

# ViPU Viden

om psykiatri og udviklingshæmning



TEMA

## Affektive lidelser

Videnscenter for Psykiatri og Udviklingshæmning

8. årgang · Nr. 1 · 2006





*Kurt Sørensen,  
overlæge og leder af  
Center for Oligofrenipsykiatri*

## Affektive lidelser

I dette nummer af Vipu Viden introducerer vi det forholdsvis nye begreb affektive lidelser. Det dækker stort set over det, som man i gamle dage kaldte mani og depression. Disse sygelige tilstande er overordentlig udbredte, både i normalbefolkningen og blandt udviklingshæmmede. I dag, hvor du læser dette, har ca. 1 ud af 20 danskere en affektiv lidelse i lettere eller sværere grad.

De affektive lidelser er subjektivt meget ubehagelige, specielt depressionerne. Folk, der har haft både depression og legemlige lidelser forbundet med smerte, foretrækker oftest så langt den legemlige sygdom, også fordi her kan omgivelserne se og forstå, at man er syg.

Heldigvis er det sådan, at vi i dag råder over mange gode behandlingsmuligheder ved affektive lidelser, men at en behandling bliver sat i værk hos mennesker med udviklingshæmning afhænger ofte af, at der er et personale, der er opmærksom på sygdommene.

At hjælpe i denne proces har været formålet med nummeret.

God læselyst.

Kurt Sørensen  
Redaktør

### Udgives af

Center for Oligofrenipsykiatri  
Skovagervej 2 · 8240 Risskov  
Telefon 77 89 29 90  
Telefax 77 89 29 99  
E-mail: videnscenter@oligo.dk  
www.euromind.com  
www.oligo.dk

Bladet udkommer 4 gange om året.  
Årsabonnement: 150,- kr

### Ansvarshavende redaktør

Overlæge Kurt Sørensen

### Redaktion

Mette Egelund Olsen  
Hanne Engelstoft  
Dorte Eifer  
Søren Kristoffersen  
Fotos: Hanne Engelstoft

### Grafik og layout

Søren Kristoffersen  
Hanne Engelstoft

### Tegninger

Atelier Karavana

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

### Tryk

DeFacto AS  
ISSN 1399-7475

ViPU Viden påtager sig intet ansvar for manuskripter m.m. som er indsendt uopfordret. Synspunkter, der udtrykkes af gæsteskrivere, interviewede o.l., dækker ikke nødvendigvis bladets holdninger.

Har du obstruktiv søvnapnø? .....	4
Affektive lidelser - et nyt navn for manio-depressive lidelser .....	6
ICD-10 klassifikation af affektive lidelser .....	9
Den vigtige skelnen: SORG OG DEPRESSIONER .....	10
Miljø og depression .....	14
Depression påvirker hjernen .....	17
Få styr på lidelsen .....	19
Behandling af depression - hvad virker? .....	21
Magnetisme mod depression .....	23
"Han er så psykotisk" - Men hvad er diagnosen? .....	25
Bogomtale: Motion som medicin mod depression .....	28
Det svingende liv .....	31
Psykoedukation gavner bipolare patienter .....	33
Det handler om kærlighed .....	35
Bog anmeldelse: Skygge-Baldur .....	36
På vej mod de nye regioner .....	38
Bogomtaler .....	40
Nyt fra hjemmesiden .....	42



# Har du obstruktiv søvnapnø?



af Mag art. i psykologi Per Lindsø Larsen,  
Videnscenter for Psykiatri og Udviklingshæmning

Det har gennem mange år været velkendt, at søvnproblemer forekommer langt hyppigere blandt personer med psykisk udviklingshæmning end i den øvrige befolkning.

Adskillige undersøgelser har også dokumenteret en nøje sammenhæng mellem søvnproblemer og omfanget af særlige problemer i dagtimerne: hyperaktivitet, koncentrationsvanskeligheder, træthed, apati, selvskadende adfærd, skrigen osv. Ny forskning viser nu også, at søvnproblemer i betydelig grad øger dispositionen for depression.



## Udbredt lidelse

Obstruktiv søvnapnø anses for at være den mest udbredte søvnlidelse blandt udviklingshæmmede. Søvnapnø er en tilstand med gentagne tillukkelser af luftvejene, som medfører pauser - apnøer - i vejrtrækningen under søvnen. Den nedsatte vejrtrækning betyder fald i blodets iltindhold og fører ofte til hyppige opvågninger. En obstruktiv apnø defineres som en pause i vejrtrækningen på mere end 10 sekunder. Personer, der lider af søvnapnø holder ikke sjældent vejret i mere end ét minut og kan gentage det mere end 30 gange i timen.

## Nedsat reaktionstid

Det siger sig selv, at den sovende må bruge betydelig flere kræfter på vejrtrækningen om natten og opnår en meget ringe søvnkvalitet. Derfor kan søvnighed i dagtimerne være et stort problem, der f.eks. i betydelig grad øger risikoen for arbejdsskader og ulykker i trafikken. Sammenligninger har vist, at personer der lider af søvnapnø har nedsat reaktionstid i trafikken, svarende til til at køre med en alkoholpromille på 0,9. Amerikanske



forskere har beregnet, at søvnapnø årligt er den bagvedliggende årsag til mere end 1400 dødsulykker i trafikken i USA.

### **Personer med udviklingshæmning**

Det antages at ca. 2-3 pct. af befolkningen lider af obstruktiv søvnapnø. For grupper af personer med udviklingshæmning tager situationen sig imidlertid anderledes ud. Det skønnes, at 30-40% af alle personer med Down Syndrom lider af søvnapnø. Blandt andre grupper af udviklingshæmmede er søvnapnø endnu mere udbredt. Det gælder f.eks. personer med Pierre-Robin syndrom, fragilt-x, Rubinstein-Taybi og Prader-Willie.

Selv om der altså er al mulig grund til at være opmærksom på denne oversete lidelse, så viser erfaringer at udviklingshæmmede relativt sjældent bliver henvist med søvnproblemer til søvnklinikker eller andre speciallægelige behandlingssteder. Og det kan der være flere forklaringer på. Indtil behandlingsgarantien for få år siden trådte i kraft, kunne der være års ventetid på forundersøgelse. Der ud over har der muligvis - også blandt behandlere - været en opfattelse af, at mange personer med

udviklingshæmning kunne have vanskeligt ved at profitere af behandling.

### **Behandling**

Den altovervejende behandling mod obstruktiv søvnapnø består i, at patienten oftest resten af sit liv skal sove med en såkaldt CPAP-maske. Det er en maske, som blæser luft ind gennem næse og mund og hermed opretholder et tryk, der forhindrer svælget i at lukke sammen og dermed sikrer en regelmæssig vejrtrækning. Det er sandsynligt, at det i almindelighed har været anset som vanskeligt for mange udviklingshæmmede at tilvænnes denne behandling.

### **Bedre livskvalitet**

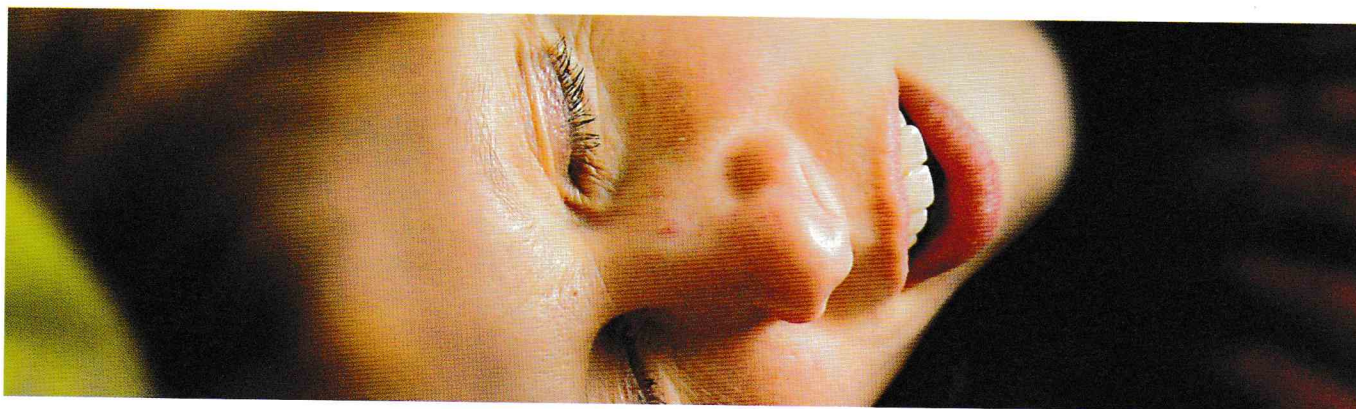
Et storstilet projekt ved søvnklinikken i Rinnekoti i Finland ser imidlertid ud til på overbevisende måde at tilbagevise dette. Her fandt man, at ud af en gruppe på 37 udviklingshæmmede som blev henvist til klinikken med søvnproblemer, led 15 personer af obstruktiv søvnapnø. De kom alle i behandling med CPAP-maske og på en konference i Lahti i august 2005 kunne behandlerne fortælle, at udviklingshæmning ikke er nogen hindring for at

kunne profitere af behandlingsformen. Ganske vist var der en del, som var nervøse for at bruge masken, men når der blev afsat tid til den nødvendige tilvænnning - der kunne strække sig over nogle måneder - lykkedes det sædvanligvis. Belønningen i form af en mærkbar bedre livskvalitet blev hurtig drivkraften. For de symptomer, der ledsager lidelsen i form af træthed om morgenen og døsigthed og søvnighed i løbet af dagen forsvinder oftest ganske kort tid efter behandlingen er iværksat.

### **Læs Netdoktor**

Læsere med adgang til internettet kan på internetadressen angivet nedenfor finde en artikel på webportalen "Netdoktor", der karakteristisk beskriver, hvorledes behandlingen med CPAP-maske ofte på næsten mirakuløs vis ændrer hverdagen for personer med søvnapnø. Tilbage står det kun at håbe, at personer med udviklingshæmning - der som gruppe betragtet har en øget forekomst af denne lidelse - i fremtiden må få lov til at opleve tilsvarende mirakler af øget livskvalitet.

[http://www.netdoktor.dk/tema/soevn/soevn\\_apnoe.ht](http://www.netdoktor.dk/tema/soevn/soevn_apnoe.ht)





# Affektive lidelser - et nyt navn for manio-depressive lidelser

af overlæge Kurt Sørensen,  
Oligofreniklinikken, Psykiatrisk Hospital, Risskov

Psykiatere kritiseres ofte for at bruge fremmedord i urimeligt stor udstrækning. Nogen mener, at man ved at anvende fine og vanskelige ord kan skjule, at det er uklare begreber, der tales om. Bedre bliver det ikke, når ordene brugt af lægmand og fagfolk får forskellige betydninger, eller når nye betegnelser erstatter gamle, der efterhånden har vundet sproglig hævd blandt almindelige mennesker.

Siden 1996 har man i Danmark anvendt 10. udgave af Verdenssundhedsorganisationens (WHO) diagnoseliste over psykiske lidelser (ICD-10). Fordelen herved er, at der er international enighed om betydningen og afgrænsningen af de enkelte diagnoser. Det letter sammenligninger mellem de forskellige lande og er vigtigt forskningsmæssigt. Prisen har været, at vi har skullet vænne os til nye sproglige begreber.

## Bipolar affektiv lidelse

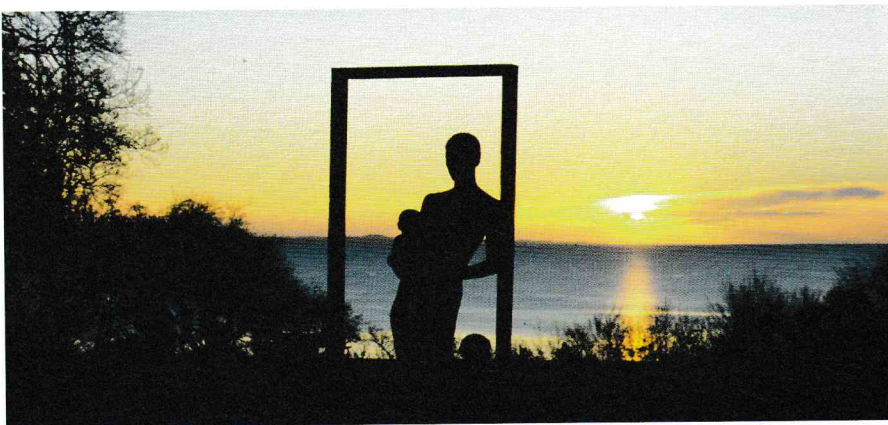
Et eksempel er den manio-depressive

psykose, der ikke eksisterer mere, ikke som et resultat af den moderne psykiatris behandlingsmetoder, men som en konsekvens af ændret sprogbrug. I dag vil den manio-depressive psykose være indeholdt i det, der nu kaldes bipolar affektiv lidelse. På den anden side er betegnelsen bipolar affektiv lidelse bredere, idet den omfatter såvel psykotiske som ikke-psykotiske tilstande. Ved de sidste er patientens forhold til virkeligheden, hans realitetssans, bevaret. I aviserne læser man af og til om forbrydelser begået i affekt, ofte som en

pludselig, voldsom følelsesreaktion af aggressiv karakter, en affektekspllosion. Når psykiateren taler om affektive lidelser tænkes imidlertid på sindslidelser, der er karakteriserede ved et unormalt stemningsleje, enten med nedtrykthed ved depression eller med opstemthed ved en manisk tilstand. Hertil kommer blandingstilstande. Kun hos mennesker, som har haft flere anfald af såvel depression som mani, taler man om bipolar affektiv lidelse. Ved nogle affektive lidelser er varigheden af de enkelte anfald ikke svære eller langvarige nok til, at man kan bruge betegnelserne mani eller depression. Det gælder den såkaldte cyklothymi, der er præget af hyppige, men kortvarige stemningsskift og dysthymi, der er betegnelsen for en kronisk depressivt præget forstemningstilstand af flere års varighed, men som ikke er tilstrækkeligt udtalt til at berettige diagnosen depression. Inddelingen af de affektive lidelser fremgår af tabellen på næste side.

## Udviklingshæmmede

Affektive lidelser kan ofte diagnosticeres med rimelig sikkerhed, selv hos svært udviklingshæmmede mennesker uden sprog, især hvis der er tale om periodisk optrædende symptomer. Det vil der blive givet eksempler på i det følgende. Se eksemplerne som er anonymiseret i case kasserne.





Ved depression er stemningslejet for-sænket i varierende grad fra tristhed til sort fortvivlelse. Den deprimerede har svært ved at føle glæde ved noget som helst. Sædvanlige lyster og interesser forsvinder som regel også. Til det for-sænkede stemningsleje hører også ned-sat energi- og aktivitetsniveau, og nogle kan give udtryk for, at alt forekommer uoverkommeligt. Hertil kommer andre depressionssymptomer som nedsat selvtillid og ringe selvfølelse. Man føler sig uduelig og alle var bedre tjent med, at man ikke eksisterede. Vejen fra sådanne tanker til dødsønsker og alvorligt mente selvmordsforsøg kan være kort. Svær skyldfølelse er almindelig, i udtalte tilfælde således at der næsten ikke er den ulykke på jorden, som den deprimerede ikke er skyld i. Andre kan have såkaldte hypokondre vrangforstillinger med besynderlige legemlige symptomer.

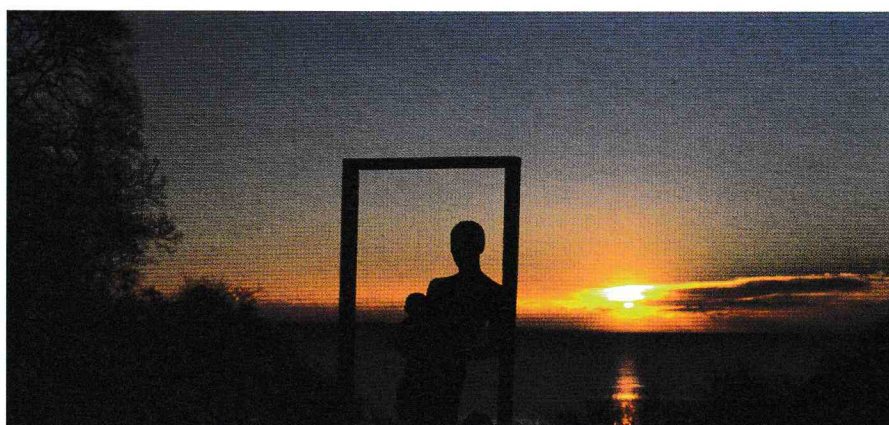
Den deprimerede kan have svært ved at følge med i samtaler, fjernsynsudsendelser o. lign, fordi koncentrationsevnen svækkes. Tankegang og bevægelser kan være langsomme, eller patienten kan gå helt i stå og blot ligge eller sidde stirrende tomt ud frem for sig. Man kan omvendt også se rastløs uro, hvor patienten jamrende vandrer hændervridende omkring. Man taler da om en agiteret depression eller en bipolar blandingstilstand. Specielt sløvheden kan af og til mistolkes som et tegn på demens.

### Søvnforstyrrelser

Depressionen ledsages ofte af søvnforstyrrelser i form af indsovningbesvær, afbrudt søvn og tidlig opvågning, men tilbøjelighed til at sove både nat og dag kan også forekomme. Appetitten er

Eks. Lise, en ung kvinde med Down syndrom og med familær disposition til mani og depression, bliver sløv, trist og initiativløs. Hun forklarer grædende, at hendes hoved er ved at falde af kroppen. I forvejen er et stykke af ryggen faldet af. Det kan hun selvfølgelig ikke selv se. Hun har jo ikke øjne i nakken, siger hun, men hun mærker det tydeligt.

Eks. Hanne er en 54-årig moderat udviklingshæmmet kvinde, der i det daglige virker veltilpas og glad. I afdelingen hjælper hun med borddækning og lignende opgaver. Hun er glad for at komme i dagcenter, hvor hun bl. a. laver tegninger forestillende katte og huse med flag og blomster. I løbet af få dage ændres den psykiske tilstand radikalt. Hun bliver mut, tillukket og inaktiv. Hun er tidvis grædende og jamrende, skærer tænder og vandrer rastløst op og ned ad gulvet. De færdigheder, hun tidligere har haft, går tilsyneladende tabt samtidig med, at hun bliver urenlig. Hendes tegninger bliver usystematiske kradserier. Der er hyppig opvågning om natten, hvor hun står op og rumsterer, ligesom hun om morgenen vågner tidligere end vanligt. På forespørgsel erklærer hun, at hun har det godt, men hun kan ikke give andre oplysninger til belysning af sygehistorien. Det pædagogiske personale oplyser, at Hanne tidligere har haft lignende episoder af måneders varighed. Det kommer yderligere frem, at moderen har haft langvarige hospitalsindlæggelser for manio-depressiv psykose. På denne baggrund finder man det mest sandsynligt, at Hanne har en affektiv sindslidelse og der indledes medikamentel antidepressiv behandling, der senere suppleres med ECT-behandling. Efter kort tid er hun igen veltilpas.





Eks. Jørgen er 61 år og let udviklingshæmmet. Siden ungdommen har han haft talrige depressioner og manier, men ved behandling med litium er sværhedsgraden af anfaldene reduceret. Det er væsentligst hans psykiske lidelse, der nødvendigvis gør ophold på døgninstitution. Optræk til mani viser sig hos ham med stor regelmæssighed ved, at han står tidligt op og ringer til tilfældige telefonnumre, bestiller stort ind fra postordrefirmaer, af og til udgiver sig for, og måske menende, at være forstander.

Eks. Anton er udviklingshæmmet i middelsvær grad. Han var i 18 år indlagt som "kronisk" patient på et psykiatrisk hospital p.g.a. hyppige og svære manier og depressioner. I forbindelse med de strukturændringer, der har præget hospitalspsykiatrien det seneste årti med nedlæggelse af mange langtidspladser, overflyttedes han til en døgninstitution for udviklingshæmmede. Han blev genindlagt efter få uger, da han i en manisk fase havde forøvet et livsfarligt overfald på en pædagog, der bad ham skrue lidt ned for radioen. Efter et længere forløb, der bl. a. omfattede oplæring af personalet i psykiatrisk observation og pleje, lykkedes overflytning til en ny institution.

som regel nedsat, og ved længerevarende depression kan vægttab ses. Enkelte kan dog have øget appetit og tage på i vægt (trøstspisning).

En depression varer mindst 14 dage. Er tilstanden af kortere varighed, taler man om en depressiv episode. Ubehandlet kan varigheden af en depression være måneder eller år.

### Mani

Depressionens modstykke er mani.

Ved manien er stemningslejet løftet, og i lette tilfælde kan de væsentligste symptomer blot være en uforholdsmæssig glæde eller lykkefølelse.

I lidt mere udtalte tilfælde ses et forhøjet energiniveau, som kan vise sig ved øget aktivitet, rastløs uro, "tankemylder" og taletrang.

Der er ofte øget selvfølelse, som kan vise sig ved storhedsforestillinger.

Den maniske patient har som regel koncentrationsbesvær, og han afledes let af omgivelserne eller af egne indfald. Søvnbehovet er nedsat og de

normale hæmninger svækkede, således at en forringet selvkontrol i forbindelse med forstærkede drifter kan føre til uheldige handlinger. Ikke sjældent optræder en mani i form af en tilstand med utålmodig og vredagtig irritabilitet, og da maniske patienter som regel ikke har nogen som helst sygdomserkendelse, kan tilrettevisninger eller modsigelse udløse aggressivitet.

### Hypighed

De affektive sindslidelser er overordentlig almindelige. Man regner med, at omkring hver femte på et eller andet tidspunkt får depressive symptomer. Medregner man de lettere tilfælde, har 4-5 procent af befolkningen til enhver tid en affektiv lidelse, væsentligst i form af depression. Blandt udviklingshæmmede er hyppigheden af samme størrelsesorden, og det er derfor en vigtig opgave for pædagogisk og andet personale at være opmærksom på mulige affektive symptomer.

Eks. Dorthe er en 42-årig kvinde med Down syndrom, som tidligere har været overordentlig velfungrende og selvhjulpne. En bror har haft talrige psykiatriske indlæggelser. Faderen er på plejehjem p.g.a. demens. På aktivitescentret har hun deltaget i korsang, amatørteater og bladarbejde. I det lille bysamfund er Dorthe kendt som en udadvendt lille solstråle. Et år før henvisningen bliver hun trist og stillestående. Hun sover kun lidt, siger ikke meget, bliver urenlig og skal mades. Da man ikke magter plejeopgaven i byens bofællesskab, tager den aldrende mor datteren hjem. Ved den psykiatriske undersøgelse konkluderes, at der må være tale om tidligt indsættende demens eller en depression, og det besluttet at lade et behandlingsforløb være afgørende for diagnosen. Efter 5 ugers behandling med antidepressiv medicin er tilstanden nogenlunde uændret, og moderen, der ikke længere kan klare plejen, accepterer overflytning til døgninstitution, hvor behandlingen fortsættes. En uge efter flytningen får Dorthe en mani, behandles og bliver helt rask.



## ICD-10 klassifikation af affektive lidelser

### F30 Manisk enkeltepisode

- F30.0 Hypoman enkeltepisode
- F30.1 Manisk enkeltepisode uden psykosesyntomer
- F30.2 Manisk enkeltepisode med psykosesyntomer
- F30.8 Manisk enkeltepisode af anden type
- F30.9 Manisk enkeltepisode uden specifikation

### F31 Bipolar affektiv sindslidelse

- F31.0 Bipolar affektiv sindslidelse, p.t. hypomani
- F31.1 Bipolar affektiv sindslidelse, p.t. mani uden psykosesyntomer
- F31.2 Bipolar affektiv sindslidelse, p.t. mani med psykosesyntomer
- F31.3 Bipolar affektiv sindslidelse, p.t. depression i lettere eller moderat grad
- F31.4 Bipolar affektiv sindslidelse, p.t. svær depression uden psykosesyntomer
- F31.5 Bipolar affektiv sindslidelse, p.t. svær depression med psykosesyntomer
- F31.6 Bipolar affektiv sindslidelse, p.t. blandingstilstand
- F31.7 Bipolar affektiv sindslidelse, p.t. i remission
- F31.8 Anden type bipolar affektiv sindslidelse
- F31.9 Bipolar affektiv sindslidelse uden specifikation

### F32 Depressiv enkeltepisode

- F32.0 Depressiv enkeltepisode af lettere grad
- F32.1 Depressiv enkeltepisode af moderat grad
- F32.2 Depressiv enkeltepisode af svær grad uden psykosesyntomer
- F32.3 Depressiv enkeltepisode af svær grad med psykosesyntomer
- F32.8 Depressiv enkeltepisode af anden type
- F32.9 Depressiv enkeltepisode uden specifikation
- F32.9 Depressiv enkeltepisode uden specifikation

### F33 Periodisk depression

- F33.0 Periodisk depression, p.t. af lettere grad
- F33.1 Periodisk depression, p.t. af moderat grad
- F33.2 Periodisk depression, p.t. af svær grad uden psykosesyntomer
- F33.3 Periodisk depression, p.t. af svær grad med psykosesyntomer
- F33.4 Periodisk depression, p.t. i remission
- F33.8 Periodisk depression af anden type
- F33.9 Periodisk depression uden specifikation

### F34 Vedvarende (kroniske) affektive tilstande

- F34.0 Cyklotymi
- F34.1 Dystymi
- F34.8 Kronisk forstemningstilstand af anden type
- F34.9 Kronisk forstemningstilstand uden specifikation

### F38 Andre affektive sindslidelser eller tilstande

- F38.0 Anden affektiv sindslidelse, enkeltepisode
- F38.1 Anden periodisk affektiv sindslidelse
- F38.8 Anden affektiv sindslidelse eller tilstand
- F39 Affektiv sindslidelse eller tilstand uden specifikation
- F39.9 Affektiv sindslidelse uden specifikation



- Den vigtige skelnen

# SORG OG DEPRESSIONER

af psykolog Tove Svendsen

Videnscenter for Psykiatri og Udviklingshæmning

I mit mangeårige arbejde som terapeut for mennesker med udviklingshæmning samt supervisor for personalegrupperne omkring dem er jeg gang på gang stødt ind i problematikken om sammenfaldet mellem sorg og depression, og således stødt ind i spørgsmålet, hvornår er hvad hvad, og hvordan ser vi forskellen.

Igennem årene har jeg fået henvist en del klienter, hvor diagnosen depression var stillet, og hvor den enkelte også har været i medikamentel behandling for dette. Nogle har endog haft gentagne indlæggelser for depression.

I løbet af samtaleforløbet har det imidlertid ofte forholdsvis hurtigt vist sig, at der ikke var tale om depression men fastlåst, kronisk eller patologisk sorg, som i sine symptomer ligner meget på symptomerne ved depression.

Omvendt har jeg mødt voksne mennesker med udviklingshæmning, hvor alle var af den opfattelse at symptomerne og ændret adfærd måtte skyldes en sorgreaktion, og hvor der ved nøjere undersøgelse viste sig at være tale om en egentlig, behandlingskrævende depression.

Der er vigtigt at kende til sorgens udtryk og sorgreaktioner, og hvordan disse forløber hos mennesker med udviklingshæmning. Det har tidligere været en udbredt opfattelse, at mennesker med udviklingshæmning ikke var i stand til at sørge, hvilket de sene-

re års forskning har modbevist. De sørger på samme måde som os andre, har de samme følelser og tanker, men ofte kommer sorgen til udtryk på andre måder og i forsinket tempo, hvilket gør det sværere for omgivelserne at forstå, hvad der er på færde med fare for, at tingene kommer til at ligge så længe, at de måske udvikler sig til mere depressionslignende tilstande.

Ud fra et grundigt kendskab til såvel depression som sorg og sorgreaktioner hos mennesker med udviklingshæmning skal vi være kvalificerede til at foretage skøn, men også i enhver situation huske at reflektere og stille os selv og hinanden nye spørgsmål til forståelse af en ændret adfærd, så sagen bliver belyst fra så mange sider som muligt, og vi ikke låser os fast i et perspektiv.

## Symptomer og reaktioner

Der har i mange år været talt meget om forekomst og hyppighed af psykiske lidelser, herunder depression, hos mennesker med udviklingshæmning. Jeg vil ikke her gå ind i denne debat, ej heller begynde at beskrive symptomerne på depression eller sorg som sådan, men holde mig til de sammenfald, der er, og hvor det kan være svært at skelne.

På en konference i Barcelona i efteråret 2005 understregede den amerikanske psykolog William E. Gardner i sin forelæsning, at mange af de udløsende

faktorer for en depression er de samme, som kan medføre en sorgreaktion, f.eks. tab i det nære sociale netværk, hvor udviklingshæmmede forekommer mere sårbare end vi andre. Det skyldes bl.a. at deres netværk ofte er mindre, ligesom det er sværere at etablere nye forbindelser til erstatning af de tabte. I en opsummerende artikel om forskning i sorgreaktioner hos udviklingshæmmede nævner de tre forfattere Dodd, Dowling og Hollins (2005), at netop angst og depressionslignende træk er nogle af de hyppigst forekommende reaktioner på sorg og tab hos mennesker med udviklingshæmning med et betydningsfuldt sammenfald på nogle af de væsentligste reaktioner. Gardner understreger, at mange af symptomerne på sorg og depression i visse stadier af depressionen ligner hinanden, men påpeger, at det ved grundig observation, altid vil være muligt at finde frem til, hvor den ændrede adfærd startede. Nogle af de mest karakteristiske symptomer og reaktioner i en sorg- og tabssituation udover de allerede nævnte er f.eks.:

- bedrøvede og triste tanker
- få begivenheder, de har glæde af
- dyb tristhed og gråd
- ønske om selv at dø
- dårlig appetit
- vægttab
- apati
- manglende gnist, gejst og lyst
- kaotiske tanker, uoverskuelighed og skyldfølelse
- dårlig søvn
- ligegyldighed med hygiejne og udseende
- hukommelsestab og midlertidige kognitive svigt



Reaktionerne ligner til forveksling mange af de symptomer, der er beskrevet som kendetegn ved en depression.

### Forståelse af sorg og depression

Med ovennævnte in mente er der altså god grund til, at vi alle skærper vores opmærksomhed, især hvis en person tidligere har haft en depression.

Gardner understregede derfor flere gange, at det er vigtigt at se på processen, da en vigtig kilde til skelnen er, at sorgen som regel vil være værst på de dage, hvor man havde noget med vedkommende samt ved højtider og mærkedage, men at den med relevant støtte langsomt vil aftage og symptomerne dermed mildnes.

Langt sværere bliver det, hvis sorgen forbliver ubearbejdet og antager en fastlåst, kronisk eller patologisk karakter, så vil symptomerne komme til at ligne mere og mere på depressionslignende tilstande.

En anden fare ligger i, at et menneske gentagne gange med jævne mellemrum bliver udsat for den sorgudløsende begivenhed, og der føjes nye følelser af tab til allerede eksisterende. Dette kom tydeligt til udtryk hos en af mine klienter, der var diagnosticeret som havde fået stillet diagnosen depression. Han havde i mange år været sat i medicinsk behandling og flere gange været indlagt kortvarigt, når han med jævne mellemrum blev udsat for den samme traumatiske begivenhed igen og igen. Igennem samtalebehandlingen hvor der blev arbejdet med de traumatiske begivenheder og den jævnlige eksponering af disse, begyndte symptomer og reaktioner hurtigt at aftage. Indlæggelserne ophørte fuldstændigt,

stemmer og synshallucinationer, der i starten særligt fremtrådte, når vi talte om de svære ting og i enkelte tilfælde blev ledsaget af epileptiske anfald ses ikke mere i samtalerne, og kun sjældent i dagligdagen.

En generel stigning i stemningsleje, energi, lyst og glæde samt et fald i angstniveauet har ledsaget denne ændring, således at jeg må konkludere at en stor del af denne mands symptomer kunne tilskrives kronisk sorg forstærket af den gentagne eksponering for den traumatiske begivenhed og i mindre grad en egentlig depression, men at hele billedet var stærkt karakteriseret af en depressionslignende tilstand.

### Det særlige ved at være udviklingshæmmet

Når dette tema om vanskelighederne i at skelne mellem sorg og depression har sin særlige aktualitet i forhold til mennesker med udviklingshæmning skyldes det for mig at se - udover mange andre ting - at udviklingshæmmede udgør en særlig sårbar gruppe, som er udsat for rigtig mange tab, brudte relationer, og tillige rummer megen sorg over bl.a. eget handicap, samt manglende indflydelse på eget liv. Det er vigtige temaer, der tilsyneladende ikke bliver talt meget om, og som ubearbejdet kan medføre kronisk sorg, angst, depressionslignende tilstande, og give de udviklingshæmmedes risiko for at få en egentlig depression. Andre bidragende faktorer kan være holdning og manglende tid og mod hos omsorgspersonerne til at gå ind i svære samtaler. Dertil kommer, at de udviklingshæmmede har sværere ved selv at opsøge andre, de kunne tale med, at deres kognitive vanskeligheder

kan gøre det endnu sværere for dem at orientere sig i en kaotisk situation, samt de ikke har erfaring med at tackle negative tanker.

Endelig betyder deres følelsesmæssige udviklingsalder, at de ofte ikke er i stand til at rumme samme mængde sorg og frustration som deres kronologiske alder ville berettigede, samt at de meget sjældent har ord for følelser. Dertil kommer, at jeg hos flere af mine klienter har oplevet en stærkt øget angst alene af den grund, at de bliver bange for de ukendte symptomer og stærke reaktioner de får som følge af sorgen, og gør sig mange tunge tanker derom, f.eks. at de lider af en dødelig sygdom.

Dodd, Dowling og Hollins nævner i deres artikel, at mennesker med udviklingshæmning vil have en øget disposition for at udvikle en depression, da de heller ikke har nogen erfaring i, at en sorg kan være svær, gøre ondt ja, være næsten ubærlig, men at det går over.

### Hvad kan vi gøre?

W. Gardner understregede i sin forelæsning i Barcelona vigtigheden af at være forebyggende, så vi i videst muligt omfang kan forebygge voldsomme sorgreaktioner og depressioner, samt at disse - hvis de opstår - hurtigst muligt bliver medicinsk behandlet.

For at sorg ikke skal blive til depression understreger Gardner, at "people need people and things to do, and people to do it with", og mener at hvis der hurtigt sættes ind i forhold til det psykosociale, kan vi forebygge og medicin måske undgås.

Gardner fremhævede, at sorg ikke kun opstår på grund af et tab, men også fordi vi i vores dagligdag efter et tab





vil have adfærd i vores repertoire, som vi ikke længere har brug for, når nogle dør eller forsvinder. Når rutiner forsvinder, og det man har gjort sammen ikke længere eksisterer, giver det en følelsesmæssig fornemmelse af tab, hvilket ifølge Gardner er en sårbarhedsfaktor, der skal erstattes med nye rutiner, nye udfordringer og oplevelser, hvor vi kan bruge de evner ("functional skills"), som vi havde i anvendelse i den mistede relation. Særligt for mennesker med udviklingshæmning er det ifølge Gardner vigtigt hurtigst muligt at få erstattet gamle rutiner med nye, ja allerhelst inden tabet har fundet sted.

Vi skal derfor analysere hvad den udviklingshæmmede og personen, der nu rejser eller dør har haft sammen. Man kan stille følgende spørgsmål: Hvad giver mening, hvad kan man glæde sig til, hvad er det præcis han/hun mister som konsekvens af det, der sker nu, og hvorledes kan vi erstatte dette med nye rutiner, og oplevelser, hvor den udviklingshæmmede stadig har noget at glæde sig til, får håb og kan bruge de evner "functional skills", han har erhvervet sig i den relation, der nu brydes.

Vi skal se på delelementer i relationen og oplevelsen, og se hvad vi kan erstatte, samtidig med vi konkretiserer det man har at glæde sig til, fx ved at hænge en billet, et katalog el. lign op på opslagstavlen. Dette hænger også sammen med vigtigheden af at få skabt en historie om ens

relation til den person, der nu forsvinder, en historie at leve videre med på en god måde.

Dette fordi de udviklingshæmmede kun i sjældne tilfælde selv er i stand til at finde erstatninger eller nye personer i deres spinkle netværk, og de er mere sårbare ved at miste "functional skills", da de i forvejen er begrænset af, at der er mange ting, de ikke kan. I mine samtaleforløb har jeg ofte mødt netop ovenstående. Der er ikke noget at erstatte det tabte med, intet at glæde sig til og ikke noget håb for fremtiden. Og netop disse to faktorer: glæde og håb fremhæver Gardner som vigtige for, at en sorgproces ikke skal ende i en depression.

I det hele tage mener Gardner, at der altid skal være noget at glæde sig til, at se frem til, så vil risikoen for depression mindskes.

Gardner sammenfatter det arbejde, der skal gøres i 4 punkter eller vigtige pointer, vi skal være særligt opmærksomme på:

- 1 - hvad kunne han/hun lide i relationen?
- 2 - Ikke vente til personen kommer af sig selv, spontant vil igen. Så kan man vente og vente. Introducerer den/det nye langsomt og gerne først i periferien.
- 3 - Introducer det afbalanceret og tilrettelagt så individuelt som muligt, så de udviklingshæmmede ikke føler det som overgreb
- 4 - giv dem en fysisk repræsentation af det, der kommer til at ske. Nødvendigt for at indgyde og bevare håb, idet han definerer håb som anticiperingen af "noget derude" - måske snart, som man kan glæde sig til.

En yderligere forebyggende faktor vil efter hans erfaring være terapi, hvor der arbejdes med det helt akutte/aktuelle i mindre grad bagud og især fremad.

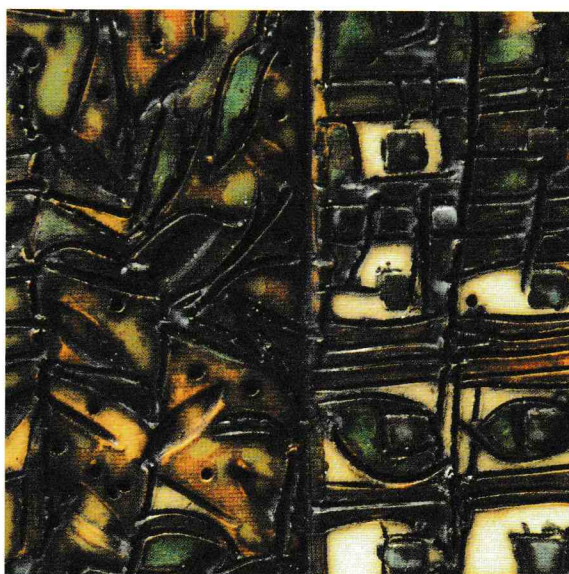
### Afsluttende overvejelser

Som det fremgår af ovenstående er det svært at sige entydigt, hvornår en ændret adfærd er depression eller en sorgreaktion - hvornår hvad er hvad. Og at dette måske er endnu sværere, når det drejer sig om mennesker med udviklingshæmning, hvor mange forhold tager sig anderledes ud, bl.a. fordi de reagerer langsommere og ikke i forhold til den kronologiske alder men derimod deres følelsesmæssige udviklingsalder. Gardner mener, at mange - også psykiatere - der ikke kender til udviklingshæmmede for ofte kommer til at se ændret eller anderledes adfærd som depression, når det er sorg og omvendt, og at der er meget brug for yderligere opkvalificering af alle grupper, der kommer i berøring med disse mennesker.

At det er væsentligt, at vi er klar over, de sammenfald, der er i symptomer, og vi forholder os reflekterende og ikke kun forfølger en hypotese. Vi skal være observante, generere mange perspektiver og ikke selv tolke, men få eksperter kaldt ind i tide og på baggrund af grundige observationer og beskrivelser få leveret dem et grundigt og beskrivende materiale som baggrund for, at de kan foretage de nødvendige tolkninger og vurderinger. Den rigtige forståelse vil altid være afgørende for at der tilbydes den rigtige behandling og en helbredelsesproces kan starte. Eller som Gardner i Barcelona gang på gang understreger: Vent ikke - tænk på processen.







**Litteraturhenvisninger m.v.**

Forelæsningsnoter samt udleveret materiale af William I Gardner, psykolog og professor emeritus Ved pre-congress Course på den 5. europæiske kongres for "Mental Health and Mental Retardation, Barcelona, oktober 2005. Artikel af P. Dodd, S. Dowling & S. Hollins: A review of

the emotional, psychiatric and behavioural responses to bereavement in people with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, Volume 49, July 2005

Jarle Eknes: *Udviklingshemning og psykisk helse*. Universitetsforlaget, Oslo 2001



Ud over den medicinske og psykotera-  
peutiske behandling udgør det omgi-  
vende miljø også en meget vigtig del  
af behandlingsindsatsen, når en person  
rammes af depression. Med beteg-  
nelsen miljø menes i denne sammen-  
hæng både de personer og den hver-  
dag, der til dagligt omgiver den deprimere-  
de, men også de personer som  
den deprimerede er følelsesmæssigt  
knyttet til, dvs. familie og pårørende.  
Når miljøet spiller så stor en rolle i  
behandlingsindsatsen i forbindelse  
med at mennesker med udviklings-  
hæmning rammes af depression skyl-  
des det, at de oftest er meget afhængi-  
ge af deres omgivelser, fordi de fleste  
bor i bofællesskaber, på institutioner  
eller i andre boformer, eller modtager  
støtte eller vejledning i hjemmet. Det  
betyder selvfølgelig, at de ikke skal  
gennemleve deres depression helt  
alene, men også at depressionen lette-  
re opdages i tide. Samtidig betyder det  
også, at de er meget afhængige af, at  
personalet forstår, hvordan de har det  
og kan sørge for, at de får den rette  
hjælp.

Det understreger betydningen af, at  
personalet omkring den deprimerede  
person med udviklingshæmning har  
tilstrækkelig viden om, hvad depres-  
sion er, og hvordan man som persona-  
le kan støtte den deprimerede og hjæl-  
pe personen med at overvinde depres-  
sionen og genvinde lysten til livet  
igen.

### **Hvordan påvirker depression personale og pårørende?**

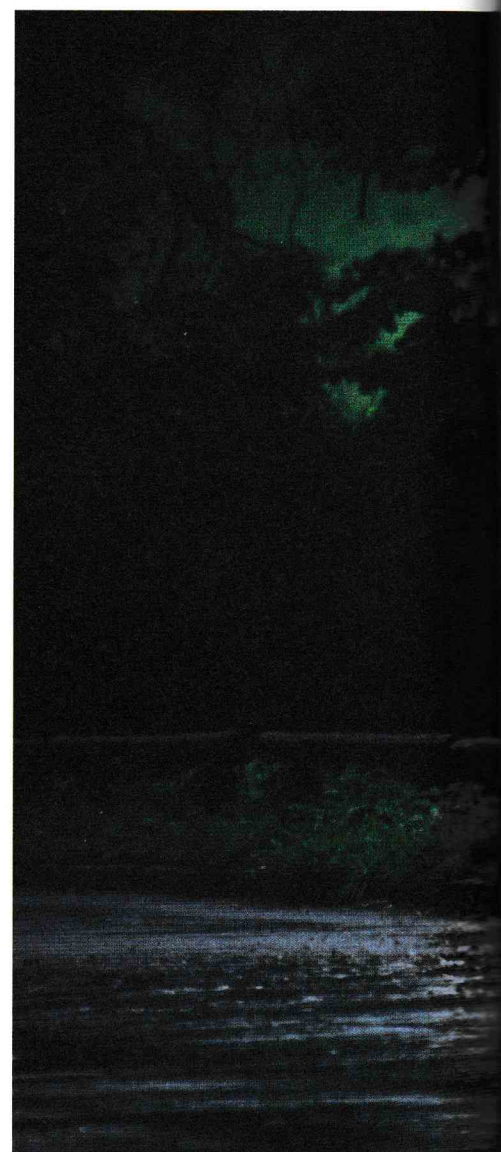
Diagnosen depression har flere klinis-  
ke fremtrædelsesformer, der ganske  
groft kan opdeles i to former. En mere  
indadvendt form, der bl.a. er kende-

tegnet ved tristhed, lavt selvværd,  
manglende lyst og initiativ og social  
tilbagetrækning, og en mere udad-  
vendt form, der bl.a. er kendetegnet  
ved irritabilitet, vredlidenhed, strid-  
barhed og uadreagerende adfærd. I  
mange tilfælde ses dog en blanding af  
de to former.

Begge fremtrædelsesformer påvirker  
både personale og pårørende, og det  
kan være svært at forholde sig neutralt  
overfor begge former. Det kan eksem-  
pelvis være meget svært at se på, at en  
deprimeret person ikke trives og bliver  
trist og isolerer sig, samtidig med at  
man som personale eller pårørende  
føler, at det er meget svært at gøre  
noget ved det. Her kan man let  
komme til at føle sig frustreret og  
magtesløs, og få stor lyst til at bede  
personen om at tage sig sammen eller  
se glad ud, måske med henvisning til,  
at det hele ikke er så slemt som det  
ser ud til. Og omvendt kan det også  
være meget svært at affinde sig med  
den deprimerede persons dårlige  
humør og måske urimelige eller  
udadreagerende adfærd. Her kan man  
få stor lyst til at kritisere og irettesætte  
eller at stille krav til den deprimerede  
om at ændre adfærd og kontaktform,  
så man kan holde ud at være sammen  
med vedkommende.

### **Ikke besværlig med vilje**

Begge former for reaktioner er meget  
almindelige, når man som personale  
føler sig presset og måske endnu ikke  
helt ved, hvorfor den deprimerede per-  
son ikke opfører sig som normalt, og  
man ikke ved, hvordan man skal for-  
holde sig til det. Samtidig er det selv-  
følgeligt også klart, at disse reaktioner  
ikke har en positiv virkning på den



deprimerede person. Det er derfor vig-  
tigt at tænke på, at den deprimerede  
oftest ikke udviser denne adfærd med  
vilje eller for at genere nogen - tværti-  
mod! Oftest ønsker den deprimerede  
selv at denne adfærd ophører, fordi  
den er udtryk for, at personen ikke har  
det godt og har brug for hjælp. Det er



# Miljø og depression

Hvordan bliver personale og pårørende påvirkede af udviklingshæmmede med en depression og hvad kan de gøre for den deprimerede?

af cand. psych. Trine Rejppuert Knudsen,  
Videnscenter for Psykiatri og Udviklingshæmning



klart, at det ville være lettere at forstå den deprimerede og dermed at tilbyde omsorg og støtte, hvis personen selv kunne give udtryk for, hvordan han eller hun har det, og hvad han eller hun har brug for. Men netop det kan være meget svært for mange mennesker med udviklingshæmning, fordi

mange måske mangler erfaring med at give udtryk for deres følelsesmæssige behov og med at dele deres indre tilstande med andre.

## Psykoedukation

Ud over den medicinske behandling og evt. samtalerapi udgør psykoedu-

kation og faglig vejledning til personalet om deres holdning til den deprimerede meget vigtige elementer i behandlingen. Sædvanligvis anvendes betegnelsen psykoedukation om systematisk undervisning og information om sygdommen til især patienten og de pårørende, men i forhold til men-



nesker med udviklingshæmning er det meget relevant at inddrage det pædagogiske personale, ligesom det også er vigtigt den deprimerede selv informeres på et niveau, der er tilpasset det kognitive niveau.

Blandt de vigtigste emner for psyko-  
 edukation er information om sygdommen og symptomer, om årsager og sygdomsforløbet, samt om behandlingsindsatsen. Derudover er det væsentligt med information om forebyggelse og tidlig indsats ved tilbagefald, ligesom det er væsentligt med information om, hvordan man bedst muligt kan støtte personen. Endelig kan psykoedukation også være med til at fjerne eventuelle skyldfølelser hos personale og pårørende og flytte fokus til nye ressourcer, der kan få betydning for fremtiden.

En af årsagerne til at man i dag anser psykoedukation som en vigtig del af behandlingen er, at det antages, behandlingsindsatsen og behandlingsmotivationen er større, når patienten og de pårørende er informerede om sygdommen. På samme måde antages det, at patienten langt bedre er i stand til at mestre sin sygdom, når han eller hun har viden om, hvad der sker, og hvordan man kan hjælpe sig selv og forebygge tilbagefald. Disse forhold gør sig selvfølgelig også gældende i forhold til personalet, der arbejder med deprimerede mennesker med udviklingshæmning, fordi det langt bedre kan støtte dem, hvis de selv er velinformerede om sygdommen.

### Hvordan støtter man bedst?

Et meget vigtigt element i psykoedukationen er information til personale og pårørende om, hvordan man bedst

muligt kan støtte den deprimerede person. Den øgede forståelse for den deprimeredes sindstilstand, nemlig at personen har en psykisk sygdom og derfor har det meget svært og ikke kan gøre for det selv, kan være med til at forhindre uhensigtsmæssige reaktioner på den deprimeredes adfærd og humør. Det hænger sammen med, at en øget forståelse og indlevelse oftest medfører mindre irritation, frustration og afmagtsfølelse og mindre tilbøjelighed til at opfatte den deprimerede som doven eller uforskammet, utaknemmelig eller udadreagerende og adfærdsvanskelig. Det vil med andre ord sige, at man som personale forhåbentlig bliver bedre i stand til at give den deprimerede det, han eller hun har brug for, og ikke det, man umiddelbart får lyst til.

Mere konkret omfatter en støttende holdning til den deprimerede, at man så vidt muligt prøver at fastholde de faste rytmer i hverdagen, samtidig med at personen aflastes fra de mest belastende eller stressende ting og aktiviteter. Omvendt er det vigtigt at fastholde aktiviteter og sociale relationer, der giver glæde og succesoplevelser, så den deprimerede ikke mister kontakten med omverdenen og andre mennesker helt.

Derudover er det også meget vigtigt, at man ikke beder den deprimerede om at tage sig sammen, da det netop ikke er muligt på grund af den psykiske sygdom. På samme måde hjælper det ikke at bede den deprimerede om at være glad, se glad ud eller at se på det positive, da personen netop ikke oplever det på den måde og derfor som oftest ikke er i stand til det. Resultatet risikerer i stedet at blive, at den deprimerede

kommer til at føle sig forkert eller utilstrækkelig, samtidig med at han eller hun risikerer at fyldes af unødvendige skyld- eller nederlagsfølelser. I stedet er det vigtigt at møde den deprimerede med en forstående, neutral eller positiv grundstemning uanset personens sindstemning og humør, så personen så vidt muligt fritages fra anklager og kritik, der langt fra virker støttende. Det betyder ikke, at den deprimerede skal behandles som et råddent æg, men derimod at personen skal mødes med indlevelse, omsorg og respekt.

Hvis det er muligt, har det også positiv betydning at afsætte lidt tid til ekstra samvær med den deprimerede person, hvor man tilbyder at tale med personen om hans eller hendes tanker og følelser uden at forsøge at pådutte vedkommende sit eget syn, men bare lytter, accepterer og anerkender.

Endelig er det vigtigt at huske, at selv om personen lider af en psykisk sygdom i en periode, betyder det ikke, at personen er lig med diagnosen. Det betyder, at personen grundlæggende stadig er den samme unikke person med egen personlighed og egne præferencer, samtidig med at personen har en psykisk lidelse.

### Litteratur:

- Ekness, J. (red) (2000, 3. oplag 2003): "Utviklingshæmning og psykisk helse". Universitetsforlaget.
- Hemmingsen, R., Parnas, J. m.fl. (red.) (2000): "Klinisk psykiatri", Munksgaard.
- Lier, L., Isager, T. m.fl. (red.) (1999): "Børne- og ungdomspsykiatri", Hans Reitzels Forlag.
- Jørgensen, M.J. og Thomsen, P.H. (2003): "Om børn og unge med depression", Hans Reitzels Forlag.



# Depression påvirker hjernen

af journalist Mette Egelund Olsen,

Videnscenter for Psykiatri og Udviklingshæmning

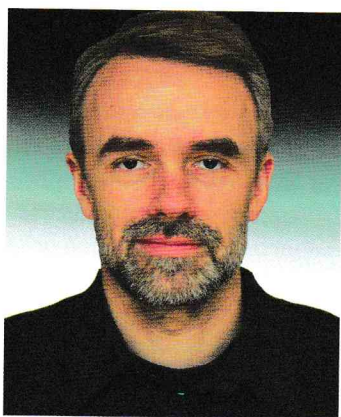
Hvad gemmer sig bag depressionen? Der dybest inde. Bag ved arven. De stressende livsomstændigheder og opvækstens belastninger. Der inde. I hjernen.

Omkring hvert femte menneske vil på et tidspunkt i deres liv blive ramt af en depression. En sygdom der har tendens til at vende tilbage og blive endnu værre.

For selvom vi i dag råder over medicinske og psykoterapeutiske metoder til behandling, er der alligevel mellem 30-40 procent, der ikke nyder godt af behandlingen. Hvad sker der i hjernen, når man er deprimeret, og hvilke forandringer medfører det, når sygdommen ikke kureres? For depressionen påvirker vores evne til at huske, tænke og koncentrere sig.

## Ar på hjernen

Poul Videbech, overlæge, dr. med., har



Overlæge, dr. med. Poul Videbech

forsket i de mekanismer, der ligger bag depressionen. Han stiller spørgsmålet: Kan depressionen danne "ar" i vores hjerner?

Han understreger, at de tænke- og koncentrations-forstyrrelser, der ses i forbindelse med en depression, spiller en

meget stor rolle for patienterne. De kognitive mangler tillægges ofte ikke stor nok betydning af behandlerne, der mere fokuserer på de følelsesmæssige forandringer hos patienten.

## Stress

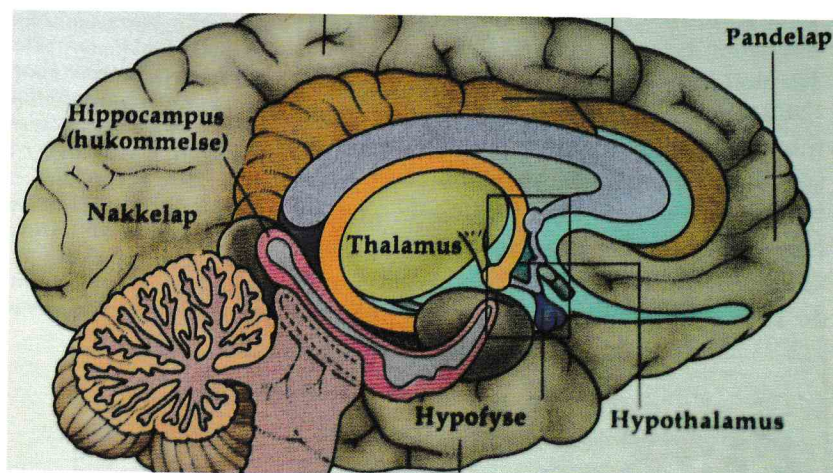
- Vi ved, at stress kan medføre depression. Stress i bred forstand. Som dødsfald i familien, skilsmisse, arbejdsløshed eller langvarig belastning på ens arbejde. Samtidig ved vi også, at traumer under ens opvækst øger risikoen for depression senere i livet. Men kun hos nogle, siger Poul Videbech.

Og hvorfor er det lige, at nogle går fri, mens andre går ned?

Han forklarer videre, at det tyder på,

## Hippocampus

Hippocampus, der holder til i tindingelapperne i hjernen, har flere funktioner. Den er en vigtig del af det limbiske system, hvor følelser og drifter udspringer af. Den har også stor betydning for hukommelsen. Desuden styrer den HPA-aksen (kroppens stress-håndteringssystem). Hos deprimerede mennesker er aktiviteten i hippocampus forøget. Denne øgede aktivitet kan på længere sigt beskadige hippocampus. Den større mængde af kortisol (stress-hormon) ødelægger mekanismen, der netop skulle regulere kortisole. Resultatet er, at hippocampus skrumper ved langvarig stress eller depression.



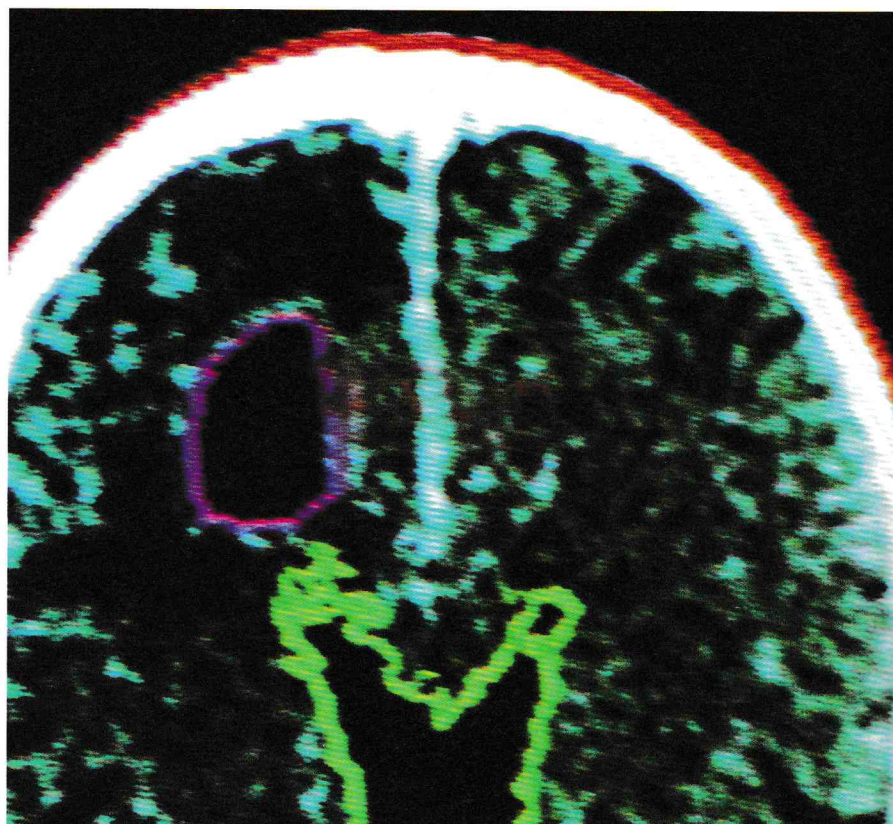


at deprimerede mennesker har forstyrrelser i, hvad han kalder for: Kroppens stress-håndteringssystem (også kaldet for Hypothalamus-Hypofyse-Binyrebark-Akse eller HPA-aksen). Det er dét, der gør os parat til flugt eller kamp, hvis der pludselig opstår en fare. Det sker ved at regulere mængden af kortisol (stresshormon) i blodet.

### Stresshormoner

- Hos halvdelen af de deprimerede, er der et øget kortisolniveau i blodet. Det vil sige, at de befinder sig i en konstant tilstand af svær stress. Og det kan være farligt. Både for kroppen (for højt blodtryk blandt andet) og for hjernen. Hvis tilstanden af stress står på i lang tid, kan den medføre, at områder i hjernen skrumper, særligt i det område, der hedder hippocampus (red.: se faktaboks), siger Poul Videbech.

Heldigvis ser det også ud som om, at den negative proces kan stoppes eller lige frem gå tilbage, hvis depressionen behandles. Han har med moderne scanningsteknikker gennemført den største undersøgelse i verden af svært deprimerede mennesker. Forsøgspersonerne blev testet psykologisk og med MR-scanninger (viser opbygningen af hjernen) og PET-scanninger (viser blodgennemstrømningen i de forskellige dele af hjernen). De psykologiske undersøgelser viste, at patienterne havde store forstyrrelser i forbindelse med opmærksomhed, hukommelse og evne til problemløsning. Scanningerne viste blandt andet en svær øget aktivitet i hippocampus. Altså var der områder i hjernen, der var forstyrret, når man havde en depression.



### Den sårbare hjerne

Men nu er det ikke biologi det hele eller biokemiske processer. Depression, ifølge Poul Videbech, skyldes "...en sårbar hjernes uheldige samspil med omgivelserne og med belastninger, den ikke kan klare." Disse belastninger kan både ligge langt tilbage og langt fremme i vedkommendes livshistorie. Men de knytter sig til den enkelte person og rammer netop dennes ømmeste punkt. Derfor er det ikke sikkert, at en anden person vil udvikle depression, hvis vedkommende var udsat for de samme belastninger. Så biologien og psykologien må sammen gå op i en højere enhed, hvis vi skal forstå - og behandle - depression.

Vores hjerne er heldigvis plastisk og kan danne nye nerveceller. Men langvarig stress og depression kan som tidligere skrevet mindske plasticiteten, nok fordi det forhøjede stress-hormon kortisol hæmmer dannelsen af nye celler. Men der er hjælp at hente. Forskellige behandlingsformer mod depression kan netop øge plasticiteten. Det gælder både antidepressiv medicin, ECT (elektrochokbehandling) og psykoterapi.

*Kilde: Overlæge, dr. med. Poul Videbech og Sygeplejersken, blad nr. 32/2004, artiklen "Depression kan påvirke hjernen".*



# Få styr på lidelsen

Forebyggelse kan forhindre tilbagefald og det handler om at være på forkant med sygdommen. På Klinik for Mani og Depression på Psykiatrisk Hospital i Århus arbejder man i en treenighed, der kobler medicin, psykoterapi og undervisning, der har til formål at øge patienters og pårørendes viden om en given psykisk lidelse.

af journalist Mette Egelund Olsen,  
Videnscenter for  
Psykiatri og Udviklingshæmning

Det handler om at være på forkant med sygdommen. Kende tegnene. De spæde tegn og symptomer der, hvis de får lov til at vokse, kan udvikle sig til sygdom i fuld flor: En depression. En mani. En blandingstilstand\*.

Sygdomsepisoderne har det med at vende tilbage. Derfor er det så vigtigt at forebygge.

Det kan bare være svært, når det drejer sig om udviklingshæmmede mennesker. De fleste har brug for, at menneskene omkring dem, kender de tidlige tegn. Kender den udviklingshæmmede godt. Og ved når humøret er mere end bare normalt. For det er personalet og de pårørende, der skal læres op i lidelserne.

## Psykoedukation

På Klinik for Mani og Depression på Psykiatrisk Hospital i Århus arbejder man i en treenighed, der kobler medicin med psykoedukation (undervisning der har til formål at øge patienters og pårørendes viden om en given psykisk lidelse) og psykoterapi.

Psykolog Krista N. Straarup mener, at de erfaringer, de har gjort sig med normaltbegavede, også kan anvendes på udviklingshæmmede mennesker. Vinklen er bare en anden.

- Det handler her om at undervise personalet og de pårørende i, hvad der er bipolar lidelse. Fx at der findes former, der ikke er psykotiske. At angstlidelser optræder samtidigt hos mange med bipolare affektive lidelser. Det kan være tvangssymptomer, panikangst og socialfobi, fortæller Krista N. Straarup, der mener, at der skal tages udgangspunkt i den enkelte beboer. Man skal kende de tidlige tegn på sygdom. De diskrete ændringer i adfærden, som kan være, at de trækker sig, ser mere triste ud, er urolige og rastløse.

- Det er vigtigt at kunne skelne mellem beboerens normale stemningsleje og

så det sygelige. Hvad er normalt for lige netop denne person? Hvornår er det almindelig glæde? Og hvornår er glæden større, end hvad godt er? Hvis man registrerer tegnene, kan man måske tage det i opløbet. Man skal bare huske på, at der skal mere end et tegn til for at man kan tale om tidlige advarselstegn, fortæller Krista N. Straarup.

## Forebyggelsesplan

Der findes flere måder at handle på tegnene på. Et kan være medicin. Skal den justeres? Et andet kan være at skærme personen, hvis vedkommende

Krista N. Straarup





kører op. Eller det kan være en hjælp til at komme i gang, hvis personen bliver mere deprimeret.

En forebyggelsesplan kan indeholde de tidlige advarselstegn. Hvad der kan udløse humørsvingningerne. Hvad er de sårbare overfor? Er det kontakten til personalet? Er det årstiderne? Små ting kan have stor betydning.

De udløsende faktorer skal med. Fx kan en overstimulation, en forelskelse, seksualitet, det at arve mange penge udløse en mani. Gode ting kan skubbe til manien. Derimod er det gerne nederlag og tab, der puster til en depression. Det at være sammen med sin familie, ferie, stress på arbejdet kan også være udløsende faktorer. Det er de diskrete ændringer i adfærden, man skal lægge mærke til. Men nogle tegn kan både være udtryk for en begyndende mani eller depression.

- Irritabilitet kan fx være et tidligt tegn på både depression og mani.

Selvskadende adfærd (som at skære eller ridse sig) ses også i forbindelse med en depression, forklarer Krista N. Straarup.

Forebyggelsesplanen skal laves med de pårørende og personalet. Den skal indeholde en handleplan. Hvordan håndterer man den stress, som den pågældende beboer er sårbar overfor? For der skal tit mindre og mindre til for at udløse en mani eller en depression, når man først er blevet ramt.

- Den optimale behandling er medicin og psykoedukation og i mange tilfælde også psykoterapi, fortæller Krista N. Straarup. I det omfang det kan lade sig gøre kan det udviklingshæmmede menneske også være med i psykoedukationen.

### Mestre sygdommen

Ifølge Krista N. Straarup er de udviklingshæmmede dobbelt ramt, da de kæmper med både udviklingshæmning og bipolar affektiv lidelse. Hun understreger, at terapien ikke skal gøre folk mere deprimerede eller maniske.

Terapien skal handle om at stabilisere men også give muligheden for at udvikle sig og mindske sårbarheder.

- Det handler om mestring af sygdom-

men. Men det handler også om det mere personlige. At mindske personlighedsmæssige forhold (fx perfektionisme), der ellers kan øge sårbarheden, fortæller Krista N. Straarup.

*\*En blandingstilstand: Det vil sige med maniske og depressive symptomer samtidig eller hurtigt skiftende.*

Krista M Straarup og Rasmus W. Licht, Klinik for Mani og Depression, Psykiatrisk Hospital i Århus har udgivet pjecerne:

"Bipolar affektiv lidelse" og

"Stemningsregistrering ved bipolare tilstande"

Pjecerne har til formål at informere patienter og pårørende om sygdommen og dens behandling. Og samtidig give redskaber til at kunne være på forkant med sin lidelse. Risikoen for at udvikle en bipolar lidelse er ca. 2-3 procent. Det er vigtigt, at lidelsen erkendes og behandles så tidligt som muligt, da der ellers er risiko for forværring af tilstanden med hyppigere og sværere sygdomsepisoder. Pjecen om "Bipolar affektiv lidelse" omhandler: Den bipolare lidelses udtryk og forløb, diagnosticering af bipolar lidelse, årsagsforhold, psykologiske og sociale konsekvenser af bipolar lidelse og behandling af bipolar lidelse (herunder medicinsk behandling, psykoedukation og psykoterapi).

Pjecen "Stemningsregistrering ved bipolare tilstande" er tænkt som et redskab i behandlingen af patienter med bipolar affektiv lidelse. Det består af en kalender der skal hjælpe med at kunne kende symptomerne og genkende dem, hvis de dukker op. Den giver (udfyldt) et overblik over stemningsleje, angstniveau, medicin samt hvilke udfordringer og belastninger, patienten møder. Kalenderen er oprindeligt ment som et redskab til den sygdomsramte. Det kan alternativt bruges af personale og pårørende til udviklingshæmmede mennesker.

Pjecerne kan fås ved henvendelse til:

#### Center for Oligofrenipsykiatri

Mette Egelund Olsen

Skovagervej 2

8240 Risskov

tlf. 77892993

email: meo@psykiatri.aaa.dk - Bemærk at pjecerne findes i et begrænset oplag



# Behandling af depression - hvad virker?

af cand. psych. Line Rosenlund, Videnscenter  
for Psykiatri og Udviklingshæmning



Når man skal behandle en depression, er der flere forskellige fronter, man kan sætte ind på. Inden for effektforskningen har man længe været interesseret i at se på virkningen af psykofarmakologisk behandling sammenlignet med psykoterapeutisk behandling. Andre mulige behandlingsformer er for eksempel ECT-behandling (ECT står for electro-

convulsive treatment) og miljøterapeutisk behandling.

Når man sammenligner den medicinske behandling med psykoterapeutisk behandling af depression hos mennesker uden udviklingshæmning, har man gennem tiderne ikke opnået enslydende resultater. Der kan derfor ikke gives entydige anvisninger for den

foretrukne behandling. Gennem de senere år har der imidlertid tegnet sig et billede af, at psykoterapi (og her er særligt kognitiv terapi undersøgt) er mindst lige så virksomt som, hvis ikke mere virksomt end, medicinsk behandling i forhold til behandling af depressioner af lettere til moderat grad. Med hensyn til svære depressioner taler





man om, at medicinsk behandling i kombination med psykoterapi bør være den foretrukne behandling. Der kan være flere grunde til, at samtalerapi virker bedre end medicin ved depressioner af lettere til moderat grad, og de skal ikke alle nævnes her. En stor force er imidlertid, at psykoterapi lader til at reducere forekomsten af tilbagefald.

### Forskningsresultater

Hvis man i artikeldatabasen PsycINFO søger på ordene "treatment/therapy" og "depression" i titlen på referencen, får man i alt 4839 resultater. Tilføjer man det kriterium, at der også skal stå "mental retardation" eller "learning disabilities", får man kun 10 resultater ud af søgningen. Det er altså tydeligt, at der ikke er lavet meget effektforskning på behandling af depression hos mennesker med udviklingshæmning.

Laver man en tilsvarende søgning i den medicinske database MEDLINE, viser søgeresultatet, at der én undersøgelse omkring behandling af depression hos mennesker med udviklingshæmning, mens der for den resterende del af befolkningen findes i alt 2796 resultater.

Af de 10 resultater i PsycINFO med relation til mennesker med udviklingshæmning er der ét, der udelukkende handler om diagnosticering og udredning af depression (og altså ikke om

behandling). Tre er casebeskrivelser af enkelttilfælde, ét handler om en form for danseterapi, og én artikel beskriver virkningen af gruppeterapi med fokus på træning af sociale færdigheder som behandling af depression. Ét af søgeresultaterne dækker over et overordnet, beskrivende kapitel i en bog. Ét vedrører behandling med antidepressiva af fem voksne med udviklingshæmning, og to vedrører kognitiv adfærdsterapi. Fraværet af solide, randomiserede effekundersøgelser er altså tydeligt. Der er derfor ikke belæg for at kunne udtale sig om, hvilken behandlingsform, der er bedst over for depression hos mennesker med udviklingshæmning. Derfor er det heller ikke muligt at give klare anvisninger på, hvilke metoder, man skal foretrække. Med baggrund i vores viden og erfaringer fra den resterende del af befolkningen må man dog gå ud fra, at såvel behandling med psykofarmaka og psykoterapi er muligheder - oftest vel nok i kombination.

### De 7635 andre resultater

Hvad referencerne på artikler omkring behandling af depression i den resterende del af befolkningen angår, kan man meget groft sige om dem, at der er mange, der handler om psykofarmakologi og en pæn andel om ECT-behandling. Der er nogle undersøgelser omkring virkningen af kognitiv terapi eller kognitiv adfærdsterapi, og

resten af resultaterne er enkeltstående undersøgelser.

Som nævnt i indledningen er der rimelig grund til at tro, at psykoterapeutisk behandling er et godt behandlingsvalg for depressioner af lettere til moderat grad, så man kunne jo undre sig over, at der ikke er flere forskningsresultater, der kan understøtte dette.

Imidlertid afspejler dette nok forskellige traditioner, idet der inden for farmakologisk behandling er en længere tradition for effektforskning end inden for psykoterapeutisk behandling. Der er dog en stadigt voksende opmærksomhed på, at hvis psykoterapi skal anerkendes som behandling for depression, må der laves solid effektforskning. At der endnu er et stykke vej igen, inden relevante myndigheder er overbeviste ses eksempelvis i forhold til, hvilke behandlingsformer man kan få tilskud til. Der er således tilskud til psykofarmakologisk behandling, mens psykiske lidelser er et eksklusionskriterium i forhold til psykologbehandling med støtte fra sygesikringen. Det betyder med andre ord, at på trods af, at man kan få tilskud til psykologsamtaler, hvis man bliver ramt af en alvorlig fysisk sygdom, kan man ikke få tilskud til samtaler, hvis man bliver ramt af en psykisk sygdom. I forhold til, hvad man ved om depressionsbehandling, giver dette ikke helt mening.



# Magnetisme mod depression

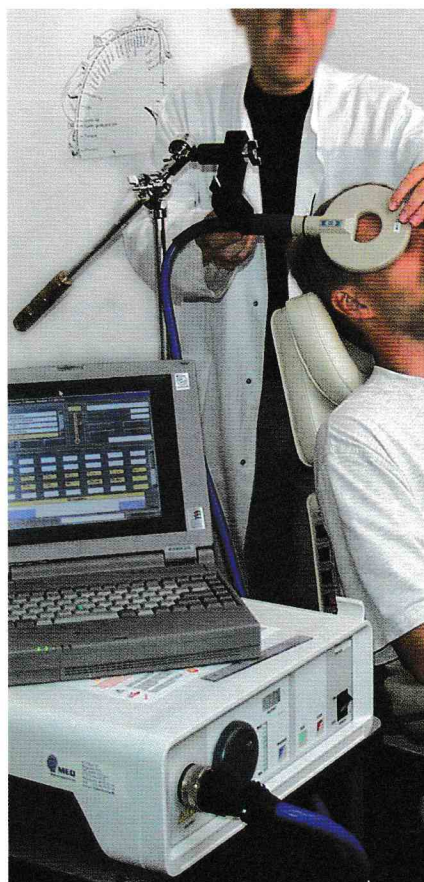
af journalist Mette Egelund Olsen,  
Videnscenter for Psykiatri og  
Udviklingshæmning

TMS - transcranial magnetisk stimulation adskiller sig fra ECT (elektrochok) ved, at det er muligt at stimulere et udvalgt område af hjernen. TMS giver ikke anledning til kramper og kræver derfor ingen narkose. Desuden er der indtil videre intet, der tyder på, at hukommelsen svækkes, som det kan ses ved ECT.

Det var formentlig en tilfældighed og "den rene magnetisme". TMS - transcranial magnetisk stimulation - var oprindeligt en metode, der blev anvendt til at undersøge nervesystemets funktion. Men i kølvandet på undersøgelserne viste det sig, at mennesker der var deprimerede fik det bedre. En ny metode til behandling af depression var muligvis født.

## Afløser for elektrochok?

Måske en fordelagtig afløser for ECT - elektrochok, der i perioder har været genstand for mytedannelse og negativ omtale. For TMS kræver ikke fuld



narkose, og det efterlader ingen svækkelse af hukommelsen.

- Vi ved, at hjernens pandelapper hos nogle deprimerede mennesker tilsyneladende har en nedsat funktion. Det var en del af grundlaget for de første egentlige kliniske undersøgelser af, om TMS af disse områder har antidepressiv virkning, siger ledende overlæge Poul Erik Buchholtz Hansen. Selve princippet med behandlingen bygger på elektromagnetisme. Til forskel fra en elektrisk strøm passerer magnetfelter udbrudt igennem biologiske barrierer. Behandlingen foregår ved, at der placeres en trådspole tæt

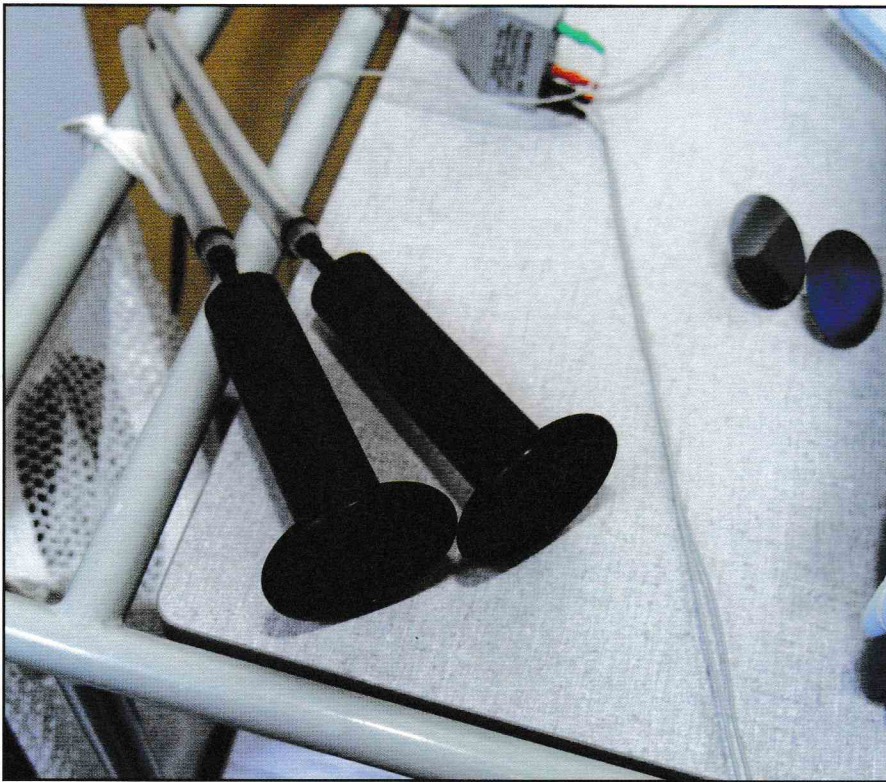
på kraniet (se foto). Spolen fodres med strøm fra en generator. Det magnetfelt, der dannes i spolen, vil passere ned i hjernebarkens øverste lag. Det giver anledning til svage strømme, der medfører en stimulering af nervecellerne og deres forbindelse med hinanden. Desuden sker der en ændring i aktiviteten i dybereliggende områder i hjernen, der har væsentlig betydning for udvikling af depression.

## Udvalgte områder i hjernen

- TMS adskiller sig fra ECT ved, at det er muligt at stimulere et udvalgt område af hjernen. TMS giver ikke anledning til kramper og kræver derfor ingen narkose. Desuden er der indtil videre intet, der tyder på, at hukommelsen svækkes, som det kan ses ved ECT, forklarer Poul Erik Buchholtz Hansen.

- Meget tyder som sagt på, at det har en antidepressiv virkning, hvis man stimulerer hjernens pandelapper. Hvilken effekt man opnår varierer og kan blandt andet afhænge af alder og antal af behandlinger. Der har til dato været gennemført talrige kliniske undersøgelser af metoden. Statistisk set har man kunnet påvise en effekt. Spørgsmålet er bare, om effekten er så stor, at den er klinisk relevant. Der mangler metodestudier, som kan fortælle os noget om, hvad der er den optimale måde at behandle på. TMS kan gennemføres på et utal af forskellige måder, og vi ved stadigvæk alt for lidt om hvilken model, som har den bedste antidepressive virkning, forklarer Poul Erik Buchholtz Hansen. Han er projektleder af en undersøgelse på Psykiatrisk Hospital i Risskov, hvor man tester TMS i forhold til ECT.





ECT (electro convulsive therapy) - også kendt som elektrochok - er en behandling omgærdet af fordomme. For hvem husker ikke filmen Gøgereden og Jack Nicholsons zombieagtige tilstand efter at have været underkastet grusomme psykiatriske behandlinger. Men der er langt fra filmen og til i dag. ECT er en behandling, der gives i forbindelse med svære depressioner og forvirringstilstande (akut delir), der kræver øjeblikkelig hjælp, da patienten ellers vil dø. Behandlingen går ud på at lave et krampeanfald med mindst mulig strøm. Den strøm som hjernen får ved en ECT-behandling svarer til, hvad der er i et lille lomlygtebatteri. Krampeanfaldet varer mellem 30 sekunder og et minut. Patienten er i fuld narkose og får desuden noget medicin, der får musklerne til at slappe af. Patienten får små elektroder på hovedet, hvor igennem strømmen tilføres. Når strømmen er slukket, breder impulserne sig ud fra det område i hjernen, der er påvirket og fremkalder et krampeanfald. Selve behandlingen regnes i dag for skånsom. Den anbefales blandt andet til ældre og svagelige, der har svært ved at tåle medicin. Der er dog også bivirkninger. I opvågningsfasen kan der optræde forvirring, og der kan være hukommelsesproblemer i måneder efter behandlingen.

- Vi er på grund af de tidligere nævnte fordele ved TMS interesseret i at sammenligne effekten med ECT. Om TMS kan erstatte ECT, der er så omgærdet af fordomme, siger han.

#### Antidepressiv medicin

Effekten af TMS ser i lighed med ECT ud til at være forbigående. Derfor er det nødvendigt at kombinere med antidepressiv medicin, men bivirkningerne er begrænsede. Der er til dato ikke påvist alvorlige bivirkninger af TMS, men selve behandlingen kan føles som korte strømstød, og kan være ledsaget af sammentrækninger i muskulaturen i det område, der stimuleres. Nogle patienter kan også få forbigående hovedpine, der dog kan forebygges eller fjernes med fx panodil, forklarer Poul Erik Buchholtz Hansen.

Hvis han skal tænke fremad og give et bud på spørgsmålet om, hvilken plads TMS skal have i fremtiden, er svaret, at TMS måske kan tænkes som afløser af ECT hos nogle af de patienter, der i dag behandles med elektrochok. Men at metoden formentlig også vil have en plads som et tillæg til den medicinske behandling.

- Vi er interesseret i at udvikle forskningsfeltet yderligere, og har planer om at undersøge om der er andre områder af hjernen, det er relevant at stimulere for at opnå antidepressiv virkning. Depressionsområdet er i øvrigt ikke det eneste, som er genstand for udforskning. Undersøgelser tyder på, at i forhold til skizofreni kan man dæmpe hørehallucinationer ved at stimulere tindingelapperne i hjernen, slutter Poul Erik Buchholtz Hansen.



# ”Han er så psykotisk”

af psykolog Line Rosenlund  
Videnscenter for Psykiatri og  
Udviklingshæmning

## - Men hvad er diagnosen?

Mennesker er i allerhøjeste grad sociale væsener. I vores omgang med hinanden bruger vi forskellige betegnelser og karakteristikker blandt andet for at forstå hinanden og have nogle retningslinjer for vores sociale samspil. Man kan betragte psykiatriske diagnoser som en sælig gren af disse betegnelser, og det kan være interessant at se på, hvad der karakteriserer sådanne beskrivelser.

### Hvad er en psykiatrisk diagnose?

En psykiatrisk diagnose er en betegnelse, som med få ord beskriver en samling unormale psykiske symptomer, der sædvanligvis optræder samtidigt. Med diagnosen forsøger man dermed at indfange og kategorisere nogle forskellige psykiske symptomer på afvigelser fra normalen, som, man har erfaring for, optræder samtidigt og derfor med rimelighed kan antages at være del af en samlet, kompleks problemstilling. Man kan sige, at med

diagnoserne vælger man at lægge nogle snit i symptombillederne, så man kan tale om og adskille forskellige psykiske tilstande.

### Hvem stiller en psykiatrisk diagnose?

En psykiatrisk diagnose stilles af en psykiater på baggrund af en grundig psykiatrisk udredning. I Danmark bruger man WHO's klassifikation ICD-10, og i den er der nøje angivelser af, hvilke symptomer, der skal være til stede, og hvor længe eller hyppigt, de skal forekomme, før man eksempelvis kan stille diagnosen depression.

Andre fagfolk end psykiateren (herunder den praktiserende læge eller en psykolog) kan få mistanke om, at en given psykiatrisk diagnose kan være relevant, men formelt set kan den endelige diagnose kun stilles af en psykiater. Psykiatere er læger, der specialiserer sig i psykiatri. Efter endt lægevidenskabelig embedseksamen

tager uddannelsen til speciallæge i psykiatri typisk 5-6 år i Danmark.

### Hvad bruges diagnosen til?

Den fremmeste grund til at stille psykiatriske diagnoser er, at de virker retningsgivende for behandlingen. Med udgangspunkt i den grundige udredning bliver man (altså psykiateren) i stand til at udvælge den behandling, man har erfaring for er mest virksom. Det kan være i forhold til den overordnede diagnose eller på specifikke symptomer.

Diagnosen kan også være hjælpsom i forhold til interventioner på andre områder end den lægelige. I forhold til psykoterapeutisk behandling kan man bruge diagnosen til at blive særligt opmærksom på de problemer og ressourcer, klienten måske oplever. Nogle terapeutiske retninger (særligt kognitiv terapi) har udviklet specifikke terapeutiske tilgange til eksempelvis angst og depressionsbehandling.





I forhold til sociale hjælpeforanstaltninger kan diagnosen også være hjælpsom, idet den kan give nogle retningslinjer for, hvilke vanskeligheder personen kan opleve - måske i forhold til sin arbejdssituation eller i det hele taget at indgå i sociale relationer.

Måske kan man sige, at diagnosen virker som en lygte, der oplyser, hvilke vanskeligheder mennesker med det symptomkompleks, som netop denne diagnose dækker over, ofte kan forventes at have. I forlængelse af dette letter den psykiatriske diagnose også kommunikationen mellem forskellige behandlingsinstanser. Man kan med færre ord fortælle, hvilke indsatsområder for behandlingen, der er aktuelle.

### Hvad bygger diagnosen på?

Som WHO's ICD-10-diagnosesystem er opbygget, er det non-ætiologisk og ateoretisk. Det vil sige, at de diagnoser, der er inkluderet, er rent beskrivende. Diagnoserne er på den måde uafhængige af antagelser om årsags-sammenhænge, og de repræsenterer ikke bestemte teoretiske forståelser af mennesket, dets psyke og sygdom.

I formuleringerne af diagnoserne har man altså blot forholdt sig til symptomerne, som de fremstår, og til hvilke symptomer, der hyppigt forekommer samtidigt. I afgrænsningen af de forskellige symptomkomplekser i forhold til hinanden har man derudover brugt den eksisterende viden om, hvilken behandling, der er virksom, og hvad det forventede tidsperspektiv for tilstanden er.

### Til hverdagsbrug og i klinisk forstand

Nogle begreber, der indgår i psykiatris-

ke diagnoser, er gået hen og blevet en del af hverdagssproget. Eksempler er 'neurotisk', 'psykotisk' og 'skizofren', som man hører folk bruge om sig selv eller andre. Man kan nok ikke definere, hvad der menes med begreberne, når de bruges på denne måde, fordi det mere eller mindre afhænger af, hvad folk selv lægger i dem. Der lader dog til at være en tendens til, at eksempelvis 'skizofren' bruges i betydningen 'føler sig meget forvirret og splittet i personligheden'.

Når ordene bruges på denne måde som tillægsord i daglig tale, har de intet med psykiatriske diagnoser at gøre. Der er i og for sig ikke noget galt i, at de samme ord bruges om forskellige ting, så længe man er opmærksom på, at det er det, der sker. En fare kan ligge i, hvis man kommer til at tro, at man kommunikerer præcist og taler om det samme, hvis man eksempelvis omtaler en person som psykotisk uden psykiatrisk diagnosticering. Det gør man nemlig ikke, man kan faktisk lægge, hvad man vil i udtrykket.

### Et andet syn på diagnoser

Ovenfor er beskrevet, hvad man kan kalde rationalet bag de psykiatriske diagnoser, som findes i de to store diagnosesystemer WHO's ICD-10 og den amerikanske pendant DSM-IV (og også i tilsvarende, tilpassede diagnose-lister til gruppen af mennesker med udviklingshæmning). Det burde være tydeligt, at man har bestræbt sig på at lave så neutrale og præcise beskrivelser af symptomkomplekser som muligt for at lette identificeringen af disse og give retningslinjer i forhold til behandling. Imidlertid kan det også være interessant at se på, hvilke andre effek-

ter diagnoser og diagnosticering kan have. Diagnoser kan have en stærk identitetsdefinerende effekt på en måde, så sygdommen/lidelsen/vanskeligheder via diagnosen kommer til at komme før mennesket. Det sker meget nemt gennem vores sprogbrug - eksempelvis når man taler om "en autist". Diagnosen "autisme" (og de vanskeligheder, der udgør kriterierne for denne diagnose) kommer til at være dækkende for hele personen eller med andre ord: kommer til at udgøre hele personens identitet. På den måde lægges et helt særligt fokus i forståelsen af personen, og eksempelvis et barn med autisme bliver til en autist og ikke et barn med autisme, musikalske talenter, blå øjne, særlig interesse i tøjdyr med meget mere... Der er altså en nærliggende fare for, at nuancerne forsvinder. Det samme kan siges om mennesker, der får stillet diagnosen skizofreni og bliver til "de skizofrene" og så videre. Overvejelser i stil med disse er grunden til, vi i ViPU Viden bestræber os på at bruge betegnelsen "mennesker med udviklingshæmning" - heri underforstået: "og så mange andre egenskaber, karakteristika og unikke syn på verden". For at imødegå, at også denne frase bliver et (blot mere politisk korrekt) synonym for "de udviklingshæmmede", må man imidlertid igen og igen gøre sig diagnosernes mulige identitetsdefinerende konsekvenser klart og aktivt sørge for at holde sig mennesket for øje.

Hvis du er interesseret i at vide mere om psykiatri anbefales 'Psykiatri - en grundbog' af Henrik Day Poulsen, Povl Munk-Jørgensen og Tom G. Bolwig (red.) (udgivet af Munksgaard i 1998).







Bogomtale

# Motion som medicin mod depression

af Cand. Comm. Søren Kristoffersen,  
Videnscenter for Psykiatri og Udviklingshæmning

Det gamle ordsprog "en sund sjæl i et sundt legeme" skal ikke længe opfattes som en løftet pegefing-er, men som en videnskabelig erkendelse. Flere og flere får ordineret motion hos lægen, og nu har videnskabelige undersøgelser og erfaringer vist at der er fysiologiske forklaringer på det gamle ord-sprog.

Motion styrker både krop og sjæl. Det giver overskud, større udholdenhed og øget velvære skriver Kronprinsesse Mary, som er protektor for Psykiatri-Fonden, i en ny bog med titlen "Motion og psyke". Bogen, som er skrevet af forskere, læger, fysioterapeuter og diætister udkom i oktober 2005 på Psykiatri-Fondens Forlag. Bogen er let at læse og giver forståelige forklaringer og anvis-

ninger på, hvordan motion og rigtig kost kan have en positiv virkning på forskellige psykiske lidelser. Bogen formidler viden og erfaringer i at integrere fysisk aktivitet i det daglige arbejde med mennesker med psykisk sygdom. Bogen vil vise beslutningstagere, sundhedsprofessionelle, patienter og pårørende, at motion kan gøre en forskel for den psykisk syge. Målet er, at mange flere bliver fysisk aktive, både for at forebygge sygdom og for at folk kan få det bedre med den sygdom, de må leve med. Fysisk aktivitet er for alle, også for psykisk udviklingshæmmede der ofte har en større risiko for at få en psykisk sygdom.

## Motion og humør

Når man dyrker motion regelmæssigt giver den fysiske aktivitet en umiddelbar glæde og et bedre humør. Men når man begynder med at træne kan humør-

ret falde. Det samme kan ske, hvis man sætter træningen i vejret. Fortvivl ikke for efterhånden vil de fleste opleve glæde ved træningen.

Hvis man sammenligner to grupper finder man mindre stress, og færre symptomer på angst og depression hos dem der træner i forhold til dem der ikke træner. Nye studier bekræfter denne tendens og viser, at regelmæssig motion kan forebygge depression. Gennem mere end hundrede år har forskerne ledt efter en såkaldt motionsfaktor. Baggrunden er, at man har undret sig over, hvordan musklerne kommunikerer med andre organer.

## Hvad sker der?

Man ved ikke præcis hvorfor og hvordan fysisk aktivitet indvirker på depression. Bente Klarlund, skriver at både signalstoffer, hormoner, vækstfaktorer og andre biologiske mekanismer



er involveret i processen. Som en spændende nyhed nævner hun, at muskelvævet kan betragtes som et stort organ som ikke blot tjener til bevægelighed, men også fungerer som en hormonproducerende kirtel, der blandt andet producerer en speciel motionsfaktor, interleukin-6 (IL-6).

Motionsfaktoren kommunikerer fra musklerne til kroppens øvrige organer, såsom hjertet, lungerne og formentlig også hjernen.

### Kroppens største organ

Musklerne er kroppens største organ og mennesket er bygget til fysisk aktivitet. Muskulaturen er udover at være en forudsætning for den fysiske aktivitet også et stofskifteorgan ifølge Bente Klarlunds teori. Muskulaturen spiller en vigtig rolle for fedt-, kulhydrat- og proteinstofskiftet. Ved at vise at muskler producerer et stof som føres over i blodet, peger det på, at musklerne er en kæmpestor hormonproducerende kirtel, der, udover at være en del af bevægeapparatet, også er en væsentlig deltager i menneskets stofskifte.

Det betyder, at hvis man ikke bruger musklerne, producerer man ikke de stoffer, der er nødvendige for at holde sig sund og rask. Musklerne producerer sandsynligvis en række motionsfaktorer, der ikke kendes, som også påvirker hjernen.

### Kroppen har betydning for hjernen

Fysisk træning forbedrer hjernens evne til indlæring, hukommelse og social adfærd skriver læge dr. med. Henning Kirk i bogen. Fysisk træning beskytter også mod stress og mod aldersrelaterede fysiske og psykiske skrøbeligheder.

#### Lamme personer gav svaret

Forsøg med lamme personer viser, at kommunikationen ikke kun foregår gennem nervesystemet. Stimulerer man en lam persons muskler med elektricitet, trækker musklerne sig sammen, og man ser de samme effekter på hjertet, leveren, knoglerne og fedtvævet hos personer med et normalt nervesystem. De lamme personer oplevede, at den fysiske aktivitet påvirkede humøret. På den baggrund blev man klar over, at der måtte være en motionsfaktor tilstede som produceres af musklerne. Motionsfaktoren frigives til blodbanen og påvirker funktionen af andre organer på samme måde som hormoner.

Stoffet interleukin-6 (IL-6) er en god kandidat som en motionsfaktor. Interleukin-6 (IL-6) koncentrationen i blodet stiger kraftigt ved fysisk aktivitet.

### Motion i depressionsbehandlingen

De bedste undersøgelser viser, ifølge overlæge Merete Nordentoft, Psykiatrisk afdeling på Bispebjerg Hospital, at motion har lige så god en effekt på depression som kognitiv terapi. Nyligt offentliggjorte undersøgelser viser ligefrem en effekt af fysisk træning, der ikke er meget mindre end effekten af antidepressiv medicin. Undersøgelsen viser dog, at det kræver intensiv træning. Fysisk aktivitet kan desuden have en psykologisk og en social funktion. Mange psykiatriske patienter er ensomme og præget af, at de ikke deltager i sociale aktiviteter. Her kan fysiske aktiviteter være med til at bryde den sociale isolation. Fysisk aktivitet er en kulturel og social begivenhed, der giver psykiatriske patienter muligheder for at deltage i det omgivende samfund.

### Kropsbevidsthed

Fysisk aktive personer oplever høj grad af velvære. Modsat kan personer, der er i fysisk dårlig form have manglen eller ubehagelig kropsbevidsthed. Personer med psykisk sygdom som

depression eller skizofreni vil ofte mangle kropsbevidsthed – eller snarere have negative angstprægede kropslige oplevelser. Effekten af fysisk aktivitet på depression skyldes måske, ifølge Henning Kirk, at kropsbevidstheden øges, samtidig med at angstfølelsen dæmpes.

### Kropsligt mindreværd

Træning i kropsbevidsthed er et redskab til at genfinde kroppens ressourcer, så man bliver bedre til at tage vare på den fysiske og mentale tilstand. For nogle mennesker kan motion og idræt give kropsligt mindreværd og motorisk usikkerhed, skriver fysioterapeut Lene Nyboe. Her kan træning i kropsbevidsthed, i form af basale funktioner som balance, koordination og åndedræt, være det første skridt mod bedre kropslig funktion. Større tiltro til sin egen fysiske formåen og øget fysisk velvære. Identitetsfølelsen udvikles blandt andet gennem kropslige oplevelser. Oplevelsen af at være et "jeg" er knyttet til kroppen såvel som til sindet. Mange mennesker med psykisk sygdom oplever også kropslige foran-





dringer. Nogle kan føle sig klodsede eller energiforladte, fordi kroppens motoriske funktioner eller kondition er dårlige. Andre oplever deres egen krop som fremmed og uforståelig. Tolkningen af de kropslige sanseoplevelser kan være præget af psykotiske forestillinger, negative tanker og angst. Krops"jage't" kan være forandret og forstyrret. For den psykisk syge kan det medføre eller forstærke smertefulde muskelspændinger eller forkert vejtrækning. Forstyrrelserne kan give overdreven træning eller motorisk uro. Det kan medføre, at man ikke kan deltage i fysiske aktiviteter.

### Søvn og motion

Når man har været aktiv skal man hvile. En god søvn er afgørende for livskvaliteten og for den fysiske og psykiske sundhed. Overlæge Jes Gerlach, fra PsykiatriFonden skriver, at søvnen er med til at give os vitalitet og udvikle og vedligeholde vores kroppe og hjerner. Søvnen stimulerer produktionen af vækst- og kønshormoner, forbedrer immunforsvaret, styrker hukommelsen og øger kreativiteten. Søvn forebygger desuden stress, angst og depressioner. Mange mennesker har desværre en dårlig nattesøvn. Det svækker deres helbred. Man kan gøre meget for at få en god nattesøvn, og her er motion noget af det bedste. Mennesker sover en tredjedel af livet, det bliver til ca. 25-30 år. Sover vi for dårligt, vil det gå ud over vores fysiske og psykiske sundhed. Den dybe søvn er nok den vigtigste søvnfase. Hjernen slapper af, og aktiviteten i hjernen falder. Kroppens muskler slapper også af. Blodtrykket falder, pulsen falder og sukker- og fedtindholdet i blodet fal-

der. Ved stress ses imidlertid de modsatte forandringer: Spændte muskler, høj puls, højt blodtryk o.s.v. Derfor er den dybe søvn guld værd for især stressede mennesker. Stress kan som bekendt føre til depressioner. Motion har stor betydning for søvnen, fordi fysisk aktivitet påvirker signalstofbalancen. Mange tror, at træthed skyldes for lidt søvn. Det er rigtigt, men har man fået 6 timers søvn, så er det ikke forklaringen. Træthed kan skyldes fysisk eller psykisk sygdom. En depression er næsten altid ledsaget af en overvældende træthed. Her hjælper det ikke at sove længe, næsten tværtimod. Her gælder det om at få depressionen behandlet. Lys og motion er vigtige midler som man kan bruge til at regulere sin søvn. Undersøgelser peger på, at kombinationen af lys og motion vil være en effektiv behandling af mange depressioner. Forholdet mellem lys, motion, søvn, og depression er ikke klarlagt fuldstændigt og der forskes meget på området.

### Bog til omtanke

Ovenstående er et kort resume af bogen "Motion og psyke". Det er tankevækkende læsning også for dem der dagligt arbejder med mennesker med psykisk udviklingshæmning. Denne gruppe mennesker har en øget tendens til psykiske lidelser, og med en målrettet fysisk indsats kan mange af disse mennesker måske reducere risikoen for at få psykiske lidelser og få øget både deres fysiske og psykiske velvære. God læselyst.

*Kilde: Motion og Psyke, af Jes Gerlach (red.), PsykiatriFondens Forlag*



# Det svingende liv

af fotojournalist Hanne Engelstoft,  
Videnscenter for Psykiatri og Udviklingshæmning

"Det er ikke nemt at sige, hvordan det føles, men jeg har ikke rigtig lyst til noget, når jeg er depressiv. Jeg tager på arbejde men laver ikke noget. Det er også svært at klare for mange mennesker, der snakker, når jeg har det sådan".

Vi bliver mødt velkommen i døren til bofællesskabet Majvænget af Pia Sørensen, der er en udviklingshæmmet kvinde med en affektiv lidelse. Pia ser glad ud, specielt ved synet af afdelingslæge Ulla Jakobsen der har været læge for Pia i mange år.

Pia Sørensen har lavet kaffe til os i sin private "lejlighed" i bofællesskabet. Vi drikker kaffe, og Pia tænder en del cigaretter, imens hun ihærdigt forsøger at besvare de spørgsmål, vi stiller for at få et klarere syn på, hvad og hvordan det er, at være et menneske der både er udviklingshæmmet og lider af bipolar affektiv lidelse.

Pia er ikke så meget for at uddybe sin baggrund, da det bringer dårlige minder frem, men alligevel fortæller hun uden at gå i detaljer, om et liv med mange barske oplevelser.

Pia har altid boet på institution, moderen led af en psykisk lidelse og faderen kender Pia ikke noget til, moderen lever ikke længere. Pia var som barn

en kvik og køn lille pige og var glad for kontakt. Som tiden gik og Pia voksede op, havde hun lidt problemer med at tro på sig selv. Pia var meget glad for små børn, og på et tidspunkt ville hun gerne arbejde i en vuggestue. Det støttede det daværende personale hende i. Hun kom i en "arbejdsprøvning" i en vuggestue, men pædagogerne her synes ikke at det kunne fungere, så opholdet i vuggestuen blev af kort varighed. Pia er stadig meget glad for små børn.

Hun kom i familiepleje, senere på institution og i forskellige bofællesskaber. Pia er flere gange i sin tilværelse blevet udsat for seksuelle overgreb.

I 1988 mødte Pia Per, som bliver hendes kæreste, og de bor sammen i 6 år. I 1993 bliver Per syg og dør i 1994.

Pia Sørensen



Herefter bor Pia i minibofællesskaber, og i 1997 bliver hun indlagt på et psykiatrisk hospital.

Pia kunne reagere, når hun følte sig psykisk presset med en adfærd, hvor hun gentog og repeterede sig selv i det uendelige. Man kunne kalde det en tvangsmæssig adfærd, og hun var trist og tabte sig. Medicin hjalp Pia, hun klarede op og kom i balance.

I 1998 er det første gang afdelingslæge Ulla Jakobsen tilsår Pia Sørensen. Hun virker medicinpåvirket og depressiv. Medicinen bliver reguleret, og Pia får det bedre. Derefter laver Ulla tilsyn på Pia hver tredje - fjerde måned. Ulla forklarer: "Skal Pias tilværelse være i nogenlunde balance, er det vigtigt med hyppige medicinreguleringer, da Pia svinger meget mellem det lidt for hurtige (mani) og det alt for triste (depression). Medicinens påvirkning ændrer sig ikke, men det gør Pia, og derfor vil der hele tiden være behov for reguleringer, så medicinen ikke påvirker Pias liv alt for meget".



**Et liv med psykiske svingninger**

Pia fortæller: "Det er ikke nemt at sige, hvordan det føles, men jeg har ikke rigtig lyst til noget, når jeg er depressiv. Jeg tager på arbejde men laver ikke noget. Det er også svært at klare for mange mennesker, der snakker, når jeg har det sådan.

Når det går for stærkt (mani) er mit hoved fyldt med tanker, jeg ryger en masse cigaretter, og indeni har jeg det ikke godt, jeg har en masse uro i kroppen, tankerne kører rundt, og jeg kan ikke falde til ro. Man kan sige, at jeg har det ikke godt, når jeg er nede - men jeg har det heller ikke godt, når jeg er oppe. Medicinen skal tages, for at jeg kan have det godt".

Men selvom Pia tager sin medicin, kan der alligevel ske udsving. Mennesket er jo en forunderlig skabning, og de oplevelser vi får kan have en mere eller mindre stor indvirkning på psyken. Det kan være, man er presset p.g.a. sorg, eller en ændring der skal foregå i ens dagligdag. Det betyder, at medicinens indvirkning kan være svingende, og i særlig psykisk pressede situationer kan en forøgelse af den daglige dosis være påkrævet. Det er lægens job hele tiden at skabe balance mellem livssituation og medicin, så patienten kan bevare rimelige levevilkår. Pia siger: "Mit liv er ok.

Jeg har en god hverdag, jeg kan være sammen med andre, men jeg kan også lade være, når jeg synes, der bliver for meget snak. Ferier kan godt være for meget, jeg kan bedst lide at være hjemme. Pædagogerne synes hele tiden, vi skal opleve alt muligt, og de spørger for lidt, hvad VI vil. Min drøm er at komme til Thailand, ligge på stranden med en god whisky, sove, og så en lille fest i ny og næ, det kunne være skønt". Da jeg spørger Pia hvor mange mennesker hun bor sammen med, svarer hun hovedrystende: "Det ved jeg ikke". Det er jo forståeligt nok, at hun ikke har det store overskud til verden ude omkring hende, når der foregår så

meget indeni hende, som hun skal holde styr på.

Pia giver udtryk for, at det kan være godt nok at være hende, men også at det er et belastet liv, at have de svingninger hun lider af. Når man er udviklingshæmmet oven i en psykisk lidelse, er der også mange ting ved ens psykiske tilstand, man har svært ved at forstå. Det betyder, at man skal have meget hjælp fra omgivelserne til at forstå og håndtere den virkelighed, man er nødt til at leve med.

Blandt vores udviklingshæmmede mennesker er procentdelen af psykisk syge langt højere end den er i normalbefolkningen.





# Psykoedukation gavner bipolare patienter

af informationsmedarbejder Dorte Eifer,  
Videnscenter for Psykiatri og Udviklingshæmning

Udviklingshæmmede mennesker rammes i samme grad som normalbefolkningen af bipolar affektiv lidelse. Det er svært at leve med psykisk sygdom, og det er selvsagt endnu sværere at leve med både udviklingshæmning og psykisk lidelse oven i købet. For den velmedicinerede affektive patient findes der imidlertid et effektivt værktøj, der mindsker omfanget og varigheden af de depressive og de maniske episoder, nemlig psykoedukation i grupper.

Psykoedukation er undervisning, der har til formål at øge patienters og pårørendes viden om en given psykisk lidelse. Den psykoedukative tilgang er i årtier blevet anvendt af terapeuter, men det er først i de senere år, at forskere har undersøgt, om der er en målbar effekt af psykoedukation. Det fortalte den spanske psykolog Francesc Colom på en temadag om psykoedukation, som blev afholdt i Nyborg for nylig.

## Barcelona Bipolar Disorders Program

I Barcelona har man et omfattende psykoedukationsprogram for patienter med affektive lidelser, det såkaldte "Barcelona Bipolar Disorders Program". Hospitalsklinikken i Barcelona tilser løbende 600 patienter ud fra en psykoedukativ tilgang. Målene for programmet er bl.a. at forebygge tilbagefald, reducere hospitalsindlæggelser, forebygge suicidal adfærd og opnå en funktionel bedring.

Det handler bl.a. om at:

- Informere om sygdommen som en kronisk tilstand med et højt antal sygdomsepisoder.







- Træne mestring af sygdommen i fx rollespil, hvor patienterne over sig i, hvordan man forklarer sygdommen for andre.
- Skabe en god medicinsk praksis hos patienterne.
- Lære patienterne at spore de tidlige tegn på nye episoder og forstå de udløsende faktorer.
- Styrke patienterne (empowerment) og betragte dem som lige mænd.
- Respekt for patienternes valg.
- Skabe relationer der er baseret på tillid frem for autoritet.
- Informere om risikoen ved manglende medicinindtagelse.
- Lære patienterne at regulere deres livsstil.
- Lære patienterne at håndtere stress
- Give kendskab til problemløsende teknikker

### Stor dansk undersøgelse

En stor undersøgelse fra den spanske klinik baseret på deltagelse af 120 patienter viser, hvad terapeuter gennem årene har erfaret: Psykoedukation hjælper! 60 deltagere modtog farmakologisk behandling og psykoedukation gennem 20 uger (med vægt på sygdomskendskab, overholdelse af medicinindtag, tidlig opdagelse af symptomer og begyndende anfald og regulering af livsstil), mens en kontrolgruppe på ligeledes 60 personer modtog samme farmakologiske behandling kombineret med generel rådgivning gennem 20 uger. En opfølgingsundersøgelse to år efter viste, at antallet af tilbagefald og hospitalsindlæggelser var lavere for psykoedukationsgruppen. Således fik

60% af kontrolgruppen et tilbagefald i løbet af behandlingsforløbet mod en tilbagefaldsprocent på 38% for psykoedukationsgruppen. Efter to år opfyldte 92% af deltagerne i kontrolgruppen kriterierne for tilbagefald mod 67% i psykoedukationsgruppen.

### Hvordan, hvem og hvornår

Et psykoedukationsforløb efter Barcelona-modellen har 21 sessioner af 90 minutters varighed med 8-12 deltagere. Det er vigtigt at notere sig, at Francesc Coloms kliniske erfaring viser, at psykoedukation ingen effekt har i den akutte fase, men derimod med fordel kan anvendes, når patienten er i sin normalt tilstand med en depressiv eller manisk episode, der har fundet sted indenfor den seneste måned eller blot indenfor det seneste år. Såkaldte veteranpatienter profiterer tilsyneladende heller ikke af psykoedukation, idet de oplever den ny erhvervede viden som stressende, og således kan psykoedukationen ligefrem gøre ondt værre for denne gruppe. Colom anbefaler, at behandlingen varetages af psykiatere, psykologer, sygeplejersker eller andet sundhedspersonale, der som minimum har tre års klinisk erfaring med bipolære patienter og selv har modtaget undervisning i, hvad psykoedukation drejer sig om.

### Færre tilbagefald

Selv om det naturligvis er en temmelig ressourcekrævende behandlingsform, er omkostningerne lave, når det tages i betragtning, at der er færre tilbagefald og færre hospitalsindlæggelser. Også dansk forskning viser, at psykoedukation er et effektivt værktøj,

der ikke alene formindsker patienternes sygdomsepisoder, men også hjælper dem til bedre at kunne håndtere deres fortvivlelse, angst, stigmatisering og lave selvværd. Psykiater Jørgen Aagaard fra psykiatrien i Århus har også arbejdet med psykoedukation i mange år, bl.a. i relation til depression og skizofreni. Han har været med til at udarbejde et undervisningsmateriale i psykoedukation, der er lavet med udgangspunkt i erfaringer fra specialskoler for voksne og den tidligere Åndssvageforsorg. Forskningsresultaterne omkring psykoedukation er så overbevisende, at man bør overveje om, det ikke kunne komme udviklingshæmmede mennesker med bipolar affektiv lidelse til gavn at få iværksat psykoedukative forløb tilpasset udviklingshæmmede mennesker. Såvidt vi er orienteret på Videnscenter for Psykiatri og Udviklingshæmning er der endnu ingen, der har kørt forløb med psykoedukation i grupper for udviklingshæmmede mennesker, men i Vejle har man et forløb på bedding.

Kilde:

*Arch Gen Psychiatry, Vol. 60, Apr 2003, p. 402-407.*

*Francesc Colom et al: A Randomized Trial on the Efficacy of Group Psychoeducation in the Prophylaxis of Recurrences in Bipolar Patients Whose Disease Is in Remission.*

Nærmere oplysninger om psykoedukationsprogrammerne kan fås ved henvendelse til [dorte@oligo.dk](mailto:dorte@oligo.dk)



Marie Storm er en udsædvanlig kvinde på 63 år, hun ligner egentlig enhver anden pæn kvinde på 63 år, men det er hun ikke, hun er speciel og hende møder man ikke mange af i vores perfekte, velindrettede og fortravlede samfund.

Marie er vokset op med troen på Gud, hun er katolik og har viet sit liv til de udviklingshæmmede og foreningen "Tro og Lys", men hun mener ikke, at samværet med de udviklingshæmmede er et kald for hende, hun har bare venner, der er udviklingshæmmede. Marie Storm fortæller: "Jeg tror, jeg er blevet venner med udviklingshæmmede mennesker, fordi jeg forstår dem. Jeg har selv en cerebral parese og har haft mange absencer i mit liv, og jeg har på mange måder været et ensomt menneske, men jeg har haft min tro og har derfor ikke følt mig ensom".

Marie fik realeksamen og uddannede sig til omsorgsassistent i 1965 på institutionen Evensølund, der hørte under Rødbygård og tog senere længerevarende efteruddannelse.

"I mange år boede jeg i bofællesskaber med udviklingshæmmede, og flere af dem jeg har boet sammen med, ser jeg stadig. Da jeg var fyrrer år, var jeg nødt til at blive førtidspensioneret, mine absencer gjorde, at jeg levede et aktivt liv om formiddagen, men når vi så nåede eftermiddagen, var jeg helt

sort af træthed, og sådan er det stadig, jeg er nødt til at økonomisere med mine kræfter".

Men Marie har hver søndag besøg af en gruppe udviklingshæmmede mennesker, der kommer mellem 4-7, de hygger sig, ser sport på tv og taler om hvad de har oplevet. Dem der har lyst går i kirke, og de holder af hinanden og har brug for hinanden. "De er jo mine venner, og de giver mig lige så meget, som jeg giver dem. Når man har udviklingshæmmede som venner, er det vigtigt, at man ikke svigter. De kommer med gaver til mig og besøger

mede at være i et fællesskab, hvor man er sammen om at få kendskab til Gud og få mulighed for bøn og salmesang. "Tro og Lys" er international og har hvert fjerde år møde i "Zonen", der er det internationale samarbejdsforum. I 1971 var vi på en fælles pilgrimsfærd til Lourdes, hvor vi var 22, der tog af sted, udviklingshæmmede og "normale". Oplevelsen var, at vi satte en udvikling i gang i Lourdes. en udvikling der gik fra, at man i byen havde et negativt forhold og negative tanker om at vi skulle komme, men det endte jo med, at den glæde og begejstring vi

kom med smittede af på alle, så vi fik mange hjertelige og gode oplevelser i Lourdes.

De udviklingshæmmede øser og giver jo af deres kærlighed og deres ulogiske logik og intuitive måde at være. Vi kan få så megen glæde af at være sammen med de udviklingshæmmede, hvis vi tør tage imod dem", fortæller Marie



Storm. Organisationen "Tro og Lys" handler ikke om store og fine ord. Den handler om at give og modtage kærlighed i et fællesskab, hvor alle bliver betragtet som ligeværdige mennesker med retten til et samvær med Gud.

Derfor består "Tro og Lys" logo af en robåd med en række mennesker i. "For her er vi alle i samme båd, slutter Marie Storm". Ønsker du at kontakte "Tro og Lys", kan du ringe til Marie Storm på telefon: 2424 0886.

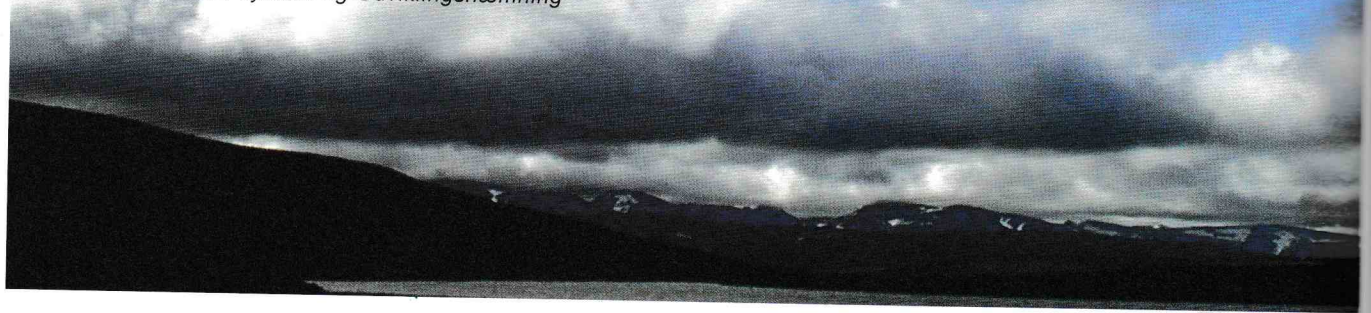


Obligatorisk lystlæsning

# Skygge-Baldur

- roman med udviklingshæmmede romanfigurer og vinder af Nordisk Råds litteraturpris

af informationsmedarbejder Dorte Eifer,  
Videnscenter for Psykiatri og Udviklingshæmning



## Livet blandt gode og onde

Skygge-Baldur er en fremragende bog, og den er simpelthen obligatorisk læsning for alle, der er omkring menne sker med udviklingshæmning! Det er en barsk kost, som Sjón serverer for læseren om det daværende islandske samfunds syn på og behandling af udviklingshæmmede mennesker, bl.a. repræsenteret af den kyniske præst Baldur. Samtidig er det noget af det smukkeste læsning, man kan forestille sig, fordi præstens modpart, den halv-studerede bonde og botaniker Fridrik, med stor indlevelse og kærlighed ser tilbage på sit liv sammen med den udviklingshæmmede pige Abba.

## J. Langdon H. Down

Den unge Fridrik er under sit ophold som studerende i København stødt på en artikel om inddelingen af åndssvage af lægen J. Langdon H. Down. Down beskriver, hvordan hvide

kvinder af og til føder evnesvage børn med asiatiske træk, ikke fuldt udviklede, dømt til at være generte og barnlige resten af livet.

Da han møder Abba, er hun spærret inde i et udhus, og han er ikke i tvivl om, at hun er et Downs barn. Fridrik tager den udviklingshæmmede pige til sig og bosætter sig på den fædrene gård, og her lever de to side om side indtil Abbas død 15 år senere. Hun har passet dyrene, hun har sin egen fuglebog med fuglefjer og et eget begrænset sprog, som kun Fridrik forstår.

At døden ikke kun kan beskrives grav-alvorligt, viser Sjón med stor humor, da Halfdan, der også er udviklingshæmmede, er kommet for at hente kisten med den døde pige:

Halløj, jeg er kommet for at hente kvifdeniget. Hør nu her, jeg skal have fat kvindefiget, øh-ja- hvad er det nu, det hedder, du, nej, lad mig få knifde-

figet... (s.42)

Hvad han prøver at sige er kvindeligt, men han ved ikke, at hans ærinde hos Fridrik involverer hans kærestes død, for det har hans "arbejdsgiver", kyniske pastor Baldur ikke fortalt Halfdan noget om. Mere af den velkomponerede handling skal ikke afsløres her.

## På godt og ondt

Skygge-Baldur er en roman, der med al tydelighed viser, at livet dengang for et handicappet menneske, før institutioner og medicinsk behandling, både rummede godt og ondt - afhængig af de mennesker, hvis omsorg man som udviklingshæmmede var priggivet. Romanfiguren Fridrik både ser, hører og rummer de udviklingshæmmede personer i hans nærhed, han er selvfølgelig en konstruktion plantet i en historisk fortid, men Sjóns budskab er nok så meget, at Abba og Halfdans liv har værdi.



### Skræmmende spor

Med portrætterne af Abba og Halfdan tegner Sjón et både humoristisk og stemningsfyldt, men også skræmmende billede, hvor man ser datidens holdninger til udviklingshæmmede mennesker præsenteret. Halfdan er ikke med til begravelsen i kirken, selvom det er hans kæreste, der er død, ligesom Abba iøvrigt ikke fik lov til at deltage i søndagens gudstjenester, selvom det under den tidligere præst var hendes kæreste fornøjelse. Men Abba og Halfdan lever i det mindste et (roman-)liv. Romanen beretter, hvilken skæbne nyfødte med Downs syndrom normalt fik dengang: "På Island blev de aflivet ved fødslen." (s.67) Inden de nåede at stikke i det første vræl, holdt jordemoderen dem for næse og mund... og barnet blev erklæret for dødfødt"... (s.68)

Sjón fortæller i et interview i Weekend-avisen (7-13/10-2005), at mongoler i langt de fleste tilfælde indtil starten af 1920'erne blev aflivet på denne måde på Island. Men spørgsmålet er, om datidens adfærd adskiller sig så meget fra vores nutidige adfærd, hvor gravide kvinder tilbydes en fosterscanning, der kan påvise eventuelle tegn på Downs syndrom og tilbud om abort, hvis dette er tilfældet?

### Videnskabelige spor

Bogen lægger op til en debat, der er aktuel i både Danmark, men især på Island, hvor bioteknologifirmaet, Decode Genetics, i en stor genetisk undersøgelse, i øjeblikket registrerer hele befolkningens arvemasse. Den islandske befolkning udgør et enestående genetisk materiale, i og med at

øen har været geografisk isoleret stort set indtil anden verdenskrig. Det betyder, at den nuværende islandske arvemasse svarer til den, der tilhørte et nordeuropæisk menneske fra 800-tallet, og dette giver et meget interessant forskningsmateriale. Men hvor langt skal vi gå, når videnskaben fortsat udvider grænserne for den tekniske kunnen. De etiske spørgsmål stiller sig i kø. Skal man kunne vælge fostre fra med genfejl, skal man kunne vælge barnets køn, intelligens, hårfarve m.m.

På Videnscentret har vi mødt flere udviklingshæmmede mennesker, der føler sig triste ved tanken om, at de måske ville være blevet sorteret fra, hvis deres forældre havde vidst, at de var handicappede?

Link til gratis læseprøve: <http://aschehoug.dk/marketing/Sjon.doc>

Kommentarer til artiklen og bogen kan mailles til: [dorte@oligo.dk](mailto:dorte@oligo.dk)



Skygge-Baldur, som er islandske Sjóns femte roman, er en stærk og finurlig fortælling, der udspiller sig i løbet af nogle vinter-måneder i året 1883. Med ganske få personer og pennestrøg oprulles et storslået eksistentielt drama i den barske islandske natur.

Sjón (Sigurjón Birgir Sigurdsson) er også kendt for sine sangtekster bl.a. til bandet Sugar Cubes og sangerinden Björk. Senst bl.a. til Björks åbningsshow Oceania ved de Olympiske Lege i Athen 2004. I 2001 blev han nomineret til en Oscar for sangteksterne til Lars von Triers *Dancer in the Dark*. På dansk er tidligere udkommet *Dine øjne så mig* (2002).

Fra forlaget Athenes omtale.

Romanen koster 169,00 kr.



# På vej mod de nye regioner

Vipu Viden vil i de kommende numre skrive historier fra de udviklingshæmmedes virkelighed på vej mod den nye kommunalreform. I dette nummer har vi kontaktet: Sølund i Skanderborg.

af fotojournalist Hanne Engelstoft,  
Videnscenter for Psykiatri og  
Udviklingshæmning

Sølund i Skanderborg, der er et bosted med 230 udviklingshæmmede beboere og 650 ansatte skal ikke længere have Århus amt som driftsherre. Efter den nye kommunalreform får institutionen Skanderborg kommune som arbejdsgiver.

Maurits Eijgndal er forstander på Sølund og mener ikke der er noget at frygte i forhold til den nye reform, og Skanderborg kommune som den nye arbejdsgiver. "Århus Amt har været et godt sted at være, og der har jo været ressourcer til sådan et stort bosted som vi er. Men Skanderborg kommune har en masse interesser i os som en stor arbejdsplads i byen, og vi er en subkul-

tur som byen måske kunne få endnu mere glæde af, nu vi kommer tættere på. Jeg kunne godt forestille mig, at vi kunne udvikle noget positivt sammen både for landsbyen Sølund og Skanderborg kommune".

Med hensyn til beboerflytninger tror forstanderen ikke, det bliver noget, der kommer til at ligne hvad der skete i 1981 ved udlægningen af åndssvageforsorgen, hvor man flyttede mange beboere til deres hjemkommuner. Maurits mener ikke, der vil blive tale om flytninger, også fordi vi i dag har en anden lovgivning i kraft af Serviceloven og regeringens ønske med reformen er, at borgerne skal komme tættere på beslutningerne.

"Der vil altid være en hvis frygt, når der skal ske noget nyt, men jeg tror at Skanderborg kommune har mange af de samme interesser i, at Sølund beva-

res som et godt sted for de udviklingshæmmede og en stærk faglig institution i konstant udvikling for de ansatte, så jeg ser frem til vores nye arbejdsgiver uden nogen form for frygt," slutter Maurits Eijgndal.

Lene Bay er socialpædagog og ansat i aktivitetscenteret i landsbyen Sølund. "Jeg ved, at der vil blive ved med at være arbejde her, men jeg kan godt være lidt spændt på, hvilken holdning Skanderborg kommune har til de udviklingshæmmede. Når man kigger på andre grupper som de ældre og børnene, som er kommunens område nu, så kan jeg godt blive lidt bekymret, for der har været mange protester fra pårørende til bl.a. de ældre på grund af, at de lever under for dårlige forhold". Lene Bay kan godt være lidt bekymret for om man måske kunne begynde at flytte en række beboere, fordi deres hjemkommuner kræver det. Sølund har kun 20 beboere der har hjemkommune i Skanderborg.

"Det ville være frygtelig sørgeligt, hvis man ødelagde Sølund. Den er jo en rigtig god arbejdsplads og et godt sted at være for beboerne. Det er den jo også,

Her ses Lene Bay i arbejde





fordi vi er så store, i og med at der er masser af kapacitet at trække på fagligt og ressourcemæssigt i forhold til beboerne”.

Når Lene skal sige noget om, hvad der kunne ske i positiv retning, tænker hun, at man i Skanderborg kommune kunne bruge den viden og faglige ekspertise, som Sølund rummer. ”Det at man bliver så tætte samarbejdspartnere kunne måske blive en berigelse for alle parter, og styrke den omvendte integration, som Sølund allerede har gang i. Man har ofte besøg af børneinstitutionerne i byen, og det er til stor fornøjelse for både børn og udviklingshæmmede. Det kunne så blive styrket og udvikle sig til et samarbejde også med de ældre”.

Det Lene håber for fremtiden er, at man får en holdning til de udviklingshæmmede, der gør, at man respekterer dem og lytter til og opfylder de behov, som de har.

”Visionen kunne være, at flere fik kendskab til udviklingshæmmede mennesker, lærte dem at kende og kunne blive beriget af dem, ligesom vi gør hver dag. Det kunne være rigtig dejligt”, slutter Lene.

*Forstander Maurits Eijgendal*



#### Kommuner overtager hovedparten af amtets institutioner

Et flertal af de institutioner, som nu hører under amtet, bliver overtaget af de nye storkommuner. 2.700 ansatte under Århus Amt skal skifte arbejdsgiver ved årsskiftet.

Århus Amt har modtaget svar fra samtlige 11 nye storkommuner i amtet om, hvilke sociale institutioner kommunerne ønsker at overtage, og opgørelsen viser, at kommunerne generelt har udvist stor interesse for at drive institutionerne videre i kommunalt regi fra årsskiftet. Totalt set overtager de nemlig 76 pct. af amtets institutioner.

Region Midtjylland overtager 23 institutioner med 1.058 fuldtidsstillinger, mens Region Nordjylland overtager én institution, og det er den store institution for voksne handicappede Sødisebakke i Mariager med 219 stillinger.

Århus har, som den suverænt største kommune, overtaget 38 institutioner og 1.407 stillinger fra amtet, mens Samsø, som den mindste kommune, ikke har ønsket at overtage den eneste mulige institution, nemlig aktivitetscentret Onsbjerg Gl. Skole.

»Kommunerne har generelt overtaget institutioner med tilknytning til det sociale område i bred forstand, mens regionerne har overtaget institutioner med tilknytning til behandling af psykiske lidelser, autisme og specialiserede multihandicap. Dog har Ny Skanderborg Kommune overtaget voksne handicapinstitutionen Sølund i Skanderborg,« oplyser konstitueret amtsdirektør Poul B. Heise. Orientering 22. februar

150 administrative stillinger skal fordeles til region og kommuner efter den nye fordelingsnøgle.

Kommunerne i den nye Region Midtjylland overtager som i Århus Amt generelt de institutioner, der arbejder med udviklingshæmmede og patienter med fysiske handicap.

Regionsformand Bent Hansen (S) udtaler, at han synes, at det giver en god base for at give specialiserede tilbud, og at der er en god sammenhæng med det arbejde, der i forvejen laves på det socialpsykiatriske område.

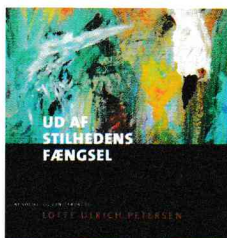
Regionen skal drive de institutioner, som hovedsagligt tager sig af mennesker med psykiske lidelser, samt institutioner for autister.

Landets største institution, Sølund ved Skanderborg med 230 beboere og 650 ansatte, er en af dem, der skifter ejer. Fremover er det den nye Skanderborg Kommune, der skal drive den.

Direktør for psykiatri- og socialområdet i Region Midtjylland, Niels Aalund, havde gerne set, at Sølund i Skanderborg var blevet overført til Region Midtjylland.

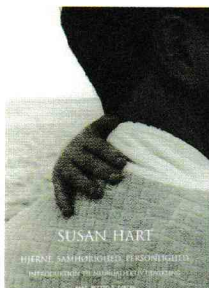
Kilde: Internetavisen Jyllands-Posten





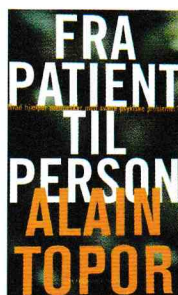
*Lotte Ulrich Petersen:*  
*Ud af stilhedens fængsel*  
*UFC Handicap 2005*  
 35 sider · 60 kr. + forsendelses-  
 omkostninger

*Ud af stilhedens fængsel* er en bog om kommunikation og nonverbale udtryksformer for den gruppe af svært handicappede mennesker, der er så stærkt afhængig af andres hjælp. Bogen skildrer, hvordan kommunikation gennem fx farver, billeder, humor, sang og musik åbner op til vores sind og giver adgang til hjertet og følelsernes sprog. Forfatteren er selv spastisk lammet og ønsker med bogen, at inspirere andre i arbejdet med svært handicappede.



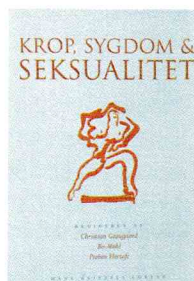
*Susan Hart:*  
*Hjerne, samhørighed, person-*  
*lighed. Introduktion til neuro-*  
*affektiv udvikling.*  
*Hans Reitzels Forlag*  
 324 sider · Kr. 350,00

I *Hjerne, samhørighed, personlighed* beskrives det, hvordan vi med udviklingen af den neuroaffektive viden kan opnå en mere nuanceret og dybtgående viden om personlighedens tilblivelse i et tæt samspil mellem medfødte dispositioner og miljø. Susan Hart (f. 1956) har som psykolog erfaring fra socialforvaltning, børnepsykiatrien og som leder af et familiebehandlingscenter. I dag er hun privatpraktiserende og beskæftiger sig hovedsageligt med vurdering og behandling af børnefamilier.



*Alain Topor:*  
*Fra patient til person*  
*Akademisk Forlag*  
 248 sider · 269 kr.

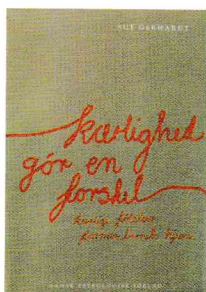
Den svenske psykolog Alain Topor har undersøgt, hvordan mennesker med svære psykiske lidelser kommer sig og får det bedre. Hvad har de selv gjort og hvad kan andre gøre for at støtte dem? Topor understreger i bogen betydningen af, at man som professionel eller pårørende ser "personen" snarere end "patienten".



*Krop, sygdom og seksualitet*  
*Red. Christian Graugaard,*  
*Bo Møhl og Preben Hertoft*  
*Hans Reitzels Forlag*  
 368 sider · Kr. 375,00

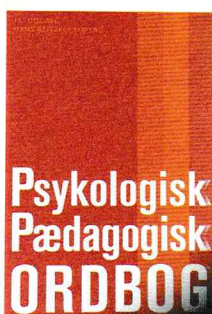
Det er en velkendt sag, at alvorlig sygdom påvirker menneskers parforhold og seksuelle liv. Alligevel tabuiseres emnet ofte i mødet mellem læge og patient. *Krop, sygdom og seksualitet* er den første bog af sin art, der på dansk behandler forholdet mellem sygdom og seksualitet. Målgruppen er primært sundhedsprofessionelle, især læger, sygeplejersker og psykologer, men også fagfolk, der arbejder med udviklingshæmmede mennesker og seksualitet vil kunne finde nyttig information og inspiration.





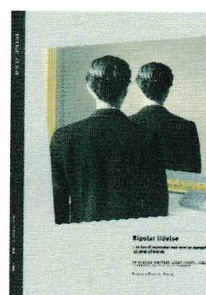
*Sue Gerhardt:  
Kærlighed gør en forskel  
Dansk Psykologisk Forlag  
284 sider · Kr. 298,00*

I de senere år er man blevet meget opmærksom på sammenhængen mellem hjerne og følelser. Bogen er baseret på neuropsykologisk forskning og fokuserer på de udviklingspsykologiske områder, der er afgørende for den sociale adfærd. Det forklares, hvorfor og hvordan en kærlig relation til støttende og omsorgsfulde voksne er vigtig for hjernens udvikling i de første år i livet. Forfatteren beskriver, hvordan vi udvikler vores 'sociale hjerne' og giver eksempler på, når det går galt i relationen mellem forældre og børn - samt på konsekvenserne. Forældre, pædagoger, psykologer og politikere får her dokumentation for kærlighedens betydning.



*Psykologisk Pædagogisk Ordbog,  
15. udgave  
Red.: Mogens Hansen,  
Poul Thomsen, Ole Varming  
Hans Reitzels Forlag  
528 sider · Kr. 349,00*

15. udgave af en ordbogsklassiker, der igennem snart fire årtier har været en uundværlig følgesvend for alle, der læser psykologisk og pædagogisk litteratur. Hovedvægten af opslagsordene ligger på psykologiske og pædagogiske begreber, og fra tilstødende fagområder er der i de senere udgaver medtaget mange ord, der har tilknytning til psykologi og pædagogik. Det drejer sig blandt andet om antropologi, etik, etnologi, filosofi, kriminologi, medicin, psykiatri, sociologi og statistik.



*Bipolar lidelse - en bog til  
mennesker med mani og depression  
og deres pårørende  
Af Rasmus Wentzer Licht,  
Krista Nielsen Straarup  
og Per Vestergaard,  
PsykiatriFondens Forlag 2005*

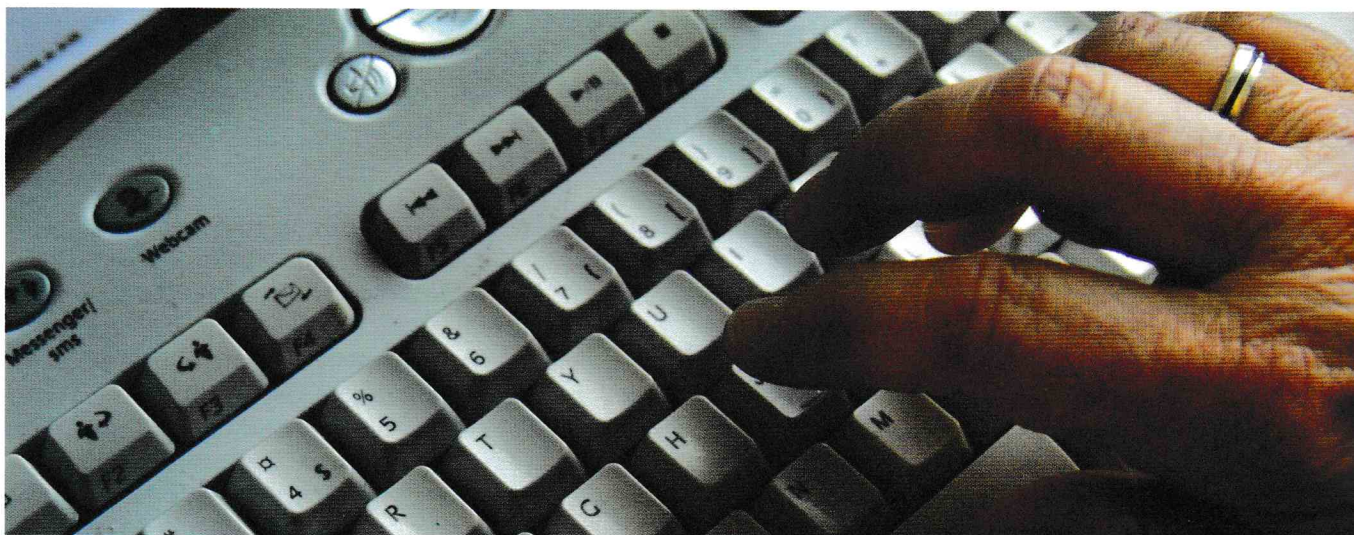
Langt flere mennesker end tidligere antaget menes at lide af bipolar lidelse. Det skyldes blandt andet, at man i dag ved, at lidelsen findes i både psykotiske og ikke-psykotiske former. 3-5 procent af den danske befolkning er ramt af sygdommen, der kan have store og svære konsekvenser for den sygdomsramte og dennes familie (bemærk en selvmordsrisiko på 10-15 procent). Derfor er det vigtigt at forebygge og sætte ind med en behandling, der spiller på flere tangenter: Medicin, psykoekudation og psykoterapi. For der er risiko for at sygdomsepisoderne vender tilbage og bliver værre for hver gang.

Bogen kommer omkring alle aspekter i forbindelse med bipolar lidelse. Den henvender sig til patienter og deres pårørende, men kan med stor fordel også læses af andre med interesse i emnet.

Forfatterne skriver i et letforståeligt sprog. Bogen indeholder blandt andet: Hvad er bipolar lidelse? Hvordan stilles diagnosen? De psykologiske og sociale konsekvenser. Medicinsk behandling af bipolar lidelse. Psykoekudation. Psykoterapi. Bipolar lidelse hos kvinder. Bipolar lidelse og kunstnerisk skaben.



## Nyt fra hjemmesiden



### Hvor var det nu lige, at jeg læste...

Videnscentrets hjemmeside - [www.oligo.dk](http://www.oligo.dk) - har fået en ny tema-sektion, hvor artikler bragt i bladene samles i temaer med supplerende links og mulighed for at kontakte Videnscentrets skribenter. Hensigten med temaerne er at gøre det enkelt for dig som læser at finde eller genfinde viden på lige netop det område, som er aktuelt for dig. Fordelen ved at bringe temaer på hjemmesiden er, at det fremover vil være muligt at supplere det enkelte tema med nye artikler og nye links. Læsernes kommentarer er også velkomne.

### De foreløbige temaer er:

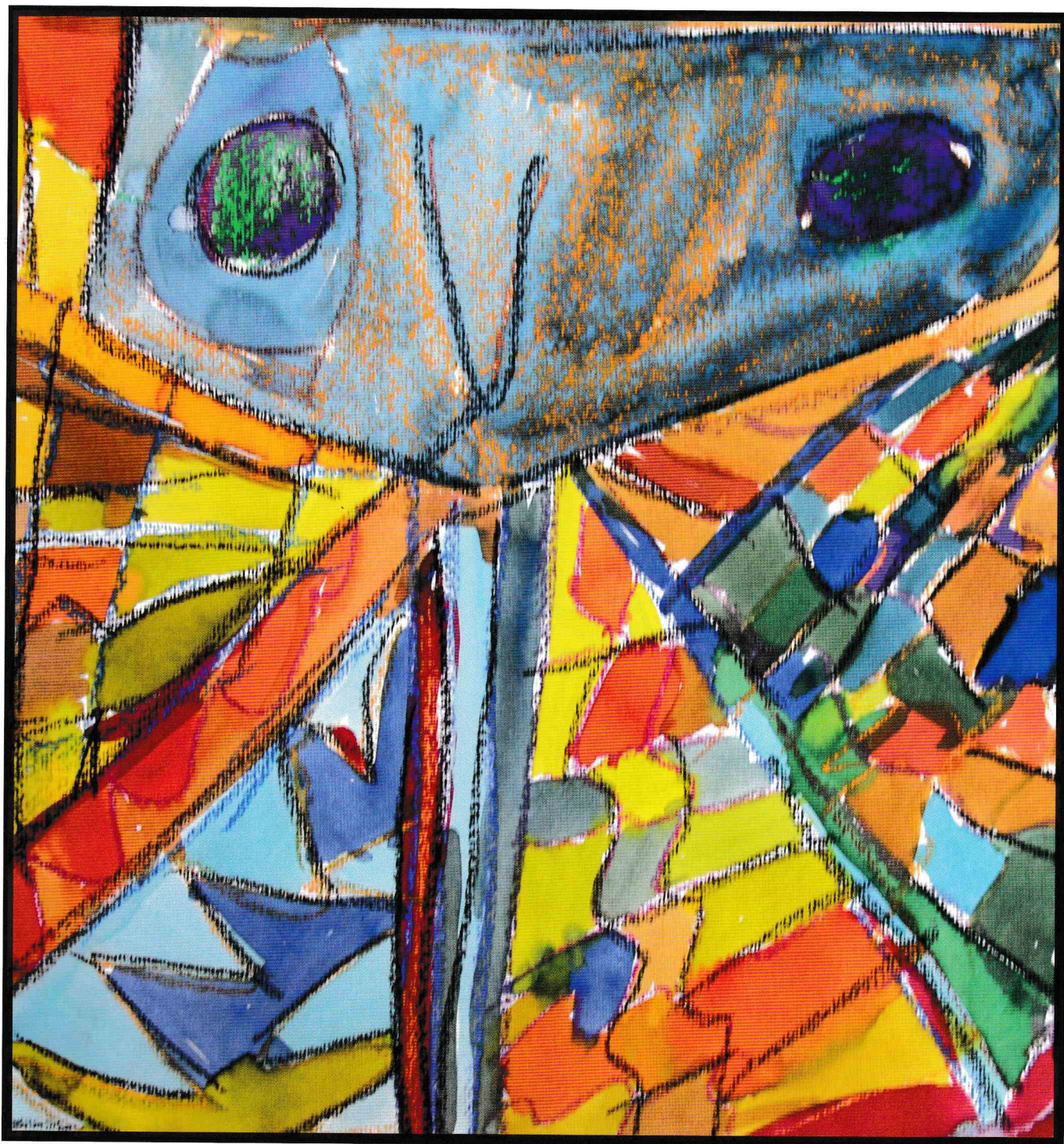
Seksualitet  
Religion  
Selvbestemmelse  
Demens  
Livsstil  
Affektive lidelser

### På biblioteket

Vidste du, at Videnscentret låner bøger ud? Du kan via hjemmesiden søge i vores store bibliotek, der rummer en guldgrube af bøger om psykiatri, psykologi og udviklingshæmning. Nye som gamle. Tykke som tynde.

Som bruger af hjemmesiden er du velkommen til at sende en elektronisk henvendelse om et boglån, så sender vi portofrit bogen indenfor Danmarks grænser.









# ViPU Viden

Center for Oligofrenipsykiatri

ønsker alle vore læsere af Vipu Viden en rigtig god påske

Center for Oligofrenipsykiatri

Skovagervej 2 · 8240 Risskov · Telefon 77 89 29 90 · [www.oligo.dk](http://www.oligo.dk)