



# Integrativ neuropædagogik

## - en grundbog



## Indhold

<b>10. Psykiske lidelser og psykisk sårbarhed .....</b>	<b>3</b>
<b>10.1 Begrebsafklaring.....</b>	<b>3</b>
10.1.1 Psykisk sårbarhed .....	3
10.1.2 Psykisk lidelse eller psykisk sygdom .....	3
10.1.3 Psykiatrisk eller psykisk diagnose .....	4
10.1.4 Komorbiditet .....	4
<b>10.2 Forekomst af psykiske lidelser hos mennesker med nedsat psykisk funktionsevne .....</b>	<b>5</b>
<b>10.3 Afgrænsning i forhold til andre lidelser med lignende symptomer .....</b>	<b>6</b>
<b>10.4 Årsager til udvikling af psykisk lidelse hos målgruppen.....</b>	<b>6</b>
10.4.1 En multifaktoriel forståelse af psykisk lidelse .....	6
10.4.2 Epigenetisk medicin .....	7
10.4.3 Kan psykisk lidelse forebygges.....	7
10.4.4 Udsathed hos mennesker med nedsat psykisk funktionsevne.....	8
10.4.5 Stress .....	9
<b>10.5 Psykiske lidelser hos mennesker med nedsat funktionsevne .....</b>	<b>10</b>
10.5.1 Salutogenese .....	10
10.5.2 PTM– et nyt perspektiv på psykisk lidelse .....	11
10.5.3 Depression og sorg.....	12
10.5.4 Angstlidelser.....	14
10.5.5 Skizofreni og borderline .....	15
<b>10.6 Andre tilgange til behandling .....</b>	<b>18</b>
<b>Supplerende læsning .....</b>	<b>18</b>
<b>Litteratur .....</b>	<b>18</b>
<b>Internetkilder .....</b>	<b>20</b>
<b>Stikordsregister .....</b>	<b>21</b>



## 10. Psykiske lidelser og psykisk sårbarhed

I dette kapitel indleder vi med at afklare forskellige begreber, man støder på i litteratur og i daglig tale, som vedrører psykiatri, herunder begreberne psykisk sårbarhed, psykisk lidelse eller sygdom samt psykisk eller psykiatrisk diagnose. Vi redegør ligeledes for de forskellige årsager, der er til disse lidelser, samt for pædagogiske tilgange og behandlingsmetoder, som kan mindske lidelsen for de pågældende borgere.

Der findes cirka 450 forskellige psykiske lidelser. Vi har i dette kapitel valgt overordnet at benytte begrebet psykisk lidelse og beskrive de mest kendte lidelser, som vedrører vores målgruppe. Mennesker med nedsat psykisk funktionsevne har ofte en større psykisk sårbarhed og dermed en markant øget risiko for at udvikle en psykisk lidelse.

I kapitlets sidste del giver vi bud på muligheder for forebyggelse, da det bedste, man pædagogisk kan gøre, er at undgå, at borgeren pådrager sig en psykisk lidelse.

*Forfattere: Marianne Dalsgaard og Anna Marie Langhoff Nielsen, specialpædagogiske konsulenter i VISS*

### 10.1 Begrebsafklaring

Hver tredje dansker kommer på et eller andet tidspunkt i sit liv ud for psykiske problemer eller får symptomer på en psykisk lidelse, som fører til behandling enten hos egen læge, psykiater eller ved indlæggelse på et psykiatrisk hospital. Psykiske lidelser, der også betegnes med begrebet psykiske eller psykiatriske diagnoser, har været omgærdet af megen mystik og ofte ført til stigmatisering af personen. I dag ses en større åbenhed end tidligere i forhold til at tale om psykiske lidelser og ofte benyttes diagnosebegreber i helt almindelig, daglig sprogbrug. Mange nye diagnoser er kommet til i løbet af de sidste halvtreds år, og kritiske røster vil hævde, at der er sket en patologisering, hvor helt almindelige menneskelige træk og egenskaber diagnosticeres som lidelser, der kræver behandling (Brinkmann, 2010; Gøtzsche, 2015).

Til trods for, at diagnoserne er blevet en del af den almindelige sprogbrug, hersker der fortsat fordomme om det at være psykisk syg. Mange opfatter en psykisk sygdom eller lidelse som noget uhelbredeligt og mener, at der bag diagnoserne ligger en individuel, biologisk, psykisk sårbarhed hos det psykisk syge menneske, som altid vil være der. Som optakt til kapitlet indledes derfor med en afklaring af begreberne psykisk sårbarhed, psykisk lidelse eller psykisk sygdom og psykiatrisk eller psykisk diagnose.

#### 10.1.1 Psykisk sårbarhed

Psykisk sårbarhed kan defineres som en særlig skrøbelighed, der betyder, at risikoen for at få en psykisk lidelse øges. Begrebet psykisk sårbarhed benyttes ofte for at tydeliggøre sammenhængen mellem biologiske, psykologiske og sociale forhold, men også for at vise, at vi alle kan have en iboende sårbarhed og dermed få en psykisk lidelse, hvis vi udsættes for traumer eller et stort pres. Ved anvendelse af begrebet psykisk sårbarhed anskues mennesket i et helhedsperspektiv, hvor sårbarheden kan være både medfødt, erhvervet eller udfoldes på baggrund af en række udløsende faktorer (Mark & Gerlach, 2008).

#### 10.1.2 Psykisk lidelse eller psykisk sygdom

Begreberne psykisk lidelse og psykisk sygdom benyttes synonymt, men der ses en stigende tendens til at benytte begrebet psykisk lidelse frem for psykisk sygdom. Begrebet psykisk lidelse anvendes blandt andet som en samlebetegnelse i WHO's ICD-10 internationale sygdomsklassifikationssystem - International Classification of Diseases 10. udgave (WHO, 2009).



En psykisk lidelse defineres som en tilstand, der medfører forandringer i en persons tænkning, følelser eller adfærd (eventuelt alle tre), og som medfører lidelse eller nedsat funktion. Lidelsen er kendetegnet ved en række særlige psykiske symptomer, som påvirker helbredstilstand, livskvalitet og social funktionsevne i meget betydelig grad (Rosenberg, 2013).

### 10.1.3 Psykiatrisk eller psykisk diagnose

I Den Danske Ordbog defineres diagnose, som:

*"1. bestemmelse af hvilken sygdom en patient lider af, ud fra dens symptomer og andre tegn*

*2. bestemmelse af årsagen til en unormal tilstand, fejlslagen udvikling el. lign."*

(www.ordnet.dk, 2018)

En diagnose er således en betegnelse for en gruppe samtidigt optrædende symptomer, og en psykiatrisk eller psykisk diagnose refererer til en diagnosekategori, der er beskrevet i enten det amerikanske klassifikationssystem DSM V (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) eller i WHO's klassifikationssystem ICD 10's kapitel 5: (*Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser*). I Europa anvendes primært ICD 10, når diagnosen skal stilles, hvor DSM V primært anvendes inden for forskning. I henhold til WHO's nye begrebsanvendelse (ICD 11, som er på vej) vil "psykisk diagnose" blive anvendt frem for "psykiatrisk diagnose".

En psykiatrisk diagnose eller en psykisk diagnose klassificeres ud fra symptomer og forløb og stilles på baggrund af en klinisk vurdering og ofte i et tværfagligt regi. Diagnosen bygger overvejende på patientens og eventuelle pårørendes udsagn, men observationer, tests og undersøgelser kan også indgå. Modsat somatiske diagnoser kan det derfor være langt vanskeligere at stille en psykiatrisk diagnose, da det ikke er muligt at få objektive data på, hvad patienten fejler. Med andre ord kan man for eksempel ikke blot tage en blod- eller urinprøve eller scanne patientens hoved for at få svar. Samtidig kan det være vanskeligt at skelne mellem, hvad der er symptomer på psykisk lidelse, og hvad der er symptomer afledt af funktionsnedsættelsen (Bakken, 2018).

I forhold til mennesker med nedsat psykisk funktionsevne har de professionelle observationer og vurderinger afgørende betydning for, at psykiateren kan stille en gyldig diagnose. En vigtig pointe er, at psykiatriske diagnoser såvel som somatiske diagnoser begge er et øjebliksbillede på en given tilstand hos patienten, og patienten har kun den pågældende diagnose, så længe kriterierne for diagnosen opfyldes. Psykiske lidelser kan altså opstå og forsvinde igen på samme måde som somatiske sygdomme.

### 10.1.4 Komorbiditet

Ofte kan det være vanskeligt at kategorisere symptomer på psykisk lidelse i en afgrænset diagnosekategori. Begrebet komorbiditet, som benyttes både i somatikken og i psykiatrien, betyder samsygelighed. Det vil sige, at flere sygdomme eller syndromer kan optræde samtidigt hos den samme person, foruden den primære sygdom. Komorbiditeten i en persons sygdomsbillede registreres i praksis som grundmorbus og bidiagnoser. Hos personer med fx OCD ses hos 60 % en forekomst af tics. Hos 15 % af denne gruppe ses Tourettes syndrom, og hos 50 % ses depression. Depression og angst er nogle af de hyppigst forekommende komorbide lidelser, som ses ved en række forskellige sygdomme og syndromer.

Det store omfang af komorbiditet i psykiatrien ses af kritikere som et resultat af et kategorielt klassifikationssystem, der forsøger at inddele de tidligere overordnede diagnosebegreber som fx 'neuroser' eller 'nerver' i mere specifikke, afgrænsede sygdomme. Komorbiditet er, efter deres opfattelse, en konstruktion, der skal afbøde klassifikationssystemernes begrænsning i forhold til at klassificere rene psykiske lidelser, som i



praksis kun ses hos få personer. Komorbiditetens formål er således at forklare symptomoverlap mellem forskellige diagnoser (Larsen & Gausbøl, 2011; Horwitz, 2015; Gøtzsche, 2015).

I DSM V og i betaversionen af den nye ICD-11, som udkommer i løbet af 2019 ([ICD-11 Beta](#) kan hentes her), ses en bevægelse mod, at diagnosesystemerne bliver mere dimensionale frem for kategoriale. En diagnose bevæger sig her på et kontinuum afhængigt af symptomer, hvor der er en glidende overgang til normalområdet. Der er således tale om funktionelle beskrivelser, hvor der er fokus på, hvilke funktioner der er påvirkede hos personen, samt i hvilken grad de har betydning for personens funktionsniveau (WHO, 2019).

### **10.2 Forekomst af psykiske lidelser hos mennesker med nedsat psykisk funktionsevne**

Efter Åndssvageforsorgen blev nedlagt i 1980, er der ikke længere præcise tal på, hvor mange mennesker der har nedsat psykisk funktionsevne (udviklingshæmning) i Danmark, men det skønsmæssige tal ligger ifølge Flachs et al. (2014) omkring 51.000, og ifølge psykiater Kurt Sørensen og mag. art. i psykologi Per Lindsøe Larsen (2018) ligger tallet mellem 80.000 til 110.000. Dette gør det derfor svært at vurdere, hvor mange i målgruppen der også har en psykisk lidelse. Tallet antages dog at ligge noget højere end de 20 % af normalbefolkningen, som på et tidspunkt i livet oplever at få en psykisk lidelse ([www.oligo.nu](http://www.oligo.nu)).

I en rapport fra Dansk Psykiatrisk Selskab og LEV fra 1994 skønnes det, at omkring 30 % af voksne med udviklingshæmning udvikler adfærdsforstyrrelser, og 12 - 17 % har symptomer på bagvedliggende psykiske lidelser. Til sammenligning gælder dette kun for 1 - 1,5 % af normalbefolkningen (Jansen, 1994).

I forskellige internationale undersøgelser af mennesker med mild og alvorlig mental retardering, ses en øget forekomst af psykiske lidelser svarende til mellem 1/3 til 2/3 af gruppen. For eksempel viser en dansk epidemiologisk undersøgelse fra 1985 af 302 voksne med udviklingshæmning en forekomst af psykiske lidelser hos cirka 1/3. I undersøgelsen blev der også påvist en sammenhæng mellem faldende prævalens og stigende IQ, samt en stigende prævalens med stigende alder (Gjærum & Ellertsen, 2005).

I 2003 påvises i en rapport fra Oligofreni-psykiatri i Syddanmark et stigende antal udviklingshæmmede med psykiske lidelser. Rapporten peger på, at ca. 30 % af mentalt retarderede har en behandlingskrævede psykisk lidelse. I rapporten konkluderes, at der er en stigende efterspørgsel af psykiatrisk behandling fra gruppen, der benævnes "sinker" (<http://www.socialportalsyd.dk/wm214351>).

Variationen i tallene skal ses i sammenhæng med personernes grad af retardering samt valg af diagnostik, hvor det kan være vanskeligt at afgøre, om bestemte symptomer fx stereotype bevægelser eller hyperaktivitet eksisterer parallelt med eller er et træk ved den mentale retardering (Gjærum & Ellertsen, 2005).

Der kan også være stor usikkerhed i forbindelse med diagnosticering, da den traditionelle psykiatriske undersøgelse foregår ved samtaler med patienten, som giver indblik i dennes tankeverden og symptomer. Da samtalen, som kræver patientens evne til selvrefleksion, ofte ikke er en mulighed hos denne målgruppe, har psykiateren derfor behov for supplerende oplysninger fra pårørende og personale.

Der kan endvidere være kulturelle og samfundsmæssige faktorer, der påvirker, at gruppen af de bedst fungerende (omkring IQ 70) i Oligofreni-psykiatri Sydjylland rapport fra 2003, modsat den danske undersøgelse fra 1985, nu i højere grad efterspørger psykiatrisk behandling. Med andre ord ses der (jf. Brinkmann) samme tendens som i normalbefolkningen, hvor flere får en diagnose.

Selvom undersøgelserne har forskellige konklusioner, viser de, at der er en øget sårbarhed hos målgruppen, en sårbarhed som let kan udfoldes, når krav og forventninger ikke stemmer overens med personens ressourcer og mestringsstrategier.

### 10.3 Afgrænsning i forhold til andre lidelser med lignende symptomer

Som nævnt, kan det være vanskeligt at diagnosticere et menneske med nedsat psykisk funktionsevne, og det er derfor vigtigt at kunne skelne psykiske lidelser fra andre sygdomme og lidelser fx erhvervede hjerneskader.

En erhvervet hjerneskade kan fremkalde psykiske symptomer, der til forveksling ligner symptombilledet ved en psykisk lidelse, da der forekommer mange af de samme symptomer så som hallucinationer, angst og vrangforestillinger. Skader i frontallappen kan ændre personligheden, og skader i det limbiske system kan gøre ellers fredsommelige mennesker aggressive.

Fysiske tilstande som dehydrering, der fx ofte ses hos mennesker med demens, samt blærebetændelse kan også medføre hallucinationer, tvangstanker og forvirring. Det er derfor afgørende i første omgang at afklare, om det er somatiske forhold, der har foranlediget symptomerne, så borgeren får den rette behandling. Hvis symptomerne ikke har været der tidligere, og borgeren er undersøgt for fx dehydrering, blærebetændelse og misbrug af alkohol eller stoffer, kan det være tegn på, at det er en psykisk lidelse, som er årsag til symptomerne.

### 10.4 Årsager til udvikling af psykisk lidelse hos målgruppen

Hjernen er plastisk og ændrer sig i takt med de påvirkninger, personen udsættes for gennem livet. Ifølge Raben Rosenberg er det nødvendigt at acceptere både neurobiologiske betingelser for bevidstheden uden dog at reducere et menneskes bevidsthed til ren biologi. Rosenberg introducerer begrebet hjernens eller psykens emergens, men også hjernen eller psyken som emergens. Der er tale om både et bottom-up perspektiv, som afspejler bevidsthedens afhængighed af biologiske processer, og et top-down perspektiv, som viser afhængigheden af både det psykobiologiske niveau og de påvirkninger, personen udsættes for i interaktion med samfund og gruppe. Emergensmodellen nedenfor viser den gensidige påvirkning mellem de forskellige elementer i hierarkiet: gener – enzymer, hormoner – neurotransmittere – psykofysiologi – emotioner – kognition – identitetsfølelse (Rosenberg, 2013). Modellen er sammen med den bio-psyko-sociale model brugbar i en integrativ forståelse af neuropædagogik, da den sammenstiller forhold på mange forskellige niveauer og dermed lægger op til en multifaktoriel forståelse af psykiske lidelser.

Figur 10.1: Emergensmodel

Kilde: Rosenberg, 2013...

#### 10.4.1 En multifaktoriel forståelse af psykisk lidelse

I ICD 10's klassifikation af psykiske lidelser har man tilstræbt at undgå at pege på årsagsfaktorer i diagnoserne. Udviklingen af en psykisk lidelse opfattes også her som et samspil mellem en medfødt eller erhvervet psykisk sårbarhed og de belastninger, personen kommer ud for på forskellige tidspunkter i livet.

Årsagen til en psykisk lidelse er multifaktoriel og rummer både biologiske, psykologiske, sociale, kulturelle og samfundsmæssige aspekter, der gensidigt påvirker hinanden. Det kan derfor have stor betydning, hvordan fx barndommen tilrettelægges, herunder dagtilbud, skole og uddannelse samt de gældende politikker på områderne. Samspillet mellem de forskellige faktorer kan give en stor variation i lidelsens omfang og udtryk, hvilket betyder, at den kendte diskussion om enten arv eller miljø ikke længere er meningsfuld. Mange faktorer skal således tænkes sammen i vurderingen af, hvad der kan ligge til grund for en psykisk lidelse. Behandlingen af den pågældende lidelse indebærer derfor en tværfaglig tilgang i en professionel praksis (Lier et al., 2009; Rosenberg, 2013).

Fremkomsten af psykiske lidelser forekommer oftere i nogle familier og mindre ofte i andre. Meget peger på, at der er en øget risiko for at udvikle en psykisk lidelse, hvis der er andre i familien, som også har en psykisk lidelse. Derfor er det nærliggende at konkludere, at der er tale om en genetisk disposition. I klassiske studier i



1900-tallet blev forholdet mellem gener og miljø undersøgt hos både enæggede og tveæggede tvillinger. Enæggede tvillinger har samme arvemasse, dvs. de har samme genotype, og tveæggede tvillinger har 50 % fælles arvemasse, som det også ses ved andre søskende. Studierne viste en øget arvelighed for psykisk sygdom hos de enæggede tvillinger, især i forhold til lidelser som skizofreni og bipolar affektiv sindslidelse. Hvis den ene tvilling fx har haft en eller flere perioder med bipolar lidelse, er der en øget risiko på 70 – 80 % for, at den anden tvilling også udvikler lidelsen. At miljøet i denne sammenhæng har stor betydning, påvises af de 20 – 30 % af enæggede tvillinger, som ikke udvikler lidelsen (Madsen, 2018).

Nyere studier, som har fokus på epigenetiske mekanismer, understreger netop miljøets betydning for, at en disposition for psykisk lidelse kan komme til udtryk. Epigenese er en proces, hvor gener tændes eller slukkes, alt efter hvilke påvirkninger personen og dermed generne udsættes for. Enæggede tvillinger med samme arvemasse kan, modsat tidligere studier, således vise store forskelle i forhold til, hvilke somatiske og psykiske lidelser de kommer til at udvikle (Kjærgård et al., 2012). Miljøpåvirkninger i form af kemiske stoffer, fx pesticider, men også mangelfuld ernæring påvirker ikke blot fosterets hjerne, men også både børn og voksnes hjerner og fysik generelt.

Det er endnu ikke påvist, at bestemte gener fører til bestemte psykiske lidelser, men der er udbredt enighed om, at generne har en betydning i forhold til at udvikle psykisk sårbarhed – en sårbarhed, som kan realiseres i kontakten med miljøet, og som kan føre til forskellige psykiske lidelser (Gøtzsche, 2015).

#### *10.4.2 Epigenetisk medicin*

Et nyt forskningsfelt er epigenetisk medicin, der undersøger, hvordan livstilsfaktorer kan påvirke vores DNA og dermed have betydning for hjernens sundhed. Inden for dette forskningsfelt undersøges sammenhængen mellem hjerne og mave-tarmsystemet. Studierne peger på, at risikofaktorer for neurologiske og psykiske lidelser kan findes i sammensætningen af vores tarmbakterier. I forsøg med mus, viser det sig muligt at ændre musens psykiske tilstand ved at indsætte tarmbakterier fra mentalt sunde mus i mus, der lider af enten angst eller depression. Antagelsen om, at fx depression skyldes en kemisk ubalance i hjernen, kritiseres i disse år og udfordres også af den epigenetiske medicin. Tryptophan, forstadiet til serotonin, reguleres af tarmbakterierne, hvorfor tarmens sundhed er afgørende for den mentale sundhed. Det hævdes her, at det især er udviklingen af inflammation og graden heraf, som det ses ved en usund tarm, der er afgørende for depressionens sværhedsgrad. Antidepressiv medicin øger serotoniniveauet i hjernen, men det har også en dæmpende effekt på inflammation. Det er derfor nødvendigt, i behandlingen af for eksempel depression, at bevæge sig ud over det biologiske niveau og se på miljøfaktorer som livsstil og kost.

Selvom forsøgene endnu ikke kan overføres til mennesker, har de fleste nok på egen krop oplevet en forbindelse mellem psyke og mave ikke mindst, når vi bliver bange. I daglig sprogbrug kender vi udtryk som ”at have sommerfugle i maven”, ”have is i maven” eller ”have en god mavefornemmelse”- udsagn, som alle peger i retning af denne sammenhæng (Enders, 2015; Perlmutter, 2015).

#### *10.4.3 Kan psykisk lidelse forebygges*

Den arvelige disposition kan i teorien hindres i at bryde ud, hvis barnet vokser op i et stimulerende miljø med nærværende voksne, hvor der sikres en god udvikling og en sund livstil samt grundlægges et godt selvværd.

Den medfødte disposition kan modsat bryde igennem, hvis miljøet ikke er tilpas udviklende og støttende, eller barnet er udsat for direkte omsorgssvigt. Biologi og miljø påvirker hinanden, og derfor er børn af forældre med psykiske lidelser, som fx skizofreni eller bipolar lidelse, særligt sårbare i forhold til selv at udvikle en psykisk lidelse. Den eventuelt medfødte disposition får lettere ved at blive realiseret, da forældrene i deres sygdomsperioder ikke i samme grad har ressourcer til at tilgodese barnets behov. Hvis den voksne ikke er følelsesmæssigt tilgængelig, har opmærksomhed på barnet og dermed evner at regulere og afstemme sig med



barnets forskellige tilstande, opstår der en risiko for fejludvikling, som kan øge barnets psykiske sårbarhed. Et tydeligt eksempel på dette er fx de rumænske børnehjemsbørn.

En vigtig pointe er dog, at det er umuligt til fulde at kontrollere miljøet, da de fleste familier, også ressourcestærke, kan komme ud for belastninger, som kan sætte en anderledes udvikling i gang. Børn kan fødes med alvorlige sygdomme og handicaps, som påvirker deres udvikling og mestringsstrategier, hvilket kan sætte processer i gang i familien, der kræver uanede ressourcer fra både forældre og søskende. Børn kan miste deres forældre, vokse op i fattigdom og krig, være nødt til at flygte, blive udsat for mobning – forhold, som stiller store krav til omgivelsernes ressourcer i forhold til at tilgodese barnet.

Derudover er det også vanskeligt at kontrollere miljøet i forhold til kemikalier, pesticider, og andre farlige stoffer i luft, vand og fødevarer. Alt sammen stoffer, som kan påvirke det lille barns hjerne og dermed resultere i forskellige udviklingsforstyrrelser, der på sigt også kan føre til psykiske lidelser.

#### *10.4.4 Udsathed hos mennesker med nedsat psykisk funktionsevne*

Som nævnt i forrige afsnit er det forbundet med en øget sårbarhed og dermed udsathed at blive født med nedsat psykisk funktionsevne. Ofte har det spæde barn brug for, at forældrene skal yde en ekstra indsats i forhold til at tilgodese barnets basale behov for kontakt, mad og søvn. Et lille barn, som har svært ved at spise og sove, og som ikke responderer normalt på forældrenes kontakt, kan være vanskeligt at afstemme følelsesmæssigt. Når en funktionsnedsættelse eller udviklingsforstyrrelse først opdages i løbet af førskole- eller skolealder, kan barnet ofte have været udsat for en manglende forståelse og kravtilpasning i omgivelserne. Disse forhold kan, alt afhængig af vanskelighedernes omfang og samspillet med miljøet, føre til en anderledes udvikling, som på sigt kan resultere i en psykisk lidelse (jf. kap. 9).

Når mennesker med nedsat psykisk funktionsevne er særligt udsatte i forhold til at få en psykisk lidelse, skyldes det ikke mindst deres kognitive funktionsniveau. Som vist ovenfor ses fx en øget forekomst ved faldende IQ samt en øget forekomst ved stigende alder. Udover kognitive funktionsnedsættelser ses der ofte sensoriske forstyrrelser hos målgruppen, hvilket samlet resulterer i større stresssårbarhed hos den enkelte, som dermed øger risikoen for en psykisk lidelse, fx depression, tvangshandlinger og i værste fald psykoser.

Borgere med nedsat psykisk funktionsevne er også sårbare i forhold til at få en psykisk lidelse, da de har begrænset mulighed for at forme deres eget liv. De vælger fx ikke selv, hvor de vil bo, hvem de skal bo sammen med samt hvem og hvor mange, der skal drage omsorg for dem. Der kan af mange grunde ikke altid ændres på disse forhold, men det er vigtigt, at borgeren får så stort medborgerskab som muligt, inddrages i beslutningerne omkring eget liv samt får tilstrækkelig hjælp og støtte. Hos borgere, der mistrives i deres botilbud, ses ofte et øget konflikt- og stressniveau, som kan resultere i en psykisk lidelse.

Samtidig kan det nedsatte kognitive funktionsniveau betyde, at borgeren ikke forstår egen situation og heller ikke kan vurdere konsekvenserne af egne valg. I de situationer, er det afgørende, at medarbejderen formår at iagttage og tolke borgerens signaler og give valg på et passende niveau, der hvor det er muligt. Det er kendt, at et øget stressniveau belaster hjernens funktioner og dermed øger risikoen for fx depression og angst (Thybo, 2013).

Borgere på botilbud har ofte haft mange skift i løbet af livet. Fx kan betydningsfulde omsorgspersoner være forsvundet ud af borgerens liv, ofte uden særlig forklaring, eller uden efterfølgende bearbejdning af den sorg, dette har afstedkommet for borgeren. Borgeren kan kognitivt have begrænsede muligheder for at forstå den meget abstrakte situation, det er at miste en, man holder af. Fravær af meningsfuldhed, sammenhængskraft og håndterbarhed i livet spiller således også ind på den psykiske sårbarhed.





En psykisk lidelse hos et menneske med nedsat psykisk funktionsevne øger sandsynligheden for udfordrende adfærd, men er ikke i sig selv en forudsætning herfor. Mange mennesker med nedsat psykisk funktionsevne udviser også en udfordrende adfærd uden at have en psykisk lidelse (Tetzchner, 2003).

Når mennesker er psykisk sårbare, fordrer det en øget opmærksomhed på de faktorer i omgivelserne, som kan virke stressende på borgeren. Den professionelle skal derfor kunne aflæse borgerens advarselstegn for at forebygge, at borgeren skubbes over sin stresstærskel.

#### 10.4.5 Stress

I ICD-10'en klassificeres forskellige belastningsreaktioner, som fx akut og posttraumatisk belastningsreaktion (WHO, 2009). Her er tale om belastninger af en sådan grad, at personen ikke længere kan indgå i dagligdagen på samme måde som før belastningsreaktionen.

Stress betegner både en legemlig og en psykisk belastning, men er ikke i sig selv en sygdom. Stress er fysiologisk set en instinktiv kamp eller flugtreaktion, hvor kroppen er i alarmberedskab. Dette ses blandt andet ved, at personen er anspændt i kroppen, årvågen og har svært ved at koncentrere sig og rette opmærksomheden mod det, der er vigtigt. En stressreaktion involverer både hormon-, nerve- og immunsystem. Hvis belastningerne ikke aftager, og stresspåvirkningen bliver langvarig, hæmmes immunsystemet, hvilket kan føre til kroniske sygdomme såsom astma, allergi, forhøjet blodtryk, sukkersyge m.m. Sygdomme, som man formentlig har anlæg for, aktiveres nu på grund af stress. Når et menneske oplever stressbelastninger, er der også en øget risiko for depression og angst (Thybo, 2013).

Borgere med nedsat funktionsevne stresses naturligt af det, der generelt stresser alle mennesker. Det kan fx være voldsomme ændringer i livet, overgreb, at blive mødt med krav, man ikke kan honorere, at have flere aftaler og opgaver, end man magter, bo i et botilbud, hvor der er uro og støj, eller blot være usikker på, hvor man skal holde jul, eller hvilke medarbejdere der kommer næste dag. Selvom mennesket med nedsat psykisk funktionsevne er stressfølsomt på baggrund af det medfødte handicap, skal stress stadig forstås som noget relationelt og kontekstuel, der opstår på baggrund af en ubalance mellem borgerens ressourcer og omgivelsernes evne til at skabe et miljø, der sikrer, at borgeren kan mestre livet med de ressourcer, der er tilgængelige.

#### CASE 10.1

*Sofie har haft en dag på dagtilbuddet, hvor der har været en gruppe og spille. Hun har været meget spændt på dette arrangement, og i mange dage forinden har hun glædet sig. Hun har haft svært ved at sove og har ikke kunnet koncentrere sig om de dagligdags rutiner, men har hele tiden talt om koncerten på dagtilbuddet, om hvad hun skulle have på, hvem der skulle med, hvilken medarbejder hun mon skulle sidde ved siden af og så videre. Det har været helt umuligt at fastholde hende i de daglige gøremål, og hun har haft svært ved selv de mest simple rutiner.*

Casen viser, at en positiv begivenhed, som Sofie glæder sig voldsomt til, også stresser hende meget, fordi den ikke hører til den daglige trykke og forudsigelige hverdag. Stressbelastningen her opstår på baggrund af de mange uforudsigelige og ubekendte faktorer, som begivenheden rummer.

Generelle tiltag i forhold til at imødegå stress vil være at tilrettelægge indsatsen, så den kompenserer for borgerens forskellige kognitive udfordringer, ikke mindst i forhold til begrænsninger i de eksekutive funktioner, central kohærens og mentalisering (Elvén, 2012). Indsatsen må sikre, at borgerens basale behov for søvn og hvile, mad og drikke samt fysisk aktivitet og berøring, tilgodeses. Derudover skal der skabes en forudsigelig hverdag, stilles passende krav samt arbejdes med at skabe mening i borgerens liv under hensyntagen til de ressourcer, borgeren har.



### 10.5 Psykiske lidelser hos mennesker med nedsat funktionsevne

I den professionelle praksis er det afgørende at have et tæt samarbejde med en psykiater, når borgeren udvikler en bekymrende adfærd, som ikke udelukkende kan afhjælpes pædagogisk. Det er vigtigt, at psykiateren har et solidt kendskab til målgruppen og dens forskellighed samt har forståelse for, i hvilken grad anvendte pædagogiske tilgange i kombination med medicin kan fremme eller hæmme borgerens muligheder for at komme sig. Derfor skal det undersøges, hvilke faktorer i relationen til medarbejdere, bofæller, pårørende og til miljøet, som er medvirkende til at vedligeholde symptomerne.

Diagnosen er vigtigt i forhold til behandlingen, og det er endvidere afgørende, at borgeren bliver mødt af medarbejdere, som har viden om de specifikke diagnoser. Diagnosen kan, som nævnt, besvare spørgsmålet om, hvad personen fejler, men dette vil ikke fortælle alt, da mennesker med samme diagnose er meget forskellige i både personlighed og reaktioner.

Borgere med nedsat psykisk funktionsevne har ofte nogle meget komplekse problemstillinger, som rummer et broget symptombillede, hvor der er et overlap mellem forskellige psykiatriske diagnoser og udviklingsforstyrrelser – med andre ord en høj grad af komorbiditet. Derudover kan der være misbrugsproblemer og andre problemer, som fx relaterer sig til tidlig omsorgssvigt eller manglende social inklusion. Denne kompleksitet kræver en særlig tilgang, når vi skal forstå psykisk lidelse fra borgerens perspektiv og efterfølgende hjælpe borgeren til en højere grad af trivsel. Den professionelle kan kvalificere sin forståelse af og hjælp til den psykisk lidende ved fx at lade sig inspirere af den salutogenetiske tilgang og The Power Threat Meaning Framework (PTM) tilgangen, som begge beskrives nedenfor.

#### 10.5.1 Salutogenese

Salutogenese (saluto = sundhed og genese = årsag til) betyder årsager til sundhed. Det er et forskningsområde, der undersøger de mekanismer, som ligger til grund for et menneskes trivsel, sundhed og robusthed. Der er tale om en dynamisk og ressourceorienteret tilgang til sundhed, udviklet af Aron Antonovsky, som var israelsk-amerikansk professor i medicinsk sociolog. Han blev inspireret til den salutogenetiske idé omkring 1970, hvor han undersøgte flere israelske kvinder fra forskellige etniske grupper og observerede, hvordan de tilpassede sig overgangsalderen både fysisk og psykisk. Antonovsky undersøgte, om der var en sammenhæng mellem det at have været i koncentrationslejre, oplevelsen af stress og den fysiske helbredstilstand (Thybo, 2013).

Aron Antonovsky sætter lighedstegn mellem sunde mennesker og evnen til at håndtere stressorer. I hans undersøgelse af årsager til sundhed fandt han frem til at kalde evnen til at håndtere stressorer for *oplevelse af sammenhæng*. Antonovsky definerer oplevelse af sammenhæng (OAS) som:

*...”en global indstilling, der udtrykker den udstrækning, i hvilken man har en gennemgående, blivende, men også dynamisk følelse af tillid til, at 1) de stimuli, der kommer fra ens indre og ydre miljø, er strukturerede, forudsigelige og forståelige; 2) der står tilstrækkelige ressourcer til rådighed for en til at klare de krav, disse stimuli stiller; og 3) disse krav er udfordringer, der er værd at engagere sig i”* (Antonovsky, 2000:37).

OAS opnås gennem en opmærksomhed på følgende tre faktorer i borgerens liv:

- Begribelighed - støtte til, at borgeren forstår det, der sker, og at det er forudsigeligt
- Håndterbarhed - at borgeren oplever at kunne håndtere de krav, der stilles, og at belastningsbalancen er i orden
- Meningsfuldhed - det at livet giver mening, og at borgeren oplever sig som aktiv deltager i sit liv (Thybo, 2013).



Den salutogenetiske tilgang kan hjælpe os til at få øje på, hvor der er et misforhold mellem fx funktionsniveau og krav, forudsigelighed samt meningsfuldhed i dagens aktiviteter.

### 10.5.2 PTM – et nyt perspektiv på psykisk lidelse

The British Psychological Society har udarbejdet en ny teoretisk tilgang i forhold til at forstå afvigende adfærd eller psykiske lidelser. Tilgangen, som folder det multifaktorielle perspektiv ud, integrerer mange aspekter af psykisk lidelse og benævnes *PTM (The Power Threat Meaning Framework): Towards the identification of patterns in emotional distress, unusual experiences and troubled or troubling behaviour, as an alternative to functional psychiatric diagnosis*.

Formålet med PTM-tilgangen er at udvide eksisterende forståelser ved at tilbyde et grundlæggende anderledes perspektiv på lidelsens oprindelse, hvordan den opleves af personen selv, samt hvordan den kommer til udtryk. Fremfor kun at diagnosticere lidelsen ud fra en diagnosemanual, og dermed udelukkende besvare spørgsmålet om, hvad personen fejler, omfatter tilgangen fire indbyrdes forbundne aspekter:

1. **POWER:** (magt) som den udfolder sig biologisk/kropsligt, juridisk, økonomisk/materialistisk, ideologisk, socialt/kulturelt og interpersonligt.
2. **THREAT:** (trussel) som kommer fra en negativ udfoldelse af magt og vedrører en person, gruppe eller større fællesskab, med særlig reference til følelsesmæssig/psykisk lidelse, samt den måde, dette medieres på biologisk.
3. **MEANING:** (betydning) som konstrueres gennem sociale og kulturelle diskurser, og som har en central rolle i at forme både udfoldelsen, oplevelsen og udtrykket af *power, threat, og response to threat*.
4. **RESPONSE TO THREAT:** (respons) som en reaktion på *power, threat og meaning*, som en person, gruppe eller fællesskab må anvende for at sikre følelsesmæssig, fysisk, relationel og social overlevelse. Disse spænder fra automatiserede fysiologiske reaktioner til sprogligt baserede og bevidst udvalgte handlinger og reaktioner.

Disse fire forbundne aspekter undersøger ikke kun, hvad personen fejler, på den måde diagnosesystemerne gør gennem specifikke kriterier. De undersøger i højere grad personens oplevelse af tilstanden, hvilken betydning den har haft på dennes liv, samt hvordan personen har reageret på og mestret tilstanden. Derfor stilles der også andre spørgsmål for at forstå, hvordan den enkelte person oplever sin lidelse. Dette undersøges gennem fire spørgsmål:

1. Hvad skete der med dig? (Hvordan har magt fungeret i dit liv?)
2. Hvordan påvirkede det dig? (Hvilke trusler har dette udgjort?)
3. Hvilken betydning har du tillagt det? (På hvilken måde giver disse situationer og oplevelser mening for dig?)
4. Hvad gjorde du for at overleve? (Hvilke reaktioner på trusler anvender du?)

Oversat til praksis kan der stilles to yderligere spørgsmål:

1. Hvad er dine styrker? (Hvilke ressourcer (power) har du?)
2. ... og i forhold til at integrere det ovenstående: Hvad er din fortælling?

PTM-tilgangen sikrer, at personen med en psykisk lidelse får mulighed for at byde ind med en subjektiv oplevelse af lidelsen, herunder forklare de professionelle, hvorfor de tilsyneladende uhensigtsmæssige mestringsstrategier kan ses som meningsfulde (Johnstone & Boyle, 2018). For de borgere, der ikke kan forklare sig, bliver det de professionelles opgave at besvare spørgsmålene på borgerens vegne.



Selvom tilgangen læner sig op ad normalpsykiatrien, kan den være meningsfuld i en integrativ neuropædagogisk praksis, hvor neuropædagogen løbende bestræber sig på at forstå borgerens problemstillinger så nuanceret som muligt. Netop det at være undersøgende på personens egen forståelse giver mulighed for i højere grad at hjælpe personen på den rette måde. Dette kræver et indgående kendskab til personens livshistorie, mentale funktionsniveau, øvrige handicaps, relationer, interesser m.m., jf. figur 1.1: Spindelvævsmodellen.

PTM-tilgangen hjælper den professionelle til at stille andre spørgsmål og dermed få indsigt i den psykisk lidendes måde at forstå og se verden på. Forståelsen af den andens perspektiv og livshistorie er afgørende for at kunne yde en optimal hjælp.

I næste afsnit belyses gennem eksempler, hvordan en kompleks problemstilling, som også rummer en psykisk lidelse, kan se ud i en professionel praksis.

### 10.5.3 Depression og sorg

#### CASE 10.2

*Peter er en venlig og høflig mand på 45 år. Peter vil pludselig ikke på dagtilbud længere og uanset, hvor meget medarbejderne forsøger at motivere han, afviser han at stå op og gøre sig klar. Han har tidligere været glad for sit arbejde og for at køre med bostedets bus derover. Peter vil heller ikke med på busture sammen med de andre og kun køre med bus, hvis det er sammen med en medarbejder.*

*Peter begynder at sove dårligt, vågner tidligt om morgenen eller modsat sover mere end sædvanligt. Han mister appetitten, men spiser meget gerne søde sager, og samtidig mister han interessen for det, han plejer at være optaget af. Når medarbejderne forsøger at motivere ham til noget, bliver han sur og råber: "Nej, gider ikke, gå væk!" Peter trækker sig mere og mere væk fra det sociale liv og bruger meget tid under dynen. Når medarbejderen inviterer Peter ind i fællesskabet, siger han: "Jeg er syg, ondt i hovedet." Peters tanker og tale kredser om, at han ikke kan finde ud af noget, at han er dum, og at andre synes, han er dum. Ofte siger han: "Far og mor kan ikke lide mig. Peter skal tage sig sammen. Jeg kan ikke noget. Ulrik er dum."*

Et af kernesymptomerne ved depression er nedsat stemningsleje. Det karakteriseres ved, at borgeren oplever omgivelserne som gennem en gråtonet film, hvor intet lys trænger igennem, og hvor intet kan ændre den knugende sindsstemning. Det er for vedkommende en fremmed og ubegribelig følelse, som ikke kan og må forveksles med sorg efter gængs opfattelse. Alt, hvad man normalt glæder sig over, mister interesse, og personen plages samtidig af en overvældende træthed og følelse af uoverkommelighed. Trætheden kan være i sådan en grad, at det giver hovedpine og muskelsmerter. På grund af den lammende udmattelse kan personlig pleje føles fuldstændig uoverkommelig. Søvn er ofte påvirket ved depression, således at man ofte sover meget døgnet igennem. Trods kronisk træthed er det kendetegnende, at den depressive vågner tidligt om morgenen og ikke kan sove igen.

Medarbejderne begynder at undersøge, om der kan være forhold, der har skubbet til udviklingen af en depression hos Peter. Det viser sig, at der er startet en ny bruger i dagtilbuddet, som Peter er utryg ved. Brugeren hedder Ulrik, og han er ikke blot i dagtilbuddet, men skal også køre med samme bus som Peter, da han bor i nærheden af Peter. Ulrik har fået til opgave at lave kaffe om formiddagen sammen med Peter, et gøremål som Peter indtil da har klaret selvstændigt og følt glæde og stolthed over at kunne udføre. Peter plejede at kalde de andre brugere til kaffe, når den var brygget færdig, og han nød stor anerkendelse, når brugerne sagde "tak for kaffe" til ham.



Ulrik har været truende over for Peter, når Peter siger, han selv vil lave kaffe. Medarbejderne har primært anvist Peter i forhold til, at de nu sammen skal hjælpes ad med kaffen. For at sikre, at Peter og Ulrik ikke kommer for tæt på hinanden under kaffebrygningen, har de flyttet kaffemaskinen til et nyt sted i køkkenet. Når Peters forældre er på besøg, opfordrer de Peter til at tage på arbejde. De siger, at han ikke bare kan slappe af hver dag, men skal se og tage sig lidt sammen.

Peter har ikke haft indflydelse på eller magt til at gøre noget ved sin situation. Han er ikke blevet inddraget i beslutningen om, at han skal samarbejde med Ulrik. Han oplever et tab af status, i og med han ikke længere må lave kaffen selvstændigt, og han høster ikke længere anerkendelse fra de andre. Kaffebrygningen er også blevet besværliggjort, da rutinen nu er lavet om, idet kaffemaskinen er placeret et nyt sted, langt væk fra køkkenvask, affaldsspand, kaffebønner og kaffefiltre. Med andre ord kan Peter ikke længere anvende en allerede indlært rutine, når han skal lave kaffe.

Peter har følt sig truet, både af Ulrik, men også af sit tab af status. Truslen fra Ulrik forekommer ikke blot i dagtilbuddet, men også i bussen til og fra arbejde. Peter har reageret på truslen ved at fortælle Ulrik, han selv vil lave kaffe. Da dette ikke hjælper, har han reageret ved at trække sig.

Medarbejderne hjælper Peter med at sætte ord på det, der er sket. De stiller ikke krav om hans deltagelse i aktiviteter eller arbejde, men bruger meget tid sammen med ham i hans lejlighed, hvor de blandt andet giver ham massage. Efterhånden som Peter får det bedre, undersøger medarbejderne, hvilke andre veje der er til at Peter igen kan opnå status og anerkendelse blandt de andre. De har et tæt samarbejde med dagtilbuddet og med forældrene, så alle trækker på fælles hammel. En medarbejder fra dagtilbuddet kommer også på besøg og taler med Peter om, hvad der skal til, for at han kan vende tilbage til sit arbejde.

Når et menneske med nedsat psykisk funktionsevne bliver deprimeret, er det således vigtigt at undersøge, om personen har oplevet tab, som vedkommende sørger over. Tabene kan ligge langt tilbage i tiden, hvor de i ubearbejdet form til stadighed kan have indflydelse på personens stemningsleje. Dette ses ofte i forbindelse med dødsfald af nære pårørende, hvor tabet kan blive til en kronisk sorg, hvis der ikke arbejdes med sorgen på en måde, som er meningsfuld for borgeren.

### CASE 10.3

*Gitte har mistet sin mor for seks måneder siden. Hun var ikke med til begravelsen, da familien ønskede at skåne hende. Da Gittes mor levede, kom hun på besøg hos Gitte næsten hver søndag, hvor de blandt andet altid gik en tur sammen og tog på cafe. Gitte kom også hjem på besøg til højtiderne. Gitte bliver ofte ked af det, græder uhæmmet og er utrøstelig. Hun gentager ofte ordene: "savner mor, savner mor." Pludselig kan Gitte blive glad igen, hvor hun ler og griner tilsyneladende sorgløst".*

Sorg er en følelsesmæssig situation, der alt efter kultur og historisk periode opfattes forskelligt. Sorg er ikke en sygdom, men en proces, der igangsættes af tab, som dødsfald, skilsmisse, tab af arbejde eller andre eksistentielle ændringer. I de fleste tilfælde fremkalder andres død en sorgperiode (Hollund & Rudbeck, 2009).

Mennesker med psykisk nedsat funktionsevne oplever ofte mange tab. Det er derfor af stor vigtighed at have fokus på at støtte borgeren i at få bearbejdet sorgen over de tab, der opstår for eksempel ved flytning, tab af kontaktperson, tab af funktioner, dødsfald i familien og blandt bofæller.

Sorgarbejde med børn viser, at barnet ofte går ind og ud af sorgen, hvor det kan være dybt ulykkeligt det ene øjeblik og kort tid efter lege sorgløst. Det samme ses ofte hos mennesker med nedsat fysisk og psykisk funktionsevne. Det betyder ikke, at de ikke sørger, men at de på grund af deres mentale udviklingsniveau ofte



sørger på samme måde som børn. Sorgen kan dog vare ved længe og her tales om fastlåst eller patologisk sorg, der kan forveksles med depression.

Sorgprocessen kan hos mennesker med nedsat fysisk og psykisk funktionsevne have andre udtryk og være forsinket, fx på grund af vanskeligheder med at forstå, hvor fx en afdød pårørende er henne og hvorfor denne ikke kommer igen, vanskeligheder med at udtrykke følelser samt manglende erfaring og viden om, at følelser forandres igen. Sorgreaktionen kan forløbe følelsesmæssigt i forhold til det mentale udviklingsniveau og ikke i forhold til kronologisk alder, som beskrevet i eksemplet med Gitte ovenfor. Det betyder ikke, at Gitte skal behandles som et barn, men at man skal hjælpe hende med at bearbejde sorgen på en måde, der er meningsfuld for hende for eksempel gennem brug af billedmateriale og let forståelige bøger om temaet. Ved dødsfald kan man sammen besøge den afdødes gravsted, lave en mindebog med billeder af de oplevelser, man havde sammen samt tale om den afdøde og anerkende de følelser, borgeren har i forhold til savnet.

Det er også vigtigt, at den professionelle får viden om, hvordan man kan trøste borgeren, samt hvilket indhold borgeren havde i relationen med den afdøde, en savnet medarbejder eller bofælle. Opgaven går da ud på, at finde muligheder for at tilbyde samme indhold i den relation den professionelle har med borgeren.

#### 10.5.4 Angstlidelser

##### CASE 10.4

*Lone er for nylig flyttet hjemmefra sine forældre. Hun har inden indflytningen været i aflastning samme sted, så hun er bekendt med de fysiske rammer og de andre, som bor der. Hver søndag pakker hun sin kuffert, da hun tror, hun skal hjem til forældrene igen. Hun affinder sig med, at medarbejderen hjælper hende med at pakke ud igen, men virker tydeligvis skuffet og trist. Lone får nogle gange besøg af sine forældre, og kommer også ind imellem på besøg hos dem.*

*Efter et stykke tid begynder Lone at vaske hænder meget tit, både når der af omgivelserne synes at være en grund til det, og når der ikke synes at være nogen grund. Hænderne vaskes mange gange og efter et bestemt ritual. Forsøger man at afbryde hende i ritualen, bliver hun irriteret og urolig. Når Lone tager bad og efterfølgende tager tøj på, afmærker hun alle kanter på undertøjet med et vådt fingeraftryk efter et ganske bestemt mønster. Hvis hun afbrydes, skal hun starte forfra. Når hun er klar til at tage på arbejde skal hun afmærke dørkarmen efter samme princip, før hun kan komme ud af døren.*

OCD (Obsessiv Compulsive Disorder) er en angstlidelse, der er karakteriseret ved tvangstanker (obsessioner) og tvangshandlinger (kompulsioner). Lidelsen kan variere meget i sværhedsgrad.

Tvangstanker er ubehagelige og skræmmende idéer eller forestillinger, der trænger sig på og er umulige at slippe. Sædvanligvis er personen klar over, at det er dennes egne tanker, selvom de opleves ufrivillige. De mest almindelige tvangstanker handler om smitte, snavs, dødelig sygdom samt forestillinger med aggressivt eller seksuelt indhold.

Tvangshandlinger er gentagne handlinger og ritualer, som skal udføres, og hvor personen har en oplevelse af, at hvis han ikke gør det, vil der ske noget frygteligt. De mest almindelige tvangshandlinger handler om sikkerhedstjek, overdreven renlighed, orden, optælling og symmetri. Personen ved sædvanligvis, at handlingerne er irrelevante, men de tjener til at neutralisere det frygtede indhold i tvangstankerne. Følelsen af angst for, at tankerne skal realiseres, er så ubehagelig, at den dermed tvinger personen til at udføre tvangshandlingen (Mark, 2008).

Det formodes, at mennesker med nedsat psykisk funktionsevne er karakteriseret med en overvægt af tvangshandlinger frem for tvangstanker, og at denne overvægt øges i takt med nedsat kognitiv funktion.



Personen kan have svært ved at mærke og forklare sin angst, og har også reducerede evner til at finde en passende måde at dæmpe og håndtere angsten på. Tvangshandlingerne kan derfor ses som en måde at bevare kontrollen på i en angstfyldt situation.

Det er vigtigt, at skelne mellem OCD og de udfordringer, som målgruppen har pga. af deres reducerede kognitive evner og overbliksvanskeligheder. Disse udfordringer betyder, at de har et større behov for kontrol og forudsigelighed, som blandt andet kan etableres gennem ydre struktur, tilpasning af kommunikation og krav.

Hos mennesker med nedsat psykisk funktionsevne, samtidig autisme spektrum forstyrrelser eller blot et meget lavt kognitivt niveau, kan det være vanskeligt at skelne, hvornår der er tale om tvangshandlinger eller stereotypier. Ofte ses stereotypier, hvis personen er understimuleret. Understimuleringen kan fx handle om manglende kontakt med medarbejdere, manglende mulighed for at kommunikere med andre på et tilpasset niveau samt en manglende evne til at håndtere de stimuli, der er i omgivelser, for eksempel på grund af sensoriske forstyrrelser, hvorfor det bliver nødvendigt at opsøge eller tilføre sig selv stimuli, som kan tilfredse personens særlige behov (Tetzchner, 2010).

Den primære behandling af OCD er kognitiv adfærdsterapi, og for at være virksom, skal den tilpasses personens kognitive niveau. Da der er stor angst forbundet med lidelsen, er det generelt nødvendigt, at være opmærksom på at sænke kravene og reducere de angstskabende situationer mest muligt. Her er det vigtigt at kortlægge sårbarhedsfaktorer og begrænse stressorer, der kan vedligeholde symptomer og dermed stå i vejen for borgerens mestring af situationen.

Dette indgår også i eksponeringsbehandling, som er en tilgang, der ofte praktiseres af psykologer. Medarbejderen kan i denne behandlingssammenhæng støtte borgeren på følgende måde:

- ved at hjælpe borgeren med at møde angsten i små doser, dvs. ikke undgå den helt
- ved at hjælpe borgeren med at tåle at mærke angsten ved at være tæt på, støtte sprogligt, spejle og anerkende
- ved at understøtte eksponeringen blidt
- ved at tilpasse krav og forberede borgeren
- ved at undgå at understøtte sikkerhedsadfærd
- ved at forvente tilbagefald – tænke i pauser frem for tilbageskridt
- ved at have tålmodighed ([www.oligo.nu](http://www.oligo.nu))

I casen med Lone kontaktes psykiateren, som sætter Lone i medicinsk behandling med SSRI-præparater. Sideløbende støtter pædagogerne Lone med at få en højere grad af selvkontrol. Dette gøres gennem en visuel struktur, der skaber forudsigelighed omkring, hvornår Lone skal hjem på besøg, og hvornår forældrene kommer på besøg. Lone får bevilget flere timer i en seks måneders periode, hvor medarbejderen kan give hende mere kontakt med et indhold, som tager udgangspunkt i det, Lone er motiveret for at lave. Den mere hyppige kontakt med medarbejderne betyder, at Lone gradvist kan udsætte behovet for at vaske hænder og udføre sine ritualer i længere tid.

### 10.5.5 Skizofreni og borderline

#### CASE 10.5

*Sussie bor på et botilbud sammen med andre borgere med nedsat psykisk funktionsevne og psykiske lidelser. Sussie har et godt sprog og er selvhjulpnen i mange sammenhænge. Sussie kan let blive utålmodig med andre, og hun er ofte meget insisterende i forhold til, hvordan tingene skal foregå. Sussie begynder en dag at følge efter medarbejderen på en listende og årvågen måde, og selvom medarbejderen i første omgang forsøger at lede Sussies opmærksomhed på andre ting, bliver hun ved. Medarbejderen spørger da venligt og*



undersøgende: "Hvorfor bliver du ved med at følge efter mig". Sussie svarer: "Jeg har netop hørt i radioen, at fordi jeg i går talte med dig om, at jeg er spion, har du fået en viden, som betyder, at du er på Al Qaedas dødsliste. Derfor passer jeg på, at der ikke er nogen efter dig".

Skizofreni er en meget belastende og invaliderende sygdom, som påvirker en persons tænkning, perception, (opfattelsesevne) følelsesliv og social funktion. Skizofreni udvikler sig langsomt, hvor der kan forekomme både lette og meget svære symptomer.

Diagnosen skizofreni kan stilles, hvis der forekommer vedvarende bizarre vrangforestillinger, eller hvis det observeres, at mindst to symptomer inden for gruppen hallucinationer med vrangforestillinger, tankeforstyrrelser, kataton adfærd eller negative symptomer forekommer. Kataton adfærd er legemlige motoriske symptomer, fx stilstand eller motorisk uro ofte i form af stereotype bevægelser. De negative symptomer har med det affladede følelsesliv og den reducerede sociale funktion at gøre (Vestergaard & Sørensen, 2001).

Tidligere antog man, at mennesker med udviklingshæmning og en IQ under 50 ikke udviklede skizofreni. I dag er der enighed om, at skizofreni hos mennesker med nedsat psykisk funktionsevne kan identificeres og behandles ([www.oligo.nu](http://www.oligo.nu)).

I casen støtter medarbejderen den medicinske behandling ved at anerkende og rumme Sussies oplevelse og de følelser, der er forbundet hermed, ved at sige: "Jeg kan høre, du er meget forpint over, at du tror, du har bragt mig i fare. Det er flot, at du i den situation vælger at passe på mig, og jeg kan se, du er bange".

Derefter beskriver medarbejderen sine tanker om situationen: "Jeg er sikker på, at ingen har fået en viden, der er farlig for mig, for du fortalte mig det i et rum, hvor ingen andre har kunnet høre, hvad vi snakkede om." Hertil svarer Sussie: "Vi blev aflyttet". Så kan man sammen tjekke lejligheden for aflytningsudstyr, og der bliver ikke fundet noget. Det overbeviser ikke Sussie helt, men medarbejderen fastholder respektfuldt, at det så ikke er sandsynligt, at de blev aflyttet, og siger: "Jeg er ikke bange for at være forfulgt, og i øvrigt er jeg god til at passe på mig selv".

Hos borgere, som Sussie, med vrangforestillinger diskuteres det ofte, hvorvidt der skal realitetskorrigeres eller ej. Sussies forestillinger er forstyrrede, men virkelige for hende, og derfor kan de ikke blot korrigeres. Ved at fastholde en korrigerende af hendes forestillinger, kan der desuden opstå risiko for, at hun bliver angribende og farlig for sine omgivelser. Samtidig er det dog vigtigt, ikke at "køre med" på hendes vrangforestillinger, som om man oplever det samme. Opgaven består i nænsomt at anerkende hendes perspektiv af virkeligheden som værende reel for hende samtidig med, at man præsenterer et andet perspektiv uden krav om, at hun skal godtage dette perspektiv. På denne måde får Sussie et grundlag for at føle sig løst fra opgaven.

#### CASE 10.6

Susanne er en kognitivt forholdsvist velfungerende kvinde. Hun er opvokset i et hjem med forældre, der har haft misbrugsproblemer, og hvor hendes behov ikke er blevet tilgodeset. Der har siden førskolealderen været mistanke om seksuelt misbrug. Susanne er meget impulsstyret og reagerer kraftigt på ikke at få sine umiddelbare behov tilfredsstillet. Hun kan i sin tilgang til andre mennesker virke meget grænseoverskridende.

Susanne er en livlig pige, med gang i mange ting på værkstedet, hvor hun arbejder. Hun kærester lidt med Bo, men er imidlertid også lidt kæreste med Kjeld fra sit botilbud. Det svinger meget, hvem hun er mest glad for af de to. Nogle gange vil Kjeld ikke være kæreste med hende, fordi hun er så svingende i sin adfærd. Når Kjeld afviser hende, bliver hun meget ked af det og føler sig svigtet og angst for, at han vil forlade hende. I sådanne situationer kan det ske, at hun reagerer ved at skære sig i armene. Afvisningen fra Kjeld





*overskygger nu alt, og hun vælger fx ikke at tage hjem til sin mors fødselsdag, da hun hellere vil prøve at genetablere forholdet til Kjeld. Hun reagerer ikke synderligt på, at hendes mor bliver ked af denne prioritering.*

*Susanne har flere medarbejdere, hun er meget glad for, og er optaget af at sige meget godt om dem. Andre af medarbejderne hader hun nærmest og lægger ikke skjul på dette. Der skal ikke meget til, før en medarbejder, hun er glad for, pludselig kan blive afvist af hende. Susanne kan vært verbalt krænkende og truende over for den afviste medarbejder.*

*Ifølge medarbejderne laver Susanne ofte splitting i personalegruppen, hvor hun har lavet opdeling af gode og onde medarbejdere. Susannes meninger om de enkelte medarbejdere er dog svingende og afhængig af, hvad hun lige har hørt, andre har sagt”.*

Susanne er blevet diagnosticeret med en borderline lignende personlighedsforstyrrelse. Det karakteristiske ved diagnosen er en manglende identitetsfølelse, der fører til manglende indre psykisk stabilitet samt ustabile relationer til andre. Symptomerne omhandler bl.a. usikker og forstyrret identitetsoplevelse, intense og ustabile forhold til andre, separationsangst og tomhedsfølelse. Mange vil også have en tendens til at være selvdestruktive. Derudover ses en række umodne og neurotiske forsvarsmekanismer som fx projektion, projektiv identifikation, splitting, idealisering, devaluering, fortrængning (Vestergaard & Sørensen, 2001; Mark, 2008).

Når der er tale om mennesker med nedsat psykisk funktionsevne er borderline personlighedsforstyrrelse en omdiskuteret diagnose, der ikke stilles nær så hyppigt som eksempelvis angst- og depressionsdiagnoser. Det er vanskeligt at skelne mellem udviklingshæmning, umoden personlighed og personlighedsforstyrrelse, og i praksis stilles diagnosen derfor meget sjældent ([www.oligo.nu](http://www.oligo.nu)). I stedet benyttes begrebet borderline lignende personlighedsforstyrrelse.

Ofte taler professionelle om splitting, når en borger med nedsat psykisk funktionsevne og en borderline lignende personlighedsforstyrrelse forsøger at få opfyldt et behov. Hvis borgeren fx giver udtryk for et ønske og får afslag fra medarbejderen, ses det ofte, at borgeren vil forsøge sig hos en anden medarbejder og bliver måske imødekommet her. Her er der ikke tale om splitting, men om en brugbar strategi i forhold til at få et behov opfyldt.

Borgeren med borderline lignende personlighedsforstyrrelse har brug for tryghed, omsorg, kravtilpasning, angstreduktion og grænsesætning, uden konfliktoptrapning.

I relation til Susanne sørger medarbejderne for at skabe en høj grad af forudsigelighed i miljøet samt for at give tryghed i relationen blandt andet gennem en tydelig kommunikation. I det daglige sikres tydelige rutiner og strukturer, der er med til at give Susanne en indre struktur, som også kan gøre hende mere tryk.

Medarbejderne undersøger sammen Susannes handlinger og forsøger at se verden med hendes øjne, fx hvilke bagvedliggende trusler oplever Susanne, som kan give anledning til, at hun må bruge en række umodne og neurotiske forsvarsmekanismer.

Da det er let at blive ramt personligt af Susannes verbale angreb og afvisninger, modtager medarbejderne supervision, så de kan rumme de forskellige roller Susanne tildeler dem, hvor de enten er inde i varmen eller ude i kulden. De er bevidste om, at Susanne til stadighed vil afprøve deres relation og forsøge at genetablere tidligere lærte relationsmønstre. Dette hjælper medarbejderne til ikke at tage det personligt, når Susanne er grænseoverskridende, truende og afvisende i relationen.



## 10.6 Andre tilgange til behandling

Som flere af eksemplerne viser, er det nødvendigt at lave en grundig udredning af borgerens udfordringer for at kunne tilbyde den rette behandling. Som nævnt er personer med samme diagnose ikke ens og skal derfor heller ikke have den samme behandling, selvom diagnosen kan være med til at udstikke de overordnede retningslinjer for den medicinske og pædagogiske behandling.

For borgere med nedsat psykisk funktionsevne er det vigtigt, at den individuelle tilgang passer til borgerens kognitive funktionsniveau. Hos borgere med et relativt højt funktionsniveau, kan tilgange som fx recovery, psykoedukation, samtale og jeg-støtte benyttes. For borgere med et lavt funktionsniveau kan kropslige, musik- og kunstterapeutiske samt spædbarn- og legeterapeutiske tilgange anvendes. Disse tilgange kan dog også være virksomme hos borgere med et højere kognitivt funktionsniveau.

I den integrative neuropædagogik er det netop den professionelle opgave at skræddersy tilgangen til den enkelte ved at trække på en bred vifte af tilgange, som understøtter den måde borgeren oplever sin verden på. De forskellige tilgange kan derudover tilpasses borgerens funktionsniveau gennem en alternativ støttet kommunikation.

**I dette kapitel har du fået viden om psykiske lidelser hos mennesker med nedsat funktionsevne. Kapitlet har introduceret læseren til en multifaktoriel forståelse af psykisk lidelse, som blandt andet er underbygget af emergensmodellen og PTM-tilgangen. Forholdet mellem arv og miljø samt epigenetik er belyst i et forsøg på at belyse den kompleksitet, der ses hos borgeren med nedsat psykisk funktionsevne. Kompleksiteten er blevet udfoldet gennem cases, som netop viser, hvordan den integrative neuropædagogiske tilgang anvendes i praksis.**

---

### Supplerende læsning

Der findes mange tilgange til behandling i arbejdet med borgere med psykiske lidelser. Hvis du vil læse mere uddybende om de forskellige tilgange kan følgende litteratur anbefales:

Guul, M.A.C., Andersen, S.A. og Lydersen, G. S.(red): *Hjerne & psykiatri i professionel praksis*. Viborg: VIA Systime.

---

### Litteratur

Bakken, T. L. (2018): Behov for psykiatrisk behandling for mennesker med udviklingshæmning. I Sørensen, K., Eifer, D. & Olsen, M. E. (red.): *Udviklingshæmning – en grundbog*. Aarhus: Forlaget Oligo.

Brinkmann, S. (red.) (2010): *Det diagnosticerede liv. Sygdom uden grænser*. Aarhus: Forlaget Klim.

Brinkmann, S. & Petersen, A. (red.) (2015): *Diagnoser. Perspektiver, kritik og diskussion*. Aarhus: Forlaget Klim.

Enders, G. (2015): *Tarme med charme - Alt om et undervurderet organ*. København: Art People/Peoples Press.

Flachs, E. M., Michelsen, S.I., Uldall, P. & Juel, K. (2014): *Sundhedstilstanden blandt voksne med udviklingshæmning* Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet, Odense.



- Guul, M.A.C. & Andersen, S.A. (2012): Kort introduktion til hjernen og til redaktionens videnskabelige position. I Guul, M.A.C., Andersen, S.A. og Lydersen, G. S.(red): *Hjerne & psykiatri i professionel praksis*. Viborg: VIA Systime.
- Gøtzsche, P.C. (2015): *Dødelig psykiatri og organiseret fornægtelse*. København: People's Press.
- Hollund, S. & Rudbeck, L. (2018): *Når udviklingshæmmede sørger: en bog om tab, sorg og trøst*. Odense C: Socialt Fagforlag.
- Horwitz, A.V. (2015): Firkantede klodser og runde huller: Er psykiatriske og medicinske diagnoser sammenlignelige. I Brinkmann, S. & Petersen, A. (red.) (2015): *Diagnoser. Perspektiver, kritik og diskussion*. Aarhus: Forlaget Klim.
- Jansen, H. m. fl. (1994): *Udviklingshæmmede med psykiske lidelser*. Dansk psykiatrisk selskab og Landsforeningen LEV.
- Johnstone, L. & Boyle, M. with Cromby, J., Dillon, J., Harper, D., Kinderman, P., Longden, E., Pilgrim, D. & Read, J. (2018): *The Power Threat Meaning Framework: Overview*. Leicester: British Psychological Society.
- Larsen, I. U. & Gausbøl, U. K. (2011): *Gentagelser, vaner og tvang – om OCD og OC-spektrumforstyrrelser*. Aarhus: Frydenlunds Forlag.
- Lier, L., Isager, T., Jørgensen, O.S., Larsen, F. W. & Aarkrog, T. (2009): *Børne og ungdomspsykiatri*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Madsen, P. L. (2018): *Frihedens pris. En kort historie om menneskehjernen*. København K.: Lindhardt og Ringhofs Forlag A/S.
- Mark, D. og Gerlach, J. (red.) (2008): *De almindelige psykiatriske lidelser. Håndbog for pårørende*. SIND, Landsforeningen Bedre Psykiatri, PsykiatriFonden & Psykiatriskole Vest.
- Perlmutter, D. (2015): *Hjernens nye liv. Tarmfloraens forbløffende evne til at helbrede og beskytte din hjerne*. København: Borgens Forlag. Gyldendal.
- Rosenberg, R. (2013): Neuropsykiatri: definition, afgrænsning og sygdomsopfattelse. I Rosenberg, R., Jørgensen, P. & Videbech, P.: *Klinisk neuropsykiatri – fra molekyle til sygdom*. 2. udgave, 1. oplag. København: FADL's Forlag.
- Sørensen, K. & Larsen, P. L. (2018): I Sørensen, K., Eifer, D. & Olsen, M. E. (red.): *Udviklingshæmning – en grundbog*. Aarhus: Forlaget Oligo.
- Tetzchner, S. v. (2003): *Udfordrende atferd hos mennesker med lærehemning. Betydningen av kommunikation, boforhold og tjenester*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Thybo, P. (2013): *Neuropædagogik. Hjerne, liv og læring*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Vestergaard, P. & Sørensen, T. (2001): *Psykiatri – En lærebog om voksnes psykiske sygdomme*. København: FADL'S Forlag.
- WHO (2009): *WHO ICD – 10. Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser. Klassifikation og diagnostiske kriterier*. København: Munksgaard Danmark.



### **Internetkilder**

[www.who.int](http://www.who.int) (2018). Lokaliseret 4.7.2018: <http://www.who.int/classifications/icd/revision/en/>. ICD – 11: The 11th Revision of the International Classification of Diseases.

oligo.nu (2017). Lokaliseret den 19.7.2017: <http://www.oligo.nu> *Center for oligofrenipsykiatri.*

ordnet.dk (2018). Lokaliseret den 9.4.2018: <http://ordnet.dk/ddo/ordbog?query=diagnose> *diagnose.*

socialportalsyd.dk (2017). Lokaliseret 25.7.2017: <http://www.socialportalsyd.dk/wm214351>  
*Udviklingshæmmede med psykiatrisk overbygning samt svært psykisk syge udviklingshæmmede.*



## Stikordsregister

- angstlidelse; 15  
 angstskabende situationer; 15  
 arvmasse; 7  
 behandling; 3  
 belastningsreaktion; 9  
 bidiagnose; 4  
 borderline personlighedsforstyrrelse; 17  
 bottom-up perspektiv; 6  
 central kohærens; 10  
 depression; 12  
 diagnose; 4  
 diagnosebegreber; 5  
 diagnosekategori; 4  
 diagnosemanual; 11  
 diagnosesystem; 11  
 diagnosticering; 5  
 DNA; 7  
 DSM V; 4  
 eksponeringsbehandling; 15  
 emergens; 6  
 Emergensmodellen; 6  
 Epigenese; 7  
 epigenetisk medicin; 7  
 forsvarsmekanismer; 17  
 genotype; 7  
 grundmorbus; 4  
 hallucinationer; 16  
 ICD-10; 3  
 ICD-11; 5  
 identitetsfølelse; 17  
 inflammation; 7  
 kataton adfærd; 16  
 klassifikationssystem; 4  
 kognitiv adfærdsterapi; 15  
 komorbide lidelser; 4  
 komorbiditet; 4  
 lidelser; 6  
 mave-tarmsystemet; 7  
 medicinsk behandling; 16  
 mental retardering; 5  
 mentalisering; 10  
 mestrings; 15  
 miljøfaktorer; 7  
 Miljøpåvirkninger; 7  
 misbrugsproblemer; 10  
*multifaktoriel forståelse*; 6  
 multifaktorielle perspektiv; 11  
 OCD; 15  
 omsorgssvigt; 10  
 patologisering; 3  
 prævalens; 5  
 psykiater; 10  
 psykiatrien; 4  
 psykiatrisk behandling; 5  
 psykiatrisk diagnose; 4  
 psykisk diagnose; 4  
 psykisk lidelse; 3  
 psykisk lidende; 10  
 psykisk sygdom; 3  
 psykisk sårbarhed; 3  
 psykoser; 8  
 PTM-tilgangen; 11  
 pædagogiske behandling; 18  
 relationsmønstre; 18  
 Salutogenese; 10  
 salutogenetiske tilgang; 10  
 samsygelighed; 4  
 selvdestruktiv; 17  
 serotoniniveauet; 7  
 Skizofreni; 16  
 social inklusion; 10  
 somatikken; 4  
 somatiske diagnose; 4  
 somatiske sygdomme; 4  
 sorg; 12  
 Sorgarbejde; 14  
 Sorgprocessen; 14  
 splitting; 18  
 SSRI-præparater; 16  
 stereotyper; 15  
 Stress; 9  
 stressbelastninger; 9  
 stressorer; 15  
 stresssårbarhed; 8  
 stresstærskel; 9  
 sygdomme; 4  
 sygdomsbillede; 4  
 sygdomsklassifikationssystem; 3  
 symptomer; 4  
 symptomoverlap; 5  
 syndromer; 4  
 sårbarhedsfaktorer; 15  
 tankeforstyrrelser; 16  
 top-down perspektiv; 6  
 tvangshandlinger; 15  
 tvangstanker; 15  
 udsathed; 8  
 vrangforestillinger; 16



- viden i fællesskab