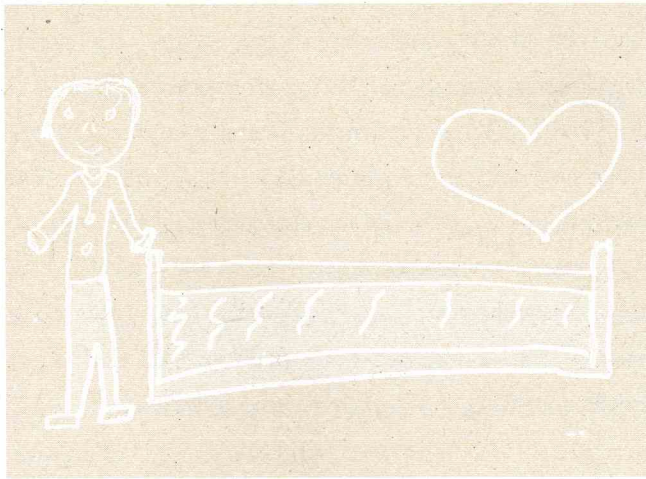
6) Kognitiv adfærdsterapeutiske teknikker blev brugt enten i det direkte arbejde med forsøgsdeltageren eller i forhold til deltagerens omgivelser.

Forskerne konkluderer i deres undersøgelse, at de anvendte strategier i flere tilfælde førte til forbedret søvn og søvnrytmer for undersøgelsesdeltagerne. Imidlertid var deltagerantallet ikke stort nok til, at man kunne etablere sammenhænge mellem specifikke problemer (eksempelvis besvær med at falde i søvn, problematisk adfærd ved sengetid eller opvågningen i løbet af natten) og strategier.

Gode ideer

Selvom forskerne således ikke kan komme med en kagebog for, hvordan man skal reagere, hvis en beboer

har lige de eller de søvnproblemer, viser undersøgelsen, at det kan betale sig at tænke i andre baner end "sove medicin" eller "besværlig beboer". Det er muligt, at man skal tage et tjek på de fysiske rammer og rutinerne omkring søvnen. Dertil kommer så også, at det ikke kun er vigtigt, hvad der sker om aftenen, men også dagens forløb spiller ind. Hvis man beslutter sig for at



forsøge at rykke søvnrytmen, nytter det ikke, at der bliver mulighed for at tage en lur i løbet af dagen - det kræver viljestyrke ikke at give efter for trangen til at sove, og når det drejer sig om udviklingshæmmede, kræver det måske ikke mindst viljestyrke fra personalets side at hjælpe til, så der ikke bliver mulighed for smugsove i dagens løb.

Nogle af de strategier, der blev brugt i undersøgelsen fra Glasgow, virker måske meget enkle og indlysende.

Ikke desto mindre stemmer de meget godt overens med de råd, alle kan have brug for at blive mindet om, når det at sove godt bliver til et problem:

- Sov nok til at føle dig udhvilet, men heller ikke mere
- Stå op på omtrent samme tid hver dag
- Sørg for at blive rørt lidt hver dag - men ikke hård motion lige før, du skal sove
- Undgå kaffe, te og cola i fire timer inden sengetid
- Gå ikke sulten i seng - men spis heller ikke store måltider, lige inden du lægger dig
- Brug ikke alkohol som sovemiddel - det letter måske indsovningen, men giver ikke så dyb en søvn
- Sørg for at der er mørkt og roligt i soveværelset
- Undgå regelmæssig brug af sovemidler
- Stå ud af sengen, hvis du ikke kan falde i søvn inden for 1-2 timer
- Forsøg at undgå at tage problemer og bekymringer med i seng.

(1) Gunning, M. J. & Espie, C. A. (2003).

Psychological treatment of reported sleep disorder in adults with intellectual disability using a multiple baseline design.

Journal of Intellectual Disability Research, vol. 47(3), pp. 191-202.

Vis mig hvordan du

- En historie

Ved New Jersey Institute of Technology findes en afdeling for Building and Architecture. Her har man en forskningsafdeling, der beskæftiger sig med at analysere de fysiske omgivelser betydning for mennesker, der har specielle behov f.eks. fordi de er udviklingshæmmede, har udviklet Alzheimers Sygdom eller andre aldersrelaterede sygdomme.

Sidste år blev der gennemført et praktisk pilotprojekt, hvor man tog udgangspunkt i en gruppe på 46 udviklingshæmmede, der var ved at blive gamle.

Formålet med projektet var "To age in place". Det kan ikke udtrykkes helt så enkelt og smart på dansk, men udtrykket "At blive gammel i egen bolig" er nok det, der dækker det bedst.

Selvom der er gjort mange fremskridt indenfor sundhedsvæsen og medicinalindustri, kan man endnu ikke gøre noget særligt ved aldringsprocesserne og de skavanker, der næsten uundgåeligt følger med.

Derimod kan man langt hen ad vejen søge at gøre livet lettere for de enkelte, ved at ændre på de ydre fysiske rammer.

Projektet var privatfinansieret, og havde kun yderst begrænsede ressourcer. Der var alt i alt kun afsat 600 \$ (ca. 4200 kr.) per person til forundersøgelser, forbedringer og evaluering. Heller ikke i USA kommer man særlig langt for dette beløb, når man skal betale både materialer og håndværkerudgifter, så for at strække på budgettet valgte man at få en del mindre ændringer lavet af lokale viceværter og pedeller, der i forvejen havde ansættelse i forbindelse med boligerne.

Undersøgelsen

Undersøgelsen omfattede 46 personer fordelt på 23 af hvert køn.

Aldersmæssigt var der

- 23 der var under 49 år
- 13 der var mellem 50 og 59 år
- 6 der var mellem 60 og 69
- 4 der var over 70 år.

Det giver en gennemsnitsalder på 51,4 år.

Det lyder ikke umiddelbart som nogen høj alder, men her må man tage i betragtning, at for eksempel mennesker med Downs Syndrom kan udvikle Alzheimers

gør, når.....!!!

et amerikansk lavpris boligforbedringsprojekt

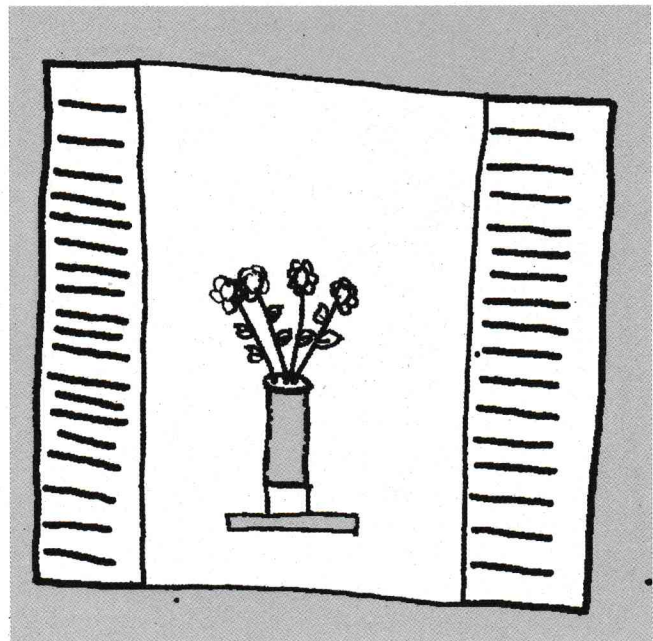
sygdom i meget tidlig alder. Desuden har mange udviklingshæmmede også fysiske problemer og handicaps.

Projektet er gennemført i en almindelig forstad. For hver enkelt person undersøgte og registrerede man 67 forskellige aktiviteter. De kunne for eksempel bestå i: at åbne et vindue, se i spejlet, benytte komfuret, tage kopperne i skabet, komme ind og ud, gå på trapper og så videre.

Man lagde megen vægt på ikke at spørge abstrakt, om hvilke problemer der var. I stedet spurgte man "Vis mig hvordan du gør, når.....!" og man gennemgik på den måde alle funktionerne sammen med den enkelte. Desuden blev plejepersonalet interviewet. Hensigten var at lave en kortlægning af hver enkelt persons behov og eventuelle problemer.

Problemerne kunne dels skyldes dårlige eller ugenomtænkte indretninger, men også slidtage. Et eksempel på det sidste var vinduer og døre, der kun besværligt kunne åbnes, f.eks. fordi de havde slået sig på grund af fugt eller var blevet malet til.

Ud fra et ideal om at skabe højst mulig tryghed og uafhængighed for den enkelte prøvede forskningsgruppen at finde frem til individuelle løsninger. Tanken var, at det er klart bedre (og billigere) at lave nogle små forbedringer, der kan ramme præcist i forhold til behovet end at gå ind og lave generelle forbedringer, hvor man i lighedens navn laver det samme hos alle, uden at se i



øjnene at ikke alle har brug for det samme.

Princippet kalder de "Individual environmental inventions". På dansk kunne man tale om skræddersyede løsninger, men den oversættelse dækker ikke helt det faktum, at der også må nytænkning og eventuelt helt nye opfindelser til.

Generelt viste det sig, at mange af de udviklingshæmmede fra gruppen gjorde mindre end de reelt kunne.



Både de udviklingshæmmede og de ansatte havde typisk bare accepteret tingenes tilstand uden at tage stilling til hvilke faktorer, der gjorde at personen ikke kunne selv. En del af barriererne viste sig at være lette at fjerne eller formindske.

Køkken

Man fandt ud af, at kun meget få fra undersøgelsesgruppen rent faktisk deltog i køkkenarbejde. Det skyldtes til dels de fysiske forhold. For eksempel var køkkenbordene for høje, og skabene sad for højt oppe. Det var generelt også næsten umuligt at komme til, hvis man brugte kørestol eller rollator. Der manglede også stole/taburetter så de kunne hvile sig undervejs eller bare sidde og kigge på.

Hovedårsagen til den manglende deltagelse skyldtes imidlertid ikke de fysiske forhold, men derimod, at personalet, måske uden i særlig grad at tænke over det, bare gjorde det for dem, fordi det umiddelbart var det letteste.

Bådeværelse

Kan forbedres meget ved at sætte støttehåndtag op, og sørge for at der er taburetter til brug ved badning.

Det kan være svært tænde lys. Kontakten sidder måske ikke i logisk sammenhæng med funktionen. Der manglede ofte lys ved spejlet (en nødvendighed hvis man ser dårligt).

Bolig i øvrigt

Skabe og hylder kan være for højt eller lavt placerede eller på anden vis for svært tilgængelige. Greb på skabe og skuffer kan ofte med held udskiftes med nogle, der er lettere at gribe omkring. Der kunne være for dårlige eller forkert placere lamper og kontakter. Vinduer og døre der binder, eller har håndtag og låseanordninger der er svære at anvende.

Dørtrin der er i vejen for en rollator, gulvbelægninger der kan være glatte, for blanke (reflekterer lyset og forvirrer), eller i et for uroligt mønster (f.eks. kan mørke felter forekomme som huller for den, der ser meget dårligt).

Udendørs

Her så man blandt andet, på terrænstigninger og trin/trapper. Trin, der er hensigtsmæssige for den der går normalt, kan være uoverstigelige hindringer, for den der går med stok eller rollator.

Også belægningerne spiller en rolle: Kan man gå tørskoet, eller forvandles stien til en mudderpøl når det regner, eller hvad når der kommer sne og is? Er der er gelænder at holde fast ved?

Undersøgelsen førte til, at der blev foreslået 397 ændringer. Heraf blev 147 gennemført.

Blandt begrundelserne for den manglende gennemførelse af de sidste kan nævnes: Prisen for høj, ejeren

(mange af boligerne er i privat eje) satte sig imod, brandmyndighederne satte sig imod. Noget mislykkes på grund af dårlig kommunikation.

Under projektet viste det sig at være en barriere, at man i et vist omfang var nødt til at anvende de lokale viceværter og altnuligmænd i stedet for professionelle håndværkere. Holdningen "sådan plejer vi at gøre" var svær at bryde igennem, og meget af det arbejde, der rent faktisk blev udført, var af for dårlig kvalitet.

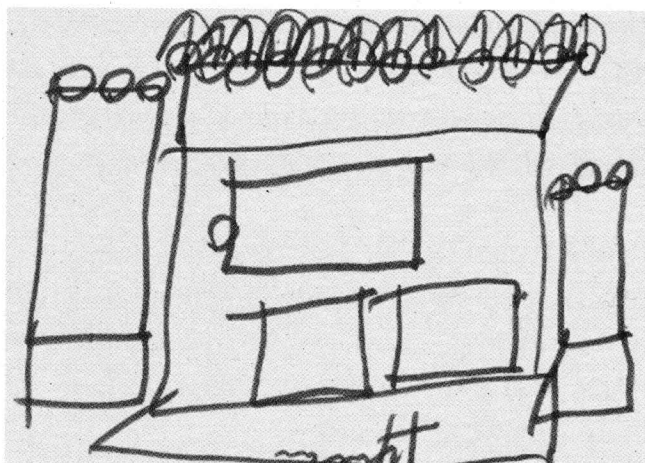
Evalueringen

Evalueringen af projektet viste en gennemgående stor tilfredshed. Mange handlinger var blevet lettere eller måske oven i købet mulige. 73 % af brugerne var meget positive, 10 % neutrale.

Det interessante er, at man selv med meget små beløb og en relativt lille indsats kan hjælpe meget, hvis man vel at mærke rammer præcist i forhold til behovene.

Ofte kan selv meget små ting gøre en forskel - Smør hængsler og låse. Skift håndtag, slib tilmalede eller skæve vinduer og døre. Fjern dørtrin. Sæt støttehåndtag op. Vælg en anden model vandhane og så videre.

Man kan ikke umiddelbart overføre den amerikanske undersøgelse på danske forhold. Generelt er institutionsforholdene i Danmark nok noget bedre. Bl.a. fordi, det er de færreste af bostederne der derovre



The Center for Health Care and Aging Environments

Research Team:

Lynn Hutchings and Richard Olsen

Litt:

- Homes That Help: Advice from Caregivers for Creating a Supportive Home.*
- The Group Home Environment: The Residents Perspective.*

Yderligere information:

<http://www.njit.edu/old/Directory/Centers/CABSR/research/healthgeneral.htm>

oprindeligt er bygget og indrettet til udviklingshæmmede.

Men der er nok heller ikke tvivl om, at man på mange institutioner og bosteder herhjemme kan møde tilsvarende problemstillinger.

[Per Lindsø Larsen]

Fælles erfaringer

Overalt i verden mærkes en stigende mangel på kvalificeret hjælp til udviklingshæmmede med sindslidelser

I dagene fra den 17.- 20. september 2003 afholdt MHMR (European Association for Mental Health in Mental Retardation) sin 4. europæiske kongres i Rom. Mere end 500 deltagere fra primært Europa, men også fra USA, Japan og Australien, var mødt frem.

Generelle udviklingstendenser

Flere indlæg bevidnede, at den historiske udvikling, som vi kender fra Danmark, er forgået eller foregår tilsvarende i de fleste andre lande.

Institutionaliseringsgraden er i de fleste lande nede på omkring 0.5 -1.0, hvilket svarer til niveauet i Danmark. Det vil sige, at kun omkring 1 ud af hver 100-200 udviklingshæmmede bor på egentlig institution. Der har således igennem de seneste 20 år i forskellige udviklingstempi fundet en forbedring sted af de udviklingshæmmedes bolig- og livskvalitet i alle vestlige lande.

Erfaringer fra de fleste lande viser imidlertid også, at denne udvikling har haft nogle utilsigtede bivirkninger, idet der overalt mærkes en stigende mangel på kvalificeret hjælp til udviklingshæmmede med psykiske lidelser.

Dette problem er overalt ved at være så iøjnefaldende, at der på kongressen blev vedtaget en fælleserklæring, hvori man opfordrede politikere i alle europæiske lande til at være opmærksomme på, at der er behov for øget hjælp til udviklingshæmmede med psykiske lidelser, og at der eksisterer en reel fare for at denne lavt privilegerede gruppe bliver glemt.

I Danmark kan vi i forlængelse af fælleserklæringen indtil videre glæde os over, at regeringen i forbindelse med seneste finanslov udtrykte, at man er opmærksom på, at denne gruppe har behov for en øget indsats.

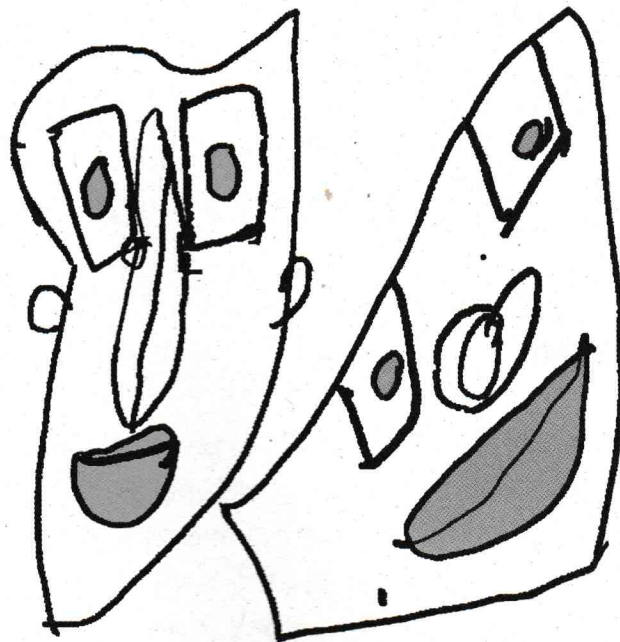
Triple-diagnoser

Store lande ser ofte – på grund af deres større befolkningsgrundlag – udviklingstendenser før vi for alvor får øje på dem i Danmark. Derfor er det måske værd at skrive det bag øret, når Dr. Barnhill fra Universitetet i North Carolina advarer om et stigende antal udviklingshæmmede med ”Triple-diagnoser”, dvs. at de udover udviklingshæmningen og en psykisk lidelse også har et misbrugsproblem.

”Triple-diagnosen” findes særligt hos de bedst fungerende udviklingshæmmede, der ofte er udflyttet til egen bolig eller bofællesskab, og derfor ikke længere har en daglig pædagogisk kontakt. En stærk sammenhæng mellem psykisk lidelse og ”selvmedicinering” med alkohol eller andre beroligende stoffer er velkendt i befolkningen i almindelighed, og den synes altså også at gøre sig gældende hos de lettere udviklingshæmmede.

At vi i fremtiden kommer til at høre mere om triple-diagnoser falder i øvrigt godt i tråd med Formidlingscenter Øst’s netop offentliggjorte rapport om Misbrugsproblemer blandt udviklingshæmmede i Danmark.

Fra Holland advarede behandlere om en anden tendens, der er værd at bemærke. Andelen af udviklingshæmmede blandt hjemløse synes at være tiltagende.



Der er i særlig grad tale om udviklingshæmmede i mild grad, der har svært ved at leve på egen hånd. De har sværere ved at profitere af de hjælpeforanstaltninger, der almindeligvis sættes i gang, og strander ofte fuldstændigt, hvis ikke særlige programmer sættes i gang.

Screening

Der blev på kongressen givet flere vinkler på, hvorledes indsatsen for udviklingshæmmede med psykiatris-

ke lidelser kan forbedres.

Manglen på psykiatere med den fornødne specialviden om psykisk udviklingshæmning er stor, ikke alene i Danmark, men også i de fleste andre europæiske lande. For at afbøde på denne mangel arbejdes vedvarende på at udvikle checklister og tests, som kan bruges til at foretage en hurtig vurdering af, om den udviklingshæmmede har brug for nærmere psykiatrisk hjælp.

Konferencen afslørede på dette område ikke væsentligt nyt. PAS-ADD fremstår stadig som den bedst validerede test til bred screening for psykiatriske lidelser, og fik yderligere vind i sejlene ved fremlæggelsen af resultaterne fra en større engelsk undersøgelse, der pegede i retning af en god validitet for PAS-ADD'en.

Videnscenter for Psykiatri og Udviklingshæmning arbejder i øjeblikket på en dansk oversættelse af PAS-ADD.

Den akutte psykiatriske hjælp

Deltagere fra mange lande delte de dårlige erfaringer med indlæggelse af psykisk udviklingshæmmede på almene psykiatriske afdelinger, og der blev givet flere forslag til, hvorledes behandlingen kan forbedres i mere akutte tilfælde, hvor indlæggelse er nødvendig.



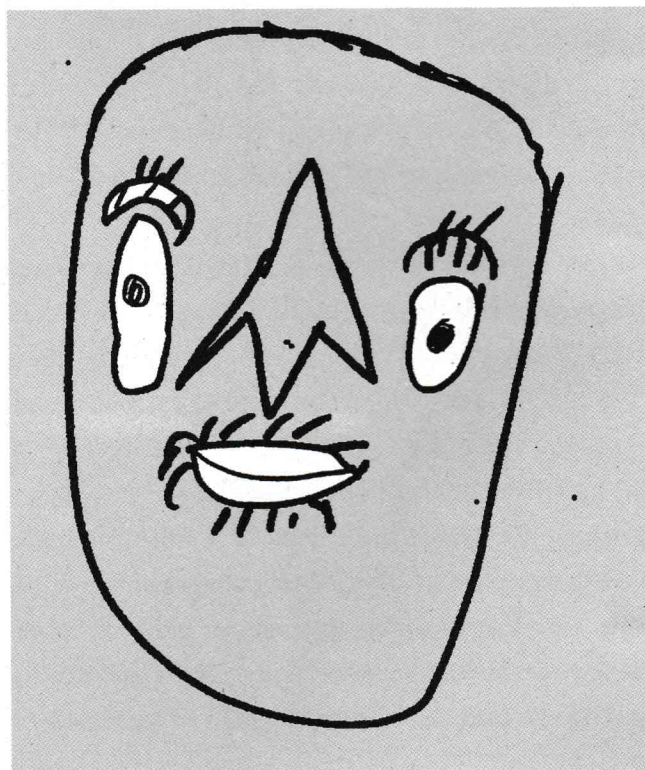
Fra Massachusetts i USA fortalte Dr. L.Charlot om erfaringerne med en særlig psykiatrisk sengeafdeling for udviklingshæmmede. Den har nu eksisteret i 4 år,

og det har vist sig, at en gennemsnitlig indlæggelsestid på 11-13 dage er tilstrækkeligt til, at det specialtrænede personale på afdelingen kan stille diagnose og påbegynde medicinsk behandling, så patienterne hurtigt kan komme tilbage til deres hjemlige miljø. Det var indtrykket, at det endog rent økonomisk var at foretrække frem for indlæggelse på almindelige psykiatriske afdelinger.

Men netop økonomien er årsag til, at mange lande endnu ikke har sådanne særlige sengeafdelinger for psykisk udviklingshæmmede, og det har fremtvunget afprøvning af andre alternativer. Således fremlagde svejtsiske forskere nogle erfaringer med daghospitalet, hvor patienterne kunne komme i dagtimerne. Bortset fra manglende sengeplads fremstod daghospitalet som en almindelig afdeling, hvor der var mulighed for diagnosticering, terapeutiske behandlingsforløb og medicintilpasning. Resultaterne viste, at effekten ikke nåede op på, hvad reelle sengeafdelinger, specielt tilpasset udviklingshæmmede patienter, kan præstere, men det viste sig dog, at især de bedst fungerende udviklingshæmmede kunne drage fordel af sådanne daghospitalet.

En vigtig pointe blev påpeget af Dr. L. Taggart fra Nordirland, der i en undersøgelse dokumenterede, hvad

der formentlig er tilfældet i de fleste lande, nemlig at psykisk udviklingshæmmede i månederne før og efter indlæggelse på psykiatrisk hospital ikke modtager samme grad af hjælp fra systemet som ikke-udviklingshæmmede patienter. De har f.eks. langt færre konsultationer hos almenpraktiserende læge og modtager i langt mindre grad ambulante psykiatriske hjælp. Alt dette



er medvirkende til at nedsætte effekten af hospitalsopholdet, og øge risikoen for at genindlæggelse bliver nødvendig.

Aldring et tiltagende tema

Indenfor de seneste 5 år er aldring blevet et stadig mere dominerende emne på konferencer om udviklingshæmning, og konferencen i Rom var ingen undtagelse. Denne øgede fokus på den tredje alder er der god grund til.

Fremskrivning af befolkningsudviklingen viser, at mens andelen af udviklingshæmmede over 65 år i dag udgør ca. 12 % af alle udviklingshæmmede, vil gruppen i 2040 udgøre ca. 25 %. Det er ikke alene udviklingen i Danmark, men i hele den vestlige verden.

Resultaterne fra en engelsk undersøgelse, som blev fremlagt på konferencen, giver et fingerpeg om, hvilke særlige behov denne gruppe må forventes at have. Undersøgelsen omfattede alle + 65-årige udviklingshæmmede i et geografisk afgrænset område i det nordlige London. Lægelige og psykiatriske undersøgelser viste, at 1/3 havde en behandlingskrævende psykisk lidelse. 1/3 viste tegn på demens. I alt 75 % af gruppen havde fysiske problemer, som f.eks. kredsløbsforstyr-

relser. 75 % havde dårligt syn. 22 % havde høreproblemer og 30 % havde bevægelsesproblemer.

Blandt oplægsholdere fra flere lande blev der næret bekymring for, at politikerne ikke i tide vil reagere på den ændrede samfundsudvikling, og at betjeningen af ældre udviklingshæmmede derfor i de kommende år vil blive relativt forringet.

Anvendelse Af

Forskellige vinkler på at arbejde med udviklingshæmmede

Fra samtaler til musikterapi

Fra samspilskompetancer
og miljøterapi til massage

Fra teori til praksis

Daniel Sterns teorier om barnets selvfølelser, selvudvikling og relationsområder har gennem de senere år vundet stor udbredelse såvel herhjemme som i landene omkring os. Teorien betragtes af mange som et paradigmeskifte, og det mest interessante og nytænkende bidrag om menneskets psykiske udvikling, der er kommet frem i mange år.

Der er arbejdet meget med at omsætte Sterns teorier om barnets udvikling til konkret praksis, der kan være udgangspunkt for behandling indenfor områder som terapi, familiararbejde med såvel spædbørn som større børn, arbejde med behandlingskrævende børn og unge,

miljøarbejde m.m. - og oftest med positive resultater til følge.

Ligeledes har Sterns teorier vist sig ualmindelig anvendelige som udgangspunkt for mange forskellige faggrupper arbejde: Psykologer, pædagoger, sygeplejersker, musikterapeuter, massører m.v.

Der har også vist sig at være stor overensstemmelse mellem Sterns teorier og Marte Meo metoden, så disse med frugtbart resultat kan kombineres.

Endnu er der kun ganske få mennesker der bruger Sterns teorier i deres arbejde med udviklingshæmmede, men ved at tage et daglige afsæt heri åbnes der for helt nye inspirerende og givende muligheder.

Samtidig betyder denne teoretiske tilgang en langt mere respektfuld holdning til arbejdet, hvor den enkelte udviklingshæmmede bliver set og mødt i langt højere grad og med positiv udvikling til følge.

På kurset vil Daniels Sterns teori blive gennemgået og fire forskellige mennesker med hver deres uddannelse og indfaldsvinkel vil fortælle, hvorledes de har omsat

Daniel Sterns Teorier

Daniels Sterns teorier til deres praktiske arbejde med udviklingshæmmede.

Undervisere:

Tove Svendsen, cand. psych.

- supervision, undervisning og psykoterapeutiske samtaler med udviklingshæmmede

Anne Steen Møller, musikterapeut

- musikken som kontakt og redskab

Trine Lise Bakken, norsk sygeplejerske og cand. san.

- relationer, samspilskompetancer og miljøterapi i forbindelse med arbejdet med de sværest udviklingshæmmede

Erik Tollefsen, socialpædagog

- brug af massage i arbejdet med udviklingshæmmede

Tid:

Mandag 3. november 2003 kl. 10 - 17

Tirsdag 4. november 2003 - kl. 9 - 16

Sted:

Psykiatrisk Hospital i Århus, den gamle festsal

Skovagervej 2

8240 Risskov

Pris:

2200 kr. -dækker undervisning, frokost, kaffe/te & kage

Max. 30 deltagere

Tilmelding på e-mail, telefon eller fax til:

Mette Egelund Olsen

Videnscenter for Psykiatri og Udviklingshæmning

Skovagervej 2

8240 Risskov

tlf.: 77 89 29 93

fax: 77 89 29 90

e-mail: meo@psykiatri.aaa.dk

**Kurset er udsat
til senere, se ny dato
på www.euromind.com**

VipuViden udgives af
Videnscenter for Psykiatri
og Udviklingshæmning
Skovagervej 2 · 8240 Risskov
Tlf. 77 89 29 90
Fax. 77 89 29 99
E-mail: videnscenter@oligo.dk
www.oligo.dk
www.euromind.com

Ansvarshavende redaktør:
Overlæge Kurt Sørensen

Redaktør:
Journalist Mette Egelund Olsen

Fotos og billedbearbejdning:
Vibeke Keck Olesen

Tegninger: Atelier Karavana

Kopiering kun tilladt på institu-
tioner, der har indgået aftale
med Copy-Dan, og kun indenfor
de i aftalen nævnte rammer.

Tryk: GP-Tryk A/S Grenaa

ISSN 1399-7475

Bladet udkommer 4 gange om
året.

VipuViden påtager sig intet
ansvar for manuskripter m.m.
der er indsendt uopfordret.

ViPU  Viden