ViPU Viden

om psykiatri og udviklingshæmning

TEMA

ADHD

Videnscenter for Psykiatri og Udviklingshæmning

9. årgang · Nr. 4 · 2007

Kurt Sørensen,
overlæge og leder af
Center for Oligofrenipsykiatri

I Danmark er der egentlig ikke noget, der hedder ADHD, selv om det er en betegnelse, der bruges almindeligt i den pædagogiske verden. ADHD er i den amerikanske diagnoseliste, der ikke bruges herhjemme, en forkortelse for **A**ttention **D**eficit **H**yperactivity **D**isorder, der i nogen grad svarer til det, man på dansk kalder hyperkinetiske forstyrrelser, og som man endnu tidligere kaldte DAMP. Man ser tydeligt for sig børn med fuld tryk på kedlen, men det er nu ikke det, der er meningen. Der hentydes til, at børn har vanskeligheder (**d**eficits i forhold til opmærksomhed (**a**ttention) og **m**otorisk perceptuel opfattelse). Endnu tidligere, da man mente, tilstanden skyldtes små hjerneskader, ofte opstået ved fødslen, talte man om MBD (**M**inimal **B**rain **D**amage), og før den tid var opfattelsen nok, at der var tale om umulige og uartige unger.

Således ændrer vort sprog sig, og forhåbentlig afspejler det en øget erkendelse og indsigt. En af de ting, vi har lært, er, at børn med ADHD, eller for at tale dansk, hyperkinetiske forstyrrelser også bliver voksne, og at en del af dem har brug for behandling livet igennem.

Man har også ment, at udviklingshæmning udelukkede, at man kunne stille diagnosen ADHD, idet den hyperkinestiske forstyrrelse opfattedes som et led i intelligenshandicappet. Imidlertid har vi i de senere år, også i Oligofreniklinikken, haft adskillige patienter, der udover udviklingshæmning, havde utvivlsomme tegn på hyperkinetisk forstyrrelse, og som helt utvivlsomt også har haft gavn af den medikamentelle behandling, der ofte tilbydes normalt begavede mennesker med ADHD. I nogle tilfælde er det næsten, som om vore patienter har fået et nyt liv.

Det er derfor helt afgørende, at personalet, der har med udviklingshæmmede mennesker at gøre, er opmærksom på det sygdomsbillede, der er temaet for dette nummer.

Og så springer jeg til noget helt andet og ønsker alle vore læsere en glædelig jul og et godt nytår.

I forrige nummer af ViPU-Viden nr 3. 2007 bragte vi et foto på sd. 28 til artiklen: *Projekt: Forebyggelse af psykiske lidelser hos sent udviklede*.
Vi beklager meget, at vi ikke havde fået skrevet, at der var tale om et modelfoto.
Kompagni Karavana stillede modeller til rådighed.

ViPU Viden

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
Fotos: Hanne Engelstoft

Grafik og layout
Dorte Eifer
Hanne Engelstoft
Pernille Granath

Tegninger
Atelier Karavana
Forside: Sara Lund

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

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

midt
regionmidtjylland

Deltag i ViPU-Videns julekonkurrence:

Vi fejrer jul og inviterer dig til at være med: Find julebillederne der er spredt rundt i bladet, tæl dem og du har chancen for at vinde:

1. præmie: Gratis deltagelse på et af vore 1-dags kurser efter eget valg.
2. præmie: En Oligos-cd med informationsprogrammet Oligos.
3. præmie: Et årsabonnement af årgang 2008 af ViPU Viden.

Du sender dit svar på e-mail til: videnscenter@oligo.dk.

Julemalerierne er lavet af Atelier Karavana.

Kronisk afdeling forvandlet til akut 4

Aritmetikpillen og den mentale rastløshed 7

Familien deltager i behandlingen - når barnet har ADHD 12

Diagnose er aldrig for sent 14

Løsningen kan ligge hos børnene 15

Skole integrerer børn med ADHD 16

Kognitiv motorisk træning - ideer til aktiviteter 18

Når livet går godt - på trods 20

Litteratur om ADHD 22

Når man kommer sig fra svær sindslidelse 24

Samtalegruppe 28

Samtale og samvær giver selvværd 30

Besøg på Døvblindecenteret 32

Britta Munchs jul 35

Kronisk afdeling forvandlet til akut - bøger skal fremme kompetencer

Af journalist Mette Egelund Olsen
Videnscenter for Psykiatri og Udviklingshæmning

Han befinder sig på Slottet. På toppen af Dikemark Sygehus i yderkanten af Oslo. På afdelingen for udviklingshæmmede med psykiske lidelser. Her er han omgivet af sine bøger. Dem han har i reolen. Dem han selv har skrevet og dem, han har i hovedet. De sidste er der fire af. Bøger han er hovedredaktør af, og som vil gå i dybden med udviklingshæmning og psykiske lidelser.

Billede af Betina Ernstsen

Det er snart fem år siden, jeg sidst besøgte afdelingen og den flittige psykolog Jarle Eknes. Meget er sket siden da. Både med afdelingen og med Jarle Eknes, der i mellemtiden har udgivet en bog om tvangslidelser og en bog om stemningslidelser. Dengang var afdelingen nærmest en kronisk afdeling. Intentionerne var gode. Afdelingen skulle være en afdeling for udredning, diagnosticering og igangsættelse af behandling, hvor patienterne var indlagt i maksimalt op til seks måneder. Men få patienter kom ud og få kom ind. Afdelingen forblev kronisk.
Dengang havde de planer. Nu er planerne realiseret. En afdeling for udredning og igangsættelse af behandling af udviklingshæmmede

mennesker med psykiske lidelser. Dengang var der kun 3-4 patienter, der blev udredt. Nu er tallet fordoblet, og målet er, at det skal stige til 12. Meningen er så selvfølgelig, at de udviklingshæmmede mennesker ikke mere skal bo der i mange, mange år. Der er desuden kommet flere fagpersoner til. Nu rummer afdelingen 3 psykologer og 2 læger samt en masse sygeplejersker og verneplejere (socialpædagoger).

De psykiske lidelser

Patienterne kommer fra hele landet til udredning og behandling.
”Patienterne er vældig forskellige. I første omgang kom der mange med en let problematik, siden er de blevet sværere. Vi har mange udadagerende udviklingshæmmede samt udviklingshæmmede med skizofreni-lignende problematikker. Og så kommer der en del med tvangslidelser. Også fordi de ved, det er et af mine specialer,” siger Jarle Eknes og fortsætter:
”Vi har en mand med en kraftig depression og tvangslidelser. Han havde ikke været ude af sin lejlighed i et år, var deprimeret, spiste sin egen afføring og kunne praktisk talt ikke komme over et dørtrin. Han havde en stor mængde ritualer, som han holdt på med næsten hele dagen. Han ville gerne ud, men magtede det ikke. Ved tvangslidelse er det almindeligt, at tvangsritualerne er betydeligt stærkere i ens eget hjem, end når man kommer til nye steder. Vores afdeling var et nyt sted for ham, og ritualerne var til at begynde med meget svagere end i hans egen lejlighed. Systematisk kunne vi bryde og ændre en del af hans ritualer, uden at det blev for vanskeligt. Vi tilrettelagde også forhold i omgivelserne sådan, at trangen til ritualer ikke blev for stærk. I dag bruger han stadig 3-4 timer på ritualer. Men han smiler meget, er på dagcenter, går til svømning. Han har et liv.”
Tvangslidelser har Jarle Eknes som skrevet før beskæftiget sig med. Privat arbejder han også med normale med tvangslidelser.
”Så mine perspektiver ikke bliver for smalle,” siger han og fortsætter:
”Men jeg tænker, at personer med udviklingshæmning og psykiske lidelser ikke er så forskellige fra os andre. Symptomerne ligner dem i normalbefolkningen. Men de kan være camoufleret og svære at se, særligt hvis de ikke har et sprog. Når det gælder behandling og interventioner kræves der for det meste en mere helhedstænkning og kreativitet end for personer uden udviklingshæmning. ”
Bipolare lidelser har han også skrevet om, og han ser da også mange af dem på afdelingen - særligt dem med blandingstilstand.
”Vi må også være optaget af somatikken, da det kan være noget fysisk, der er galt. Fx tvangslidelser, der opstår i 40-års alderen, er typisk forårsaget af hjernesvulster,” siger Jarle Eknes.
Grunden til forandringen på afdelingen har været mange år med mange møder. Faktisk har en halvtidsstilling været brugt på at få patienterne udskrevet. De fleste af dem, der

Billede af Betina Ernstsen

er skrevet ud, har fået det godt, en ny start, så det også har været en forbedring for dem og ikke et tab.

Forskelsbehandling

Inden en person skal indlægges, møder personalet fra Dikemark vedkommende i sin bolig, og de taler med de mennesker, der er omkring vedkommende.
”Vi driver udstrakt forskelsbehandling her på afdelingen. Personer med udviklingshæmning er en meget uens gruppe med store forskelle i vanskeligheder, væremåder og behov. Giver man det samme tilbud til mange, er det ofte et tegn på, at man har overset de individuelle forskelle.
Vi arbejder i teams med læge, psykolog, sygeplejerske og verneplejer. Vi prøver forskellige tilnærmelser og prøver aktivt at finde ud af, hvordan vedkommende får det bedre. De skal opleve, at de har det godt. Det kan godt være, at dele af vejen til bedring kan være ubehagelig. Ja, men det bliver godt, og de kan tåle ubehag, når vi byder på mange gode oplevelser og aktiviteter, og relationerne er gode. Kvaliteten af relationen er fortsat det vigtigste værktøj. Mange teknikker virker, hvis relationen er i orden. Samtaleterapi, som bare er en gren af selve behandlingen, gives som supplement til dem, som har et godt nok sprog,” siger Jarle Eknes.
Forældre og personalet udenfor hospitalet involveres i behandlingen. Personalet kommer også på besøg på afdelingen. Og som noget helt særligt kører Dikemark fler-familie grupper. Det drejer sig om psykoedukation. Det er både pårørende men også personalet, der skal arbejde med det udviklingshæmmede menneske bagefter opholdet på Dikemark. Tilbuddet fortsætter op til 2 år efter udskrivelse. Modellen er hentet fra erfaringerne med skizofreni-patienter.

Bogprojekter

Fire bøger skal samle og fremme kompetence om udviklingshæmning og psykisk helse.
Til oktober drager Jarle Eknes med 20 andre af forfatterne til Spanien for at gøre de fire bøger færdige. Det er meningen, at de alle skal blande sig i hinandens kapitler. Når bøgerne udkommer i 2008 og 2009 bliver de fulgt til dørs af to konferencer, som arrangeres i samarbejde med SOR(Samordningsrådet) .
”Det er et smalt felt at udgive 900 sider om. Men vi ønsker fokus på og en mere bred faglig tilgang til de udviklingshæmmede. Det handler om mere end psykiske lidelser. Det handler også om selvbestemmelse, tandhygiejne, og hvad mange ellers ikke troede fandtes hos de udviklingshæmmede i høj grad: Post traumatisk stress symptom”, siger Jarle Eknes.
Et af målene med bøgerne er at bringe fagmiljøerne tættere på hinanden. Det gøres ved, at mange centrale fagpersoner samarbejder om bogprojekterne. Et andet mål er at viderebringe fagkundskab, erfaringer og klienthistorier, som kan illustrere både udfordringer og muligheder, som igen kan inspirere fagmiljøerne til en øget indsats indenfor psykisk helse for udviklingshæmmede.
Den ene bog hedder:
”Utviklingshemming - årsaker og konsekvenser” og er et opslagsværk om årsager til udviklingshæmning, og hvilke konsekvenser de specifikke genetiske forhold, skader og forstyrrelser kan give. Den anden bog hedder: ”Diagnosticering og funksjonell utredning - utviklingshemming og psykisk helse”. Den handler om udredning set i et bredt perspektiv, kortlægning af adfærdsvanskeligheder og psykiske problemer samt diagnosticering af adfærdsforstyrrelser, psykiske og nevropsykiatriske lidelser. Den tredje bog hedder: ”Psykiske og nevrosykiatriske lidelser hos personer med utviklingshemming - forståelse og behandling”. Bogen vil lægge vægt på forståelse og praktiske implikationer af diagnose. Og til slut kommer bogen ”Habilitering”, som opsamler et bredt sæt af temaer og interventioner, som kan bidrage til at personer med udviklingshæmning får det bedst mulige liv.

Tre dage efter mit interview sagde Jarle Eknes op på Dikemark for at hellige sig sine bøger, kurser og private praksis. Jarle Eknes kan træffes på hans hjemmeside: www.habil.net

Center for Oligofrenipsykiatri afholder kursus med Jarle Eknes.
Kurset omhandler psykiske lidelser og udadagerende adfærd hos udviklingshæmmede.

Kurset holdes to steder:
31. marts til 1. april i Århus
2.april til 3. april i København
Kontakt Center for Oligofrenipsykiatri for at høre nærmere på:
Tlf. 77892990

Fakta om ADHD
ADHD (Attention Deficit/Hyperactivity Disorder) er en neuropsykiatrisk tilstand, der er kendetegnet ved opmærksomheds-forstyrrelse, hyperaktivitet og impulsivitet. Tilstanden er primært arvelig og optræder både hos børn og voksne men også hos udviklingshæmmede mennesker. (Vanskelighederne skal have været tilstede før 7-årsalderen). Er man ramt af ADHD, har man svært ved at koncentrere sig. Man taler før, man tænker. Glemmer ting og aftaler, svinger i humøret og har i det hele taget svært ved at organisere livet. Mennesker med ADHD lærer ikke af deres erfaringer og kan udvikle blandt andet angst og depression.
Behandling er støtte til struktur af hverdagen, terapi, psykoedukation (læren om sygdommen) og medicin.
Cirka halvdelen af udviklingshæmmede mennesker med ADHD har en gavnlig effekt af medicin.
Læs eventuelt mere i ViPU Viden 8. årgang, nummer 4, år 2006.

Aritmetik-pillen og den mentale rastløshed

Af psykolog Per Lindsø Larsen
Videnscenter for Psykiatri og Udviklingshæmning

Den engelske filosof Thomas Hobbes (1588-1679) er i almindelighed mest kendt som grundlægger af den moderne politiske filosofi og nogle vil endda sige som en af liberalismens fædre. Det er ofte overset, at hovedværket "Leviathan" fra 1651 rummer en for sin tid ganske enestående skildring af den menneskelige natur og psyke.

I et afsnit om intellektet og dets mulige defekter skriver Hobbes, at nogle mennesker synes at være født med en hjerne, der skifter for hurtigt. Disse mennesker er i fare for at blive "berøvet deres egentlige ærinde af alt tilfældigt, der kommer op i deres tanker". "Jeg kender ikke noget navn for denne lidelse", skriver Thomas Hobbes.
Et navn giver den engelske læge Alexander Chricton 150 år senere i en artikel om en lidelse han kalder "mental rastløshed", og der er ingen tvivl om, at Chricton har fat i, hvad i vi i dag vil kategorisere som ADHD. Evnen til at være opmærksom er vigtig for mennesket, konkluderer han, og definerer opmærksomhed: "Når et ydre sanseindtryk eller en tanke optager personen i en sådan grad, at han ikke modtager noget klart indtryk fra anden side, kan han siges at være opmærksom."
Ifølge Chricton har en del børn opmærksomhedsproblemer i et omfang, der er ødelæggende for dem selv og deres mulighed for indlæring: "Ethvert indtryk synes at agitere personen og medfører en unaturlig grad af mental rastløshed. Mennesker der går gennem lokalet, en svag støj i samme, et bord der flyttes, en dør der pludselig smækker, en ubetydelig skiften mellem varme og kulde, for meget lys eller for lidt lys, alt ødelægger konstant opmærksomheden hos

sådanne patienter."
Helt i overensstemmelse med vor tids viden leder Chrictons iagttagelser ham til opfattelsen af, at problemerne ikke hidrører fra omgivelserne eller er resultat af dårlig eller mangelfuld opdragelse. Der er tale om en medfødt lidelse:
"Det hidrører næsten altid fra en unaturlig eller sygelig nervefølsomhed, hvilket fører til en uafbrudt flytten af opmærksomheden fra et emne til et andet. Det er næsten altid medfødt eller kan være resultat af sygdomme…Når det er medfødt, bliver det synligt på et meget tidligt tidspunkt, og har en meget dårlig indflydelse, eftersom det gør ham ude af stand til vedvarende opmærksomhed på noget emne i undervisningen. Men det er sjældent i så alvorlig grad, at det totalt umuliggør undervisning; og heldigvis aftager det sædvanligvis med alderen."
Alexander Chricton kender ikke noget middel mod denne lidelse, men som barn af oplysningstiden, har han blik for, at undervisningen bør tilrettelægges, så den tager hensyn til den enkelte elevs situation:
"Nogle drenge behøver undervisning, der er anderledes end andre for at holde deres opmærksomhed fanget. Enhver skolelærer må have observeret, at der er mange, for hvem latinske og græske verber er så modbydelige, at hverken spanskrørets terror eller nydelsen af venlig belønning kan holde deres opmærksomhed fanget på emnet. Ville en klog læge insistere på at den samme diæt er den mest egnede i alle sygdomstilfælde?"
En sand pædagogisk opsang mod slutningen af det attende århundrede. Indflydelsen fra Jean-Jacques Rousseau er evident.
Chrictions beskrivelse af "mental rastløshed" indgår i et større værk, der udkom i 1798. Det har den lidt snurrige titel "En undersøgelse om naturen af og oprindelsen til mental afsporing." Et værk, der er tidstypisk ved sin hang til indsamling af iagttagelser og klassifikationer, men udført med en stringent grundighed, som bidrog til at give det stor indflydelse i Europa i årene frem.
I 1804 blev Sir Alexander Chricton tilbudt en stilling som hoflæge for zar Alexander den Første og tilbragte de efterfølgende 15 år i Vinterpaladset i Sct. Petersborg. Muligvis en gevinst for den russiske Zar, men et stort tab for den gryende psykiatri i Europa.

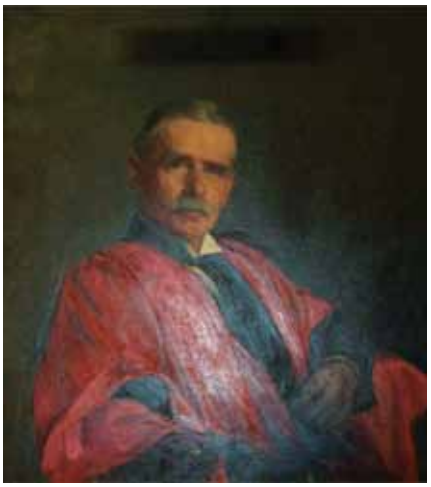
Rokke-Hans

Af og til ser man ADHD omtalt som "Fidtgery Philip Syndromet". Og ikke sjældet anføres det, at den tyske læge Heinrich Hoffmann i 1845 har givet den tidligste beskrivelse af, hvad vi i dag kalder ADHD.
Heinrich Hoffmann var leder af et sindssygehospital i Frankfurt, men det er såmænd ikke for sit livslange arbejde som læge Hoffmann huskes, men for en lille billedbog med vers, som han tegnede og skrev i et stilehæfte til sin søn i julen 1845. Den blev trykt og har siden gjort indtryk på børn i flere generationer i det meste af verden. Alene i Danmark er den trykt i mere i 250.000 eksemplarer. "der Struwwelpeter" er den tyske originaltitel, der i den danske oversættelse blev til "Den store Bastian".

"Rokke-Hans" (på engelsk "Fidtgery Philip") er en af figurerne i bogen. Han er umulig at få til at sidde stille ved spisebordet. Han rokker og vipper og bliver konstant afledt. Til sidst går det galt for den rastløse og urolige dreng. Han mister balancen og falder bagover med dugen og den gode middagsmad over sig.
Som vi har set, er ADHD beskrevet længe før Heinrich Hoffmann bragte "Den store Bastian" til verden. Men historien om Fidtgery Philip er utvivlsomt den morsomste og mest poetiske beskrivelse.

Brist i den moralske kontrol

Vil man absolut give ADHD en fødselsdag, bør det måske være tirsdag den 4. marts 1902. Her holder den engelske børnelæge George Frederich Still den første af tre forelæsninger i "Royal College of Physicians" i London under titlen "Nogle abnorme psykiske tilstande hos børn". Og her får vi for første gang en mere systematisk gennemgang af den lidelse, som Alexander Chricton mere løst havde funderet over.
Dr. Still beskriver 43 børn, han har haft i sin praksis, som alle har alvorlige opmærksomhedsproblemer og problemer med impulskontrol. Gruppen af børn ville formentlig alle få diagnosen ADHD i dag og George Still gør, som den første nogle væsentlige iagttagelser om lidelsen. Han gør sig umage med at skille ADHD fra mental retardering. Vel findes de samme symptomer hos mange udviklingshæmmede, men ADHD er ikke en følge af et intelligenshandicap.
Hans undersøgelse leder ham frem til, at symptomerne ikke er udslag af manglende eller fejlagtig opdragelse. Denne væsentlige indsigt skulle det komme til at tage det meste af et århundrede at genopdage. Dr. Still ser derimod lidelsen som medfødt.
Han finder – ligeledes i overensstemmelse med vor viden i dag – at lidelsen forekommer hyppigere hos drenge end hos piger.
Endelig finder han, at symptomerne for de fleste børns vedkommende fremtræder før 8 års alderen. Også dette er i overensstemmelse med vor viden om ADHD i dag.
Dr. Stills sprogbrug kan forekomme nærmest uartigt i vor tids ører, når han beskriver lidelsen som "en sygelig brist i den moralske kontrol". Men også Dr. Still er et barn af sin tid, og må forstås og tolkes ud fra denne. Ingen tvivl om at socialdarwinismen havde fået et godt tag i ham og at det her og der i hans forelæsninger leder ham til formuleringer, som vi i dag vil finde mindre klædelige.
Man kan vælge – hvad mange senere tiders læsere har gjort - at være indigneret og forarget, men skræller man retorikken af, står tilbage, at Dr. George Still fremlægger en for sin tid usædvanlig nøjagtig klinisk beskrivelse af, hvad ADHD er. Næsten 100 år før lidelsen får dette navn.



George Still

Medicin på vej

I medicinhistorien er det forbavsende tit tilfældigheder, der har ført til store gennembrud. Således var det også en ren tilfældighed, der bragte amfetamin i forbindelse med behandling af børn med hyperaktivitet og opmærksomhedsproblemer.
Amfetamin kom første gang på markedet i USA i 1928. Den kendte virkning af stoffet var dets evne til at give bedre luftpassage i næse og svælg, og det blev derfor solgt som inhalator under navnet "Benzodrine". Det var midt under forbudstiden. Produktion og salg af alkohol var forbudt, og tiden skreg på stimulanser. Som senere tiders unge på uforklarlig vis fandt frem til at sniffe knallertbenzin og lightergas, så fandt datidens unge også hurtigt ud af at misbruge den lille næse-inhalator. Metoden var at åbne flasken, hvor der lå små strimler trækpapir vædet i benzodrine. Trækpapirer blev rullet til små kugler og slugt, hvilket gav hurtig opkvikkende virkning. De små papirkugler blev kendt under kælenavnet "Bennies", og problemer med luftpassage i næse og svælg steg til uanede højder i de år.
Få år senere kom stoffet på markedet i tabletform. Det havde vist sig, at benzodrine havde en fremragende virkning på patienter med narkolepsi. Narkolepsi er en sjælden sygdom, hvor man pludselig får en uimodståelig trang til at sove. Folk kan falde i søvn midt i en samtale eller anden aktivitet. Her 80 år senere er amfetaminlignende stoffer i øvrigt stadig et uundværligt middel i lindringen af denne sygdom.
Det nye lægemiddel vakte opsigt. Strømmen af nye præparater var dengang langt fra så stor som i dag, og der bredte sig i lægekredse stor interesse for, om Benzodrine kunne have effekt mod andre sygdomme. Stoffet blev afprøvet i utallige sam-

menhænge og mod vidt forskellige lidelser.
Kun i ét tilfælde viste der sig en betydelig gunstig effekt.

Miraklet i Rhode Island

I Rhode Island, et par hundrede kilometer nord for New York, lå USA's første neuropsykiatriske hospital for børn. Emma Bradleys House, hed det og var blevet oprettet 1831 af ægteparret Helen og George Bradley. Deres datter Emma var i 7-års alderen blevet ramt af meningitis og forlod sygesengen som mindre end skyggen af sig selv. Mentalt retarderet, plaget af epileptiske anfald, lammelser og fuldstædig afhængig af pleje døgnet rundt. Ægteparret dedikerede deres liv og formue i forsøget på at skaffe helbredelse til datteren, men da hun blev 18 år, gav de op. I stedet oprettede de børnehospitalet i hendes navn. Over 100 børn var der plads til. Børn af ubemidlede familier havde førsteret. Sådan var det, og sådan er det stadig.
Første lægelige leder af hospitalet

Charles Bradley

blev George Bradleys nevø, Charles Bradley. Det var ikke bare familiær nepotisme, der havde sikret Charles Bradley denne stilling. Han var almindelig kendt som en faglig dygtig og dybt engageret læge, og det var derfor naturligt, at også han funderede over hvad det nye lægemiddel Benzodrine eventuelt kunne bruges til.
En del af børnene på hospitalet led af alvorlige hovedpine-anfald og Bradley fik den tanke, at et centralt-stimulerende middel som Benzodrine eventuelt ville stimulere processer, der neutraliserede disse anfald. Den eneste måde at få svar på spørgsmålet var ved at afprøve det i praksis. Han satte derfor en snes børn med de svære hovedpineanfald i behandling med stoffet.
Muligvis var ideen god, men hypotesen viste sig at være forkert. Benzodrine hjalp overhovedet ikke på de smertefulde hovedpine-anfald. Snarere tværtimod. Så forsøget blev stoppet, og havde det ikke været for en årvågen skolelærerinde, der var ansat til at undervise børnene på hospitalet, så havde historien end ikke været værd at fortælle.
Men hun opsøgte Charles Bradley og fortalte, at hun havde lagt mærke til, at enkelte af de børn, som var med i Bradleys pille-forsøg pludselig var blevet langt mere koncentreret og nærværende i undervisningen. Eleverne løste deres opgaver overraskende bedre end vanligt. Forandringen var så stor, at snakken også gik blandt børnene om den magiske "aritmetik-pille", som de døbte den. Pillen, der gjorde dem bedre i aritmetik-timerne. Da Bradley havde stoppet forsøget var de faldet tilbage til deres tidligere standpunkt og var blevet urolige og ukoncentrerede igen. Opmuntret af disse oplysninger satte Bradley et nyt forsøg i gang. Han udvalgte 30 børn, der havde adfærdsproblemer af forskellig art og som grundet urolighed og manglende koncentration profiterede i ringe grad af skoleundervisningen. Her kunne han påvise, at benzodrine i overvældende grad øgede indlæringsevnen hos mere end halvdelen af børnene.
På denne måde blev centralstimulerende midler for første gang anvendt i behandlingen af børn med, hvad vi i dag vil kalde ADHD. Siden har hundredetusinder af børn verden over nydt gavn af denne opdagelse.

Misbrug og myter

Mens stoffet i kontrollerede mængder således fandtes overordentlig virksomt i behandling af børn med koncentrations- og opmærksomhedsproblemer og personer med narkolepsi, er amfetamin blev mere kendt gennem misbrug.
Allerede under anden verdenskrig blev stoffet systematisk anvendt på begge sider af fronten. Piloter på lange natlige bombetogter anvendte amfetamin for at holde sig vågne og koncentrerede. Også på den barske østfront blev midlet brugt, fordi det kvikkede op og gjorde de udmattede soldater fanden-i-voldske og fjernede den naturlige sult, der fulgte de sparsomme madrationer. Nyere historisk forskning har sandsynliggjort, at også Hitler i de sidste leveår var ude i et alvorligt amfetamin-misbrug, der

forklarer nogle af de irrationelle og skæbnesvangre beslutninger, der blev truffet i fører-bunkeren.
Paradoksalt vedblev stoffet i mange europæiske lande at være tilgængelig i håndkøb. Blandt langturschauffører var stoffet kendt i 50'erne og 60'erne, hvor der ikke fandtes hviletidsbestemmelser, og hvor stoffet under forskellige præparatnavne frit kunne købes i Tyskland og Sverige.
I 1960'erne kan man ligefrem tale om, at amfetamin fik sit folkelige gennembrud under navnet "ferietabletter". En uundværlig ingrediens, når der skulle festes igennem på de moderne charter-rejser, som Simon Spies introducerede. Denne ene ferieuge om året var der ikke tid til at sove.
I sportens verden blev amfetamin misbrugt som præstationsfremmende middel. Ved OL i Rom 1960 var Danmark favorit til at vinde guld i 100 km holdkørsel på cykel. Men få kilometer før mål segnede Danmarks bedste rytter, Knud Enemark Jensen, om og døde få timer senere, angiveligt som følge af at have indtaget amfetamin. Stoffet gjorde kroppen ude af stand til at sige stop i tide i de 50 graders varme, som løbet blev kørt i.
7 år senere så millioner af tv-seere på direkte, da Tour-de-France-feltet efter 5 ½ times kørsel nærmede sig Mont Ventoux – blandt Tour-entusiaster kendt som "Det skaldede Bjerg". Stor var jubelen, da publikumsfavoritten Tommy Simpson gik med i et udbrud ved foden af bjerget, men den forstummede, da han kort før bjergtoppen sejlede rundt på asfalten, slingrede ned i vejgrøften og direkte ind i døden. På ham fandt man senere tre rør med amfetamin, hvoraf de to, og halvdelen af det tredje, var brugt.
Først i 1972 kom amfetamin på WHOs liste over narkotiske stoffer og midlet var herefter kun tilgængelig efter lægeordinering. Det forbudte brug fortsatte i marginaliserede grupper under populære navne som "speed" og "fattigmands-coke".
Et misbrug, der for mange har været skæbnesvangert og det er tankevækkende, at amfetamin blandt misbrugere hører til de stoffer, der er størst betænkelighed ved. "Brugerforeningen for aktive Stofmisbrugere i Danmark" har en internetside, hvor det bl.a. hedder: "Brugerforeningen anser amfetamin for at være en af de farligste rusgifte og risikoen for at udvikle skizofrenilignende tilstande er betydelig. Udviklingen af psykisk afhængighed sker ekstremt hurtigt. Brugere af stoffet taber sig meget hurtigt og udmagres, på grund af den sultdæmpende virkning.
Brug af stoffet må på det bestemteste frarådes."
Med en sådan historie bag sig, er det ikke underligt, at der til stadighed opstår masser af myter omkring den lægelige brug af amfetamin-lignende stoffer i forbindelse med behandling af børn med ADHD.

Behandling i dag

Men der er en verden til forskel mellem at sniffe "fattigmands-coke" i Pusher-street og være i behandling med Ritalin. De to ting har absolut intet til fælles ud over en ensartethed i en kemisk grundstruktur. I dag er der erfaringer fra personer, der har været i medicinsk behandling med amfetamin-lignende lægemidler i mere end 20-30 år. Med de kontrollerede mængder, der anvendes i den medicinske behandling, er der ikke fundet tegn på udvikling af afhængighed eller tegn på varige bivirkninger af brugen.

I den medicinske behandling af ADHD bruges først og fremmest metylfemidat, der sælges under handelsnavnene Ritalin, Motiron, Medikinet og Equasym.
Metylfemidat udskilles hurtigt af kroppen og har kort virkningstid. En del patienter har derfor gavn af præparatet Concerta, hvorfra metylfemidat udskilles jævnt gennem døgnets aktive timer.
I de seneste år er et nyt middel, Strattera, kommet på markedet. Det har en lidt anden virkningsmekanisme og synes at være lovende, men der er endnu få erfaringer.

Familien deltager i behandlingen - når barnet har ADHD

Af journalist Mette Egelund Olsen
Videnscenter for Psykiatri og Udviklingshæmning

Billede af Bodil Schou

”I skal bare lave noget struktur, så går det godt.” Eller hvad med den med: ”Brug et æggeur”. Familier omkring et barn med ADHD har ikke brug for gode råd. Det er i et samarbejde med forældrene, at man skal finde de gode råd.

”Familier er ikke patienter, og det er at tale ned til dem, når vi ikke ved, hvad de har prøvet. For selvfølgelig har de prøvet mange ting,” siger psykologen Dorte Damm under en forelæsning om ”Familiearbejde, når barnet har ADHD” på den 11. nationale konference om ADHD. Hun har sin daglige gang på Børne- og Ungdomspsykiatrisk hospital i Århus. Her arbejdes der ud fra problemer med barnet - ikke ud fra de voksnes problemer. Barnet er i centrum. Familien deltager altid i behandlingen, og man undgår enhver form for diskussion om skyld. Det er ikke et terapeutisk arbejde med forældrenes indbyrdes relation eller deres personlige vanskeligheder, men det er en aktivering af familiens problemløsningsevne - deres evne til at få ideer.
”Ting, der virker, har vi holdt på med, fordi det gør vi med almindelige børn. Når børnene så har lært noget nyt, så stopper vi, for nu har de lært det. Men med børn med ADHD skal det automatiseres. Og måske var det ikke lang nok tid, man holdt på med det. Og efterhånden tror man, det ikke virker,” siger Dorte Damm.
Mange forældre ønsker en afklaring - eller diagnose - Det kan give dem en forståelse og muligheden for at handle og indsamle viden.

Fokus på det positive

Når det begynder at gå godt derhjemme, er det ikke ensbetydende med, at det går godt i skolen. Man behøver heller ikke at vente på, at det også går godt det andet sted. For en bedret funktion i hjemmet overføres ikke nødvendigvis til den anden situation.
”Barnet kan ikke automatisk overføre erfaringer fra et sted til et andet. Og pædagogers og læreres forventninger og holdninger til barnet ændres ikke nødvendigvis, selvom barnets adfærd ændres,” siger Dorte Damm og fortsætter:
”Konflikter i familien kommer tit af, at barnet og den unge med ADHD har en usikker tolkning af andres hensigter og handlinger. Det har ingen oplevelse af, at det har en særlig betydning. Dets egne handlinger nedvurderes. Hvis du siger ”Sæt dig ned”, svarer det måske: ”Hvorfor siger du det ikke til de andre?” Barnet og den unge tænker negativt. Det dømmer sig selv for hårdt og hænger fast i fiaskoer og overgeneraliserer negativ feedback.”
Barnets mangel på selvkontrol og vanskelighederne med at forstå årsag og virkning skaber nederlag i

familien. Og er der noget, der ikke må ske, er det, at behandlerne bekræfter forældrene i, at de har gjort noget galt.
For de tanker er der mange af. Tanker som: ”Det jeg lærer ham er ikke godt nok”. For forældrene oplever måske, at de har gjort et kæmpe arbejde i går for så næste dag at blive bombet tilbage til der, hvor de startede. Så er tanken der også: ”Det nytter jo ikke”. Det handler om at forstå og fange sammenhængene, for så kan man bedre handle. At kunne forstå handlingerne indebærer undervisning i betydningen af det, barnet gør, og at lære forældrene at observere egne og barnets handlinger - med fokus på det positive og endelig, at man begynder at kæde barnets reaktioner sammen med betingelser i omverdenen. Måske kan barnet fx bedre lave lektier, når der står en ved siden af.

Intervention

Der er flere stadier, når det gælder intervention for børn og familie. Ifølge Dorte Damm er første skridt en udredning med forældrene. Det drejer sig om specifikke episoder og reaktioner. Hvilken strategi praktiserer forældrene? Det er betydningen af vanskeligheder i hverdagen. Hvilke kompensationsmuligheder er der? Hvilke styrkesider? Der kan være vidt forskellige tilgange til barnet. Den ene hedder måske: ”Han slår hele tiden sin lillesøster”. Eller den anden: ”Det er synd. Han kan ikke gøre for det. Vi ved, han ikke gør det for at genere hende.”
Det at han altid slår sin lillesøster skal udfordres. Hvornår slår han? Hvor hårdt slår han? Forandringspunktet skal findes. Hvad med der, hvor han ikke slår? På nogle punkter vil der være et altid eller aldrig, og der er muligheden for at gå ind og arbejde.

Psykoedukation

En anden side af interventionen hedder psykoedukation. Den skal give forældrene en forståelse af ADHD og barnets adfærd. Den er grundlaget for, at forældrene selv kan udvikle strategier, der virker. Men det kræver også, at man er parat til forandring. ”Ændringer kræver tid, og det at man har besluttet sig for det. Man skal ikke lave noget om før, det er nu. Ellers opfattes det af forældrene som: ”Nu vil de have, at vi skal bruge endnu flere kræfter,” siger Dorte Damm.
Hun taler også om en forurening af ros. Det sker tit, når barnet endelig fx tager sin tallerken ud, og vi siger: ”Nå! Du plejer aldrig at tage den ud”. Så reagerer vi på en måde, der gør, at vi straffer den positive handling. Når barnet gør det positive, forstås det negativt.
Man siger måske:”Åh hvor var du bare sød. Kan du ikke se, hvor meget nemmere det hele vil være, hvis du altid gør det?”
Det handler om, hvad der sker lige INDEN barnet fx eksploderer og ikke NÅR. Var der noget vi kunne ændre? Rutiner og regler betyder meget for barnet og den unge med ADHD. Ligesom forudsigelighed og forberedelse af skift. Men børnene med ADHD er forskellige. Nogle kan godt tåle afveksling og afbrydelser, nogle har brug for struktur.
”Barnet bliver faktisk mere selvstændig ved at vide, hvad der skal ske,” siger Dorte Damm og supplerer med hvor tabt på gulvet, vi ville være, hvis sekretæren tog kalenderen i en måned.
”De enkle rutiner i hverdagen skal være automatiserede så tidligt som muligt. Som renlighed, det at stå op og gå i seng og spise med forældrene. Det er ikke dét, der skal fylde i barnets og forældrenes liv. Hvis vi ikke har rutiner, har vi ikke noget at gøre godt med. Automatisering kræver ensartethed, gentagelser, ingen forstyrrelser, og det kræver en positiv stemning. At blive set positivt er ekstremt vigtigt,” siger Dorte Damm. Der skal indlæres diverse regler. Særligt omkring mobil og computer. ”Computeren er ny, den giver feedback, og børnene stopper aldrig, for der er ingen naturlige stoppepunkter på nettet.

Se det gode i barnet

Børnene og de unge med ADHD vil opleve færre muligheder for selvbestemmelse end andre børn og unge. Derfor er det vigtigt at være opmærksomme på de mulige områder, der er for selvbestemmelse - og så understrege dem.
For Dorte Damm handler det i høj grad om at ”se barnet”, når det gør noget godt. Opdag det barnet gør, der er godt. Og hvis storebror slår lillesøster, så hun græder, så er det hende, der skal have opmærksomheden og ikke storebror, der skal have negativ opmærksomhed.
”Vi kan ikke straffe dem til en bedre handling, men gennem relationen kan vi vende det negative til det positive,” siger Dorte Damm.

Medicin og pædagogiske tiltag hjælper udviklingshæmmet med ADHD

Diagnose er aldrig for sent

Af journalist Mette Egelund Olsen, Videnscenter for Psykiatri og Udviklingshæmning

Mona er en lettere udviklingshæmmet kvinde på 36 år. Hun har ADHD.

Indtil hun er 12 år vokser hun op i hjemmet, der er kendetegnet ved at være noget omskifteligt og ustruktureret. Her kan der lige indskydes, at ADHD har en arvelighed på 80 procent, og det er derfor ikke ualmindeligt, at dem der har ADHD kommer fra en tilsvarende baggrund.
I 1999 flytter Mona ind på en amtslig boinstitution. Hun har dels gået i en almindelig folkeskole i specialklasse samt gået på specialskole. Hun er og har været beskæftiget indenfor et mindre landbrug.

Ingen har de første mange år set hendes ADHD. De har tænkt dårlig opdragelse og opvækst, og at hun var dårlig begavet. Man har ikke set vanskelighederne med hyperaktivitet og impulsivitet. Man har kaldt det adfærdsforstyrrelse.
Problemet med Mona er, at hun altid har været meget urolig, aggressiv og konfliktskabende. Hun har været svær at rumme. Selv siger hun, at hun føler sig usikker og kan skælde ud, hvis hun får flere beskeder på en gang.
Psykiateren observerer Mona ved besøg på institutionen. Mona virker meget ukoncentreret og flagrende og har svært ved at sidde stille.
Observationerne sammen med Monas egne oplysninger giver psykiateren mistanke om, at Mona har ADHD.
Mona har aldrig tidligere været undersøgt for ADHD, og psykiateren henviser derfor Mona til en psykologisk undersøgelse. Konklusionen på undersøgelsen bliver, at Mona har en adfærd, der er forenelig med diagnosen ADHD.

Psykologen anbefaler pædagogisk behandling, hvor nøgleordene er:
- Tilpasning af krav
- Accept af behov for ro og pauser
- Miljøstrukturering / visuelt overblik og støtte
- Adfærdsregulering via selvmonitorering (se fakta) og selvevaluering i neutrale situationer
- Social problemløsningstræning
- En anderkendende tilgang og fokus på successer

Samtidig med de pædagogiske tiltag bliver Mona sat i medicinsk behandling med Ritalin.
Både den medicinske og pædagogiske behandling har haft et positiv virkning og effekt.
Mona er blevet mere koncentreret. Hun kan føre længere samtaler. Hun er blevet bedre til sit arbejde og er mindre konfliktskabende. En dag om ugen er hun beskæftiget inden for landbruget og har fået et godt forhold til sine nye kolleger. Mona har fået en større forståelse af sig selv. Hun ved mere om, hvad hun skal passe på og er bedre i stand til at stoppe sig selv inden, det går galt.
Konklusionen må være:
At selv om man først får diagnosen ADHD som voksen, kan man have gavn af medicinsk behandling som dog altid skal kombineres med pædagogiske tiltag.

Fakta om selvmonitorering:
Selvmonitorering er en selvbetragtning. At se sig selv udefra. At lære at træde skridtet tilbage og se hvad man nu har gang i. Altså: "Hvordan synes jeg lige det gik?". Og det giver nye og mere konstruktive måder at løse problemerne på.

Billeder af Pia Bech Andersen

Løsningen kan ligge hos børnene med ADHD

Af journalist Mette Egelund Olsen, Videnscenter for Psykiatri og Udviklingshæmning

”Rasmus sidder og leger med en papirclips i timen. De andre synes, det er snyd. Men det er ikke snyd, for retfærdighed betyder ikke, at alle får det samme. Retfærdighed betyder, at alle får, hvad de har brug for.”
Ordene kommer fra Dorthe Holm, der er pædagogisk vejleder i Horsens kommune (og desuden forfatter til HVASKO (Pædagogik i hverdagen for børn med ADHD)).
Hun er fortaler for at inkludere børn med ADHD i folkeskolen. Hun forelæste - på den 11. nationale konference om ADHD - om inklusion af børn med ADHD i folkeskolen - Kom godt fra start.
I hendes hverdag rådgiver hun lærere og pædagoger og andre med tilknytning til børn med ADHD. Men indimellem er det fra børnene selv, at løsningerne kommer.
”Spørg barnet, og det vil komme med ideer til, hvordan det skal være, hvis skolen skal kunne rumme dem og fortæl så bagefter de andre børn, hvad det vil sige at have det sådan,” fortæller Dorthe Holm og fortsætter: Børnene fortæller: ”Jeg vil helst sidde alene. Jeg har brug for at bevæge mig. Jeg har det svært med larm og stærkt lys. Jeg har brug for tydelige forklaringer. Jeg får stress og hovedpine af for mange tanker. Jeg synes opgaverne er svære, selv om jeg kender dem og har lavet dem før.”
Det kan være et detektivarbejde.
Men det er værdifuldt i arbejdet med disse børn at gøre dem til aktiver i processen.
”Det er barnets opfattelse af en situation, som bestemmer, hvordan det reagerer følelses- og handlingsmæssigt og ikke situationen selv,” siger Dorthe Holm, der de sidste tre år har været med til at opkvalificere personale i Horsens kommune i deres viden om ADHD og autisme og andre udviklingsforstyrrelser. Der er ansat 4 pædagogiske vejledere i Horsens kommune i det der kaldes VISPU - Videncenter for børn og unge med specifikke og gennemgribende udviklings-forstyrrelser, hvoraf Dorthe Holm er en af disse. De fire vejledere giver pædagogisk vejledning, faglig sparring, oplæg og undervisning til pædagogisk personale i Horsens kommune.

Skole integrerer børn med ADHD

Af journalist Mette Egelund Olsen
Videnscenter for Psykiatri og Udviklingshæmning

Jonas er en udviklingshæmmet dreng. Da han starter på Alléskolen i 0' klasse har han tics og svært ved at spise. Når der stilles krav til ham, flipper han ud. Han magter ikke at gå fra en situation til en anden. Han kan ikke koncentrere sig om at lege. Han flakker rundt og er i konflikt med de andre børn. Han kan ikke sidde stille, og han har sproglige problemer. Drengen er udviklingshæmmet, men der må være mere end det, tænker personalet, der ikke kan få ham i trivsel. Langt om længe kommer psykologen og lægen på banen og langsomt bliver man enige om at prøve Ritalin (medicin mod ADHD). Medicinen har en tydelig effekt på drengen. Nu kan han pludselig lege og koncentrere sig. Han er kommet i trivsel. Jonas har ADHD.

Jonas er elev på Alléskolen i Fredericia. Det er både en almindelig folkeskole og en skole med specialklasser. Der er blandt anden en klasse med udviklingshæmmede børn og en klasse med børn med ADHD.
"Vi har et tolerant miljø. Vi lukker ikke dem fra specialklasserne ude eller burer dem inde. De bor dør om dør med de andre, og de mødes i frikvarteret. Vi kan integrere dem ud

i det normale miljø. Vores almindelige børn er vant til at se, at man kan være anderledes. Det betyder også, at mobning nærmest ikke eksisterer," siger afdelingsleder Jan Møller.
Det handler om at få børnene i vækst. Dem med ADHD får pædagogisk støtte men også medicin. I klassen med børn med ADHD får syv ud af otte Ritalin. De der kan, følger indimellem undervisningen i normalklasserne, og de få timer de er ude, kan de godt bekæmpe deres handicap. De får succesoplevelser.
Når det drejer sig om klassen med udviklingshæmmede og børn med generelle indlæringsvanskeligheder, så arbejdes der i temaer - ikke i fag. Og der arbejdes ud fra elevplaner, der laves to gange om året, samt ud fra børnenes udviklingspotentiale.
"Vi har mulighed for at give dem den tryghed, de skal have samtidig med, at vi kan brede os ud i det normale. Børnene med udviklingshæmning og ADHD har brug for struktur og forudsigelighed. Tætte voksne og tryghed. Jo tidligere vi får børnene, jo nemmere bliver det. Vi oplever, at særligt dem med ADHD kommer fra flere skoleskift og intet selvværd. De er udadagerende, konstant på overarbejde og er ikke vant til at have tæt kontakt. De med generelle indlæringsvanskeligheder kommer dog tidligere," siger Jan Møller.
Børnene er vidt forskellige, selv om de har samme diagnose. Vi giver dem struktur og overskuelighed for at afhjælpe deres manglende koncentration, der blandt andet gør, at de aldrig slapper af og aldrig kan være i nuet. Medicinen hjælper til og giver børnene ro. Men skolen giver dem også redskaber til at håndtere livet. Og ikke mindst selvværd ved at fokusere på deres kvaliteter. De udviklingshæmmede med ADHD får endnu mere end de normale med ADHD. De undervises i et mere beskyttet miljø. De får mere hjælp og tusind gange mere gentagelser.

Kognitiv motorisk træning - ideer til aktiviteter

Af journalist Mette Egelund Olsen
Videnscenter for Psykiatri og Udviklingshæmning

De er urolige i både krop og mund. De snurrer rundt om sig selv og bumper ind i væggen eller de andre børn. De er tydelige i et gymnastiklokale. De er hinandens afledelighed, og de er børnene med ADHD.

Fysioterapeut Kirsten Høyer er ansat i PPR på Kasperskolen - en specialskole for børn med autisme, asperger og ADHD. En fjerdedel af børnene har ADHD.
Når hun er i gymnastiksalen med børn med ADHD, ser hun, at børnene har svært ved at være stille og modtage kollektive beskeder. Det er problematisk for dem at være i store grupper - også dem på 6-7 stykker. De kan ikke vente på tur og har svært ved at både starte og stoppe. Resultatet er, at de tit får skældud og bliver irettesat.
Børn med ADHD har svært ved i gymnastiksalen at gøre opgaverne færdige særligt, hvis der er uklarhed omkring, hvornår de er slut. De har svært ved at efterleve reglerne for fx spillet og er afhængige af succes. De har problemer med at lave gentagelser og at øve sig - specielt hvis motivationen ikke er der.
”Børnenes motoriske vanskeligheder gør, at det er svært at regulere kraft, hastighed og præcision. De kan have svært ved at finde ud af at få den rette kraft på boldspillet. Måske løber de for livet i den første bane, og når ikke de næste tre. Deres manglende psykiske vågenhed gør det også besværligt for dem. Pludselig er der ikke mere energi til opmærksomhed. De farer på med den første del af opgaven, men ved ikke, hvordan det skal gøres færdigt. Langsomheden gør, at det er svært at holde balancen. Mange er også overfølsomme for lyde. Og mange igen bliver svimle eller rundtossede,” siger Kirsten Høyer.
Udfordringer er der nok af. Det handler om motivation. Om glæde. Og om udfordring.
”De kan lære meget, og vi skal finde og bruge den motivation. Og det skal helst være sjovt og godt samvær, samt det skal være en udfordring, der gør, at man føler, man får succes,” siger Kirsten Høyer.
Hun forklarer, at det at udføre en motorisk handling også kræver nogle kognitive evner. Hvis fx et barn skal op i en trapez, laver det nogle forestillinger om, hvordan vedkommende kommer op i ribben for at nå trapezen. Man skal vide, hvor mange kræfter, det kræver. Man skal kunne lære af erfaringen. Hvis nu jeg trækker den længere ned næste gang hvad så?
”Vi skal understøtte på idé- og planlægningsplanet. For det er jo sådan, at børn med ADHD hopper lige ud i handlingen - uden at tænke sig om, siger Kirsten Høyer.”
En gymnastiksal er et stort og overvældende rum. Derfor kan det være nyttigt med faste pladser eller faste rækkefølger. Man kan lægge hulla-hop-ringe frem på gulvet, der hver symboliserer en plads. Så ved barnet med ADHD, at når det er færdigt, skal det gå tilbage til ringen. Der skal også være mulighed for hjælp. Hvis barnet har brug for at trække sig, kan det fx bare gå hen til ”pausestolen” - uden at skulle bede om lov.
Man kan lægge opgaver ind i legen. Bygge baner. Man kan godt lægge krav ind, fx man hopper kun fem gange i trampolinen. Eller man hopper i serier. Man kan godt lære noget nyt undervejs, og man kan kombinere det kropslige med det kognitive. Det handler om sansemotorisk træning. Og det handler om balance og den vestibulære sans. Det kan være rullebræt. At gynge, snurre, rulle. Det er koldbøtter og spring, og det kan være jorden er giftig.
Den sansemotoriske træning skal styrke muskel- og ledsansen. At mærke sig selv kan være vanskeligt

for børnene. Deres kropsopfattelse er læderet. Der kan træning som kluddermor, svingfigur, det at skubbe, trække, slås og brydes være nogen af ingredienserne på det arbejde. Endelig kan man arbejde på at gøre det nemmere for dem at tolerere berøring. Det kan ske med børstning (nogle børn har gavn af at blive "børstet" på armen, mens de får undervisning), massage eller dybe tryk. Diverse massageredskaber kan reducere stress, øge tonus og opmærksomheden. Kugledynen kan også bruges til afslapning eller de kan pakkes ind i et tæppe eller lagen. Endelig er der jo pauserne. De skal også planlægges. Der kan - for at træne finmotorikken - leges med Lego eller finger-strikkes. Det kan også være musik eller PC. Men også barnets egne strategier skal med.

"I en skole kan det være irriterende, at der dimses med ting og siddes uroligt på stolen. Spørg børnene selv, hvornår det er lige før, det brænder på, og de har brug for at gå ud eller lave noget andet. Spørg dem om hvad de kunne tænke sig, og hvornår det er tid for dem? Her er det, at nogen har brug for massage eller børstning. Det er bedre at give flere muligheder. Man kan bruge en kuglepude eller siddebold. Man kan sågar vende stolen om eller få lov til at stå op. Mulighederne er mange for at gøre livet i en gymnastiksal vellykket. At inddrage børnene i processen kan gøre livet lettere for både barn som voksen.

Billede af Louise Thykjær

Når livet går godt - på trods

Af journalist Mette Egelund Olsen
Videnscenter for Psykiatri og Udviklingshæmning

De er i blandt os. De skyder op som mælkebøtter i cementens sprækker. De trodser deres skæbne og står i mod de hårde tider. De er dem, der klarer sig på trods. På trods af ADHD. Og indimellem er det dem, vi ellers troede ville klare sig dårligt. Og hvad er det, der gør, at nogen klarer sig alligevel, selv om de har en diagnose, man i bedste fald og med Sam Goldsteins ord kan kalde for en udfordring? For det er ikke en gave, slår han fast.

Amerikanske Sam Goldstein, Ph.D., professor og neuropsykolog var en af hovedtalerne på den 11. nationale konference om ADHD. Han talte om resiliens - modstandsdygtighed - det at man klarer sig godt, selvom man lever med forskellige risici.
”Risiko, resiliens og ADHD - at skabe en dobbelt fokuseret behandling” - var en af overskrifterne på hans foredrag.
Man må ikke ofre processen for produktet. En dobbelt fokuseret behandlingsmodel koncentrer sig om værdier og ansvar. Den tillægger sig et langtidsperspektiv. Den fokuserer på svagheden - svækkelsen. Og den involverer barnet i behandlingen. Begrænset selvkontrol leder - ifølge Sam Goldstein - til en betydelig svækkelse.

Det handler om at identificere børnene. Finde dem før de mislykkes. ”Stil alle børnene op på en række på første skoledag og give dem en kage. Sig så ”Spis den ikke” og send så alle dem, der spiser kagen til specialundervisning.
Eller hvad med drengen, der ikke kan følge med i undervisningen:
”Han gør ikke sit arbejde i klassen. Jeg går over til ham. Jeg stirrer. Han tager blyanten. Jeg går. Han lægger blyanten fra sig. Jeg kommer tilbage. Det er en negativ dans. Gør mindre af det. Konsekvenserne er værre end symptomerne,” siger Sam Goldstein, der pointerer, at belønning for god og dårlig opførsel ikke virker. Eller hvad?
Der er den med faderen til drengen, der ikke vil stå op om morgenen. Faderen installerer en babyalarm og råber drengen op. Hver eneste morgen. Det virker, så længe han gør det. Men hvor længe vil han blive ved? ” spørger Sam Goldstein. Han opfatter ADHD som en katalysator, der kan trigge andre udviklings- og miljømæssige risiko-faktorer.

Tålmodighed og empati

Til dem omkring barnet med ADHD siger han, at man skal være tålmodig og empatisk. Barnet skal lære strategier til at kunne ”styre” sig selv. Sam Goldstein taler om at tillægge sig et ”lære at cykle” tankesæt. Vi kan næsten alle lære at cykle.
”Vi skal have en bredere tilgang.
Der er fem nøgler til en succesfuld håndtering af ADHD:

1) Gør opgaverne spændende
2) Hvis belønnings-systemer bruges, så gør dem værdifulde. Han skal beholde det - ikke fortjene det. Giv fx alle mønterne og tag en væk, når han bryder en regel.
3) Tilpas forventningerne til forvandling
4) Accepter flere forsøg på at kunne håndtere livet.
5) Giv mere tid for forvandling

Sam Goldstein bygger desuden en behandlingsplan for ADHD op i en produktdel og en procesdel. Den første fokuserer på: Uddannelse, gennemgribende udredning, medicin, adfærds-håndtering, støtte til læring. Procesdelen tillægger sig et langsigtet perspektiv, opbygger succes og fokuserer på resiliens.
For at fostre resiliens må man undervise i empati ved at praktisere empati.

Billede af Louise Thykær

”Make the work interesting and the dicipline will take care of itself”

Citat: E.B. White

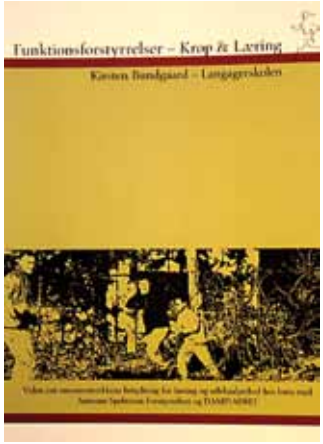
Man må undervise i ansvarlighed ved at opfordre til bidrag. Lær om beslutningstagen og problemløsning hvilket vil fostre selvdiciplin. Tilbyd opmuntring og positiv feedback og endelig hjælp børnene med at håndtere fejl.

Mere om og af Sam Goldstein:
www.raisingresilientkids.com
www.samgoldstein.com
Sam Goldstein kan desuden nås pr email på: info@samgoldstein.com

[Gør arbejdet interessant og disciplinen vil komme af sig selv]

Litteratur om ADHD

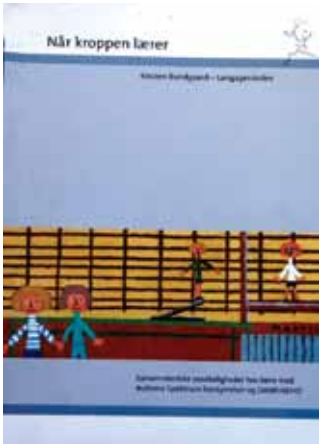
Af informationsmedarbejder Dorte Eifer
Videnscenter for Psykiatri og Udviklingshæmning



Funktionsforstyrrelser – Krop & Læring. Viden om sansemotorikkens betydning for læring og selvhjulpethed hos børn med Autisme Spektrum Forstyrrelser og DAMP / ADHD, 2004

Kirsten Bundgaard: Når kroppen lærer – sansemotoriske vanskeligheder hos børn med Autisme Spektrum forstyrrelser og DAMP / ADHD, 2000.
Langagerskolen er en specialskole for elever med udviklingsforstyrrelser som autisme, Aspergers syndrom og ADHD.

Begge bøger handler om et sansemotorisk projekt, der blev etableret for at indsamle viden om sansemotorikkens betydning for læring og selvhjulpethed i forhold til børn med Autisme Spektrum Forstyrrelser (ASF) og DAMP / ADHD – en gruppe af børn, der har svært ved at skabe mening i det, der sker omkring dem.



Bogen "Funktionsforstyrrelser..." er den mest teoretiske af bøgerne og handler om selve projektet, rammer for det og hvilken indsats der kan afhjælpe de sansemotoriske vanskeligheder. Bogen "Når kroppen lærer..." er tænkt som en vejledning til lærere, pædagoger og forældre i, hvordan de kan bruge viden om sansemotorik og integrere denne viden i alle de aktiviteter, hvor kroppen indgår. Bogen er også ment som en vejledning i, hvordan man kan forstå disse børn og hvordan deres funktionsforstyrrelser påvirker deres bevægelser og fysiske formåen.
Det kan få stor indflydelse i det daglige arbejde med børnene, hvis man kan se og forstå at deres ofte uforståelige adfærd kan hænge sammen med sansemotoriske problemer. Det er ikke fordi barnet ikke gider eller er uopdragent.

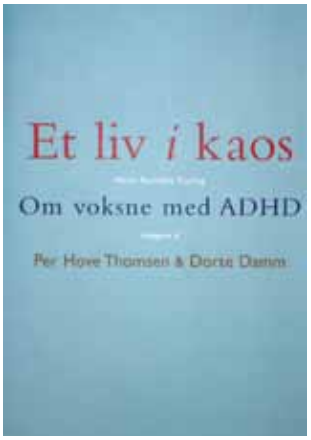
ADHD - opmærksomhedssygdommen hos børn og voksne
Red. Jes Gerlach
Psykiatrifondens Forlag, 2007.

PsykiatriFonden har udgivet en grundig indføring i opmærksomhedsforstyrrelsen ADHD. Mennesker med ADHD kan ikke fastholde opmærksomheden og har svært ved at forstå og forholde sig til meget af det, der foregår rundt omkring dem. De kan ikke sidde stille, de går fra det ene til det andet, og de har svært ved at gøre ting færdige. De forstyrrer, afbryder, irriterer, dominerer og reagerer voldsomt, når de møder modvilje fra omgivelserne.
ADHD har været et velkendt fænomen på skoleområdet i mange år – kendt under navnet DAMP. Bogens første del beskriver, hvordan sygdommen optræder og behandles hos børn. Anden del af bogen beskæf-

tiger sig med den hidtil oversete problemstilling – at sygdommen fortsætter ind i voksenlivet. Således skønnes at ca. 3 % af den voksne befolkning har ADHD, men langt størstedelen får ikke stillet diagnosen og modtager ikke behandling. For en stor gruppe af disse mennesker opstår en række adfærdsmæssige problemer som med den rette diagnose ville kunne behandles medicinsk og miljøterapeutisk. Bogen indeholder både beskrivelser af symptomer og diagnose, ledsagesymptomer og de sociale komplikationer, som sygdommen medfører. Bogen veksler mellem teori og personlige case-historier. Bogens bidragsydere er en tværfagligt sammensat gruppe med erfaring fra området og tæller bl.a. psykiatere fra børne-, unge- og voksenområdet, psykologer og pædagoger.

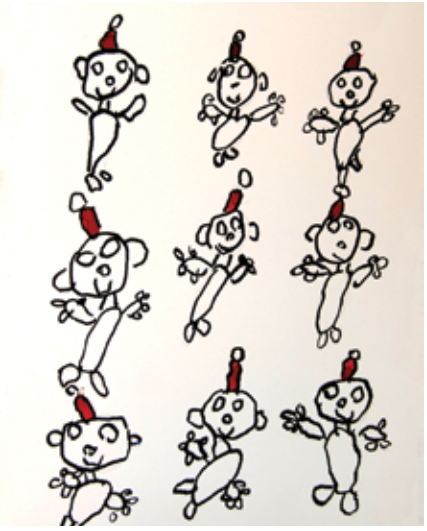
Om børn og unge med ADHD
Dorte Damm, Per Hove Thomsen Hans Reitzels Forlag, 2006
242 sider. Kr. 269,00

Børn med ADHD har svært ved at koncentrere sig. De er hyperaktive og impulsive. Omgivelserne føler sig ofte magtesløse og frustrerede over disse børns vanskeligheder og adfærd. Bogen giver en grundig gennemgang af forskellige interventions- og behandlingsmodeller, som kan anvendes i skolen, i fritidsordningen og i barnets hjem. Bogen berører mange facetter af behandlingen, herunder medikamentel behandling, psykoterapi samt behandling i tæt samarbejde med barnets omgivende miljø, for eksempel i form af forældre- grupper og familieterapi. Gennem hele bogen illustreres modeller og metoder ved eksempler fra behandlingsforløb med forældre, børn og pædagoger. Bogen henvender sig til alle, der har berøring med børn og unge med ADHD: pædagoger, lærere, psykologer, psykiatere, sygeplejersker, læger og forældre.



Et liv i kaos
Per Hove Thomsen, Dorte Damm
Om voksne med ADHD
Hans Reitzels Forlag, 2007
204 sider. Kr. 269,00

Det er en udbredt opfattelse, at ADHD kun er en tilstand, der rammer børn. Men børn med ADHD bliver voksne, og de fleste vil fortsat i voksenlivet have ADHD eller ADHD-lignende problemer.
Voksne med ADHD er meget forskellige med vidt forskellig prognose, livsmuligheder og eventuelle komplicerende vanskeligheder. Nogle er behandlingskrævende, andre ikke. Dette er den første bog på dansk, der belyser dette komplicerede emne. Bogen belyser tilstandens mange aspekter i voksenlivet: fra det kliniske udtryk og prognose, neuropsykologiske aspekter og behandlingsplanlægning, til den voksnes møde med behandlingssystemet, med de sociale myndigheder og med kriminalforsorgen.
Målgruppen for bogen er primært personer, som i deres arbejde kommer i berøring med ADHD, dvs. voksenpsykiatere, psykologer, socialrådgivere, pædagoger og praktiserende læger, men den er også rettet mod voksne med ADHD samt deres pårørende.



Recovery var overskriften på et kursus, som Psykiatrifonden afholdte i efteråret

Når man kommer sig fra svær sindslidelse

Af journalist Mette Egelund Olsen,
Videnscenter for Psykiatri og Udviklingshæmning

Det er faktisk muligt. Selv en alvorlig sindslidelse som skizofreni kan overleves. Man kan komme sig. Helt eller delvist. Det hedder recovery.

”Recovery er et dynamisk begreb. Det er både stærkt men også svagt netop fordi, det er bevægeligt, foranderligt og derfor svært at fastholde og måske forstå,” sagde Psykiatrioverlæge Kristen Kistrup, Region Hovedstaden.
Recovery er en personlig enestående proces, der handler om at indgive håb og sikre, at holdninger og værdier, mål og kompetencer gør det muligt at leve et personligt tilfredsstillende liv med de begrænsninger, man nu engang har.
Der findes to typer af recovery: Den fuldstændige – hvor der er fravær af psykiske symptomer, og hvor man er tilbage til tilstanden før, sygdommen trådte ind. Den anden er: Social recovery. En økonomisk og boligmæssig uafhængighed. Hvor man har en lav grad af social forstyrrelse og stadig kan have visse symptomer.
”Social recovery. Det burde alle psykisk syge opleve”, fastslog Kristen Kistrup.
Ifølge ham er det vigtigt at understrege, at recovery sker på baggrund af det enkelte menneskes indsats. Man kan ikke blive ”recovered” af andre. Det er en psykologisk proces, der foregår i patienten selv. Men ydre faktorer som familie, arbejde, venner etc. kan både fremme og forstyrre processen.
Der eksisterer desuden andre begreber, der ligger tæt op af revovery: Remission, empowerment, åben dialog og rehabilitering. Særligt det

sidste er en vigtig del af recovery. Forskellen mellem de to er synsvinklen. I recovery er det individet, der er i centrum, i rehabilitering er det behandlings- og støttesystemet.
”Recovery handler om at komme sig efter svær sygdom blandt andet i kraft af egen aktiv indsats. Det handler om håb og incitament samt relationen mellem behandler og bruger. Det er det ”gode” møde og at se personen snarere end patienten,” sagde Kristen Kistrup.
Begrebet recovery vækker dog ikke udelt begejstring. Særligt blandt behandlere kommer ord som: ” En gang overtro og varm luft.” For hvordan kan man måle det? Hvad er der evidens for?
Det var blandt andet noget af det, som forskningsassistent og projektleder Pernille Jensen talte om. I følge hende er recovery en dybt unik og personlig proces. Recovery indebærer udvikling af ny mening.
Og hvad er der evidens for:
”Mennesker kommer sig – også uden ordet (red.:recovery). Men der skal fortælles nye historier om, at det er muligt at komme sig. Det skal ikke bare være de tragiske historier, vi altid hører om i pressen. Vi er oppe at slås mod fordomme. Mennesker med svær psykisk sygdom gemmer sig i samfundet. De skal ud af skabet. Det skal være ligesom, at depression nu er okay at tale om, og at det er okay at være stresset. Mange har fået at vide, at de lider af en kronisk, progredierende sygdom – og alligevel er de kommet sig. Forventninger er en meget magtfuld faktor i forhold til at komme sig,” sagde Pernille Jensen.

Fra kronisk til rask

Det handler om at befri patienterne og støtte medarbejderne og klinikerne, så de kommer væk fra det kronicitets-paradigme, som har domineret tænkningen i det meste af det 20. århundrede. Recovery er noget, der kan fremmes og hæmmes. Det er en individuel proces, der foregår i en social sammenhæng. Det handler ikke bare om sygdommen men også om konsekvenserne.
”Hvis ikke man kan så meget andet, kan sygdommen blive til et sted, man kan være – og det kræver et gevaldigt mod – at komme sig. Det at komme sig bør være det styrende perspektiv og ikke bare være en supplerende del. Indsatsen overfor disse mennesker skal have et indhold defineret af dem, vi skal hjælpe,” sagde Pernille Jensen, der understregede, at der

Billeder af Bodil Schou

skal en ydmyg holdning til. Hun citerede "You can do it. We can help" (Davidson et al. 2007).
"Vi skal hjælpe dem til at forfølge deres drømme og trods deres vanskeligheder at komme sig derhen, hvor de vil. Det kræver blandt andet en genuddannelse af personalet. Det drejer sig om en systemisk indsats med indbyrdes afhængige elementer. Recovery kan ikke implementeres. Vi må være ydmyge og spørge dem, det drejer sig om. Mennesker i recovery må selv vise vej," sagde Pernille Jensen.
Fra forskning og til den virkelige verden kom Jørn Eriksen, der til daglig blandt andet er leder af botilbuddet Slotsvænget. Han lagde ud med den gode nyhed, at 46-68 procent kommer sig fra svær sindslidelse.

Det starter med livskvaliteten

Vores tænkning er det største problem. Det at vi fx ikke tror, at patienterne kan komme sig. Vi siger endda til dem, at de skal betragte sig selv som lidende af en svær kronisk sygdom som sukkersyge," sagde Jørn Eriksen og pointerede, at forudsætninger for at komme sig er:
Materielle forudsætninger – penge.
Individet selv- personen har besluttet sig til at ville noget andet. En anden (med empatisk evne) – ingen kommer sig alene. Mening – den vej man udstikker skal være meningsfuld for brugeren.
På Slotsvænget skal brugeren lære at mestre livet. Det skal være et bosted, hvor man får sit liv tilbage. Det kræver en anden praksis. Fx at der skal samarbejdes med arbejdslivet, bolig, familie, fritid, netværk…
"Hvor vi tidligere gik fra først at reducere symptomer til højere funktionsniveau til højere livskvalitet, gør vi det nu modsat. Recovery er en udviklingsproces og ikke bare et mål. Man skal ikke leve sin diagnose. Man skal leve sit liv," sagde Jørn Eriksen.
Fra en anden virkelighed på Sct. Hans Hospital afd. L kom ledende oversygeplejerske Araxi Suren. Hun fortalte om rehabiliterings-aspektet med tanke på recovery. Afdeling L er fusionen af to store afdelinger. Ved sammenlægningen fik afdelingen muligheden for at etablere et rehabilitets-projekt. Patienterne er primært meget svært syge - særligt skizofrene.

Rehabilitering mindsker genindlæggelse

"Jeg var meget optaget af livskvalitet. Af retten til det gode liv. Alt vi skulle tilbyde patienterne skulle være fremadrettet. Men den umiddelbare reaktion hos de professionelle var modstand. Det var en stor udfordring for læger og psykiatere, at ens ret som behandler til at stille diagnoser bliver udfordret. Også for det øvrige personale var det en udfordring, fordi de var oplært i den kronificerende tankegang. Vi holdt kurser og temadage om, hvad recovery-begrebet betød. Vi talte blandt andet om ligeværdighed og om mødet med patienterne. Det var et paradigmeskift på afdeling L." sagde Araxi Suren.
Grundstenene i rehabiliteringsforløbet var: Kortere patientforløb (det handlede om at forebygge institutionalisering og kronificering). Hurtig og effektiv indsats fra første indlæggelsesdag. Et ligeværdigt samarbejde hvor patienten i et vist omfang er chefen. Tilbud om kognitiv miljøterapi.
"I behandlings-fasen har vi et katalog af tilbud over, hvordan man kan få bygget sine færdigheder op. Vi møder patienterne med håb og med tanken om, at man godt kan leve det bedste liv på trods af, at man indimellem måske får psykotiske symptomer," sagde Araxi Suren.
Nogle af tilbudene er psykoedukation (læren om sygdommen og forebyggelse af tilbagefald). Social færdighedstræning. Angstgrupper. Selvværdsgrupper. Musikterapi. Individuel psykoterapi. Der er også erhversterapi. Psykiatrisk fysioterapi. Gartneri. Kunstcenter. Bibliotek.
Og selvfølgelig psykofarmakologisk behandling. Og der er kontinuerlig kontakt til patientens netværk.
I de tre år projektet har haft sit forløb, er der udskrevet 91 patienter. 58 procent har klaret sig uden genindlæggelse. Og det er vel at mærke mennesker med svær skizofreni.
"Det betyder, at rehabilitering af svært psykisk syge under indlæggelse giver gode resultater. Rehabilitering er behandling men også menneskets mulighed for at bygge et liv op. Man er ikke psykisk syg på fuld tid. Man er også så meget andet," sagde Araxi Suren.
Recovery i brugerbevægelsen var også på dagsordenen i kraft af formand for Foreningen af Psykiatribrugere, Erik Olsen.

En rejse snarere end et mål

"Recovery betyder ikke først og fremmest at slippe af med symptomerne. Men mere at lægge vægt på at få det liv, man ønsker sig. Recovery er

at virke. At have et virksomt liv på jord og i virkelighed. Det er at trives. Som menneske. Det er velvære og velbefindende. Man kan stille spørgsmålet: ”Hvad kommer man sig fra?” Brugerbevægelsen har ikke et svar men mange synspunkter. Det er ligeså meget en rejse som et endemål. Den er forskellig for andre. Recovery er at leve godt med eller uden sin svære sindslidelse,” sagde Erik Olsen.
I brugerbevægelsens arbejde med recovery lægges der vægt på:
At værdsætte diversitet. Aflæring af patientrollen. Afstigmatisering. Opgør mod diskriminiation. Kamp mod mentalisme (forskelsbehandling af folk fordi de har en psykisk lidelse). Udgangspunkt i at vi er unikke og ens på samme tid. Vækst gennem fællesskab og sociale relationer. Og genskabelse af sociale kompetencer.
”Det handler om at genskabe ikke symptomreducere men om, hvad personen ønsker, og hvordan vedkommende kan komme dertil. Det er at tænde håbet. ”Recovery handler om at komme frem” (citat: Laurie Curtis (1998)),” sagde Erik Olsen.
Fra pårørendes side kom generalsekretær Thorstein Theilgaard fra Bedre psykiatri.
Han sagde: ”Kernen i recovery er at stimulere og fastholde håbet om hel eller delvis helbredelse for den enkelte.” En vigtig brik i recovery er de pårørende. De kan spille en nøglerolle i og med, at de kan være kompetente samarbejdspartnere. Samtidig er pårørende også psykiatriens akilleshæl.

Det vigtige møde

”Recovery for pårørende kan sammenfattes i ordet HOVSA. Det står for handlemuligheder. Omsorg (giv den nødvendige omsorg). Viden (jo større viden jo mere ressource er de pårørende). Samarbejde (personalet måles på det de gør, ikke det de siger. Og endelig ansvar og anstændighed (inddrag de pårørende og gør det på en ordentlig måde). Og husk at det første møde er ufatteligt vigtigt,” sagde Thorstein Theilgaard.
Der var dog også kritiske røster. Blandt andet stemmen, der kom fra overlæge Jens Knud Larsen fra Gentofte Hospital, psykiatrisk afdeling.
”Meget af det arbejde, der gøres i socialpsykiatrien og distriktspsykiatrien,er jeg på ingen måde kritisk over for. Det er godt, at man vil styrke sådan noget som respekt og frihed og mindske tvang. Men at man kan gøre recovery til en viljessag, det er som at føje spot til skade. At man lægger ansvaret for alvorlig sygdom over på klienten og får vedkommende til at finde sit ståsted i sygdommen, det skurer i mine ører. Altså at man gør den enkelte til ansvar for sin egen sygdom,” sagde Jens Knud Larsen.

Recovery er privat

For Jens Knud Larsen at se er der noget privat og antipsykiatrisk i begrebet recovery. Desuden blander man flere begreber sammen som fx remission og helbredelse.
”Recovery er Re-cover: At dække noget til igen, at få noget tilbage. At komme sig ved egen kraft. Recover er et subjektivt begreb. Subjektive systemer er (videnskabeligt set) lukkede systemer. De udelukker diskussion af sandheds-værdi som fx religiøs tro og overtro. Når vi taler om skizofreni og faktorer, der fremmer processen for at komme sig, så handler det om: Undgåelse af stofmisbrug. Sen debut af sygdommen. Forekomst af få socioøkonomiske ulemper. Social- og familiemæssig støtte. Og medicinsk behandling. Og når vi taler om behandlinger og rehabiliteringsmetoder, der er evidensbaserede inden for skizofreni, så er der: Antipsykotisk behandling og medicinsk behandling for eventuelle komorbide (sam-sygdomme) tilstande og bivirkninger. Social færdighedstræning. Familieintervention og psykoedukation. Beskyttet beskæftigelse. Beskyttet bolig. Opsøgende psykoseteam. Integrerede programmer for stofmisbrug og skizofreni,” sagde Jens Knud Larsen.
I dag stilles diagnosen skizofreni ud fra kliniske kriterier ikke ud fra forløbet. Vi ved, at 20 procent remitterer fra skizofreni. 60 procent har episodiske forløb, mens 20 procent bliver kronisk psykotiske.
Ved at fokusere på blandt andet ”egen vilje” svigtes de patienter, som trods ”egen vilje” ikke oplever sig ”recovered” (ikke recovered = ikke egen vilje nok eller ond vilje). Et klassisk, lægeetisk problem. Patienten vil ikke være rask!
”Recovery er en modpol til den lægevidenskabelige tilgang til psykisk sygdom. Recovery svækker den lægevidenskabelige tilgang til forståelsen af psykiatriske lidelser og er dermed i sin essens antipsykiatrisk. I bedste fald kan man sige, at det, der er godt i recovery, ikke er nyt og at det, der er nyt i recovery, ikke er godt,” sagde Jens Knud Larsen

Samtalegruppe for mennesker med udviklingshæmning, der har været udsat for seksuelle overgreb.

Af psykolog Line Rosenlund
Videnscenter for Psykiatri og Udviklingshæmning

Mennesker med udviklingshæmning har en forhøjet risiko for at føle sig anderledes, udenfor og marginaliserede. Har de desuden været udsat for seksuelle overgreb, kan marginaliseringen opleves stærkere med deraf følgende negative konsekvenser for selvforståelsen.

I befolkningen som helhed har man gode erfaringer med gruppeterapeutisk behandling af de psykologiske følger af overgrebene. Imidlertid vil det ofte være vanskeligt, hvis ikke umuligt, for mennesker med udviklingshæmning at indgå i de sædvanlige behandlingstilbud på grund af de kognitive, følelsesmæssige og sociale følger af deres udviklingshæmning.

Man har i udlandet opnået gode resultater med gruppeterapeutiske forløb for mennesker med udviklinghæmning, men herhjemme foreligger der endnu ikke megen dokumentation for virkningen af sådanne forløb. Med denne samtalegruppe for mennesker med udviklingshæmning, der har været udsat for seksuelle overgreb, søger vi at ændre på dette forhold. For projektet står pædagog Sonja Rudolph, afdelingsleder på Rønnevang 4, Møllegaarden i Brejning, og psykologerne Line Rosenlund og Trine Reippuert Knudsen, Center for Oligofrenipsykiatri.
Projektet vil udvikle, afprøve og dokumentere et gruppeterapeutisk forløb for en gruppe mænd med udviklingshæmning, der alle har været udsat for seksuelle overgreb. Projektet vil derfor både dreje sig om at afhjælpe de særlige problematikker, der måtte udspringe af seksuelle overgreb og om at undersøge mulighederne for at bruge gruppeterapeutiske interventionsformer i forhold til den del af befolkningen, der udgøres af mennesker med udviklingshæmning. Den terapeutiske indgangsvinkel udspringer af narrativ terapi, som her vil blive beskrevet meget kort. Grundlaget for narrativ terapi er en forestilling om, at menneskers identitet og selvforståelse tager form af historier, som vi fortæller om os selv. For nogen mennesker dominerer problemfyldte, mangelfokuserede historier, og disse historier fastholdes og bekræftes gennem samværet med andre. Man kan eksempelvis have nogle historier om sig selv som én, der altid kommer til at sige det forkerte i sociale sammenhænge og er en dårlig kammerat. Mulighederne for problemfyldte dominerende historier er talrige. Imidlertid er der altid undtagelser fra disse dominerende fortællinger, men ofte lægger man selv og ens omgivelser ikke mærke til disse undtagelser, fordi de ”falder udenfor”.

I de terapeutiske samtaler er man på udkig efter disse undtagelser og efter, hvilke historier, de kan fortælle om personen. Terapiens formål er således at udforske og underbygge alternative og foretrukne identitets fortællinger. Det er et vigtigt element i narrativ terapi, at de foretrukne fortællinger bliver bevidnet af andre. På denne måde styrkes de og bliver mere levedygtige. Man har i den forbindelse en metode, som kaldes ”outsider witness group”. Det er denne metode, som i tilpasset form, skal være skabelonen for det gruppeterapeutiske samtaleforløb.

Igennem en individuel forsamtale vil vi indsamle en række emner, som kan fungere som overskrifter for hvert gruppemøde. Ud fra disse overskrifter

interviewes hver deltager omkring nogle erfaringer fra deres eget liv, og disse historier bliver hørt og bevidnet af resten af gruppedeltagerne. Det er utroligt berigende at blive hørt og forstået, og det kan give anledning til, at man kan drage nogle andre, mere funktionelle identitetskonklusioner om sig selv. Man bliver med andre ord i stand til at fortælle nogle andre historier om sig selv.

Praktisk information
Hvem? Gruppen vil bestå af 5-6 mænd, alle med udviklinghæmning, som har været udsat for et seksuelt overgreb**.**
Hvor? Tinghuset, Møllegaarden i Brejning.
Hvornår? Gruppen mødes 5 gange à 2½ time på med start i februar 2008. Gruppen mødes ca. 1 gang om måneden I løbet af januar 2008 afholdes individuelle forsamtaler.
Hvad koster det? 2500,- kr./person
Er du interesseret? Vil du vide mere, er du velkommen til at kontakte Line Rosenlund eller Trine Reippuert Knudsen på telefonnr. 77 89 29 90.

Billede af Rikke L. Holm

Billede af Pia Wullf

Samtale og samvær styrker selvværdet

Af informationsmedarbejder Dorte Eifer
Videnscenter for Psykiatri og Udviklingshæmning

Det er altid dejligt, når læserne reagerer på indholdet i ViPU-Viden. ViPU-Videns andet nummer i år handlede om etik, og det fik Jette Flindt Pedersen, forfatter og socialrådgiver, til at kontakte Videnscentret og sende os sin seneste bog: "Hvor svært kan det være? Kommunikation med udviklingshæmmede."

Bogen er skrevet på baggrund af et samarbejde med pædagoger på dagcentret Regnbuen i Nødebo og lægger op til en pædagogisk tankegang, der giver brugeren medbestemmelse og medansvar for eget liv og for det fællesskab, man indgår i.
Bogens ærinde er at få et etisk perspektiv ind i samtalen og samværet med psykisk udviklingshæmmede mennesker. I bogen beskriver Jette Flindt Pedersen en metode, som hun kalder "at blive hjemme hos sig selv", og med det mener hun, at pædagogen skal forsøge at møde brugeren åbent for derved at give rum til brugeren. Når brugeren får mulighed for at udtrykke sin verden frit, får han oplevelsen af at blive anerkendt og accepteret, skriver Jette Flindt Pedersen. Vejen til mere medbestemmelse og medansvar for brugeren opstår ved at blive deltager i en ægte dialog, og det kræver, at den enkelte pædagog får redskaber til at indlede de dialogiske samtaler. Men det er umagen værd, for erfaringerne fra Regnbuen viser, at dialogen også påvirker pædagogen, som ligeledes får mulighed for at være den, hun er.

Tyde og matche

Med teknikken "at blive hjemme hos sig selv" har pædagogerne også opøvet en større indlevelsesevne i

forhold til deres brugere. Hvor man før fortolkede brugerens adfærd, er man i dag blevet meget bedre til at tyde brugerne, altså leve sig ind i situationerne, og det har resulteret i en mere nærværende kontakt. Samtidig har pædagogerne arbejdet med at matche deres brugere. Her skal lige nævnes, at Regnbuens brugere har et begrænset eller slet intet verbalsprog. At matche betyder i denne forstand at rette sig ind efter brugernes følelsesmæssige tilstand – kropssprog, tonefald, tempo eller en følelse som tristhed eller glæde – og dermed vise brugeren, at man ser, hører og reagerer ud fra de signaler, som brugeren udsender. Pædagogerne mener, at disse teknikker har ændret deres måde at kommunikere med brugerne på. Hvor de før brugte en masse ord, selvom brugerne ikke havde meget sprog, giver tydningen og matchningen et mere meningsfyldt – og ofte ordløst – samvær.

Det sanselige sprog

De dialogiske samtaler har også ført til en øget selvindsigt hos brugerne, og her har en af teknikkerne været at afkode den enkeltes repræsentationssystem, altså deres sansesprog – hvordan bearbejdes sanseindtryk fra omverdenen, er det primært ved at se, høre, lugte, smage eller føle?
Viden om brugerens repræsentationssystem har givet pædagogerne en kompetence i at tale ind til den enkelte brugers virkelighedsopfattelse og i at tilrettelægge tingene for brugerne på baggrund af denne viden. Bogen giver gode anvisninger på, hvordan man finder ud af, hvilket repræsentationssystem brugeren foretrækker.

Styrket selvværd og etisk perspektiv

Der er mange fordele ved at sætte fokus på kommunikationen med udviklingshæmmede, for når pædagogen er til stede i relationen og matcher og tyder brugeren, så opbygges brugerens selvværd, skriver Jette Flindt Pedersen. Brugerne på Regnbuen er blevet hjulpet på vej til erkendelse af egen identitet og status med spørgsmål som: Hvem er jeg? Hvad kan jeg? Hvordan indgår jeg i verden?
Der er en nøje sammenhæng mellem oplevelsen af eget værd og lysten til at være deltagende i livets mange tilbud, og samtidig er oplevelsen af eget værd helt central for, at brugeren får lyst og mod til at tage ansvar for sit eget liv. Pædagogerne på Regnbuen har oplevet, at flertallet af deres beboere er blevet mere glade, initiativrige og medbestemmende i deres egne liv.

Bogen leverer en lang række anvisninger og eksempler på, hvordan et etisk perspektiv inddrages i den pædagogiske praksis:

- i tilrettelæggelsen af de aktiviteter der tilbydes
- når der tales om brugeren
- når der laves pædagogiske planer
- når der formuleres noget på skrift om brugerne

Derved kommer måden at tænke og handle på mere i overensstemmelse med hinanden, og ydermere kommer brugeren mere i fokus.

Begejstring

Bogen skitserer en ”grydeklar” metode på, hvordan pædagoger og andre interesserede kan arbejde med det etiske perspektiv og kommunikation mellem personale og brugere, og det er spændende læsning for dem, der savner inspiration til, hvordan man kan sætte en udvikling i gang hos sig selv og hos psykisk udviklingshæmmede. Det er meget positivt at læse reaktionerne fra personalet på Regnbuen, idet de taler begejstret om, hvordan metoden har påvirket samtlige deres brugere i et eller andet omfang, jo mere systematisk arbejde med den enkelte, jo større fremgang. Men det siger sig selv, at de metoder, som Regnbuens medarbejdere har integreret i deres kommunikation med psykisk udviklingshæmmede, kræver fokus og lang tids øvelse.

Jette Flindt Pedersen: Hvor svært kan det være? – Kommunikation med psykisk udviklingshæmmede, 2007
Tidligere udgivelser:
Etik – jatak. Brugernes oplevelse af det sociale system, 1992
Børn og Selvværd – en pædagogisk metode, 2000
Den ægte dialog i vejledning og rådgivning, 2001, sammen med Jette Buhl
Pædagog og beboer i dialog, en person-orienteret pædagogik, 2001
Virtuel vejledning for lærere, et efteruddannelsestilbud, 2004, sammen med Annette Danbjørg.
Bøgerne er udgivet fra Lindhøjgård Kurser, som Jette Flindt Pedersen driver sammen med Jette Buhl. De to tilbyder undervisning og kurser i tilknytning til bogen, og interesserede er velkomne til at henvende sig på tlf. 4824 7886 eller på mail til: lindhojgaard-kurser@mail.dk

Døvblindecentret i Aalborg

Trivsel på arbejdspladsen og et højtfagligt miljø

Af fotojournalist Hanne Engelstoft og informationsmedarbejder Dorte Eifer, Videnscenter for Psykiatri og Udviklingshæmning

På Døvblindecentret i Aalborg arbejder 200 medarbejdere. De er enige om, at de har en god arbejdsplads. De har god mulighed for efteruddannelse, og de har også mulighed for at pleje sig selv og hinanden. Det giver styrke til det daglige arbejde med en gruppe mennesker, der har mange særlige behov. Folk der arbejder på Døvblindecentret, bliver der længe, og det skyldes, at det er et sted, hvor man trives og betyder noget for hinanden.

I Nordjylland, nærmere betegnet Aalborg, ligger Døvblindecentret. Vi er taget på besøg for at forsøge at få en indsigt i, hvordan man arbejder med mennesker, der har mistet to så store sansefunktioner som syn og hørelse. Fem afdelingsledere er mødt op for at diskutere og fortælle om deres arbejde og deres arbejdsplads.

Døvblindhed giver vanskeligheder for socialt liv

Døvblinde kan ikke som andre stimulere sig selv ud fra, hvad de ser eller hører. Derfor er de meget afhængige af at få hjælp til at skabe oplevelser, sjove input og hjælp til tilrettelægge et miljø, som de kan være aktivt deltagende i.
Den gruppe mennesker, der er beboere på centeret, mangler de sanser, som vi andre bruger til at skabe kontakt. De er født døvblinde. Det kan føre til, at de kan få et meget svært liv, hvis de ikke er sammen med mennesker, der gør deres bedste for at minimere besværlighederne igennem et fysisk miljø, der tager hensyn til beboernes vanskeligheder. Mulighederne for at ytre sig, blive forstået og at få den korrekte hjælp og guidning er måske endda det allervigtigste for beboerne, for at de tør møde verden. Hver beboer har desuden vidt forskellige behov, så alle må mødes som de forskellige individer, de jo er.

Det daglige arbejde

Afdelingslederne supplerer hinanden i debatten om hverdagen med de døvblinde.
Annie Klausen fortæller:” Det er

vigtigt, at vi er i stand til at skabe en tryghed, så de døvblinde får lyst til møde miljøet og udforske det på deres måde. Vi bruger alle til rådighed stående midler og det er totalkommunikation. Et af midlerne er "konkreter" – ting, der kan fortælle den enkelte noget om, hvad der skal ske, f.eks. hestehår for ridning"; men oftest er det taktilt tegnsprog og tegninger og billedmateriale, der anvendes.
En anden afdelingsleder, Inger Villadsen, fortæller: "Det kan være, at man ikke altid forstår den døvblinde korrekt, og det kan give anledning til frustration. Men vi arbejder på tværs af fagene, og det synes vi er godt i forhold til, at den døvblinde får mange forskellige øjne på sig. Vi kan i fællesskab nå frem til mange muligheder, i stedet for hvis det kun var en faggruppe, der var repræsenteret.
Vi bruger desuden rigtig meget videoanalyse, fordi vi her kan se små bitte signaler.
Ofte føler beboerne sig mest trygge i faste rammer, og etablerer dem tit selv ved blandt andet ved at ønske de gode oplevelser gentaget. Det være sig hverdagsting, en fest eller en rejse, fortæller Annette Sølgaard. Hvis man kan få den opfattelse at beboerne på Døvblindecenteret går og keder sig i de faste ramme, tager man ganske fejl. Dels lægges der meget vægt på, at hverdagen har mange kvaliteter og dels får beboerne mange tilbud om forskellige oplevelser på tværs af landegrænserne. Mange af dem har rejst meget. For eksempel var der for et par år siden en teatertrup, der lavede deres forestilling i Slovakiet, og de var også aktive i kulturnatten på Kunstmuseet i Aalborg.

Dengang og nu

Afdelingslederne fortæller og supplerer hinanden, da snakken går på gamle dage.
"De døvblinde fra en tidligere generation end de unge i dag, led af angstproblemer og depressioner. Dengang gik man meget op i at de skulle lære tegnsprog, i det hele taget skulle man på det tidspunkt prøve at nærme sig normal adfærd så meget som muligt. Det blev tillært, men de døvblinde forstod bare ikke reelt, hvad det betød for dem. I dag tager vi udgangspunkt i den enkelte og respekterer det, de gerne vil. Der bliver lagt meget mere vægt på sociale oplevelser og færdigheder i dag, og de døvblinde bliver mødt på en anden måde og respekteret for den person, de hver især er og har tydeligvis mere energi på livet". Nogle beboere kan få depressioner, da heller ikke deres liv er sorgløst, og når det sker tilbydes de behandling for deres lidelse.

Etik og faglighed er i højsædet

På de forskellige afdelinger er etikken i højsædet. Det betyder, at man hele tiden skal tænke på måder, hvorpå man respekterer de samme ting overfor de døvblinde, som man selv gerne vil have bliver respekteret. Man braser ikke bare ind på et værelse, hvor der bor en teenager, heller ikke når teenageren er døvblind.
Der er også så mange andre ting. For eksempel når der skal ryddes op i beboernes private bolig eller deres tøj. Det hjælper vi selvfølgelig med.
Her skal vi stille os spørgsmålet: Hvad gør en bolig til et hjem? Hvordan kan vi sikre at beboerens vigtige ting bliver gemt? Hvad er kriteriet for vigtige ting? Mange beboere har for os sære ting, der har væsentlig betydning i deres liv. De kan også have tøj, der ikke passer i vores normsæt; men for beboeren bare er så dejligt. Det skal respekteres. Tænker vi os ikke om, gør vi virkelig beboerne skade.
Afdelingslederne har for de flestes vedkommende arbejdet på Døvblindecentret i mange år.
"Det er en rigtig god arbejdsplads, så selvom arbejdet kan være grænseoverskridende og hårdt indimellem, er der mange gode ting ved at være ansat på Døvblindecentret. Det er som om man er en del af en familie bestående af beboere og personale".
Vi får en god uddannelse, kurser bliver prioriteret."
Det afdelingslederne fortæller, om at være ansat på centret, giver også anledning til lidt grin. "Man skal ikke være berøringsangst og alt for sart. Beboerne rører jo meget ved os, kender os på duften, på en ørenring osv. det er jo den måde, de orienterer sig på," smiler Annie Klausen.
Døvblindecentret er medlem af Falcks Health Care, (Man kan her få fysioterapi og kiropraktorbehandling, massage og zoneterapi). Centret har også en beredsskabsgruppe, der yder vejledning og kan være med til at lave handleplaner, hvis man har misbrugsproblemer eller problemer med alvorlig sygdom.
Personaleforeningen betaler man over lønnen. Der laves mange forskellige ting, for eksempel et årligt arrange-

Figurer lavet af Tina Olsen

Døvblindecentret er et landsdækkende helhedstilbud til børn, unge og voksne med medfødt døvblindhed.

Tilbuddet omfatter:
- Skole- og undervisningstilbud
- Skole-fritidsordning
- Børnehavetilbud
- Ungdomstilbud
- Aktivitetscenter
- Boformer
- Kursusvirksomhed
- Konsulentvirksomhed
- Konsulentafdeling(som også er et tilbud til børn og unge med erhvervet døvblindhed).

Ønsker du at vide mere om Døvblindecentret: www.idb.dk

ment i Fårup Sommerland, hvor børn og børnebørn også er velkomne. Alle er desuden velkomne med forslag. Er man fuldt medlem af personaleforeningen, er man en del af en ordning, så man på den måde får frokost, når man er på arbejde.

Vores besøg er ved at være slut, men vi får også tid til en rundvisning og et besøg på centrets dagtilbud. De mennesker, vi møder, udstråler en arbejdsglæde der gør, at man føler sig rigtig godt tilpas som besøgende. Det må helt afgjort også betyde, at de døvblinde mennesker der lever og bor her, bliver mødt i en positiv og glad atmosfære.

Nøgleordene i Døvblindecentrets værdigrundlag er: Respekt - Frihed - Tryghed - Ligeværdighed - Retten til at være forskellige.

Britta Munchs jul

Jul! - Hvorfor er det jul?
Jeg vil lige fortælle lidt om hvorfor det er jul. Julen er hjerternes fest og børnenes fest. Man forbinder også julen med Jesu fødselsdag. Man forbinder også julen med gaver, god mad og hygge. Julen starter med juleforberedelser, julefrokoster og julegaveindkøb. Byens handlende pynter allerede op i november og guirlander bliver hængt op. I kirkerne hører man juleevangeliet og synger julesalmer.

Hvordan fejres julen?
Julen fejre på mange forskellige måder. De fleste holder jul sammen med familien. Der er også nogle som holder jul på plejecentre, hospitaler, fængsler og herberg for hjemløse. De omtalte steder gør personalet alt for at de mennesker får en hyggelig jul. Nogle mennesker vælger også at rejse til de varmere himmelstrøg i julen, for at slippe for julestress.

Min bedste jul!
Min bedste jul ligger ca. 30 år tilbage. Jeg holdt da jul sammen med min moster, som døde for 2 år siden. Moster og mig havde i dagene op til juleaften travlt med juleforberedelser. Moster og mig var rundt med en blomst til de mennesker som Moster vidste skulle sidde alene juleaften. Juleaften inviterede Moster nogle bekendte. Vi fik and og ris á la mande. Senere på aftenen da vi havde vasket op, gik vi ind og sang nogle julesalmer og fik gaver. Hyggelig jul!

Min ”uheldige” jul!
Min ”uheldige” jul var i 2006 hos min søster. Juleaften var god nok. I dagene inden jeg skulle hjem opstod der problemer.

Julen set med en udviklingshæmmets øjne!
Som udviklingshæmmet kan man glæde sig over julen, som andre mennesker. Nogle tænker nok ikke så meget over hvorfor vi fejrer jul, men de er glade for julen på deres måde, kan jeg tænke mig.
For mig er julen en dejlig højtid, men jeg er også glad for når vi når til 3. juledag og tingene er ved at blive ”normale” igen.

Jeg vil til slut ønske
alle Vipu Videns læsere
Glædelig Jul
og Godt Nytår.

ViPU Viden

Center for Oligofrenipsykiatri
ønsker alle vore læsere en god jul og et godt nytår

Center for Oligofrenipsykiatri
Skovagervej 2 · 8240 Risskov · Telefon 77 89 29 90 · www.oligo.dk