

Indholdsfortegnelse

Indledning	1.
Emneformulering	2.
Emneafgrænsning	2.
Begrundelse for valg af emne	2.
Litteratur og metodeovervejelser	2.
Praktiske oplysninger om opgaven	2.
Historisk rids	3.
Tvangstanker og tvangshandlinger	4.
Tvangstanker	4.
Tvangshandlinger	5.
Lignende fænomener	6.
Forholdet mellem tvangstanker og - handlinger	7.
Udbredelse og beslægtede faktorer	8.
Vurdering/fejkilder	9.
Forløbet af OCD	10.
OCD's indvirkning på arbejde, familie og det sociale liv	11.
Familien, samt det øvrige netværks rolle	12.
Børn og unge med OCD	13.
Familiens roller overfor børn og unge med OCD	14.
Forholdet mellem OCD og andre psykiske lidelser	14.
Hvornår er OCD psykotisk/neurotisk?	15.
OCD årsager	16.
Udviklingspsykologiske teorier	18.
Freud og Erikson	18.
Hvornår skal man søge hjælp?	21.
Behandling af OCD	21.
Adfærdsterapi	21.
Kognitiv terapi	22.
Kognitiv adfærdsterapi	23.
Eksposering, reaktions-hindring og modelindlæring	24.
Medicinsk behandling	25.
Psykoanalyse	26.
Elektrokonvulsiv terapi (ECT)	26.
Hypnose	27.
Hjernekirurgi	27.
Gruppeterapi	27.

Krops- og træningsorienterede behandlingsformer	28.
Pædagogens rolle	29.
OCD foreningen	33.
Konklusion	34.
Perspektivering	34.
Evaluering af egen arbejdsindsats	35.
Bilag 1. Peters case	36.
Interview med Marianne Grønborg	41.
Interview med Eva Nielsen	42.
Interview med Kent Eldow	43.
Litteratur	45.



Tore B. 99

OCD Specialet 2002

INDLEDNING

Mange mennesker - både børn og voksne kender til tvangssymptomer i mildere grad fra deres dagligdag. De fleste af os kender til at checke komfuret, ovnen, eller andre elektriske installationer, før vi trygt kan gå i seng om aftenen. Men forskellen på disse mildere symptomer og en patient som lider af sygdommen OCD (*Obsessive Compulsive disorder) er, at vi ikke til stadighed pines af tvangstanker, som patienter med OCD lidelsen gør det.

OCD er en skjult sygdom,
som kan starte i din barndom.
Den er ikke særlig kendt,
men at have den er slemt.

At have tvangstanker er plagsomt,
og de forsvinder yderst langsomt.
Tvangshandlinger tager mange timer,
også hvis det ikke lige rimer.

Med en sygdom som OCD regnes du for sær,
så føler du dig ikke meget værd.
OCD ønsker jeg ikke for min værste fjende,
heller ikke hende jeg har derhjemme.

Det er alt, hvad jeg vil sige
om OCD her og nu min dreng og pige.
Husk at hjælpe andre end dig selv
helst uden at slå nogen ihjel.

Lisbeth

(Internet adresse digte www.Lisbeth_m.subnet.dk)

EMNEFORMULERING

Vi vil i vores opgave sætte fokus på lidelsen OCD, og hvordan den påvirker den ramte, samt dennes netværk. Derefter vil vi belyse hvilke former for hjælp der tilbydes, og hvilken rolle pædagogen har.

EMNEAFGRÆNSNING

På grund af dels vores manglende viden, dels det fåtallige litteraturvalg har vi valgt at afgrænse os mindst muligt for at komme hele vejen rundt om OCD.

BEGRUNDELSE FOR VALG AF EMNE

100.000 danskere har sukkersyge - en lidelse alle kender til. Samme antal danskere lider af OCD, men hvor mange ved reelt hvad dette indebærer? Dette misforhold skyldes manglende information, og derfor vil vi gerne gøre vores til, at der bliver sat mere fokus på OCD.

Een i gruppen er medlem af den norske OCD forening, Ananke, og vidste derfor, at informationsbehovet for lidelsen OCD lige nu er umætteligt. Lidelsen er nemlig først indenfor de sidste ti år begyndt, at komme frem i lyset, og mange ved ikke hvad OCD er. Denne manglende viden, ville vi gerne gøre noget ved og valget af emne faldt derfor uden tvivl på OCD.

LITTERATUR - OG METODEOVERVEJELSER

Da emnet OCD først for alvor begyndte at blive omtalt i halvfemserne, er litteraturomfanget noget begrænset. Desuden forskes der stadig inden for området og materialet er derfor i kontinuerlig udvikling. Derfor vil vi indhente viden omkring emnet, ikke bare på biblioteket, men også via internettet og medierne, dvs. aviser, tidsskrifter, pjecer, samt fjernsyn. Vi håber på denne måde at skaffe relevant information, og dermed arbejde med den sidste nye viden indenfor emnet.

Vi vil også foretage opsøgende arbejde og lave interviews; blandt andet hos den danske OCD forening, samt på Hvidovre hospitals Psykiatriske afdeling. I forhold til det opsøgende arbejde, vil vi gøre en stor indsats for at finde en case.

Disse metodevalg håber vi kan bidrage til mange interessante diskussioner i gruppen.

PRAKTISKE OPLYSNINGER OM OPGAVEN

På grund af casens størrelse har vi valgt at lægge den som bilag. Vi opfordrer stærkt til den bliver læst, da vi henviser til den flere steder i opgaven. Vi har valgt at bruge betegnelsen "den ramte" eller "patienten", når vi beskriver mennesker med OCD - alt efter om vi skriver i pædagogiske, psykologiske eller behandlingsmæssige sammenhænge.

HISTORISK RIDS

Indtil for ca. 20 år siden var tvangslidelser et ukendt begreb. Symptomer typisk for denne lidelse har ganske vist været beskrevet, men kun få psykologer og psykiatere har arbejdet specifikt med den og aldrig så målrettet som i dag.

Igennem århundreder har en række forskellige betegnelser været hæftet på det vi i dag kalder OCD. Tilstanden har været opfattet som en dæmonisk besættelse, har været kaldt en *1*religiøs melankoli, *2*skrupuløsitet, *3*folie de doute *4*psykasteni, og endelig en *5*tvangsneurose. (A.12, s.11)

1. Depression med religiøst indhold(A.15)
2. Overdreven betænkelig(A.1)
3. Tvivlesyge, ængstelse for ikke, at have udført en dagligdagshandling(A.8)
4. Sindstilstand, præget af ængstelse, tvivl og mindreværd(A.1)
5. Forstyrrelse, består af tvangstanker og/eller handlinger(A.15)

I historisk litteratur fra 1500-tallet og fremefter kan man finde flere beskrevne tilfælde af OCD. Første gang OCD beskrives som en selvstændig lidelse, uafhængig af depressive tilstande, er i 1878 af den tyske neurolog Carl Westphal.

I 1907-08 beskrev Freud et eksempel på, hvad han kaldte en typisk tvangsneurose. Mod al sædvane destruerede han ikke sine analysejournaler, og disse er senere blevet udgivet i bogen "Rottemanden".

De sidste årtier har man imidlertid sat spørgsmålstegn ved de psykoanalytiske teoriers evner til at forklare en række psykiatriske tilstande, da OCD har været stor set ubehandlelig med traditionel psykoanalyse. Desuden begyndte man, at betvivle lidelsens sammenhæng med andre neuroser, hvilket førte til yderligere selvstændiggørelse af betegnelsen OCD. (A.12, s.12)

I dag sættes der desuden fokus på de biologiske årsagsfaktorer, hvilket har bevirket, at medicin har fået betydning i behandlingsforløb. Dette ser vi som en naturlig udvikling i, at løse gåden om OCD. Finder man ikke tilstrækkelige resultater, er man nødt til at gå nye veje, som i al anden forskning.

TVANGSTANKER OG TVANGHANDLINGER

Tvangsfænomener er nært beslægtet med rituel adfærd. De har begge til hensigt at afværge ulykker, sygdom og død, samt skabe kontrol i en ellers kaotisk situation. Dvs. de grundlæggende bygger på ønsket om angstreducering. Ligeledes er den besværgende næsten magiske funktion kendetegnende for begge.

Det magiske aspekt kendes i øvrigt fra barndommen, hvor tankegangen i to - treårsalderen er karakteriseret ved *1*magisk tankegang. At den forefindes hos

voksne mennesker kan skyldes, at neurotikerer enten er fikseret, eller regredieret til dette stadium (A.2, s. 147). Hvad grunden til dette kan være, vil vi komme ind på i et senere afsnit. Her vil vi først og fremmest koncentrere os om nogle af de følger, det kan afstedføre, nemlig tvangstanker og -handlinger.

1. Opfattelse af, at mennesker og ting er udrustet med overnaturlige kræfter(A.15)

TVANGSTANKER

Tvangstanker, også kaldet obsessioner, er idéer, forestillingsbilleder, fantasier, impulser eller indskydelser, der dukker op i bevidstheden igen og igen. De er uønskede, og patienten prøver ofte uden held at afvise disse. I mild form kan det eksempelvis være at gentage remser eller ord inde i hovedet. Vores case Peter skulle også sige en remse af passwords for at checke ud af sin lejlighed, dette for at være helt sikker på, at den nu var blevet ordentlig låst. I sværere tilfælde får tankerne et aggressivt eller obscønt indhold, og bliver dermed yderligere pinagtige for patienten. Tvangstanker repræsenterer primært forbudte, eller driftfyldte behov og opleves derfor helt uden personlig mening for patienten. De mest almindelige temaer er besmittelse og snavs, sygdomme, død, vold, fare, religion og morale. Desuden forefindes sex-relaterede tvangstanker og mere sjældent nogle fuldstændig uden mening. Dette kan f.eks. være denne gentagne, invaderende tanke: "De drenge, da de var unge"(A.11, s.15) eller forestillingsbilleder om asymmetriske ting. Tvangstanken kan også komme til udtryk i en konstant tvivlen over egne handlinger.

Selvom tvangstanker virker fremmede, er det dog vigtigt at adskille dem fra eksempelvis de stemmer skizofrene hører. Tankerne er en passiv oplevelse, men dog er erkendelsen af tilhøret bevidst. Forskellen ligger således i, hvorvidt det er bevidst eller ubevidst.

Her er følgende nogle eksempler på tvangstanker (A.11, s. 13-14)

- En ung kvinde havde den tilbagevendende påtrængende tanke, at hendes mand ville dø i en bilulykke. Hun havde desuden livagtige forestillingsbilleder i forbindelse med disse tanker: Hun "så" ulykkesscenen for sig, de to biler, det smadrede glas, blodet og de kvæstede.
- En midaldrende mand havde den tilbagevendende tanke, at han havde eller ville udvikle kræft.

- En ung kvinde havde en tilbagevendende tilskyndelse til, at kvæle børn og husdyr. Dette blev efterfulgt af en usikkerhed omkring, hvorvidt hun allerede havde gjort dette.
- En 14 årig pige havde en tilbagevendende tilskyndelse, til at råbe sjofelheder i alt offentlighed. Hun havde også den tanke, at hun rent faktisk kunne finde på at gøre det, eller måske allerede havde gjort det.

Disse tanker vil naturligt søges at mindskes. Mange udvikler derfor tvangshandlinger, eller ritualer for at få fred, da de føler det er den eneste måde, at kontrollere tankerne på.

TVANGSHANDLINGER

Tvangshandlinger, også kaldet kompulsioner, består af gentagne adfærdsmønstre, der udføres efter bestemte regler, eller på en stereotyp måde.

I mild form kan det eksempelvis være, at rede sengen på en bestemt måde, eller udtale en særlig remse, når man krydser et dørtrin. I mere alvorlige tilfælde kan tvangshandlingerne komme til udtryk i en omfattende næsten besættende kontrol- eller vaskeadfærd, der udfylder de fleste af patientens vågne timer.

Uagtet det specifikke indhold, kan de alle grupperes i to hovedtyper, nemlig de motoriske, dvs. åbenlyse ritualer, og de kognitive, dvs. indre, følelsesmæssige ritualer. Definitivt er vaskeadfærden motorisk, hvorimod den tavse remse er kognitiv. Peter havde altså en kombination af kognitiv og motoriske tvangshandlinger. Grupperne kan yderligere deles ind i følgende 5 kliniske hovedtyper, listet efter forekomst (A.11, s. 43):

Vask / rengøring, som ofte bunder i tvangstanker om besmittelse med snavs, bakterier eller sygdom. Kontrol "checking", dvs. gentagen kontrol af eksempelvis døre, gashaner o. lign. Andre åbenlyse tvangshandlinger, såsom, at ordne/arrangere. Kognitive tvangshandlinger, altså tvangstanker, der ikke efterfølges af motoriske handlinger. Et typisk eksempel er trangen til at tælle. Ofte inkluderende et såkaldt magisk tal, som patienten skal søge at undgå eller benytte.

Tvangspræget langsommelighed, dvs. en generel langsommelighed ofte koncentreret omkring den personlige pleje, såsom at børste tænder og barbere sig. Den grundlæggende drivkraft, er som tidligere nævnt udsprunget af behovet for at neutralisere angst og ubehag. Ofte i form af ønsket om, at frembringe eller hindre en eller anden begivenhed.

Peters frygt var således, at være skyldig i en fejlagtig proces på laboratoriet. Angsten var koncentreret om sæberester, og blev senere i forløbet overført til egen person. Imidlertid er det ikke altid, at handlingen logisk hænger sammen med tanken. I nogle tilfælde er patienten ikke engang selv klar over, hvad det er for en situation han søger at undgå.

Denne irrationelle adfærd erkendes, men alligevel er trangen til at udføre handlingen så stærk, at det meningsløse negligeres. Adfærden giver således heller ingen glæde, selvom den på kort sigt giver en vis form for lettelse af anspændthed (E.1). I starten opleves en stærk modstand mod disse handlinger, men efterhånden mindskes denne. Patienter med kronisk OCD, kan opleve en ganske lille, eller endog slet ingen modstand.

Eksempler på tvangshandlinger (A.11, s.16-17):

- En ung mand kontrollerede dørhåndtag, gashaner og lyskontakter, hver gang han gik forbi dem.
- En 35-årig kvinde havde den tvangshandling, at hun skulle vaske og desinficere sig selv og sit tøj for at undgå kræft. Hun brugte hver dag mange timer på at gøre dette.
- En ung mand havde den tvangshandling at han skulle se sig tilbage over skulderen, hver gang han forlod en bygning. Han skulle først se sig over venstre skulder, så over den højre, og til sidst over den venstre igen.
- En mand åbnede breve, som han havde skrevet, igen og igen for at sikre sig, at han havde skrevet de rigtige ting. Han åbnede kuverten, læste brevet igen og lagde det i en ny kuvert op til flere gange, inden han lagde det i postkassen.

LIGNENDE FÆNOMENER

For yderligere at klargøre tvangsfænomenernes væsen kan det være en hjælp, at sammenligne dem med beslægtet optræden.

De adskiller sig således fra:

- Tics og spasmer, da disse er ufrivillige, motoriske reaktioner, der ikke aktivt frembringes af patienten.

- Vaner, såsom neglebidning og sutten på tommelfinger, da de er af ubevidst natur, og ikke frembringer modstand og desuden mangler hensigts- og meningsfuldhed.
- Almene tvangsfænomener og ritualer, pga. kvantiteten. Ca. 80% af den almene befolkning har oplevet disse, men i en grad, der ikke influerer væsentligt på hverdagen. Altså ikke virker invaliderende.
- Overtro, da denne er befolkningsmæssig generel og ikke frastødende i indhold. Tillige idet den både indeholder et positivt og negativt aspekt; dvs. både søger, at opnå og undgå begivenheder. Ligheden er, at de begge erkender handlingens irrationalitet.
- Tvangstanker hos borderline - personligheder, da disse ligger tættere på overfladen, dvs. er stort set bevidste, men dog forbudte ønsker. Eksempelvis kan følelsen af had mod sin ægtemand afstedføre tanken om, at slå ham ihjel. Angsten for reelt at gøre det, er dog kendetegnende for begge typer.
- Vrangforestillinger, da tvangstanken opfattes som sygelig af patienten, mens vrangforestillingen kun opfattes som sygelig af omgivelserne.

FORHOLDET MELLEM TVANGSTANKER OG -HANDLINGER

I ovennævnte beskrivelser er tvangstanker og -handlinger blevet diskuteret som adskilte fænomener, men i virkeligheden er de som oftest tæt forbundet. Eksempelvis er Peters vasketrang forbundet med tanken om, at ødelægge en proces på laboratoriet. Denne sammenhæng er typisk, da tvangshandlingen i de fleste tilfælde er afledt af tvangstanken.

Patienten mener sig i stand til at negligere tanken og dulme angsten ved at udføre et bestemt ritual. Således bliver tvangshandlingen opfattet som neutraliserende adfærd, altså indeholdende en neutraliserende eller udviskende funktion.

Eksempler på et sådant forhold mellem tvangstanker og -handlinger (A.11, s. 25)

1. En ung kvinde havde den invaderende tanke, at hun ville blive blind, hvis hun så på en sort ting. Dette fik hende til at udføre en indre tvangshandling, hvor hun forestillede sig ting i andre farver.

2. Når en person får den tvangstanke, at han ved et uheld er kommet til at røre ved noget, som har besmittet ham, vil han få en stærk tvangspræget tilskyndelse til at komme af med det smittede igen ved at vaske sine hænder på en bestemt måde, eller et bestemt antal gange.

I enkelte tilfælde forekommer tvangstanken alene, dvs. uden at den fører til en tvangshandling.

Eksempel (A.11, s. 25)

En ung kvinde havde stadigt tilbagevendende tanker og forestillingsbilleder om sit bryllup, der havde fundet sted for over et år siden. Disse tanker kredsede hovedsageligt om blomsterdekorationerne, som hun følte havde været utilfredsstillende. Tankerne gav hende ubehag, men de var ikke forbundet med nogen form for tvangshandling.

I andre, endnu mere sjældne, tilfælde finder tvangshandlingen sted uden en foregående tvangstanke.

Eksempel (A.11, s. 25)

En mand havde den tvangshandling, at han skulle forestille sig bilnummerplader på en bestemt måde. Hver gang han så en nummerplade skulle han forestille sig den igen, men sådan at numrene var ændret på en ganske bestemt måde, som f.eks. opløftet til anden potens, delt med to el.lign.

Sidst nævnte type har vi diskuteret meget i gruppen, men har ikke kunnet konkludere noget endeligt. Er det muligt, en sådan handling kan opstå uden en forudgående tanke? Kan det f.eks. være en tillært adfærd, indskydelse eller ubevist vane. Eller er den bundet af en konkret oplevelse - eksempelvis en skoletime? Måske er årsagen simpelthen tidsfordriv, der har eskaleret til det overdrevne?

UDBREDELSE OG BESLÆGTEDE FAKTORER

I alt lider ca.100.000 danskere af OCD, dvs. omkring 3 % af befolkningen. De er antageligt fordelt på ca. 1 % børn og unge, samt 2-3 % voksne. (D.2 & B.11, s. 1 & A.12, bagsiden)

På baggrund af de foreliggende, men endnu noget mangelfulde befolkningsundersøgelser, må man nemlig konkludere, at hyppigheden af OCD blandt børn og unge, ligger mellem $\frac{1}{2}$ og et par procent. Der er ingen grund til at tro, at børn

og unge er mere åbenhjertige med deres tvangssymptomer end voksne, og derfor er de fundne tal formentlig minimumsstørrelser.

I det hele taget, må man formode, at der forefindes et betydeligt antal OCD-tilfælde, som aldrig er blevet registreret. Enten fordi det ikke volder folk tilstrækkelige kvaler til de opsøger behandling, eller fordi de simpelthen ønsker at skjule det. (D.2) Mht. kønsforskelle er der ingen klar overvægt af hverken mænd eller kvinder. Dog er der en tendens til, at lidelsen starter tidligere hos mænd end hos kvinder. Desuden er der en typisk dominans af kvinder i den kliniske hovedtype med vaske- og rengøringstrang.

I følge Padmal de Silva (A.11) bor mange OCD patienter alene, og er desuden tilbøjelige til, at få færre børn, samt at blive gift i en senere alder. Dette stiller vi os kritiske overfor i efterfølgende afsnit. Det er usikkert om hyppigheden er kulturelt betinget. Men umiddelbart svarer resultaterne fra de forskellige undersøgelser nogenlunde overens. Eksempelvis er tallet i Norge 2 % (C.3) og i USA svingende mellem 1,9 og 3 % alt efter hvilken stat forskningen stammer fra (A.11, s. 65).

Endelig mener man, der er en overvægt af OCD- patienter med en højere uddannelsesmæssig baggrund. Disse antagelser ved man dog ikke om er korrekte, da der ikke er lavet deciderede undersøgelser på dette område. (A.12, s.88)

Generelt er der sket en stor stigning i registrerede OCD- tilfælde. Forekomsten i den almene befolkning var tidligere vurderet til at lægge på ca. 0,05 %, men er i dag som sagt helt oppe på omkring 3 %.

VURDERING / FEJLKILDER

Det er muligt, der er en overvægt af højtuddannede personer i gruppen af OCD- patienter. Men dette kan dog også skyldes at disse har flere ressourcer til at søge hjælp for. I så fald vil det være deres kliniske OCD der registreres.

Ligeledes stiller vi os kritiske overfor det stigende antal registrerede OCD- tilfælde, da dette udelukkende kan skyldes den tiltagende oplysning på området. Gentagen information og debat har gjort psykiske lidelser mindre tabu-belagte, hvilket kan afstedføre en større åbenhed på området.

I det hele taget er det svært at give eksakte tal. Dels fordi ikke alle med OCD søger hjælp. Dels fordi den diagnostiske fremgangsmåde ikke stemmer overens - hverken på tværs af landegrænser, eller de forskellige klinikker og hospitaler indbyrdes. Pga. den ringe diagnosticering lavede WHO og DSM i 1994, en 10. udgave af klassifikationssystemet. 145 lande er tilsluttet dette system hvilket indebærer

fælles beskrivelser og kriterier af psykiske lidelser (A.2,s 31-32). Med hensyn til OCD se bilag nr. 7.

Kritikken til Padmal de Silva baserer vi på, dels det faktum, at vi ikke har fundet tilsvarende resultater i andre bøger, pjecer, o. lign., dels at der er en generel tendens til at flere bor alene. Således kan alene denne udvikling være årsag til hans konklusioner.

FORLØBET AF OCD

Starttidspunktet for OCD ligger som oftest i ungdomsårene, eller den tidligere voksenalder. At Peter først fik OCD i en alder af 40 år er således ret atypisk.

Normalt siges det, at $\frac{3}{4}$ af tilfældene er diagnosticeret inden det 30. leveår.

I omtrent halvdelen af alle tilfælde begynder og udvikles problemerne gradvist. I den anden gruppe, hvor lidelsen starter mere pludseligt, ligger der ofte en konkret situation til grund. Der er ingen kendt sammenhæng mellem den måde, hvorpå lidelsen starter/udvikler sig, samt på dens prognoser og fremtidsudsigter (A.11, s. 67-68). I et tilfælde udviklede en mand eksempelvis alvorlige OCD- problemer med henblik på frygt for sygdom, umiddelbart efter han ved en operation havde fået fjernet en godartet svulst.

Forløbet er præget af svingninger, men selv ikke de gode perioder er normalt 100 % symptomfri. Grunden til nedturene, kan i følge Peter ofte være belastninger fra miljøet, eksempelvis stress eller bekymringer.

Udfra betragtninger af disse svingninger kan OCD- tilfældene deles op i to grupperinger(A.12, s. 43-44):

Fasisk OCD; dvs. OCD med et svingende forløb. I denne gruppe ser man således skiftevis perioder med tvangssymptomer, der opfylder invaliditetskriterierne for en OCD- diagnose og perioder med *1*subkliniske symptomer, altså tvangsfænomener, der ikke indvirker væsentligt på personens liv.

1. Bevidsthedsfravær af kort varighed, der ikke umiddelbart giver sig til udtryk i en synlig reaktion

Kronisk OCD; dvs. et forløb hvor tvangssymptomerne altid er til stede og af en sådan sværhedsgrad, at OCD- diagnosen er opfyldt. Ubehandlet får 85 % en kronisk lidelse. Det betyder, at hvis ingen effektiv behandling sættes ind, kan mange børn og unge udvikle en livslang lidelse.(F.2)

OCD` S INDVIRKNING PÅ ARBEJDE, FAMILIE OG DET SOCIALE LIV

OCD har stor indvirkning på den ramtes arbejde, familie og det sociale liv, indvirkningen er som regel i negativ retning. De erhvervsmæssige og sociale følger afhænger af OCD tilstanden, og lidelsens sværhedsgrad. I erhvervslivet kan OCD patienten opfattes som en dygtig medarbejder, da denne har en unormal stor ansvarsfølelse både overfor kolleger og arbejdsopgaver.

En person med OCD har høje krav til egen præstation, og lider i de fleste tilfælde af perfektionisme. Dette kan føre til popularitet på arbejdspladsen, da de opfattes som svært samvittighedsfulde og til at stole på, hvilket giver flere og flere ansvarsopgaver. Dette er dog ikke kun positivt, da ansvarsfølelsen kan tage overhånd og til sidst udmunde i udnyttelse og stress. Disse faktorer forstærker trangen til ritualer, hvilket igen fører til flere problemer i hverdagen. Forsinkelser, eller udeblivelser forekommer, da ritualer skal nås inden mødetid, og i alvorligere tilfælde umuliggør såvel arbejde, som et socialt liv. OCD bliver i nogle tilfælde så invaliderende, at det går ud over arbejdspladsen, og fører til en sygemelding, i værste fald en fyring.

Peter blev i sine værste perioder nødt til at bede sin chef om, at komme og hjælpe ham med at checke efter. På denne måde delte han ansvaret med sin chef, og kunne dermed løsrive sig fra ritualerne, hvis ikke, kunne han tit blive ved med, at checke helt til midnat for at være sikker på alt var i orden. Det er svært, at bevare et socialt netværk, hvis man hele tiden er slave for sine tanker og handlinger. Det sociale liv svækkes gradvist, da det er svært for andre mennesker, at forholde sig til en person der bruger en masse tid på kontrol-, rengørings-, eller andre former for ritualer.

Ofte er OCD patienten nødt til, at komme senere, eller melde afbud til sociale aktiviteter. Derfor fører OCD patienter ofte et temmelig indskrænket socialt liv, der er præget af isolation.

OCD patienter, som er hårdt ramt og hvor sygdommen har haft store indvirkninger på arbejde og netværk, sidder de ofte kun tilbage med kontakten til deres nærmeste familie. Det er i disse tilfælde vigtigt, at familien finder en fælles balancegang til at tackle sygdommen, samt prøver at forhindre, at pårørende bliver offer for syge tanker og handlinger. Dette vil vi kigge nærmere på i næste afsnit.. Nogle OCD patienter har nemlig en tendens til, at dominere og styre deres familie i en utrolig grad. Dette er enormt vigtigt at forhindre, da det kan skabe splittelse i familien, og føre til svigt og isolation af patienten.

OCD kan ofte medføre en økonomisk belastning. Mennesker med frygt for snavs og smitte har tit ritualer, som indeholder hyppig vask af både krop og bolig, f.eks. at vaske hænder eller gulv mange gange om dagen. Dette kræver et enormt forbrug af vand, rengøringsmidler o. lign. hvilket betyder store indkøbsomkostninger. Ritualerne kan ligeledes føre til slidtage og ødelæggelse på boligen, så som vandskader. Peter havde også store kondens problemer på sit badeværelse som følge af, at han lod varmt vand løbe i timevis. De økonomiske konsekvenser vil tit blive uoverkommelige store for nogle OCD patienter.

Mange af de handlinger og ritualer, som en OCD patient udfører, vil i længden gå ud over helbredet. Hyppig håndvask kan f.eks. give tørre og sprukne hænder, samt eksem, som en reaktion på de stærke rengøringsmidler. Nogle personer har så stor angst for snavs, smitte og bakterier, at de til og med gurgler hals i rengøringsmidler(D.2). Andre kan være bange for, at spise i rædsel for at maden er blevet besmittet af en sygdom, som f.eks. kræft eller AIDS.

FAMILIEN, SAMT DET ØVRIGE NETVÆRKS ROLLE

Det kan være svært for en familie, at blive ramt af OCD. I disse tilfælde er det uhyre vigtigt, at stå sammen og prøve, at finde en balancegang der kan fungere både for patienten og de øvrige familiemedlemmer. Dette kræver meget tålmodighed, da mange OCD patienter er usikre i forhold til, om de nu har udført sine handlinger og ritualer korrekt. De bliver derfor ved med at henvende sig til et familiemedlem for at få beroligende svar. I de fleste tilfælde giver familiemedlemmerne patienten sådanne forsikringer, selvom de evige henvendelser kan være meget trættende i længden. Det er vigtigt at familien støtter den OCD ramte, og prøver at hjælpe med til at de plagsomme tanker og handlinger mindskes, dette kan dog give familien mange konfliktfyldte udfordringer.

I de tilfælde hvor patienten er i arbejde kan det være vigtigt, at vise åbenhed omkring sygdommen, ligesom vores case Peter gjorde på sin arbejdsplads. Belastningen bliver således mindre, da patienten slipper for hele tiden at skjule lidelsen. Kolleger, samt chefen har også en mulighed for, at sætte sig ind i hvad OCD er, og på denne måde få en chance for at vise empati, forståelse og respekt. Støtte og tålmodighed er også vigtig fra både arbejdspladsens, og det øvrige sociale netværks side.

Vurdering

Det er ingen tvivl om, at sygdommen OCD har stor indvirkning på patientens familie, arbejde og sociale liv. Dette giver patienten mange konfliktfyldte udfordringer i dagligdagen, såvel som i det sociale netværk.

Samfundet er i dag ikke særlig fleksibelt og der er sjældent plads til afvigere. Mange føler, at psykiske lidelser er tabu, og man vælger på baggrund af dette, at tie om de psykiske problemer. Dette kan kun ændres ved, at vise større åbenhed omkring emnet.

Det er vigtigt, at mennesker med OCD er åbne omkring lidelsen for at give andre en chance til, at vise empati, samt forståelse. Man må sammen med OCD patienten finde en fælles holdning til, hvordan man skal forholde sig overfor tvangen, for at gøre situationen mere holdbar for alle parter.

BØRN OG UNGE MED OCD

Mellem 4 og 5 procent af alle børn og unge rammes af sygdommen OCD, heraf 1 procent i svær grad. Risikogruppen er velfungerende børn, som er ambitiøse, bekymrede og gerne vil tilfredsstille deres forældre. Tvangssymptomerne bryder som regel ud i puberteten, hvor sygdommen hyppigst viser sig hos piger. For drengenes vedkommende er sygdomsdebuten omkring børnehaveklassealderen, men denne forskel ser dog ikke ud til at spille nogen rolle for langtidsforløbet (B.8).

De fleste børn og unge med OCD har perioder med stærke tvangssymptomer, og andre hvor de enten er afdæmpede, eller måske helt forsvundne. Halvdelen af alle børn og unge med OCD bliver helt raske som voksne.

Hos børn der lider af meget svær OCD, går tvangssymptomerne i høj grad ind og påvirker deres dagligdag. Tvangstanker kan lægge beslag på en stor del af barnets tid, samt berøve koncentration og opmærksomhed, f.eks. i skolen. Læreren vil da kunne observere et tilsyneladende dagdrømmende barn, som har vanskeligt ved at følge med i timerne, eller som ikke kan få afleveret sine opgaver til tiden, fordi det på grund af sine tvangstanker, uafledigt skal gøre tingene om og om igen (A.14, s. 213). Vi mener, at pædagogen har nogle andre forudsætninger for at opdage og iagttage barnets evt. symptomer, da pædagogen ser barnet bredere end kun i en undervisningssituation.

Nyere forskning viser, at hovedforskellen mellem børn og voksne med OCD er, at børn ofte vil præsentere et meget komplekst og sammensat symptom billede. Dette i form af omfattende tvangsadfærd, tvangstanker, andre angstforstyrrelser og *1*affektive forstyrrelser, samt motoriske forstyrrelser (F.4). Symptombilledet hos voksne kan derimod ofte være mere afgrænset og kun omhandle et specielt område, som f.eks. angsten for snavs. Peters OCD var også indenfor et meget afgrænset

område, først i form af "checking", dernæst "vask".

1. Emotionelle eller følelsesforstyrrelser(A.15)

FAMILIENS ROLLE OVERFOR BØRN OG UNGE MED OCD

Behandlingen af børn og unge med OCD er den samme som gives til voksne (se kapitel om behandling af OCD), men familien spiller en større rolle. Princippet i behandlingen er, at mobilisere barnet og dets familie til, at gå imod barnets tvangssymptomer, det er derfor vigtig at hele familien deltager aktivt i behandlingen, og støtter barnet under hele forløbet.

Børn der lider af OCD, vil ikke kunne forstå sine tanker på samme måde som en voksen. Dette på grund af, de ikke har en fuldt udviklet tankegang og derfor ikke har sygdomsindsigt i lidelsen. Det er derfor vigtigt, at familien hjælper barnet med at forstå, at tankerne kun er nogle der vil forstyrre barnet, og ikke må få lov til dette.

Det kan derfor være vigtigt, at sætte navn på tankerne og kalde dem noget der er lettere for barnet at forstå, så som f.eks. den "slemme bjørn". Familien vil da bedre kunne forstå når de må træde til for at hjælpe barnet, samtidig med det også er nemmere for barnet, at udtrykke sig når angsten for den "slemme bjørn" rammer det. Dette kan være med til, at "ufarliggøre" tankerne ved at hele familien deltager i, at jage den "slemme bjørn" væk, samt at tankerne sammen med ritualerne aftager efterhånden (A.12,s.73).

FORHOLDET MELLEM OCD OG ANDRE PSYKISKE LIDELSER

Nogle lidelser optræder hyppigt sammen med OCD, mens andre har visse fællestræk. Vi vil her kort belyse disse forskellige tilstande set i forhold til OCD:

OCD optræder hyppigt sammen med depression. Typisk ses det, at patienter:

1. har haft depressioner inden OCD.
2. bliver deprimerede som følge af OCD.
3. udvikler tvangstanker, når de bliver deprimerede;

i sådanne tilfælde er tvangstankerne sekundære til depressionen og forsvinder som oftest, når depressionen går over.

Trods de mange paralleller er depression og OCD dog to vidt forskellige ting. Eksempelvis forekommer hallucinationer kun hos deprimerede patienter. Det er også kun her psykomotorisk hæmning, såsom nedsat fysisk aktivitetsniveau, appetitløshed, og søvnbesvær optræder. Desuden er de depressive tanker og tvangstanker

forskellige i form og indhold, idet ca. halvdelen af de tvangstanker, der udvikles i forbindelse med en depression har et aggressivt indhold af morderisk, eller selvmorderisk karakter. Dette er ikke tilfældet hos patienter med en ren OCD. Under en depression forværres OCD- symptomerne, og man er som oftest nødt til at behandle depressionen før traditionel adfærdspsykologisk terapi kan påbegyndes. (A.11,s.35 & A.12,s.53).

HVONÅR ER OCD NEUROTISK/PSYKOTISK

Som nævnt i afsnittet ovenfor har OCD mange ligheder med forskellige psykiske lidelser, og vi finder det derfor relevant, at se nærmere på forskellen mellem neuroser og psykoser.

Ved en neurose forstås, at en persons livsudfoldelse, mere eller mindre er præget af forsvarsmekanismer. Dette kan eksempelvis være fortrængning, hvor følelsesmæssige konflikter eller traumatiske oplevelser fordrives til det ubevidste.

Alle mennesker benytter sig i større eller mindre grad af forsvarsmekanismer, men bliver det et overdimensioneret mønster i livet, kan der udvikles karakterneurotiske træk, som f.eks. trang til overdreven renlighed(Frit efter A.2).

Psykoser derimod indeholder psykiske reaktionsmønstre, som vi ikke ser hos det symptomfrie menneske. Hele personligheden er påvirket, realitetsopfattelsen er forstyrret, og der er udviskede grænser mellem jeg og omverden. Patienten har ingen sygdomsindsigt, og kun en mangelfuld skelnen mellem fantasi og virkelighed (A.5, s. 216-218).

Desuden ses en væsentlig forskel i jeg - strukturen; Neurotikerens har et stærkt jeg og over- jeg, som afstedfører stærk fortrængning, hvorved der kan opstå symptomer, som f.eks. angst. Den psykotiske patient har derimod et svagt jeg, hvilket betyder, at fortrængte oplevelser siver frem i bevidstheden og forstyrrer realitetsopfattelsen.

I svært invaliderende tilfælde kan OCD bevæge sig fra det neurotiske til det psykotiske plan. Denne tilstand er blevet beskrevet som "obsessiv psykose" (A.125, s. 56). Det vil altså sige tvangstanker, der er så integrerede i patientens personlighed, at de nærmest har et psykotisk præg.

Intet tyder imidlertid på, at OCD- patienter har større risiko for at udvikle en psykose end andre mennesker. (A.12, s. 56) Dog påpeger psykolog Marianne Grønberg(E.2), at man under behandlingen skal være varsom med, hvor eksponeringen

sættes ind. Særligt angstprovokerende situationer kan i værste fald gøre patienten psykotisk.

Sammenfattende må vi konkludere, at neurosens karakter af psykisk lidelse udelukkende er et resultat af de psykiske problemers styrke og omfang, og ikke af deres natur. Det er altså ikke tilstedeværelsen af tvangstanker og/eller -handlinger, der er det vigtigste, men i hvilken grad de forårsager kvaler og/eller griber ind i personens liv. Således er det først, når tvangen ændrer på selve verdensopfattelsen, at lidelsen bevæger sig ind på det psykotiske plan.

OCD ÅRSAGER

Man kender endnu ikke gåden bag OCD, men både udfra psykologisk- og lægevidenskabelig betragtning er man enige om, det er en neurotisk lidelse, der er forårsaget af traumatisk udvikling i bestemte perioder af personlighedsudviklingen. (A.12, s. 86)

Af mulige biologiske årsager til OCD lidelsen kan være, at nogle mennesker ikke har tilstrækkelig af det stof i hjernen, der kaldes Serotonin. Det betyder reelt, at man er i underskud med det af hjernens signalstoffer, som skal sørge for, at nerveimpulser bliver bragt videre. Erfaringen viser, at giver man patienterne et tilskud af dette stof i form af store doser nyere antidepressiva, kan dette give en bedring. Dog virker det ikke på alle patienter, og årsagen dertil kendes endnu ikke. (E.1)

Peter fik i perioder også antidepressiva som hjælp på hans OCD.

I de senere år har man lavet nogle mere *1*systematiske undersøgelser af børn og unge med OCD, og deres nærmeste familie. I alle studierne har man fundet, at også forældrene har haft, eller selv har OCD, også Freud fandt synlige arvelige tendenser ved udviklingen af OCD. Hans psykoanalytiske teori gik ud på, at OCD var et udtryk for indre konflikter, som ofte drejede sig om tabu emner, som f.eks. seksualitet eller aggressive fantasier. Tvangstankerne bliver på en måde en erstatning for andre "farlige" tanker og ideer. Kilden til disse tvangstanker kan være ønsker som patienten bevidst ikke kan gå med, f.eks. hvis det drejer sig om et ønske om, at skade nogen, eller om forbudte seksuelle fantasier.

1. Foretaget af Thogerson(1983), Lenane(1990), Riddle(1990) og Thomsen(1995)
En tvangstanke er således et forsøg på at holde noget borte fra fantasien. Tillige kan en tvangstanke være et ritual for at dække over usikkerhed, eller handle om, at vaske en skyldfølelse væk. (A.12, s. 88 & C.3, s. 7)

Selvom, at OCD er en overvejende biologisk, hjernemæssigt bestemt sygdom, gør mange miljømæssige faktorer sig gældende. Dels kan det være belastende faktorer i miljøet, som kan være udløsende, eller forstærkende faktorer for sygdommen. Dels kan familiemæssige aspekter af forskellig art gøre sig gældende. (A.12, s. 86)

Man har desuden gjort det meget interessante fund, at mange børn og unge med OCD, ser ud til, at komme fra en højere social klasse end gennemsnitsbefolkningen. Om dette så skyldes, at flere søger hjælp til deres børn, eller om der ligger nogle socialt tilpassede elementer i OCD, er ikke afklaret. (A.11, s.88)

I 1993, blev der lavet en dansk og en amerikansk undersøgelse, om hvorvidt børn, der senere i livet har udviklet OCD, har været specielt angst og sensitive tidligt i livet; Har barnet f.eks. udvist symptomer på separationsangst, reageret utrygt, eller decideret panisk på adskillelse fra forældrene, eller har det haft svært ved, at starte i børnehave eller skole. Har det været sårbart overfor andre børn, og helst villet opholde sig i hjemmet under beskyttende rammer. Man ved, at mange børn sandsynligvis har haft et eller flere af disse ovenstående træk.

I undersøgelserne fandt man ikke tegn på, at specielt børn med en sårbar psyke har større risiko for, at udvikle OCD senere i livet. (A.12, s. 90)

Denne konklusion stiller vi os dog kritiske overfor, da vi er overbeviste om, at børn med en sårbar psyke har større risiko for at blive ramt af psykiske problemer. Man kunne sammenligne det med en glasdør. Har den først fået en sprække, vil den være nemmere at knuse.

Med hensyn til det kulturelle aspekt, menes der at være en lille årsagssammenhæng. Ser vi først på hyppigheden af OCD i forskellige lande med forskellig kulturel baggrund, forekommer der nogen variation. Eksempelvis fandt antropolog An Barres, at der i Kina, pga. afslappethed overfor toiletræning, stort set ingen tvangstanker eller -handlinger var (undersøgelse fra 1946).

Ser vi dernæst på de kliniske hovedtyper kan man forestille sig, at i et land hvor renlighed prioriteres højt, vil det påvirke tendensen til vaskemani. Og hvor der er et meget religiøst styre til afstraffelse. (A.12, s. 36-38) Dette viser sig dog ikke at være tilfældet (se nedenstående tabel fra A.12, s. 38). Der er fortsat igangværende studier iværksat af WHO (1995), som undersøger disse spændende kulturelle aspekter.

Delkonklusion

OCD er overvejende en biologisk, hjernemæssig bestemt sygdom, men da mange miljømæssige faktorer, såsom familieforhold og psykologiske belastninger, også kan spille ind, må det konkluderes, at OCD er en multifaktoriel lidelse; dvs. at mange årsagsfaktorer er vævet ind i hinanden. I gruppen mener vi desuden, det udviklingspsykologiske aspekt har en stor betydning, hvilket vi vil gå mere i dybden med i et senere afsnit.

Mht. det arvelige aspekt, mener vi det er vigtigt at gøre klart, dette ikke udelukkende drejer sig om, det rent genetisk bestemte. Det kan også være i form af den sociale arv. Familien vil ofte være tilbøjelige til, at videregive deres egne normer, værdier, ressourcer, personlighedstræk og udfoldelsesmuligheder.

På trods af mange teorier, er det dog ikke muligt at konkludere noget sikkert om årsagen til OCD. Mange faktorer spiller ind, og der er endnu ikke forsket nok på området til at fastslå noget endeligt.

UDVIKLINGSPSYKOLOGISKE TEORIER

Vi mener, at en vigtig årsag til, hvorfor nogle får OCD, kan findes i udviklingspsykologien. Ud fra en psykodynamisk synsvinkel opfatter vi barndommen som personlighedens byggesten og fundament. De oplevelser og erfaringer, man fra den tidlige barndom har gjort sig, og de psykiske mønstre, der dermed er dannet, er grundlaget for det voksne liv. De kan blive modificeret, repareret eller forstørret af det senere livsforløbs retning. Men de kan aldrig fjernes. Vi har altid barndommen med os som et fundament for vores senere erfaringer.

I forhold til OCD lidelser har vi valgt at fokusere på Freuds anale fase, samt Eriksons videreførelse af denne. De fleste psykologer er enige om, at det er her der bl.a. er sket en såkaldt fejludvikling.

Freud og Erikson

Freud systematiserede sin indsigt om barndommens betydning i læren om de psykoseksuelle stadier, og han demonstrerede barndomsoplevelsernes betydning, hvor han førte den voksnes sygdomssymptomer tilbage til tidlige traumer og oplevelser. Freud var således mest interesseret i at studere menneskets ubevidste sider og undersøge, hvordan drifterne blev formet i løbet af barnets udvikling. Freud brugte psykoanalytisk terapi, så den ubevidste side kunne bearbejdes til at blive bevidst. (A.3, s. 34 - 38)

Erikson derimod præsenterer sin teori som menneskets "otte aldre". Han ser dem som en videreudvikling af Freuds psykoseksuelle stadier, men forskyder interessen

fra det'ets driftimpulser til en betoning af, hvordan individet bliver i stand til at løse de uundgåelige eksistenskriser på en vellykket måde. Han understreger, dels det sociale miljøes betydning for, hvordan vi løser grundkriserne i vores liv, dels peger han på, hvilke muligheder vi selv har for at mestre kriserne og dermed skabe vores egen identitet og fremtid. Erikson er på en måde mere optaget af, at vise hvordan det går godt, end at påvise fejludvikling og neuroser. (A.3, s. 71 - 75)

I forhold til Freud, mener Erikson, at den måde en krise løses på, vil være afgørende for hele den videre personlighedsudvikling.

Den anale fase

Grundlæggende er Freud og Erikson enige om, at den anale fase, spiller en vigtig og aktiv rolle. Det er her, at barnet begynder at kunne kontrollere sine muskler og eje sin egen verden. Det er en fase, hvorpå forældrene begynder at stille krav til barnet og renlighedstræningen sætter ind. Ligeledes begynder barnet at vise uafhængighed, sige nej og være mere egenrådigt og udforskende, for at se hvor langt det kan gå uden at miste kontrollen over sig selv. Gennem en gradvis tilegnelse af selvkontrol uden tab af selvfølelse dannes grundlaget for en varig følelse af autonomi og stolthed for barnet. Hvis barnet f.eks. til stadighed taber kontrollen over sig selv og udskældes hårdhændet, hver gang det går galt, skammer det sig og begynder at tvivle på sig selv. Det oplever ikke sig selv og sine præstationer som gode nok.

Freud lægger meget vægt på pottetræningens betydning for den senere udvikling. Han mener, at hvis den forgår på en for hurtig, streng eller tilskyndet måde vil barnet holde sin afføring tilbage og dermed blive nærig med sine tanker og følelser til andre. Det kan ligeledes risikere, at få en svækket selvtillid og derved miste sin evne til at få drifter eller behov opfyldt. Hvis barnet derimod oplever, at forældrene er kærlige og rosede når afføringen afleveres i potten som det skal, vil det vise glæde og stolthed, og hermed vil barnet få lyst til at give slip hvorved selvtilliden øges. (A.3, s. 54 - 55)

Vi er i gruppen enige om, at Freud lægger for meget vægt på pottetræningen, og dermed undervurderer nogle andre vigtige aspekter i forhold til udviklingen af neurotiske lidelser.

Eksempelvis kan barnet have fået en oplevelse af skam og skyld, hvis det ikke har kunnet leve op til forældrenes forventninger og krav. Skyldfølelsen kan altså opstå, hvis barnet har gjort noget det har lyst til, og samtidig oplevet forældrenes misbilligelse. Der kommer til at foregå en indre kamp mellem det'et og over jeg'et, hvilket vil indebære angst. Der vil komme til at ske en fortrængning af drifterne og

lystbehovet hos barnet. Hvis barnet alligevel kommer til at gøre det "forbudte" kan det medføre, at barnet forsøger at kompensere overfor sine forældre. Det bliver måske overdrevent pligttopfyldende og artigt, og dermed fortrænger det sine egne lyster og behov. Undertrykkelse af egne behov, vil således kunne give en voldsom angst, idet barnet på den ene side har brug for at opfylde sine behov, samtidig med, at det holdes tilbage af evt. forældrenes autoritære opdragelse.

Barnets fortrængte behov og lyster kan resultere i en fiksering eller regrediering til en af de tidlige former for seksualitet, hvilket kan føre til to forskellige resultater: At det udvikler en personlighed med pervers seksualitet, eller hvis forsvaret mod den tidlige seksualitet er for stærk, en neurotisk personlighed. Neurotikerens ønsker egentlig det samme som den perverse, men har for streng moral til at udleve sine ønsker. Tvangsneurotikerens dybeste lyst er at beskæftige sig med snavs og afføring, men er netop derfor besat af rengøring (A.7).

Freud og Eriksons menneskesyn

Freud mener således, at mennesket er en indre biologisk proces, der er til stede fra fødslen, og som indgår i et dynamisk samspil med den videre psykiske udvikling.

Mennesket lever efter lystprincippet, og at netop vores kultur, normer og værdier er årsag til at lysterne omdannes og fortrænges. (A.3, s. 62 - 63)

Erikson, stiller sig meget kritisk overfor samfundet med hensyn til fejludvikling i denne fase. Han mener, forældrene er pålagt en rolle fra samfundets side, at barnet skal være rent og deodorant duftende, det gnidningsfrie fungerende og maskinlignende barn. Han mener, at børn opdrages efter samfundets normer og krav, og ikke efter barnets lyster og behov. Han siger, barnet faktisk tæmmes som et dyr. (A.3, s. 91)

Vi mener, denne holdning udtrykker et barnesyn, hvor individet er undertrykt. I dag, sætter man større fokus på selvforvaltning, samt hvor kompetente børn egentlig er. Dette mener vi vil give større udfoldelsesmuligheder i forhold til den personlige udvikling. Der er større tolerance og forståelse overfor forskellige drifter og behov.

I gruppen har vi diskuteret, hvorvidt denne udvikling kan have betydning for antallet af OCD-tilfælde. Vil den større tolerance og åbenhed eksempelvis hindre den fortrængning som kan udløse neurotiske problemer? Eller bliver børn til gengæld stillet overfor så mange flere valg og så meget mere ansvar, at dette kan have en betydning? Vi mener, at der er fordele og ulemper ved den demokratiske opdragelse, og at de sandsynligvis udligner sig selv.

Grundlæggende må vi altså konkludere, at Freud og Erikson er enige om fejludviklingen i denne fase, og hvad det kan medføre af neurotiske lidelser senere hen i livet. Forskellen er, at Freud tager udgangspunkt i det ubevidste og biologiske, mens Erikson har et større spekter med, altså både det biologiske, miljømæssige, det sociale, kulturelle, samt det bevidste og ubevidste.

HVORNÅR SKAL MAN SØGE HJÆLP?

Vi mener, der er behov for professionel hjælp, når OCD `en influerer på det daglige liv. Det kan eksempelvis være konsekvenser af helbredsmæssigt, og økonomisk art. Eller hvis det fører til isolation/ hindrer udfoldelsen i arbejde skole og fritid. Vi vil i kommende afsnit beskrive, hvilke tilbud af behandlingsformer der eksisterer.

BEHANDLING AF OCD

I dette århundrede har man behandlet OCD ud fra vidt forskellige aspekter, og så sent som i 1960`erne havde man næsten accepteret, at man ikke kunne gøre meget for denne patientgruppe (A.12, s. 79).

Der er i de senere år kommet flere spændende beskrivelser af nyere behandlingsmetoder. Behandlingen af OCD bærer præg af, at man ikke kender den eksakte årsag til sygdommen. Dvs., at behandlingen bygger på praktisk erfaring for hvad der kan hjælpe disse patienter. Den mest almindelige behandling i dag består af en kombination af adfærds-/kognitiv terapi, og antidepressivt medicin. Ved åbenlyse ritualer bruger man eksponering og reaktions- hindring. Det er i dag muligt, at behandle langt de fleste OCD patienter med gode resultater.

OCD- behandlingen er endnu på et udviklingsstadiet, og vi vil i dette afsnit beskrive de nyeste og mest effektive former.

ADFÆRDSTERAPI

Adfærdsterapi, også kaldet adfærdsmodifikation, eller adfærdspsykoterapi, henviser til brugen af indlæringsteorier i behandlingen af psykologiske lidelser. Indlæringsteorien består af viden og teorier om, hvordan forandring i menneskelig adfærd opstår. Denne viden og de teknikker som psykologer har udviklet på grundlag af hundredvis af undersøgelser, har været kendt og anvendt siden starten af dette århundrede (A.11, s.79).

I 1950`erne, blev den samlet og udviklet til en formel behandlingsmetode, og første gang den blev beskrevet i forbindelse med OCD, var i 1966 af psykolog Victor Meyer. Han udsatte bevidst sine patienter for de situationer, der fremkaldte angst og resulterede i tvangshandlinger og ritualer. Som næste led i terapien forhindrede han

dem i, at udføre tvangshandlingerne og ritualerne. Dermed oplevede patienterne, at det ville ske ulykker, fx sygdom, og død m.v., for dem selv eller deres nærmeste (A.11, s. 81 & A.12, s.72).

I følge adfærdsterapien, er mange adfærdsproblemer indlærte; de betragtes som eksempler på fejlagtig eller utilpasset indlæring, eller som eksempler på manglende indlæring. Man kan i de fleste tilfælde rette op på disse problemer ved, at anvende følgende indlæringsprincipper: Fejlagtig indlæring kan ophæves og ny indlæring kan forstærkes. Derfor koncentrerer adfærdsterapien sig om selve problemadfærden, og ikke om de dybereliggende ubevidste problemer. Fokus i terapien er primært på problemet som det manifesterer sig, eller fremtræder her og nu, og terapeutens bestræbelser er rettet mod at afhjælpe dette problem.

Adfærdsterapien er dog blevet kritiseret for ikke, at behandle selve årsagen til problemerne men kun symptomerne. Derfor har flere haft den opfattelse, at adfærdsterapi risikerer at føre til *1*symptom-substitution, altså, at der opstår nye tvangstanker og - handlinger i stedet for de gamle (A.10, s.80). Kritikken har dog vist sig, at være ubegrundet, da man ikke har fundet beviser på dette.

1. Erstatning af ét symptom med et andet(A.15)

Desuden mener vi, patienten via denne terapi, vil kunne udvikle nogle psykologiske redskaber, således det bliver muligt selv at aflede eventuelle fremtidige tvangsfænomener.

KOGNITIV TERAPI

Den kognitive terapi, blev udformet af psykoanalytiker Aaron Beck i 1976. I dag støtter man sig til teoretikere som Jean Piaget, som undersøgte udviklingen af barnets tænkning og verdensbillede, samt John Bowlbys tilknytnings-separationsteorier (A.2, s. 424).

Kognitioner er tanker, forestillinger, overbevisninger og holdninger. I kognitiv terapi arbejder man med intellekt, kundskab og tanker, dvs. at man i høj grad går ind og styrer selve tænkningen og sammen med patienten søger, at finde måder at ændre tankerne på.

Den kognitive terapiform er meget virkningsfuld og veletableret i behandlingen af depressioner. Man er dog også begyndt at benytte denne terapies principper og teknikker i behandlingen af andre lidelser, specielt i forbindelse med panikangst. Man har fundet forskellige teknikker i forsøget på, at ændre depressive tanker og

angstanfald; eksempelvis ved, at udfordre tankerne, modbevise dem, samt udsætte patienten for situationer, der afkræfter dem (A.11, s.80).

I forbindelse med OCD tilstanden spiller de kognitive teknikker en klar, om end begrænset rolle, dvs., anvendelsens omfang er afhængigt af den individuelle patient. De anvendes hovedsageligt til, at forberede patienten på gennemførelsen af adfærdsterapien og til at forebygge, at problemet vender tilbage efter endt terapi.

De fleste tvangskontrollanter har en usædvanlig stor ansvarfølelse og føler, at de er ansvarlige for deres nærmestes sikkerhed og velbefindende. Derfor denne gentagne og overdrevne kontrol af vandhaner, gashaner, lyskontakter o. lign. som blev set i Peters tilfælde. Den kognitive identifikation af denne overdrevne ansvarfølelse, og overvejelser omkring dens irrationelle karakter og uheldige konsekvenser, er et meget vigtigt, indledende skridt i den terapeutiske behandling af en sådan patient (A.11, s.81).

KOGNITIV ADFÆRDSTERAPI

Inden for de senere år er adfærdsterapien blevet udviklet til også, at inkludere aspekter og teknikker fra den kognitive terapi. Det vil sige, at man ikke kun beskæftiger sig med at ændre den aktuelle fejlagtigt indlærte problemadfærd, men også fremkalder de tanker, der er relevante for problemet, så man kan hjælpe patienten med at ændre disse (A.12, s.72).

For at give et konkret eksempel på denne terapiform, vil vi tage udgangspunkt i Peters tilfælde, under indlæggelsen på det psykiatriske hospital. Det er vigtigt først og fremmest, at få klarlagt sygdomsbilledet, dvs. hans frygt for sæbe, og dermed de gentagne vaskeritualer. På denne baggrund kan man nu konfrontere ham med det angstfyldte. Han udsættes nu for vaskesituationen, og bliver derefter hindret i den overdrevne afskylning. Dette kaldes for eksponering og reaktionshindring. Det sidste led i behandlingen er modelindlæring, hvor Peter vises, den korrekte måde at vaske hænder på.

Mht. til den kognitive del vil vi lave opgaver, som grundlæggende har betydning for selvfølelsen, dvs. patienten skal forsøge at formulere de grundantagelser, han har om sig selv og sin tilværelse. Gennem diskussioner vil vi se kritisk og evt. korrigerer på disse. Under hele forløbet er det vigtigt, at man via samtale beroliger, vejleder, samt rådgiver.

Når først, den rigtige diagnose bliver stillet, og de kan gå i gang med denne kombination af terapiformer, giver det patienterne et mere succesmæssigt

behandlingsforløb (C.3 & C.6) I følge adskillige artikler, der er skrevet af OCD patienter, kan vi se, at denne behandlingsform er meget anvendt og har gode resultater. Ligeledes har der været bred enighed fra vores kilder om effektiviteten af denne terapi; både fra psykolog, plejer og OCD-patient.

EKSPONERING, REAKTIONS- HINDRING OG MODELINDLÆRING

Med udgangspunkt i den kognitive adfærdsterapi, arbejder man i dag med nogle bestemte teknologier. Eksponering, reaktions-hindring og modelindlæring, er nogle af de teknikker man anvender i behandling af OCD ramte. For at bruge disse teknikker i terapien, kræver det en nøje adfærdsanalyse af den aktuelle patients vanskeligheder og det er meget vigtigt, at det foregår under velkontrollerede forhold.

Eksponering betyder, at man eksponerer, eller udsætter patienten for den angstvækkende genstand eller situation. Patienten vil føle angst, og ubehag hvilket vil udløse dennes tvangsprægede tilskyndelser. I denne situation forhindrer terapeuten patienten i, at udføre tvangshandlingen, og dette kaldes reaktions-hindring. Det er vigtigt, at terapeuten er forstående og medfølelse med hensyn til patientens ubehag, at han gør sit bedste for at reducere angsten, fx. ved hjælp af distraktion, samtale osv.

Adskillige undersøgelser har vist, at i sådanne situationer vil ubehaget, angsten og den tvangsprægede tilskyndelse langsomt reduceres. Processen skal udføres igen og igen, dag efter dag og vil til sidst resultere i mindre angst og ubehag, samt en stadig svagere tilskyndelse til, at udføre tvangsadfærden. Der er ikke noget endegyldigt svar på, hvor langt et forløb varer. Det er meget individuelt, og afhænger bl.a. personens motivation og ressourcer (A.11, s.81-82 & A.2, s.426).

Som udgangspunkt for dette forløb anvender Kent Eldow (E1) en såkaldt angstskala (se bilag, nr. 5), hvor patienten skal forsøge at liste sine problemområder fra 0 til 100. (0 angiver ingen angst, og 100 angiver meget stærk angst). Desuden skal der skrives, hvor stærk den tvangsprægede tilskyndelse er bagefter. Dette kan eksempelvis være trangen til at vaske hænder efter brug af en offentlig telefon. Herefter kan Kent Eldow i fællesskab med patienten beslutte, hvor på skalaen eksponeringen skal påbegyndes. Både han og Marianne Grønborg (E2) fortæller, at begyndelsepunktet almindeligvis ligger i området omkring midten eller lige over.

Modelindlæring betyder i terapien, at patienten vises en mere hensigtsmæssig adfærd. Terapeuten demonstrerer en adfærd på en rolig og kontrolleret måde, uden nogen tegn på ubehag, og beder derefter patienten om, at udføre den.

Modelindlæring kan anvendes på forskellige måder og i forskellige stadier under behandlingen af OCD. Eva Nielsen (E4) fortæller eksempelvis, at de under Peters indlæggelse på Hvidovre Hospitals Psykiatriske afdeling skrev en liste over, hvor lang tid rengøring, vask osv. max. bør tage. Dette havde en støttende effekt, og Peter fortæller, at han stadig har listen derhjemme. Modelindlæring er til stor hjælp i terapien, og kan i nogle frygtssomme situationer være afgørende for behandlingsforløbet. I følge Padmal de Silva, er den et uundværligt element i behandlingen (A.11, s.82-83 & A.2, s. 424-427).

Ovennævnte metoder ser vi som en videreudvikling af Victor Meyers teorier.

DELVURDERING

Denne form for behandling synes vi minder om Viktor Frankls paradoksal intervention. Han kaldte sin behandling eksistentialetisk logoterapi og den gik således ud på at konfrontere patienterne med deres angstproblemer. Et eksempel på denne terapiform kan være at beordre en person der lider af højdeskræk om at gå op i rundetårn og kigge ned.

MEDICINSK BEHANDLING

Man har i årenes løb eksperimenteret med forskellige medikamenter i behandlingen af OCD. Mange psykiatere mener, at medicin har en betydelig virkning og giver derfor deres patienter psykofarmaka, herunder neurosemidler, såsom angst- og sovemedicin, samt antidepressiva. Nogle af disse medikamenter giver en midlertidig lindring, men har ellers ingen direkte virkning på selve tvangstanker og tvangshandlingerne.

I 1970, fandt man en bestemt type antidepressiv medicin (Klomipramin), som reducerede depressioner og tvangstanker hos en gruppe patienter med begge lidelser (A.12, s.79). Denne medicin indvirker på det af hjernens signalstoffer, som hedder Serotonin.

Serotonin er et transmitter stof i hjernen, der styrer tanker, impulser og planlægning af adfærd. Mange patienter med OCD eller depression har et meget lavt Serotonin indhold i hjernen, man har udviklet nye farmaka, som næsten udelukkende indvirker på denne del af hjernens signalstoffer (A.2 s.323-324 & A.12, s.79-80).

De nyere antidepressiva har forbavsende få bivirkninger, og der er yderst ringe risiko for forgiftning. Der er lavet mange undersøgelser på medicinens indvirkning og resultaterne svinger fra knap 55% (C.2) til 75% (A.12, s.80), der har det godt både under og efter den medicinske behandling. Hos nogle patienter kan man slet ikke se

nogen effekt. Hos andre er det minimale forbedringer, og efter endt behandling ser man også tilbagefald hos nogle.

Den medicinske behandling anses efterhånden som nødvendig, men bør være i en kombination af anden terapi, da vi mener, at den kognitive adfærdsterapi, er grundlæggende for videreudvikling af adfærden i en OCD tilstand.

PSYKOANALYSE

Psykoanalysens mål er, at sætte gang i de modningsprocesser, som er gået i stå eller, at føre patienten videre fra de udviklingsniveauer, hvor han er fikseret. (A.2, s. 420) Der er mange aspekter i psykoanalysen. Nogle væsentlige fællestræk, er betoningen af menneskets tidligere psykologiske udvikling, de ubevidste psykiske ønsker og konflikters betydning for symptomdannelsen.

Som beskrevet tidligere i opgaven, er det den anale fase, man tager udgangspunkt i hos en OCD ramt. Patienten opmuntres til, at snakke og udfra dette reflekterer terapeuten over, hvad han har hørt, følt og iagttaget. Denne analyse giver patienten et indblik i, hvordan barndommens indre repræsentanter påvirker hans liv, valg, relationer og selvopfattelse. Patienten får nu mulighed for at træffe nye og bedre valg.

Psykoterapi er meget tids og - ressourcekrævende og kan være en dyr løsning, da man ikke på forhånd kan sige noget om udfaldet af behandlingen. I følge artikel B.4, mener Torben Bolhøj (lokalformand for OCD foreningen på Bornholm), at gammel traditionel psykoanalyse, med Freud og hans efterfølgere som grundsten, ikke har nogen effektiv virkning på OCD ramte. Begrundelsen for denne udtalelse får man dog ikke.

I interviewet med psykolog Marianne Grønborg, fortæller hun, at OCD patienter ofte, ikke ønsker denne følelseskonfrontation med fortiden. Dels fordi det er symptomerne der er invaliderende her og nu, dels fordi OCD patienter ofte fortrænger deres følelser. Denne problematik vil vi diskutere senere i dette afsnit.

ELEKTROKONVULSIV TERAPI (ECT)

Elektrochok har undertiden været anvendt i alvorlige tilfælde af OCD. I denne behandlingsform giver man patienten muskel-afspændende medicin og lægger denne i en kortvarig narkose. Derefter anbringes elektroder på patientens hoved, og en svag elektrisk strøm bliver sendt igennem hjernen. Denne elektriske strøm udløser epileptiske anfald, og i denne proces ved man, at der frigives bestemte stoffer i hjernen, der virker antidepressivt (A.2, s.330). Denne behandling er smertefri, men patientens korttidshukommelse belastes alvorligt i 2 - 6 mdr., hvilket betyder, at

pågældende normalt ikke vil kunne erindre meget fra behandlingen. Om ECT terapien har nogen gavnlige virkning på OCD tilstande, er ikke påvist (A.11, s.106).

HYPNOSE

Når mennesket befinder sig i en tilstand midt mellem søvn og bevidsthed, er det ekstremt modtageligt for *1*suggestion (A.9, s.145) af forskellig art. Derfor kan terapeuten via hypnose forsøge, at få patienten til at ophøre med sine tvangstanker og tvangshandlinger. Der findes nogle praktiserende psykologer der mener, at hypnose-terapien er særdeles effektiv. Dog findes der ingen tilfredsstillende beviser på, at denne terapiform har god indvirkning på OCD tilstande, og videnskabeligt er terapiens virkning ikke begrundet eller støttet (A.11, s.103). Hvor mange der benytter sig af denne behandlingsform vides ikke.

1. Sjælelig påvirkning og overføring fra et menneske til et andet(A.8)

HJERNEKIRURGI

Hjernekirurgi også kaldt psykokirurgi eller det hvide snit, har været anvendt som en mulig metode til behandling af skizofreni. Man har senere brugt behandlingen til andre psykiske lidelser, deriblandt OCD tilstande. Det hvide snit består i, at ødelægge en lille del af den hvide substans i de forreste frontallapper. Det er en invaliderende og drastisk behandlingsform, der kan medføre meget svære bivirkninger, såsom ændringer i personligheden og risiko for epilepsi (A.11, s.106).

Det har vist sig, at for ca. 2/3 af patienter med kroniske og fuldstændige invaliderende tvangssymptomer har hjernekirurgi haft en positiv effekt. På trods af de langt mere raffinerede teknikker, man anvender i dag, har man ikke brugt hjernekirurgi i forbindelse med OCD i Danmark siden 1980. Visse steder i verden, bruges hjernekirurgi stadig, som en sidste udvej, når alt andet er slået fejl (A.12, s.84).

GRUPPETERAPI

I gruppebehandling har man mulighed for at udveksle erfaring, give hinanden gode ideer, støtte og lære sociale færdigheder. Dette kan være en berigende form for terapi, da det giver patienten oplevelsen af ikke, at være den eneste med disse angstprovokerende problemer. Man kan dele lidelsen med andre mennesker, og man kan i dette forum måske snakke mere åbenlyst om sine tvangssymptomer. Om denne form for behandling har nogen virkning vides ikke, men man ved at støttegrupper for patienter har vist sig effektive, når de bruges som et supplement til individuel terapi (A.12, s.103).

Pårørende til OCD patienter kan også have et behov for sådanne støttegrupper, hvor de kan få information om OCD, behandling, foreninger o. lign. kontakt med andre pårørende, udveksle erfaringer og få støtte (A.12, s.83)

KROPS- OG TRÆNINGSORIENTERED E BEHANDLINGSFORMER

I de sidste årtier, er der kommet en del forskellige behandlingsformer, de har det tilfælles, at de i behandlingen arbejder intenst med de komplekse og blokerede følelser uden, at anvende sproget som det vigtigste redskab. Der er mange mennesker, der fungerer dårligt i de psykoterapeutiske situationer, da de kan være sprogligt udtrykshæmmede. Mange psykisk lidende patienter har en defekt kropsoplevelse, og man mener, at det vigtigste aspekt af identiteten, er oplevelsen af kroppens afgrænsning. Følelserne kan være låst inde i en spændt muskulatur, og det er her bevægelses- og afspændingsterapi kan være et supplement til anden behandling eller den eneste form for behandling.

Der snakkes meget om kropsbevidsthed, og der findes forskellige metoder som hjælper patienterne med, at få en tydeligere fornemmelse af kroppens udstrækning og bevægelser. Den sanselige del af behandlingen har meget at gøre med kropsoverfladen, da den har med velbefindende og identitetsoplevelser at gøre (A.2, s.427 & 428).

Tegne/male terapi, musikterapi og andre gestaltende terapier har til formål at udvikle følelser og indre oplevelser, samt give patienten en oplevelse af, at have udført noget af betydning. Disse terapiformer åbner for andre udtryksmåder end det verbale (A.2, s.288), hvilket vi mener, kan skabe en kontakt til det emotionelle hos OCD patienten.

PERSONLIG VURDERING

Da OCD er en multifaktoriel lidelse, og stadig på undersøgelsesstadiet, vil der være en bred vifte af mulige behandlingsformer. Alle disse terapiformer er spændende hver og én, men pga. manglende videnskabelige begrundelser, finder vi dem ikke videre væsentlige at komme nærmere ind på. Vi mener dog, at man i arbejdet med OCD patienter, ikke kan se bort fra, af de på nogle områder har en effektiv virkning.

Grunden til vi nævner dem, er for at oplyse om de muligheder der findes rundt om. Ved kombinationer af forskellige terapiformer, samt medicinering har man fundet nogle effektive måder at behandle OCD ramte på. Taget i betragtning, at fænomenet har været ubehandleligt i over 100 år, ser vi det som lidt af et gennembrud, at man i dag forholdsvis hurtigt kan fjerne symptomerne og angsten hos størstedelen af

patienterne. Men denne nye viden har også betydet, at mange har taget afstand fra psykoterapien, da man nu kan se de betydelige virkninger kombinationsterapien har. Kritikken og bekymringen omkring symptom-substitution er i følge Padmal de Silva ubegrundet, men vi efterlyser dog dokumentation for denne udtalelse. Vi er kritiske overfor undersøgelsen, da man intet ved om hverken varigheden, antallet af medvirkende, eller hvor lang perioden var på opfølgning af de undersøgte.

Vi mener, at der er mange vigtige aspekter i psykoanalysen, og at denne nye afstandtagen kan medvirke til stagnation af psykiske karakteristika. Vi er af den opfattelse, at når man som barn ikke får gennemlevet udviklingsfaserne på en personlig tilfredsstillende måde, vil ens fundament være skævt. Når man som menneske ikke er i symbiose med Det'et, Jeg'et og Over-jeg'et, vil ens selvværd, tankegang og handlinger være negativt præget.

Via psykoterapi kan man få af vide hvilken udviklingsfase man er fikseret i, og en god bearbejdning af denne, vil billedligt være en bro fra fortiden til nutiden. Dette kan medføre en nedbrydning af nogle af de forsvarsmekanismer, man som barn var nødt til at danne for at overleve. Denne proces vil give selvindsigt, og de redskaber som man har fået i behandlingen, vil styrke én i fremtiden. Vi mener, at man vil blive bedre til at tackle stress, eksistentielle kriser, samt dagligdagens pres.

Da vi interviewede Psykolog Marianne Grønborg (E1), fortalte hun os, at hun også behandlede OCD patienter med kombinationsterapi. Behandlingen bestod af medicin, psyko- og adfærdsterapi. Denne kombination synes vi virker ideel, da patienterne herved har chance for at nå ind til deres følelser og lære at acceptere dem. Dette er en positiv udvikling, hvilket kan medføre glæde, frihed og nydelse ved livet, samt give nogle ressourcer der kan forebygge tilbagefald. Efter vores mening betyder disse elementer øget livskvalitet,

PÆDAGOGENS ROLLE

Med denne teoretiske baggrundsviden vil vi nu gå ind og belyse pædagogens praktiske rolle i forhold til OCD. Hvad er det vigtigt at lægge vægt på, og hvilke konkrete opgaver kan pædagogen udføre?

Vi har i gruppen ingen konkrete erfaringer, men vurderer dels udfra, den viden vi har erhvervet os gennem uddannelsen, dels de oplysninger vi løbende har fået igennem udførelsen af dette speciale.

De fleste steder arbejdes der med kontaktperson - funktionen, og det er især her, pædagogen har sin arbejdsfunktion.

Som udgangspunkt mener vi, det er en forudsætning, at møde patienten, hvor denne befinder sig; både i forhold til sygdomsforløbet og den mere generelle udvikling. Man skal se det fra en professionel synsvinkel for at få en individuel forståelse. Det er vigtigt, at pædagogen er personlig, men aldrig privat, og at pædagogen udviser empati og har respekt for patienten.

Empati og respekt bør kombineres med struktur. Herunder grænsesætning, samt klare retningslinjer. Det er betydningsfuldt, at pædagogen har afklaret disse på forhånd sammen med patienten, og evt. en anden kontaktperson. På denne måde ved alle parter, hvilke regler og retningslinjer, man skal rette sig efter. Således kan personalet minimere, at patienten udfører splitting på afdelingen (E4).

Konkret skal pædagogen kunne lave iagttagelser og observationer for at få mere kendskab og viden om den ramte. Det vil sige, identificere problemerne, for derefter at forsøge at løse dem. Således skabes der et udgangspunkt, hvorfra man kan lave en handleplan.

Når behandlingen startes, er pædagogens rolle koncentreret om, at få hverdagen til at fungere for den ramte. Dette kan bl.a. ske via eksponering, reaktionshindring og modelindlæring, som påbegyndes efter aftale med en terapeut. Der kan eksempelvis laves et skema, hvori man forsøger, at klarlægge de mest angstprovokerende situationer (E1 & se bilag nr.6). Denne teknik fremkalder stærk angst hos OCD-patienten, og det er derfor vigtigt at arbejde som et team. Dels for på mest effektive vis, at kunne rumme angsten, dels for kontinuerligt, at have kritiske øjne rettet mod egen praksis. Desuden giver det mulighed for at udveksle gode råd og erfaringer, ikke kun personalet indbyrdes, men også i et tværfagligt samarbejde.

Sidst nævnte foregår på Hvidovre Hospitals Psykiatriske Afdeling hovedsageligt i form af supervision mellem psykolog og kontaktperson. Herved sikres en konsekvent indsats, hvor psykoterapien og den kognitive adfærdsterapi kombineres i et sammenhængende behandlingsforløb. Desuden åbner det op for et forum, hvor den enkelte medarbejder kan komme af med sine frustrationer, samt søge støtte og vejledning.

Vi er i gruppen enige om, dette må være den optimale arbejdsform. Ikke mindst i arbejdet med OCD, hvor ekspertisen stadig er på forsøgsstadiet og dermed yderst mangelfuld.

I denne forbindelse har vi lavet en stabilitetsmodel, som vi mener, beskriver pædagogens rolle på en overskuelig måde. Den viser, nødvendigheden af, at finde en balancegang mellem patientens færdigheder, kontra udfordringer. Hvis patienten får flere udfordringer, end hvad han har færdigheder til, vil han udvikle angst. Hvis han derimod får for lidt udfordringer, vil han udvikle stagnation. En balancegang mellem disse to vil holde patienten i en stabil og kontinuerlig udvikling.

Dette gælder også i børneinstitutioner, hvor man fokuserer på samarbejdet med forældre, samt diverse relevante faggrupper. I arbejdet med børn er det desuden vigtigt for pædagogen, at være opmærksom på fejludvikling, der evt. kan være et forstadium til OCD.

Både for børn og voksne, har pædagogen et ansvar for, at hjælpe den ramte med at forebygge OCD, således, at den ikke forværres. Dette kan gøres i form af, at pædagogen giver patienten kontinuerlige samtaler gennem hele behandlingsforløbet, dvs. man lytter, rummer og vejleder. Patienten har på denne måde mulighed for, at skaffe sig nogle redskaber til at tackle lidelsen med.

Pædagogen har desuden et ansvar for selv, at skaffe sig supervision og ny kundskab mht. lidelsen for hele tiden, at kunne ligge et skridt foran den ramte. Samtidig med pædagogen bliver udrustet til de udfordringer, som måtte opstå i arbejdet med OCD-patienten.

En anden vigtig opgave pædagogen kan udføre er, at tage kontakt til pårørende. OCD-patientens netværk vil som oftest være stærkt belastet, hvis ikke fuldstændigt fraværende, under lidelsens værste perioder. Derfor er det vigtigt, at tage kontakt til familie og venner, dels for at skabe et samarbejde og hermed videregive nogle pædagogiske redskaber, dels for at patienten skal have noget at komme hjem til efter endt behandling.

Det er vigtigt, at man sørger for pt. får glæde og nydelse ind i sit liv. Det kunne man gøre ved, at finde nogle sider hos pt. som man kunne underbygge. Får pt. succes med terapien, vil han muligvis også finde glæde i livet, da det så ikke længere er så smertefuldt for ham. Pædagogen skal kunne give ros og opmuntring og stræbe efter at OCD-bekæmpelsen giver flere positive oplevelser end nederlag.

Pædagogen har brug for en stor portion tålmodighed i arbejdet med OCD-ramte, da patientens trang til tvangsritualer hele tiden vil være det største behov. Derfor er det nødvendigt, at pædagogen lærer patienten, at indgå kompromis med egne behov, kontra andres.

Desværre er det en kendsgerning, at de forskellige institutioner og hospitaler ofte er underbemandede, hvilket naturligvis vil vanskeliggøre indsatsen. Eksempelvis er der sjældent mulighed for at afsætte tilstrækkelig tid til observationer og samtaler. Hvad sker der så med patienterne? Bliver de overladt til sig selv, og får en forværring idet de bliver udskrevet for tidligt? Og hvad med børnene i institutionerne? Vil personalet overhovedet have tid og overskud til at opdage og reagere på fejludvikling?

For at samle op på det hele, vil pædagogens rolle især være at iagttage, arbejde tværfagligt, være godt forberedt, samt indhente information hos forskellige instanser. Desuden skal pædagogen have respekt, være empatisk, støtte, lytte, hindre og forstå patienten.

Slutteligt vil vi lige slå fast, at "teori og praksis er to sider af samme sag - de er hinandens forudsætninger." (citater fra A.3) Det er derfor vigtigt, man som pædagog er i stand til at koble teori på praksis.

Vi vil nu inddrage Anders Hjulers SEMI model, der kan være udgangspunkt for det pædagogiske arbejde med til OCD patienter:

S = Det sociale aspekt, dvs. man udvikler respekt og medfølelse for andre. Dette er en vigtig forudsætning for at kunne fungere i en gruppe. Derudover mener vi, det er vigtig både at kunne sætte og overholde grænser.

E = Det emotionelle aspekt, dvs. kunne mærke samt kende sine behov og følelser. OCD patienter undertrykker ofte angst og vrede, hvilket kan udmunde i tvangstanker - og handlinger.

M = Det motoriske aspekt, dvs. fysiske udfoldelser der udvikler kropsbevidsthed. Dette kan som tidligere nævnt styrkes gennem kroporienteret terapi.

I = Det intellektuelle aspekt, dvs. den kognitive udvikling. OCD patienter vil ofte have en tendens til at intellektualisere deres problemer (bl.a. Peter, E,4).

T = Tryghed, dvs. at det er balance mellem de fire ovennævnte aspekter.

OCD - FORENINGEN

Efterhånden som lidelsen OCD er blevet mere almen kendt, er der oprettet flere støtteforeninger for både patienter og pårørende.

I Danmark blev OCD - foreningen stiftet 25. juni 1997 af en gruppe OCD - ramte og deres pårørende fra hele landet.

Formålet med denne forening er:

- at oplyse om OCD, både til OCD - ramte, pårørende og ikke mindst til behandlingssystemet
- at rådgive og støtte OCD - ramte og deres pårørende
- at informere om, hvor man kan henvende sig for at få den rigtige behandling
- at etablere lokale netværksgrupper i hele landet for ramte og pårørende
- at etablere lokal telefonrådgivning i hele landet
- at arrangere konferencer og foredrag af, og for forskere, ramte og pårørende

For yderligere information kan man kontakte

OCD - foreningen Julius Bloms Gade 17, kld. tv. 2200 København N <http://www.OCD-foreningen.dk>

E-mail:

post@ocd-foreningen.dk

I maj måned dette år blev der desuden oprettet en mailingliste for OCD-ramte og deres pårørende:

www.geocities.com/OCDlisten

Det skal også lige nævnes, at Sverige og Norge har etableret støtteforeninger ved navn, Ananke. Ananke blev først etableret i Sverige og derefter i Norge (1992) efter samme mønster. Sverige og Norge har også fælles medlemsblade.

Man kan henvende sig til den svenske OCD- forening på følgende e- mail adresse:

mailbox@ananke.org

og til den norske forening på:

ananke@geocities.com

KONKLUSION

OCD er en neurotisk psykisk sygdom, karakteriseret ved tvangstanker og tvangshandlinger. De fleste som lider af OCD lider af både tvangstanker og tvangshandlinger. Obsessioner er tvangstanker, som presser sig på i bevidstheden, som erkendes som meningsløse, som er ubehagelige, og som ofte forårsager stor angst. Kompulsioner er tvangshandlinger, som skal udføres på en ganske bestemt måde, ofte for at forhindre ubehag eller afværge en hændelse, som personen frygter ellers vil ske. Oftest er tvangshandlingen afledt af tvangstanken. Der findes 5 kliniske hovedtyper, hvoraf vasketvang er den mest almindelige (over 50 % af tilfældene)

Man regner med, at ca. 3 % af den danske befolkning er plaget af OCD i større eller mindre grad. 75 % er diagnosticeret, inden det 30 leveår. Over 50 % af patienterne udvikler tvangssymptomer pludseligt, ofte i relation til belastninger. I resten af tilfældene begynder og udvikles problemerne gradvist.

Årsagen til OCD er endnu ikke klarlagt, dog tyder alt forskning på, at lidelsen er multifaktoriel. Det vil sige, at både det neurobiologiske, genetiske, udviklingspsykologiske, og det miljømæssige aspekt har en betydning. Med hensyn til den psykologiske del, er det hovedsageligt Freud og Eriksons teorier, man arbejder ud fra.

Den mest anvendte behandlingsform, er en kombination af kognitiv- /adfærdsterapi, og medicin. Det er muligt, at hjælpe langt de fleste, med denne form for behandling. OCD indvirker både på arbejde, familie og det sociale liv, hvilket giver mange konfliktfyldte udfordringer i dagligdagen. Når man er slave af sine tanker og handlinger, er der en tendens til at man isolerer sig, og dermed gradvist mister kontakten til omverdenen.

Vi mener, at pædagogen har en betydningsfuld rolle i arbejdet med OCD ramte. Dette vil primært være i form af arbejdet som kontaktperson i et tværfagligt team. Gennem uddannelsesforløbet erhverver den pædagogstuderende sig forskellige redskaber, som kan anvendes i det fremtidige arbejde med OCD ramte, såvel som med mennesker generelt.

PERSPEKTIVERING

Vi mener, at der fremover vil blive registreret flere OCD tilfælde, på grund af øget oplysning og mindre tabu. Dette vil forhåbentlig på længere sigt give mere plads til afvigere i vores samfund. I dag mener vi problemet bunder i manglende information og viden. På forskningsområdet tror vi på, at man vil komme nærmere den biologiske

årsag, muligvis i forbindelse med neurologi eller kortlægningen af DNA. Dog mener vi stadig, årsagen vil være multifaktoriel og indeholde mange uløste gåder. Med fremtidens nye viden vil man indenfor det terapeutiske område få flere succeser og blive stadig mere specialiseret. Også familien vil hurtigere og mere effektivt kunne søge hjælp det rette sted.

På grund af det stigende behov, vil man sandsynligvis oprette flere afdelinger i OCD-foreningen.

Derudover mener vi, det ville være en god ide at oprette boinstitutioner/afdelinger, hvor der var specialiserede pædagoger ansat til daglig adfærdskorrigerende i et tværfagligt team. Denne specialisering kunne oplagt foregå i en fordybelse i psykiatri indenfor en forlængelse af den nuværende 3½ årige uddannelse. Sammenfattende tror vi udviklingen vil betyde færre invaliderende tilfælde af OCD, da der gribes tidligere ind med mere effektive behandlingsformer.

EVALUERING AF EGEN ARBEJDSINDSATS

Vi har fra start af prøvet at være meget strukturerede, hvilket indebar, at næsten alt materiale var indsamlet og læst et par dage før periodens start. Vi valgte, at lave en arbejdsplan for hele specialeforløbet og udfra denne, lavede vi et ugeskema. Vi er i dag tilfredse med denne planlægning, da det betød, at vi i processen fik tid og ro til at fordybe os,

Vi valgte at læse det samme stof hver for sig, og derefter diskuterede vi det i fællesskab. Der blev taget notater og én i gruppen fik til opgave at skrive om dette. Det skrevne blev endnu engang diskuteret og redigeret. Denne arbejdsform gjorde, at vi var konstruktive og fik udført det planlagte. Pga. dette havde vi fri i weekenderne og når der var brug for det.

Dog var der tider hvor vi havde svært ved, at være effektive pga. træthed, sult og manglende koncentration. De dage valgte vi, at lave opgaverne hver for sig, hvilket betød, at vi selv kunne prioritere over vores tid.

På grund af den mangelfulde information om OCD, har vi benyttet os af fagfolk indenfor området, samt OCD Foreningen for at få de nyeste oplysninger. Dette har højnet niveauet, hvilket har gjort at vi har berørt hele spektret og ikke behøvet at afgrænse os indenfor emnet.

Vi er meget tilfredse med vores arbejdsindsats og har fået stor viden og forståelse for OCD.

Bilag. 1

"PETERS" CASE

Navn er ændret, samt oplysninger overordnede

Det er en underlig dag i dag, vores gruppe venter på besøg af Peter, som lider af Ocd. Vi har alle sammen lidt mus i maven, for hvordan opfører vi os overfor ham. Giver man hånden når han kommer, eller skal det være op til ham, at selv tage initiativet? Er lejligheden ren nok, eller er der ting som måske ville frembringe symptomer hos Peter. Ja tankerne kører i hovedet på os alle sammen, og vi beslutter hurtigt, at vi vil lade det være op til Peter selv, at tage et initiativ.

Peter kommer præcis kl. 16. som vi har aftalt, han er en utrolig behagelig og meget nydelig mand, og han stikker selv hånden frem, og siger goddag til os. Det er en utrolig befrielse, da vi jo så gerne vil hilse rigtigt på ham. Han sætter sig afslappet i stolen, og vi byder ham kaffe og kage. Han hælder dog ikke så meget kaffe op, og vi tænker da lidt over om glasset nu er rent nok, eller om han er nervøs for at drikke af det.

Vi har i gruppen selvfølgelig lavet en række spørgsmål, som vi beder ham om at kigge på. Peter vælger, at bare starte med at fortælle om sig selv. Han er meget åben, og vi finder ud af undervejs at han er utroligt fleksibel for alle spørgsmål.

Peter fortæller

Jeg har været ramt af OCD i ca. 10 år, og er i dag 50 år gammel. Jeg fungerede helt normalt før i tiden, både med familie og arbejde. Det startede meget langsomt, med små ritualer som, at checke om nu komfuret var slukket, strygejern, eller om døren var lukket. Gradvist blev det værre og værre, og til sidst blev det svært overhovedet at komme hjem fra arbejde. Jeg arbejder i et laboratorium, og det blev så invaliderende til sidst, da jeg jo måtte checke mere og mere, maskiner og tal som skulle stå rigtigt. To gange blev det så slemt, at jeg måtte ringe til min chef, og bede ham komme og checke det hele, for ellers var jeg aldrig kommet hjem. Det, at få en anden til at checke, betød, at jeg så delte ansvaret med en anden, og derfor var jeg ikke alene med det. Ansvar er jo et meget centralt begreb i min lidelse. Økonomisk begyndte det også at blive dyrt, for tit og ofte måtte jeg tilbage til arbejdspladsen og checke igen, hvor jeg så måtte tage en taxa, da det blev for sent til kollektiv transport.

Efterhånden som sygdommen skred frem, skulle jeg også sige en remse af passwords, for at checke mig ud af lejligheden. Jeg vidste ikke på det tidspunkt, at der var en diagnose på min sygdom, så jeg troede "bare" at jeg skulle tage mig sammen. Min

familie og mine venner forstod det nok ikke helt, ligeså lidt som jeg selv gjorde, men de støttede mig alligevel, da jeg fortalte dem hvordan jeg havde det. Jeg mener, at grunden til min OCD, er en afstraffelse af mig selv, altså jeg må ikke nyde livet, og føler mig ikke god nok, samt at jeg har en følelse af, at være en forbryder mod menneskeheden. Jeg har studeret en del filosofi, og specielt Calvin, som er en meget streng religiøs mand, med strenge disciplinære straffe for nydelse af livet.

Jeg er bondesøn, og som sådan havde jeg aldrig fri, da jeg var barn. Der var altid arbejde og aldrig tid til leg. Der blev stillet mange forventninger til mig, og arbejdet blev til sidst noget med en anerkendelse af sig selv. Jeg har hermed ikke sagt, at alle bondesønner får en OCD lidelse, det er jo oftest, tror jeg, uforløste ting der ligger til baggrund. Det kan f.eks. være stress, noget depressivt eller en evt. dårlig dag som kan forværre symptomerne.

Da det blev så belastende for mig, kontaktede jeg fobiskolen på Østerbro. De ville dog, at jeg skulle have en "kold Tyrker" de ville forhindre mig i, at udføre mine checke ritualer, og checke turene tilbage på arbejdspladsen. Det foregik således, at de ville have jeg hver dag efter arbejde, skulle tage direkte ind på fobi skolen og være under overvågning. Derudover ville de have, at en af mine kolleger, skulle være en slags støtte- kontaktperson, som de kunne ringe til og få oplysninger om, hvorvidt jeg på min arbejdsplads stadig udførte mine checke ritualer. Dette gjorde mig meget bange, og derfor turde jeg ikke begynde på skolen.

I 1997 kontaktede jeg dog min læge, jeg kunne ikke holde det ud længere, for ritualerne blev jo værre og værre for mig. Jeg blev her visiteret videre til en psykiater, hvor jeg skulle til samtale 1. gang om ugen. Jeg havde en masse afspadsering til gode, så jeg brugte en måned på, at gå til denne psykiater og samtidig få bearbejdet det hele. Samtalerne gik meget på det filosofiske, hvilket jeg havde meget brug for i denne periode. Det bevirkede nemlig, at jeg så kunne få tankerne væk fra mig selv, og faktisk flytte fokus et andet sted hen. At arbejde med noget åndeligt, betyder ofte, at man så kan få fred i sig selv, at det så er noget udefra en selv, man skal beskæftige sig med. Dette hjalp mig i en periode. I 1998 sluttede denne terapi, og det gik nogenlunde frem til påsken 2000. I 1999, starter jeg dog med et nyt ritual, og har nu flyttet fokus fra "checker" til "vasker".

Det starter egentligt som en velbegrundet frygt, da jeg på jobbet oplever, at en proces går galt, fordi noget sæbe ikke er vasket / desinficeret ordentligt væk. Dette overfører jeg lige pludselig til mig selv. Jeg er faktisk nu blevet bange for sæbe, hvilket betyder, at jeg vasker og vasker, for at være sikker på alt er væk, for ellers sker der jo bare det samme som på laboratoriet.

I dag er det meget bedre, men dengang kunne det hurtigt tage mig op til 4 eller 5 timer at gå i bad og blev voldsomt forstærket i påsken 2000, hvor kroppen nu blev delt op i delområder, der skulle skylles hver for sig. Jeg fik et ritual når jeg gik i bad, og jeg startede oppe fra med armene, og skulle vaske et vist antal gange på armen, samt at jeg også tog tid på hvor længe jeg vaskede, og derefter gik jeg systematisk frem, og alle dele af kroppen skulle vaskes et bestemt antal gange. Talte jeg forkert, måtte jeg begynde forfra igen. Det betød jo et kæmpe vandforbrug, men heldigvis deler hele ejendommen vandet, men kondens på bade værelset undgik jeg dog ikke.

Det ville have hjulpet mig med en 30 liters beholder, da jeg så ikke kunne have stået så længe i badet. Jeg vil da påpege, at min OCD ikke blev værre i den tid, jeg flyttede den bare fra at være "checker" til at blive "vasker".

På et tidspunkt da det hele bliver så slemt, sørger min ekskone og søn for, at jeg får kontakt med en psykiater igen. Min søn har ledt efter hjælp til mig på Internettet, og finder her OCD foreningen og fra denne, bliver jeg visiteret videre til en psykiater. Han giver mig Anafranil, et antidepressivt middel, som dog hjælper en smule. Jeg holder igen en pause fra mit job og tager afspadsring for at gå denne behandling igennem, herunder har jeg sendt OCD- brochurer til mine kolleger. Min ekskone arrangerer en rejse til Berlin, da hun mener jeg vil have godt af, at komme væk fra det hele. Lejligheden er jo efterhånden blevet et "forbudt" sted, på den måde, at jeg har lavet stier hvor jeg kun må gå. Et mønster er dannet med at være "checker" og at være "vasker".

Denne tur til Berlin er simpelthen for at bringe en anden virkelighed ind i mit liv. Under turen begynder jeg faktisk, at fungere normalt, for alt er fremmed, og jeg har ikke noget ansvar for at checke, vaske eller andet. Mit ansvar er blevet flyttet igen. Da jeg kommer hjem igen, vender det hele lidt tilbage igen, dog ikke så slemt som tidligere.

I august bliver jeg trappet ned fra Anafranil, og dette bevirker at jeg får det bedre og bedre. Men da jeg når omkring september, oktober, november får jeg en nærmest manisk periode, der handler om at jeg arbejder meget hårdt, og får styr og orden på alle ting. Alting lykkes for mig i denne periode, og jeg oplever, at have et meget stort selvværd. Ja, jeg er selvtilfreds, og det er for mig tvivlsomt, om mine kolleger kunne holde mig ud. Denne maniske periode er normal for en OCD patient der trappes ned, så der er en forklaring på det, men det vidste jeg ikke, mens det foregik.

Den "maniske" periode slutter dog med noget, der nærmer sig et sammenbrud ved årsskiftet 2001. Jeg får en kraftig forværring af symptomerne og får vedholdende tanker om selvmord, som jeg anser for den eneste udvej. En god kollega, gør mig dog

opmærksom på, at der findes psykiatriske skadestuer, og min ekskone støtter mig i at opsøge en af disse. På denne måde, bliver jeg indlagt på Hvidovre Hospitals Psykiatriske afdeling i starten af januar 2001. Indlæggelsen varer ca. 2½ måned, og denne gang må jeg sygemeldes.

Under indlæggelsen får jeg Zoloft og modtager hjælp, når jeg enten beder om det, eller når personalet observerer jeg er i gang med mine ritualer. Det er godt for mig at blive indlagt, da jeg her møder forståelse for min sygdom, og her ikke står alene med ansvaret. Jeg får ligeledes en kontaktperson på afdelingen, som jeg altid kan henvende mig til og som ved alt om mig. I den ydre verden føler jeg, at det er min kone der er kontaktperson for mig. Under min indlæggelse, ønsker min chef at konsultere hospitalet, for at blive orienteret om diagnosen på OCD, samt hvordan helbredelseschancerne er. Hospitalet indvilliger i dette, og er første gang der nogensinde er givet tilladelse til den form for konsultation.

Jeg får dog ikke besøg af mine kolleger, men ringer en 4 til 5 gange til min chef for at fortælle ham, hvordan det går med mig. Desværre, når jeg at blive så hospitaliseret, at det nu er svært for mig at vende hjem igen. Jeg starter derfor langsomt med at tage hjem til min søn, og lave morgenmad, for det er noget jeg kan klare. Efterhånden som tiden går, bliver jeg sendt hjem i weekenderne, dog kun gradvist, og så vende tilbage til hospitalet igen. Efterhånden går det så godt, at jeg kan være stationært hjemme. Jeg bliver udskrevet, men får hverken psykolog hjælp eller anden form for hjælp, jeg bliver faktisk bare udskrevet til egen læge.

Jeg har modtaget en fin behandling på Hvidovre Hospitals Psykiatriske afdeling, 803, jeg har mødt professionelt personale, nogen at dele min sygdom med, nogen der forstod, og nogen at dele ansvaret med. Der har været personale til at stoppe mine ritualer, og herved har de taget ansvaret for mig, så jeg ikke behøvede at fuldføre dem, og således kunne jeg jo heller ikke blive straffet for det.

I dag, har jeg stadig tvangstanker og tvangshandlinger, men det tager mig kun en ½ time, at gå i bad nu, fordi jeg hele tiden er opmærksom på hvad jeg laver af ritualer.

Jeg er faktisk i gang med et helt nyt indlæringsmønster, som små børn der skal lære helt nye ting. Jeg har fået et skema og en vejledning i, hvordan jeg skal udføre min vaskemani, således at det holdes i balance. Jeg besøger OCD foreningen 1 gang om måneden, og dette hjælper også en del, da jeg møder ligestillede mennesker, der forstår mig fuldt ud.

Da Peter er færdig med at fortælle, og der sådan set ikke er flere spørgsmål fra os, fortæller han kort, at han under sin indlæggelse på 803 har fundet en kæreste, som han også mener, har været årsag til, at han har det meget bedre i dag. En fra gruppen spørger meget relevant, om det også er en med OCD lidelse, til det svarer Peter klart nej, og er ved at dø af grin. Vi fører samtalen ud i lidt sort humor, og nævner så, at de nok også bare ville forstærke hinandens handlinger. Peter griner og siger så, at de jo også kunne deles om det, således at han "vasker" og hun "checker". Det er meget befriende, at få denne lille humoristiske stund med Peter, og det løsner op for mange ting hos os alle.

Peter har ligeledes et par gode råd til de mennesker som skal omgås OCD patienter. Hans ord er simple, men godt beskrevet, og lyder som følger: en kombination af forståelse, og afbrydelse af f.eks. håndvask. Han mener heller ikke, at adfærdsterapi i denne forbindelse med at være vasker, ville hjælpe ham, da det jo ikke er en garanti for, at sæben er vasket ordentligt væk.

Peter runder af med, at fortælle han har været glad for at komme, det har været rart, at fortælle om sig selv, og er også en del af helbredelsen for ham. Han er ikke til "smalltalk", og da vores samtale ender lidt ud i det til sidst, rejser han sig og vil gerne ud af døren. Peter har det således, at der skal være et emne eller en diskussion, for ellers trækker han sig, så bliver det for personligt for ham.

Peter rejser sig, han ser glad ud, og vi følger ham ud af døren, med den konklusion, hvor meget han har lært os, hvor veltalende han har været, og hvor interessant et menneske han generelt virker til at være.

En STOR tak til Peter

Vi vil gerne på vegne af alle i vores specialegruppe, takke Peter for den bistand han har ydet os i denne case. Det har været meget givende for os alle, at møde ham, og vi takker dybt fra vores hjerter af, med et stort ønske om, at han hele tiden må få fremgang, og en dag blive rask igen.

Det skal til slut tilføjes, at Peter har læst casen efter dens færdiggørelse, og at han har godkendt den som bilag i vores speciale.

I'm crying a tear
from my lonely heart
from deep in my soul.
Some people still don't know how
it is to be me.

It's not easy to have OCD,
it's a piece of Hell.
And that's how I feel
about having OCD.

Uddrag af digt, Skrevet af: Pia (www.Lisbeth.m.subnet.dk)

Bilag. 2

Interview med Marianne Grønberg

Marianne fortæller os kort og uden for mange detaljer følgende:

Patienterne er som regel meget forpinte når de bliver indskrevet på afdelingen. Det er dog sjældent, at en "ren" OCD patient bliver indlagt. Med dette mener jeg, at det ofte er patienter med vrangforestillinger som ikke er klar over, at deres tanker og handlinger er ulogiske. "Rene" OCD patienter ved godt, at deres tanker og handlinger er irrationelle.

Der er store chancer for, at patienterne ikke kan hjælpes, specielt hvis de har skubbet det følelsesmæssige væk, så vil det være svært, at komme ind til kernen i deres problemer, og få bearbejdet dette.

Jeg mener helt klart, det handler om det psykodynamiske, at man skal arbejde med konflikten fra den anale fase. Det kan f.eks. være, at man har haft kolde forældre, men som alligevel har belønnet barnet meget på potten ved aflevering. Dette gør, at barnet bliver overdrevent renligt og eller ordentlig. Derudover skal man arbejde ind på hvordan det nuværende liv er. Desværre har man ikke meget succes med det psykodynamiske, da mange OCD ramte har svært ved, at udtrykke følelser, det er således svært at måle resultater. Det er derfor i de tilfælde nemmere at udføre en adfærdsterapi, da der ligger et færdigt skema.

Kombineret terapi

Der er fordele og ulemper ved at kombinere terapien. Man ved, at adfærdsterapi virker, da man får brudt et mønster, men med denne form kommer man ikke ind til selve kernen af problemet. Dynamisk terapi, alene, er således endnu sværere, da som tidligere nævnt, OCD ramte ofte er følelseshæmmede. En kombination af begge terapier vil være det optimale, men ofte ses der ikke fremgang i det psykodynamiske, men således kun i adfærdsterapien. Det er vigtigt i en terapi, at man ikke presser patienten for meget, da et pres kan udløse en forværring, således at man kan risikere at patienten glider over i en psykose.

Man må forsøge, at tale med dem om deres tidligere liv. Her kan man flytte fokus til noget de er gode til og støtte dem i det, for at få bragt glæde og leg ind i livet. Man

kan på denne måde få lettet symptomerne en del hos mange. Det er samtidig vigtigt, at man via terapien udstråler at det nytter noget, dog uden at overdrive dette. Jo yngre en patient er, jo lettere og jo større er succesen med terapi, sådan er det generelt med mange ting.

Pædagogens rolle

Det er vigtigt, at pædagogen har situationsfornemmelse, samt tænker på en OCD ramt, som et lille barn der ikke vil slippe sit legetøj (Symbiose Mahler). Pædagogen skal være meget varsom og omsorgsfuld, og ikke presse patienten, da det kan medføre vrede hos den ramte. Det er også vigtigt at være opmærksom, iagttagende og observere således, at et pres ikke får patienten til at glide ind i en psykotisk tilstand.

Det skal ses som om, man skal have et barn fra en aktivitet til en anden, hvordan man så på en hensigtsmæssig måde kan gøre dette, uden at presse eller gøre barnet trist, eller ked af det.

Det kan gøres på en empatisk måde, at give barnet en del af styringen, og måske flytte fokus til en anden aktivitet som barnet måske føler glæde ved og har haft succesoplevelser og ressourcer til. Ligeledes er det vigtigt, at udstråle overfor barnet, at det kan lade sig gøre, men at det stadig er realistisk.

Bilag. 3

Interview med sygeplejerske Eva Nielsen

i forhold til pædagogens/sygeplejerskens rolle i arbejdet med OCD patienter.

Når vi arbejder med OCD patienter, er det vigtigt at vi er et team. Vi er næsten altid to kontaktpersoner på hver patient. Dette for at forhindre, at patienten laver "splitting" (Primitiv forsvarsmekanisme) imellem sine kontaktpersoner. Vi får også supervision af vores psykolog og overlæge, simpelthen for at kunne give den bedste støtte og hjælp til patienten.

Vi anvender miljøterapi overfor patienten, dvs. at han skal deltage i de daglige gøremål på afdelingen, såsom at anrette3 måltiderne, vaske op efter disse, vaske tøj osv. Det kan være enormt grænseoverskridende, da patienten ofte skal indgå i et samarbejde med andre patienter og personale. Dette kan være meget konfliktfyldt, pga. patientens tvangsadfærd og patienten må her gå på kompromis med egne behov kontra andres.

I konflikt situationer som fx steril håndvask, skal kontaktpersonen afbryde tvangshandlingen på en hensynsfuld måde. Denne afbrydelse kan tit føre til aggression og kontaktpersonen bliver gjort til den "onde", pga. denne konfrontation

med tvangshandlingerne. Det er nødvendigt at der laves en klar aftale med retningslinier vedr. disse konfliktsituationer. Når patienten bliver konfronteret, er det vigtigt, at samtalen bagefter tages med begge kontaktpersoner for at undgå splitting, samt hvis der skal ændres i handleplanen.

For at få bugt med tvangsadfærden, laves der et angstreducerende skema, som er en del af en handleplan. Dette hjælper patienten med at beskrive sin angst i forskellige situationer og hvilke tvangshandlinger disse medfører. På skemaet kan man også se hvordan patienten takler situationerne og hvor stor angsten er efterfølgende. Der bruges en skala fra 1- 10 (Fra det normale til angst), og udfra tallet kan man beskrive angstniveauet. Dette er et godt arbejdsredskab i patienten proces til at blive rask. Når der arbejdes med dette skema, skal kontaktpersonen støtte, rose, og opmuntre patienten (Jeg støttende pleje). Kontaktpersonen skal hjælpe patienten med at finde en afvænningsmanøvre når den tvangsprægede adfærd "melder" sig. Det er meget vigtigt, at disse oplevelser er positive og ikke mærkes som et nederlag.

Kontaktpersonen skal korrigere og vejlede, hvilket kræver en del grænsesætning overfor patienten. Kontaktpersonen tager også en del samtaler med pårørende og der informeres om sygdommen, handleplaner, patientens udvikling, relevante hjælpeforanstaltninger osv.

Afslutningsvis, fortæller Eva om hvor vigtigt det er at hjælpe patienten med at finde de gode ressourcer, som denne havde før sygdommen, og derpå underbygge disse.

INTERVIEW MED OVERLÆGE KENT ELDOW

KK Hvidovre Hospital, 1. Reservelæge (ikke færdiguddannet) i psykiatri.

De 2. cases Kent taler om er udeladt. Grunden dertil er, at vi har tavshedspligt, og ikke har fået rettigheder til at offentliggøre disse.

Kent fortæller under interviewet følgende:

Det er vigtigt, at påpege at OCD ikke er en sindssygdom, psykose eller skizofreni. Dette nævner jeg fordi der er et klart skel mellem disse. En OCD patient kan tage afstand fra tankerne, og finder ingen logik i dem. Man kan give Zoloft i høje doser, da serotonin ofte er et manglende stof i hjernen. Dette kan afhjælpe den pågældende til at få det bedre. Tidligere kunne man give det hvide snit, i det man så en effekt på OCD, men dette er i dag forbudt, men dog tilladt i visse stater af USA endnu. Jeg vil fortælle jer meget kort og uden de store detaljer, om 2 cases for at give et bedre billede af forskellige former for OCD.

Kognitiv adfærdsterapi

Jeg vil fortælle jer lidt om mine former for terapi. Her kan man spørge patienten; Hvad sker der hvis du lader være med det? Som regel svarer patienten, at der ikke vil ske noget, og via eksponering kan man i små doser bevise dette. Angst aftager helt af sig selv, hvis man lader være med at følge impulserne, dette fordi kroppen ikke er rustet til at være i en konstant angsttilstand. Man tager altid det nemmeste først i en adfærdsterapi, der hvor man næsten altid er sikker på, at patienten får succesoplevelser, og herefter arbejder man ind til kernen af problemet. Nederlag for patienten kan i mere eller mindre alvorlige tilfælde ikke håndteres, og derfor starter man så småt, således at man får en masse succesoplevelser.

Angsttilstand uden behandling?

En angsttilstand, kan f.eks. godt uden behandling føre til en OCD lidelse, hvis og såfremt pågældende begynder at udvikle ritualer. Terapien går ud på at udsætte sig selv for de ting man er bange for, og vil derved opdage, der intet sker af ulykker eller andet. Det er dog ikke altid, at kognitiv terapi virker.

Hvor mange i Danmark har OCD?

Det er svært at komme med tal på hvor mange OCD tilfælde der er i Danmark. Dette fordi det som regel kun er de sværeste tilfælde der søger hjælp. Andre skjuler det måske, eller har det ikke i så en invaliderende grad, at de søger hjælp.

Den hvide elefant

Jeg vil give jer et eksempel på en tvangstanke, og sige til jer at; I OVERHOVEDET IKKE MÅ TÆNKE PÅ EN HVID ELEFANT!

Kent spurgte os lidt senere, om vi havde tænkt på den hvide elefant. Det havde vi alle gjort i mere eller mindre grad, men vi kunne hurtigt lægge bag os igen. Kent fortalte, at det præcis var det OCD ramte ikke kunne.

Forværring af OCD

Der sker selvfølgelig forværring af OCD, men tilstande an også være stabil. Det er ikke altid der sker en forværring, det går oftest lidt op og ned.

Skade mod sig selv

Det er meget sjældent eller slet ikke set, at en OCD patient gør skade mod sig selv. F.eks. skærer sig for, at få smerte væk eller anden afstraffelse. Det sker nærmest kun når pågældende er på vej mod en sindssygetilstand.

Pædagogens rolle

Pædagogens rolle kunne være, at fungere som støttepædagog, f.eks.; Du skal ikke vaske hænder så mange gange, eller helt stoppe den ramte, når han/ hun er i gang med at udføre ritualer.

Tillært mønster

OCD rantes, tanker og handlinger er et tillært mønster, som skal brydes igen. Man kunne sammenligne det med neglebidning, eller rygning, her har man tillært sig et mønster, som skal brydes. Det handler derfor ikke om, at man er psykisk ude af balance, som det heller ikke gør for mennesker med OCD lidelser. Ritualer er ligeledes tillærte mønstre, som vi mener, kan brydes med terapi, kognitiv og intellektuel terapi.

A. Litteratur

1. Bruel, Svend Åge: "Fremmedordbog" Gyldendal 11.
2. Cullberg, Johan: " Dynamisk psykiatri", Hans Reitzels forlag 1999
3. Egeberg, Sonja, John Halse m.fl.: Udviklingspsykologiske teorier, Munksgård 2. udgave
4. ICD-10 s. 104-105
5. Larsen, Ole Shultz: Udviklingens veje, systime 1991
6. Lunn, Susanne m.fl.: Psykologi- en grundbog til et fag, Hans Reitzels forlag 1997
7. Mortensen, Karen Vibeke: Fra neuroser til relationsforstyrrelser, Gyldendal 2001
8. Nielsen, John B: Psykiatrisk ordbog, Høst og Søn 1970
9. Olsen, Ole Andkjær: Rottemanden, Hans Reitzels forlag 1991
10. Rokkjær, Åge: Pædagogik- et personligt anliggende, Semi- forlaget 1997
11. Silva, Padmal de: Tvangstanker og tvangshandlinger, Dansk psykologisk forlag 1992
12. Thomsen, Per Hove: Når tanker bliver til tvang, Hans Reitzels forlag 1996
13. Thomsen, Per Hove: OCD, Psykinfo forlaget 1998
14. Trillingsgaard, Anagen m.fl.: Børn der er anderledes, Dansk psykologisk forlag 1997
15. Varming, Ole: psykologisk-pædagogisk ordbog, Gyldendal 1999
16. WHO, Centre for Research and Training in mental health, samt Psykiatrisk hospital ved Århus: Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser, Munksgaard 1996

B. Artikler

1. Bangsbøll, Elisabeth: Min datter var alvorligt sy, Billede bladet 8. januar 1998
2. Birk, Caspar: Har jeg slukket for kogepladen?: Lolland- Falsters Folketidende 15.september 2001

3. Bolhøj, Torben: Bornholms Tidende 6.november 1998
4. Carlsen, Jesper: Overset sygdom kræves belyst, Berlingske Tidende 18. januar 1999
5. Carlsen, Jesper: Sofias kamp, Berlingske Tidende 17. januar 1999
6. Hagerup, Annette: Når bremseklodsen svigter, Berlingske Tidende 9. december 1996
7. Hagerup, Annette: Styret af ritualer, Berlingske Tidende 9. december 1996
8. Høgsberg, Else Marie: Mit liv blev et helvede, Stiftttidende 21. juli 1996
9. Krogh- Meyer, Monica: Hvorfor vasker Peter altid hænder?, Det Fri Aktuelt 28. juni 1997
10. Thomsen, Per Hove: Husker de at låse døren?, Jyllandsposten 28. juni 1999
11. Thomsen, Per Hove: Når ritualerne tager magten, Psykinfo Nyt 1997
12. Thomsen, Per Hove: Obsessiv- kompulsiv tilstand hos børn og unge, Videnskab og praksis 19.august 1996
13. Svarre, Hanne: Man går stadig stille med OCD, Bornholmsk Tidende 24-25 april 1999

C. Oplysningspjecer og - blade

1. Anake, Riksforeningen: Nytt om OCD, Nr. 1. 2000
2. Anake, Riksforeningen: Nytt om OCD, Nr. 3. 1998
3. Göttestam, Gunnar og Einer Kringlen: Tvangslidelser, Stiftelsen psykiatrisk oplysning, 1. udgave
4. Jessen, Pia Birgitte: Kort om psykiske lidelser, Stiftelsen Psykisk oplysning (Stavanger) 1999
5. OCD- Foreningen: Når tanker bliver til tvang, og handlinger til ritualer
6. OCD- Foreningen: Tvangstanker, tvangshandlinger
7. Rådet for Psykisk Helse: Tvangslidelser og fobier, 1999
8. Undén, Mogens og Kirsten Behnke: Tvangshandlinger og tvangstanker, Smithkline Beecham

D. Elektroniske medier

1. " Det bliver ikke bedre", spillefilm med bl.a. Jack Nicholson i hovedrollen
2. "Lægens bord", Fra DR TV d. 8. februar 2001
3. " www.Lisbeth. Subnet.dk"
4. "www.netdoktor.dk"
5. "www.oed-foreningen.dk"

E. Interviews

1. Eldow, Kent: 1. reservelæge på Hvidovre Hospital, ikke færdig uddannet i psykiatri
2. Grønberg, Marianne: Psykolog på Hvidovre Hospital

3. Nielsen, Eva: Sygeplejerske på Hvidovre Hospital
4. "Peter": OCD -ramt

F. Diverse

1. Berge, Torkil: Når du plages av tvangstanker, Psykologisk afhandling
2. Göttestam, Gunnar m.fl.: Tvangslidelser, Rådet for psykisk Helse
3. Sidsel (Anake): Referat fra international kongres om tvangslidelser, Den Tyske Forening for Tvangslidende, Hamburg 1999
4. Valderhaug, Robert: Tvangsforstyrrelser hos barn, Norsk rapport