



UNDERVISNINGS  
MINISTERIET

---

# “Jeg kommer heller ikke i dag”

---

*– om støtte af sårbare unge i uddannelse*



---

# “Jeg kommer heller ikke i dag”

---

*– om støtte af sårbare unge i uddannelse*

*Hallur Gilstón Thorsteinsson*

*Bjarke Malmstrøm Jensen*

*PsykiatriFondens Børne- og Ungdomsafdeling*

---

## **”Jeg kommer heller ikke i dag” – om støtte af sårbare unge i uddannelse**

Publikationen indgår i Undervisningsministeriets håndbogsserie som nr. 3 – 2010

Forfattere: Afdelingsleder Hallur G. Thorsteinsson, PsykiatriFondens Børne- og Ungeafdeling, og underviser Bjarke Malmstrøm Jensen, PsykiatriFondens Børne- og Ungeafdeling

Tekstbearbejdelse: Nina Kotschenreuther, PsykiatriFonden

Artikelredaktion,  
korrektur

og produktion: Marianne Schulz, Undervisningsministeriet, Afdelingen for erhvervsfaglige uddannelser, og Werner Hedegaard, Undervisningsministeriet, Kommunikationssekretariatet

Grafisk tilrette-  
læggelse og omslag: Phoenix Design Aid A/S

Forsidefoto og fotos  
på indholdssider: Lars Skaaning. Fotos er modelfotos optaget på Svendborg Erhvervsskole

1. udgave, 1. oplag, marts 2010: 2.800 stk.

ISBN 978-87-603-2843-5

ISBN (WWW) 978-87-603-2844-2

Internetadresse: [www.uvm.dk/psykiatri](http://www.uvm.dk/psykiatri)

Udgivet af Undervisningsministeriet, 2010

Bestilles (ISBN 978-87-603-2843-5) hos: NBC Ekspedition  
Telefon 56 36 40 40, fax 56 36 40 39 eller [ekspedition@nbcas.dk](mailto:ekspedition@nbcas.dk)  
Telefontid: Mandag-torsdag 9.30-16, fredag 9.30-15

eller hos boghandlere

Tryk: Scanprint A/S  
Trykt med vegetabiliske trykfarver på ubestrøget miljøcertificeret papir  
Printed in Denmark 2010

Eventuelle henvendelser af indholdsmæssig karakter rettes til Kommunikationssekretariatet i Undervisningsministeriet,  
tlf. 33 92 50 57 eller e-mail: [pub@uvm.dk](mailto:pub@uvm.dk)

---

# Forord

Alle institutioner, som udbyder erhvervsuddannelser, blev i 2007 forpligtede til at tilbyde social, personlig eller psykologisk rådgivning til de unge, som har behov for det. Dette skete som et led i Velfærdsaftalen, hvor forligspartierne – gennem et bredt forlig – enedes om at styrke støttemulighederne på erhvervsuddannelserne for derved at mindske frafaldet.

For at understøtte lovændringen blev der igangsat et udviklingsprojekt, hvis formål var at udvikle metoder til at fastholde unge med psykiske problemer i uddannelse. Undervisningsministeriet har i den forbindelse blandt andet støttet PsykiatriFonden til at udbrede viden om psykiske problemer og kompetenceudvikle lærere, vejledere og ledere, så de kan håndtere de udfordringer, der kan opstå i en skolehverdag, når elever har det svært.

Denne publikation bidrager til ovenstående ved at præsentere et udvalg af metoder og værktøjer, som kan inspirere lærere og uddannelses- og erhvervsvejledere på ungdomsuddannelsesinstitutionerne i deres møde med unge, som kæmper med personlige og sociale problemer. Publikationen giver samtidig viden om forskellige psykiske sygdomme og problemer samt inspiration til støttemuligheder – og den bidrager til vores forståelse af, at alle unge har ressourcer og er forskellige trods enslydende diagnoser.

Det er derfor mit ønske, at publikationen både vil være en hjælp og en tilskyndelse til, at lærere, vejledere og ledere vedvarende vil arbejde med at udvikle en god og inkluderende skole, hvor den bedst mulige støtte og rådgivning gives til alle unge mennesker.

## **Søren Hansen**

Afdelingschef i afdelingen for erhvervsfaglige uddannelser  
Undervisningsministeriet  
Februar 2010



---

# Indhold

|  |           |
|--|-----------|
| <b>Forord</b>  | <b>3</b>  |
| <b>1 De sårbare unge og lærerens rolle</b>                   | <b>8</b>  |
| Ungdom er lig med udfordring, ikke sårbarhed                 | 9         |
| De sårbare unge  | 10        |
| Lærerens rolle   | 12        |
| Om publikationen   | 15        |
| <b>2 Metoder til at støtte den sårbare unge i uddannelse</b> | <b>16</b> |
| Cases  | 16        |
| Det metodiske grundlag                                       | 19        |
| Procesorienteret støtte                                      | 23        |
| Visuelle værktøjer   | 35        |
| <b>3 Psykiske sygdomme og problemer</b>                      | <b>43</b> |
| Adfærds- og følelsesmæssige forstyrrelser                    | 44        |
| ADHD ( <i>Attention Deficit Hyperactivity Disorder</i> )     | 44        |
| Tics og Tourettes syndrom                                    | 45        |
| Adfærdsforstyrrelser generelt                                | 46        |
| Affektive sygdomme   | 48        |
| Depression   | 48        |
| Bipolar lidelse  | 50        |
| Angstsygdomme  | 52        |
| Socialfobi   | 54        |
| OCD ( <i>Obsessive Compulsiv Disorder</i> )                  | 56        |

|  |           |
|--|-----------|
| Personlighedsforstyrrelser                           | 58        |
| Skizoid personlighedsforstyrrelse                    | 59        |
| Borderline personlighedsforstyrrelse                 | 60        |
| Psyriske udviklingsforstyrrelser                     | 62        |
| Aspergers syndrom                                    | 62        |
| Andre gennemgribende udviklingsforstyrrelser (GUA)   | 63        |
| Psykosser  | 64        |
| Det skizofrene spektrum                              | 66        |
| Spiseforstyrrelser                                   | 68        |
| Anoreksi og bulimi                                   | 68        |
| Overspisningsforstyrrelse (BED)                      | 71        |
| Direkte selvskadende adfærd med fokus på cutting     | 72        |
| <b>4 Praktiske oplysninger</b>                       | <b>76</b> |
| Underretningspligt                                   | 76        |
| Hvortil kan man henvise unge med psykiske problemer? | 78        |
| Litteratur   | 80        |
| Relevante hjemmesider                                | 83        |





---

# 1

## De sårbare unge og lærerens rolle

De senere år har der været fokus på de udfordringer, som navnlig erhvervsuddannelserne står over for vedrørende frafald blandt elever. I denne sammenhæng har der også været fokus på grupper af elever – eller elevtyper – som er blevet beskrevet som særligt udsatte. En af disse grupper er unge, som på grund af personlige eller sociale problemer har svært ved at gennemføre en uddannelse.

I PsykiatriFonden har vi siden 2002 arbejdet med forebyggelse og aftaubisering af psykiske sygdomme blandt børn og unge. Dette arbejde består i workshops og undervisning til elever, kursus tilbud til lærere og uddannelses- og erhvervsvejledere og støttetilbud til elever i form af psykologsamtaler og tilbud om samtalegrupper. I 2009

igangsatte PsykiatriFonden med støtte fra Undervisningsministeriet Erhvervsskoleprojektet, et landsdækkende kursus tilbud til lærere, uddannelses- og erhvervsvejledere samt ledere i erhvervsuddannelserne.

Gennem Erhvervsskoleprojektet har vi været i kontakt med 400 lærere og uddannelses- og erhvervsvejledere samt 100 ledere fra tekniske skoler, SOSU-skoler og handelsskoler fra hele landet. Og det har været et inspirerende møde med meget kompetente kursister.

Publikationen, som du har foran dig, er et led i dette projekt. Og vi håber, at du med denne publikation kan få inspiration til, hvordan du i dit fremtidige arbejde kan støtte sårbare unge mennesker i uddannelse.



*Det er i ungdomsårene, at vi finder ud af, hvem vi er og gerne vil være. Vi afprøver identiteter, forholder os til grundlæggende værdier og prøver langsomt at stå på egne ben.*

## Ungdom er lig med udfordring, ikke sårbarhed

Ungdom er ikke lig med sårbarhed. Men ungdom er derimod lig med udfordring. Ungdommen er som psykologisk, fysiologisk og social udviklingsfase utrolig betydningsfuld og spændende – men også udfordrende. Det ved alle, der har været igennem denne livsfase. Tidligere har der været tendens til blot at opfatte ungdommen som en overgang fra barn til voksen. I dag ved vi, at ungdommen er en selvstændig udviklingsfase. Det er i ungdomsårene, at vi finder ud af, hvem vi er og gerne vil være. Vi afprøver identiteter, forholder os til grundlæggende værdier og prøver langsomt at stå på egne ben.

Det kan være en følelsesmæssigt udfordrende periode. Den unge bliver grebet af usikkerhed, rådvildhed og måske angst. Kognitivt sker der også stor udvikling. Den unge begynder at tænke mere abstrakt, reflekterer mere over tingene og begynder (ofte) at se verden fra flere perspektiver.

Selvstændiggørelsen – eller individuationen i psykologiens sprog – er helt central for ungdomsfasen. Og den udgør også en stor andel af de udfordringer, som den unge og hans/hendes omgivelser oplever. Selvstændiggørelsen er en bevægelse væk fra familien (navnlig forældrene) i et forsøg på at stå på egne ben. Men man kan ikke stå helt alene. Den unge har brug for den trygge base – selv om han eller hun ikke udtrykker det direkte – og den unge har i meget høj grad brug for jævnaldrende at spejle sin egen udvikling i. Det såkaldte sociale spejl er vigtigt for selvstændiggørelsen, identitetsdannelsen og den unges sunde selvforståelse.

Men også det sociale kan være en stor udfordring. Ofte skal der etableres nye venskaber i forbindelse med overgangen fra grundskole til ungdomsuddannelse, og for nogle skal der også findes nye sociale positioner i forbindelse med praktikperioder m.m. Hvis man er usikker på sig selv, kan det være svært at få fodfæste socialt.

Ja, udfordringerne i ungdomsårene er mange. Og selv om man senere i livet tænker positivt tilbage på sine ungdomsår, så er det nok de færreste, som ville have lyst til at gennemgå dem endnu en gang.



*10-15 procent af en ungdomsårgang mistrives og oplever trivselsproblemer i sådan en grad, at der kan tales om egentlige psykiske problemer.*

### De sårbare unge

Sårbarhed er et vidt begreb. Når vi taler om sårbarhed her, så er der tale om en psykologisk – og i nogle tilfælde også biologisk – sårbarhed, som medfører, at ungdommens store udfordringer tager sig endnu større ud. Sårbarheden kan komme til udtryk som en følsomhed i forbindelse med følelsesmæssige, sociale og faglige krav.

For nogle bunder sårbarheden i tidlige oplevelser. En del sårbare unge kommer fra hjem, hvor omsorgssvigt og overgreb har præget dagligdagen. Hjem, hvor mor eller far ikke har haft det fornødne overskud eller de evner, som det kræver, at være en nærværende og støttende forælder. Andre sårbare unge har oplevet faglige nederlag tidligt i deres skolegang eller social marginalisering og udstødelse i form af mobning og ensomhed.

Ofte – men ikke altid – kan sårbarheden ses. Den kan ses i den unges adfærd, som for eksempel kan være udadreagerende eller selvdestruktiv. Den kan ses i den unges manglende tro på sig selv, i det nedslåede blik eller på den måde, den unge positionerer sig selv, for eksempel i klassefællesskabet.

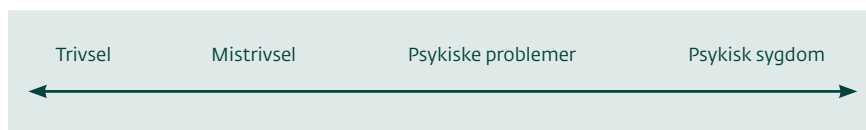
Udadreagerende adfærd er svært at overse. Det kan for eksempel være unge med opmærksomhedsforstyrrelsen ADHD, unge, som er impulsstyrede eller er aggressive i deres fremfærd. Ofte er der tale om unge mænd, som ud over følelsesmæssige og kognitive udfordringer – for eksempel koncentrationsvanskeligheder – også har sociale problemer såsom tidligere brudte uddannelsesforløb, stort hashforbrug og kriminalitet med i bagagen.

Men det er ikke kun drenge, som bærer frustrationerne udenpå: De allerfleste, som arbejder med unge, kender piger, som håndterer det lave selvværd og manglende tro på sig selv ved at være opfarende, selvscenesættende og undertiden også gennem risikobetonet adfærd, for eksempel i form af et stort forbrug af alkohol, promiskuitet eller truende adfærd.

Og så er der de usynlige problembærere, de mange unge, som oplever tristhed, lavt selvværd, faglige udfordringer og stress-symptomer, men som bærer dem indeni. Det kan være unge, som har gennemført grundforløbet med lunkne resultater uden at gøre opmærksom på sig selv, eller unge med alt for højt fravær, som man næsten ikke lægger mærke til, når de endelig kommer i skole. Også disse unge kan ofte betegnes som sårbare og har somme tider lige så store trivselsproblemer som de mere udadreagerende unge, for eksempel i form af nedtrykthed, spisevægring eller selvskade.

10-15 procent af en ungdomsårgang mistrives og oplever trivselsproblemer i sådan en grad, at der kan tales om egentlige psykiske problemer. Men diversiteten er stor. Man kan tale om et såkaldt kontinuum fra lettere ubehag og mistrivsel over i egentlige psykiske problemer og sygdom.

**Figur 1. Kontinuum trivsel/sygdom**



Som figuren viser, så er der mulighed for bevægelse mod begge poler: “Trivsel” og “Psykisk sygdom”. I forebyggelsesøjemed er det vigtigt, at den unge så tidligt som muligt får den nødvendige hjælp og støtte, når han/hun oplever tegn på mistrivsel, for eksempel nedtrykthed, følelsen af ikke at slå til eller passe ind osv. Dette for at mistrivslen ikke får lov til at udvikle sig til psykiske problemer og på sigt til psykisk sygdom, såsom depression, angst og spiseforstyrrelser. Dette forebyggende arbejde kræver tidlig opsporing og efterfølgende mulighed for at tilbyde støtte til den unge.



*Er der tale om en ung, som har depression, vil basal viden om sygdommen kunne styrke og kvalificere den støtte, læreren kan yde både i undervisningen i klasseværelset og i en eventuel relationsbaseret støtte lærer og elev imellem.*

## Lærerens rolle

Når man skal vejlede og rådgive unge – og derved indtage en støttende og motiverende rolle – er det vigtigt, at man både har forståelse for de udfordringer, ungdomslivet generelt medfører, at man har en vis indsigt i den eventuelle sårbarhed, den unge slås med, og at man har evnen til at tage udgangspunkt i den unges egne oplevelser og tolkninger af situationen.

Der er forskel på at rådgive børn, unge og voksne. Den unge er i en selvstændiggørelsesproces, som betyder, at han eller hun ikke er lige så afhængig af familien, som barnet er, men stadig ikke er voksen endnu. Den unge er i de allerfleste tilfælde også på et andet niveau i sin udvikling end barnet, når det gælder den kognitive og følelsesmæssige formåen. Dog har den unge i de fleste tilfælde stadig brug for mere vejledning og støtte end den voksne. Disse forhold har særlig betydning for rådgivning og vejledning af unge mennesker.

Som støtteperson til en sårbar ung er det centralt, at man har en vis indsigt i, hvad sårbarheden indebærer. Er der tale om en ung, som har depression, vil basal viden om sygdommen kunne styrke og kvalificere den støtte, læreren kan yde både i undervisningen i klasseværelset og i en eventuel relationsbaseret støtte lærer og elev imellem.

Endelig har det stor betydning, at man som støtteperson formår at holde fast i nysgerrigheden og interessen for den enkelte unges historie og livssituation, også selv om elevens historie minder om så mange af de andre historier fra unge, man har hørt. Eller man kan komme til at konkludere ud fra generel viden om diagnosen, når en ung for eksempel fortæller, at han har ADHD, og dermed overse den unge. Med andre ord, så skal vi bruge vores erfaringer og vores viden, men de må ikke blive skyklapper, som gør, at vi ikke ser det unge menneske, som sidder over for os.

I forbindelse med kurser til både lærere og uddannelses- og erhvervsvejledere får vi ofte spørgsmålet: “Hvad er vores opgave, og hvad er for eksempel en psykologopgave? Hvor går grænsen mellem vejledning, rådgivning og terapi?” Det er både gode og vigtige spørgsmål. Det er vigtigt at være bevidst om sin egen rolle, opgave og sine egne kompetencer. Problemet er, at svarene ikke er entydige.

Alle har en menneskelig forpligtelse til at hjælpe den, der har det svært. For os, der til dagligt arbejder med børn og unge, er denne forpligtelse skærpet. Den er en del af vores arbejdsopgave. Læreren har blandt andet til opgave at bidrage til det gode læringsmiljø og drage omsorg for elevernes trivsel og faglige og personlige udvikling.

Det betyder, at man som lærer eller vejleder skal reagere på de tegn på mistrivsel, som man bliver opmærksom på. Men det kan være svært – af flere årsager. Nogle gange er man måske i tvivl om det, man har lagt mærke til, egentlig har noget på sig. Man er måske i tvivl, om man er den rette til at konfrontere eleven. Måske er der andre lærere, der er tættere på den unge?

Man kan også være bange for, at den unge bliver vred eller måske har et problem, der er så stort, at det burde være en anden, måske en psykolog, som talte med hende. Her er det berøringsangsten, der melder sig. Den kan være berettiget, men den er farlig. Navnlig for den unge.

Berøringsangsten er ofte et tegn på, at vi ikke er helt klar til at påtage os opgaven. Det kan der være mange forskellige årsager til. En af de hyppigste årsager er, at vi ikke føler os klædt på, rustede eller kompetente til opgaven. Det er et reelt problem.

Flere forskellige initiativer kan hjælpe os til at løfte opgaven: Viden er helt central, ligeså er inspiration til samtale teknik og pædagogisk metode.

Men vigtigst af alt er dialogen. Dialogen med kollegaer og leder kan give inspiration til samtalen med den unge, hvor du skal fortælle, at du har set vedkommende og gerne vil hjælpe.

Og ligeså vigtigt er det, at du bagefter kan tale med en kollega om, hvordan det gik, og hvad næste skridt er eller bør være. Ved at inddrage ledelse og kollegaer bliver den enkelte lærer mindre alene med opgaven, og dermed bliver det også i lidt mindre grad en personlig opgave og mere en professionel opgave.

Vi håber, at lærere og vejledere på erhvervsuddannelserne (og andre ungdomsuddannelser) vil få gavn af de metoder, værktøjer og viden, som bliver præsenteret i de efterfølgende kapitler.

Målet er ikke, at lærere og vejledere skal udvide deres opgaverepertoire med terapeutisk intervention til sårbare elever, slet ikke. Målet er at præsentere metoder, som kan inspirere i forhold til den vigtige opgave, der allerede ligger på lærerens og uddannelses- og erhvervsvejlederens bord, som handler om at hjælpe unge mennesker med at få en uddannelse – også unge mennesker, som af den ene eller anden årsag har psykiske problemer.



Uddannelsesstedet skal sørge for, at elever, som mistrives, hurtigst muligt får den nødvendige hjælp. Læreren og vejlederen kan bidrage ved at være tilgængelige og turde tale om det svære. Herefter skal det vurderes, om eleven har brug for hjælp, som ligger ud over den almindelige pædagogiske støtte – det vil sige om eleven for eksempel skal henvises til en psykolog, skal tale med en læge eller lignende. På baggrund af denne vurdering bør der laves en plan for elevens videre forløb på uddannelsen – herunder også, hvordan læreren kan støtte eleven i hverdagen på skolen.

I de allerfleste tilfælde bør målet være, at den unge får den nødvendige støtte og hjælp, samtidig med at han eller hun fortsætter på sin uddannelse. Men man vil som lærer og vejleder også støde på unge, som har så massive psykiske problemer, at skolegang ikke er det rigtige for dem lige nu. Det er typisk unge, som har brug for psykologisk eller psykiatrisk behandling, inden de kan gå videre med deres uddannelse.

I disse tilfælde bør læreren eller vejlederen påtage sig opgaven som den støttende voksne, som kan etablere kontakt til eventuelle behandlingstilbud og være med til at indgyde håb hos den unge om, at han eller hun på sigt kan komme tilbage til uddannelsen.

Læs om lærerens pligt til at underrette de sociale myndigheder samt muligheder for at henviser gennem praktiserende læge i kapitel 4.





*Der findes ingen facit. Som professionelle er vi forskellige. Og de unge mennesker, vi møder, er også forskellige. Derfor er dette netop en publikation til inspiration.*

## Om publikationen

Der findes ingen facit. Som professionelle er vi forskellige. Og de unge mennesker, vi møder, er også forskellige. Derfor er dette netop en publikation til inspiration.

Men det er også en publikation, som er baseret på grundlæggende værdier vedrørende tilgangen til unge mennesker, som er psykisk sårbare: Formålet er at synliggøre, ikke sygeliggøre, de udfordringer, de unge måtte have.

Vores viden om sårbarhed og psykiske sygdomme skal kvalificere vores støtte, men må aldrig udgøre hele det perspektiv, som vi ser den unge ud fra – så vi mister blikket for det menneske, der står foran os. Samtidig er det også vigtigt, at vi tør italesætte det, vi ser og bliver optaget af. Også selv om der ofte er tale om svære emner. Tabuer skal tales ihjel, som et af PsykiatriFondens slogans lyder.

Metodisk er materialet i publikationen ikke stringent, men snarere baseret på en bred vifte af inspirationskilder fra det pædagogiske og psykologiske fagområde. Den velbevandrede læser vil derfor kunne genkende metoder og principper fra systemiske, narrative, kognitive og psykodynamiske teori-retninger. Fælles for alle værktøjer, vi præsenterer i publikationen, er, at de er udtryk for en løsningsfokuseret og anerkendende tilgang til arbejdet med unge, og at vores erfaring fortæller os, at de faktisk virker.

De følgende kapitler er opdelt således:

Kapitel 2 indledes med to cases – begge er eksempler på elever, som har psykiske problemer og kan betegnes som frafaldstruede i forhold til deres uddannelse. I forlængelse af de to cases præsenteres en bred vifte af konkrete tiltag og værktøjer, som læreren eller vejlederen kan lade sig inspirere af i sit arbejde med at støtte sårbare unge i uddannelse. De metoder, der præsenteres, bliver eksemplificeret ved hjælp af Emils og Pias historier.

Kapitel 3 udgør et mindre leksikon, hvor et bredt udvalg af psykiske sygdomme og problemer kort beskrives ud fra årsager, symptomer, behov for støtte m.m. Kapitlet er tænkt til opslag, som kan give læseren et nemt overblik. Vi har udvalgt nogle af de psykiske sygdomme, problemer og forstyrrelser, som hyppigst forekommer blandt målgruppen.

I kapitel 4 er der information om underretningspligt, muligheder og regler for henvisning, en oversigt over relevant litteratur og forslag til hjemmesider, hvor man kan finde yderligere information om unge, mistrivsel og psykisk sundhed – og forhåbentlig mere inspiration.

God læselyst!

*Hallur Gilstón Þorsteinsson,  
Bjarke Malmstrøm Jensen,  
PsykiatriFonden*

---

# 2

## Metoder til at støtte sårbare unge i uddannelse

Her præsenteres to eksempler på unge, hvis sårbarhed kan påvirke deres mulighed for at gennemføre deres uddannelse. De unges historier inddrages løbende for at eksemplificere de metoder og værktøjer, som præsenteres i kapitlet.

### Case 1: Pia, 17 år

Pia er 17 år og er lige begyndt på grundforløbet på social- og sundhedsskolen. Hendes mål er at blive social- og sundhedsassistent, og senere vil hun måske gerne læse videre til sygeplejerske. Pia har aldrig været rigtig glad for at gå i skole, derfor har hun valgt den praktiske uddannelsesvej. Hun har derimod altid godt kunnet lide at hjælpe mennesker, især i hendes familie har hun både passet sine små søskende og hjulpet sin mormor, som lider af leddegigt.

Pia bor sammen med sin mor, stedfar og fire mindre halvsøskende i en treværelses lejlighed. Pia tænker ofte på sin far, som hun ikke har set i flere år. Han har en ny kone, som han har en lille dreng med. Indtil Pia var 12 år, så hun faren regelmæssigt, men da han blev gift igen, havde han ikke rigtig tid til at mødes med hende mere. Hun kan ikke lide at spørge, hvorfor faren ikke har tid til hende længere, og hun tror, at det er, fordi han ikke kan lide hende mere.

Pia synes, at det er svært at finde tid til sig selv, meget af hendes fritid går med at passe de små søskende. Ud over det forventer hendes mor, at Pia hjælper til med rengøring og madlavning. Ofte vælger Pia at lave lektier på skolen, derhjemme er der aldrig nok arbejdsro.

Pia er til tider plaget af, at hun har mange negative tanker om sig selv. For eksempel tænker hun meget over sit udseende, som hun ikke er tilfreds med. Især hendes overvægt bekymrer hende. Hun synes, at de andre i klassen ser nedladende på hende, derfor siger hun ikke noget i timerne og holder sig lidt for sig selv i pauserne. I den seneste tid har hun haft svært ved at sove om natten, og hun føler sig udmattet og irriteret. Når hun ligger søvnløs om natten, bebrejder hun sig selv, at hun ikke bare kan være så sjov og dygtig som nogle af hendes klassekammerater.

Hun kan slet ikke være glad for noget. Hun kan ikke koncentrere sig om skolen, og hun føler, at hun bor i en osteklokke. Nogle gange begynder hun pludselig at græde, og hendes mor har sagt til hende, at hun skal tænke positivt. Men Pia synes, at verden er grå og trist, uanset hvor meget hun tvinger sig selv til at tænke på noget godt.





### Case 2: Emil, 16 år

Emil er 16 år og går på teknisk skole. Han vil gerne være automekaniker, for hans store interesse er biler og motorcykler. Han bor hos sin mor sammen med sine to små halvbrødre på seks og otte år, som hans mor har sammen med stedfaren. Han har ofte konflikter med sin mor om regler i hjemmet og kravet om, at Emil passer sin skole. Han har en god kontakt til sin stedfar, som han synes forstår ham bedre. De holder begge med det samme hold i Superligaen og tager tit til fodboldkampe sammen på det lokale stadion.

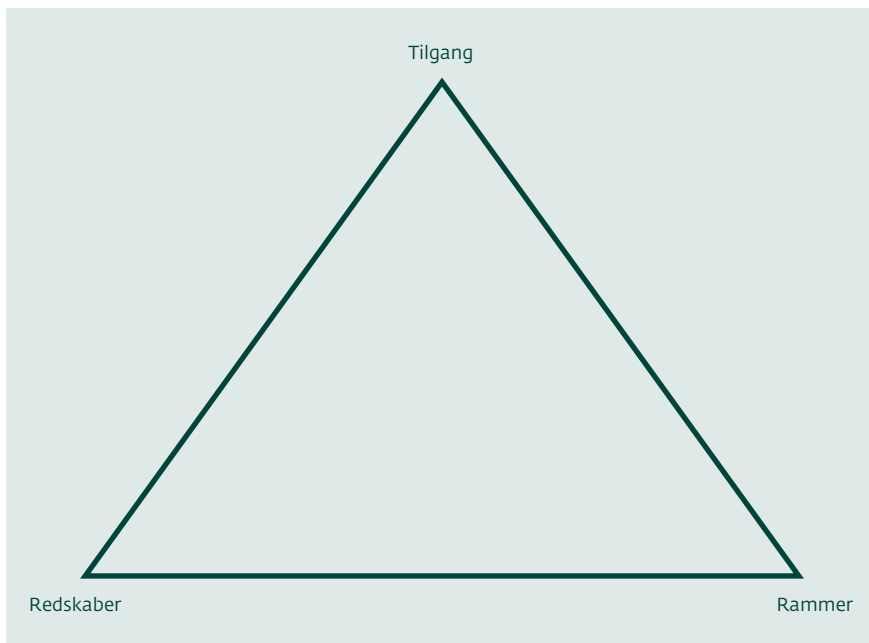
Da Emil gik i 8. klasse, fik han i forbindelse med en psykologisk udredning stillet diagnosen ADHD. Emil er en udadvendt og meget humoristisk dreng, som ofte har en frisk kommentar til alting. Han er meget vellidt og populær blandt de øvrige elever, og der sidder ofte en flok rundt om ham i pauserne. Hans humør er dog meget svingende, og han kan den ene dag være i top humør og andre dage virke vred og indimellem aggressiv i sin kommunikation. I skolen har Emil svært ved det boglige, men hans praktiske evner er rigtig gode. Hans lærer er imponeret over, at Emil tilsyneladende forstår og løser praktiske opgaver rigtig godt, på trods af hans boglige vanskeligheder. I perioder er Emil meget ustabil i sit fremmøde.

Emil havde i efteråret en samtale med uddannelses- og erhvervsvejlederen, hvor han fortalte, at han var klar over sine humørsvingninger og de mange fraværsdage. Emil mente, det kunne hænge sammen med, at han nogle gange røg hash om aftenen, og han derfor var meget træt, når han mødte i skole. Han fortalte, at han altid har været morgensur, og at det ofte fortsætter hele dagen, hvis han er træt. Han fortalte også, at han har fået mange bøder hos politiet og derfor har været nødt til at holde fri for at tage et par dages sort arbejde, så han kunne tjene nogle penge. Emil gav desuden udtryk for, at hans uddannelse er meget vigtig for ham, for hans store drøm er at få sit eget autoværksted.

“

*Emil havde i efteråret en samtale med uddannelses- og erhvervsvejlederen, hvor han fortalte, at han var klar over sine humørsvingninger og de mange fraværsdage. Emil mente, det kunne hænge sammen med, at han nogle gange røg hash om aftenen, og han derfor var meget træt, når han mødte i skole.*

**Figur 2. Tilgang, redskaber og rammer**



### Det metodiske grundlag

Når man som professionel, for eksempel som lærer eller uddannelses- og erhvervsvejleder, skal påtage sig rollen som støtteperson, er der overordnet tre fokusområder, man bør forholde sig til. Disse er indbyrdes afhængige og kan indfanges i figur 2.

Valget af tilgang er afgørende. Tilgangen er baseret på de værdier, normer, teoretiske og metodiske overvejelser samt personlige egenskaber, som læreren lægger til grund for interaktionen med den unge. Tilgangen kan således være baseret på anerkendelse, nysgerrighed og interesse for den unge. Tilgangen – herunder pædagogisk metode – har stor indflydelse på de redskaber eller værktøjer, som den enkelte lærer vælger at sætte i spil i sin kontakt med eleven.



*Man må som lærer tilpasse metoder og værktøjer til egne præmisser og praksisser.*

Endelig er både tilgang og valg af redskaber gensidigt forbundne med visse rammer. Lærere, herunder kontaktlærere, støttepersoner, mentorer og vejledere, arbejder inden for forskellige rammer: De har forskellige ressourcer til rådighed og arbejder under varierende vilkår.

Man må som lærer tilpasse metoder og værktøjer til egne præmisser og praksis. Omvendt vil en bestemt tilgang eller bestemte værktøjer også have indflydelse på, hvordan man forholder sig til og prioriterer de fysiske rammer.

Hvis du som lærer for eksempel prioriterer nærvær og respekt højt i din kontakt til eleverne, så vil du sandsynligvis sætte pris på, at de fysiske rammer tillader dette, når du skal have en samtale med en elev.

Den grundlæggende tilgang, som præsenteres her, er anerkendende og løsningsfokuseret, og en stor del af det teoretiske og metodiske afsæt kommer fra den systemiske familierapi og den narrative terapi. Fælles for disse måder at tænke terapi og pædagogisk intervention på er, at der er fokus på de relationer – eller ifølge den systemiske tankegang systemer – det enkelte individ indgår i.

Ifølge den systemiske tankegang er systemet afgørende for, hvordan vi opfatter os selv og hinanden, samtidig med at det er afgørende for, hvilke muligheder vi har for handling.

I den narrative terapi er der fokus på de historier, vi skaber om os selv og hinanden. Vi forstår os selv gennem disse historier, og på den måde har de en identitetsskabende funktion. Ved at ændre på balancen i et system – for eksempel en skoleklasse – i form af nye samværsformer eller nye måder at tale sammen på er det muligt at ændre på elevens position og forståelsen af den unge. På samme måde vil nye måder at fortælle sig selv på ifølge den narrative tilgang have indflydelse på, hvordan en elev som Pia vil forstå sig selv og sin situation.

På den måde kan man sige, at både den systemiske og narrative tænkning er baseret på konstruktivistiske antagelser, hvilket i grunden betyder, at den virkelighed og de sandheder, vi forholder os til, egentlig er sociale konstruktioner, som kan gøres til genstand for diskussion og genforhandling.

I forlængelse af den systemiske tankegang er det vigtigt, at en støttende indsats inddrager og tager hensyn til de relationer, den unge indgår i med familie, venner, professionelle m.m. Ikke alle relationer er lige relevante, men det er en forudsætning for den pædagogiske og støttende indsats, at udfordringer og ikke mindst ressourcer og kompetencer bliver afdækket. Både dem, der knytter sig til den unge selv, og dem, der findes på tværs af den unges relationer.

På samme måde må det forventes, at en indsats ikke alene har indflydelse på den unge, men også på de relationer, den unge indgår i på skolen og udenfor.

Den systemiske tilgang støtter lærerens indsats ved at lægge vægt på en grundig afdækning og rette fokus mod ressourcer og kompetencer hos den unge selv og i den unges netværk. Et eksempel med udgangspunkt i casen om Emil kunne være: Emil har det på nogle områder svært med sin mor, men synes at trives godt med sin stedfar. Her kunne læreren undersøge, hvad det er, stedfaren og Emil gør for at holde kontakt og holde fast i de aftaler, de har indbyrdes.

Samtidig er der relationer i klassen, der peger i forskellige retninger. Læreren kan sammen med Emil undersøge, om der er nogen i klassen, som Emil kan støtte sig til. Er der konflikter, som i perioder afholder Emil fra at møde i skole?

Som beskrevet ovenfor, så er der ifølge den narrative tankegang ikke én sandhed om den unge, men det er derimod muligt at fortælle flere historier. Der kan være historien om den unge og fodbolden, den unge og vennerne eller den unge og skolen.

Historierne vil ofte flette sig ind i hinanden, og det vigtige for en støttende indsats er at tage udgangspunkt i den unges historie – eller selvfortælling. Lærerens opgave er at lytte og være opmærksom på muligheder for den gode historie, der ofte findes i den unges egen fortælling om sig selv.



*Vigtigst er dog, at man som støtteperson er afklaret med sin rolle og husker, at den menneskelige kontakt – relationen – er det grundstof, som enhver god støtte udspringer af.*

Den narrative tilgang støtter med andre ord den pædagogiske indsats ved at rette fælles opmærksomhed mod muligheder for en positiv fortælling, der oftest findes i den unges egen fortælling – også når den er optaget af de negative forhold.

I casen om Pia er det tydeligt, at tristheden fylder meget i hendes liv. Hun fortæller, at hun tror, at faren ikke kan lide hende, og hun fortæller også, at hun har negative tanker om sig selv.

Læreren kan støtte Pia ved at forholde sig nysgerrigt og undersøgende til de ting, Pia fortæller. Samtidig afsøger læreren mulighederne for alternative fortællinger. For eksempel holder Pia fast ved at lave lektier på skolen, og der er noget, der tyder på, at hun har en godt udviklet sans for at yde omsorg. Hermed er der materiale til en mere ressourceorienteret fortælling om, hvad Pia er god til og egentlig er i stand til.

Den narrative og systemiske tilgang supplerer hinanden godt og giver læreren en nyttig “værkstøjskasse” – både i form af en bestemt måde at anskue støttearbejdet på og i form af konkrete redskaber. Vigtigst er dog, at man som støtteperson er afklaret med sin rolle og husker, at den menneskelige kontakt – relationen – er det grundstof, som enhver god støtte udspringer af.



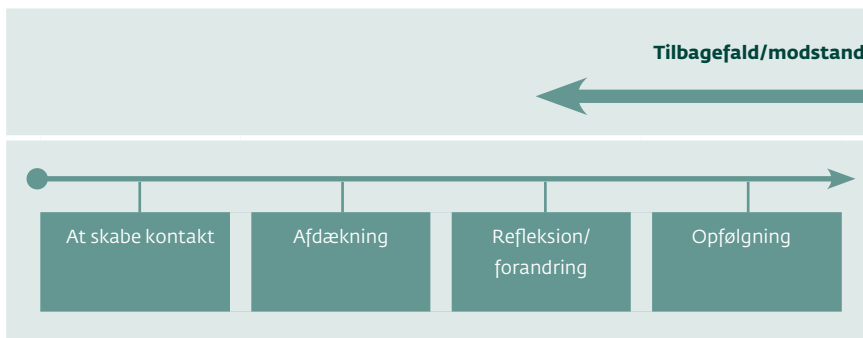


### Procesorienteret støtte

I PsykiatriFonden arbejder vi ofte ud fra det, vi kalder en procesorienteret model for støtte. Det er en bestemt måde at anskue støttearbejdet på, hvor det processuelle er helt centralt: Støttearbejdet foregår over tid og består af faser eller fokuspunkter, som forudsætter og komplimenterer hinanden.

Modellen, som er skitseret i figuren nedenfor, illustrerer et samtaleforløb. Som regel består dette forløb af flere samtaler, hvor den unge og læreren ofte vil bevæge sig frem og tilbage i processen, når noget bliver særligt svært, og der opstår modstand hos den unge. Processen vil derfor sjældent forløbe så skematisk, som fremstillet i figuren. Den sårbare unge vil ofte have særlige forudsætninger for at deltage i en samtale og dermed også særlige behov, som der skal tages hensyn til.

**Figur 3. Procesorienteret støtte**





*Kernen i og forudsætningen for samtaleforløbet er den trygge og tillidsbaserede relation – eller med andre ord, den gode kontakt mellem støtteperson og ung.*

Kernen i og forudsætningen for samtaleforløbet er den trygge og tillidsbaserede relation – eller med andre ord, den gode kontakt mellem støtteperson og ung. Først når denne kontakt er etableret, er det egentlig muligt at gå videre til næste fokuspunkt, som er afdækningen, altså der, hvor du som lærer eller vejleder sammen med den unge skal forsøge at skabe overblik over både udfordringer og ressourcer. Når afdækningen er hel eller delvis, bliver det muligt at reflektere over mulige mål eller initiativer for forandring.

Støttepersonens opgave er at hjælpe den unge med at formulere mål og initiativer ved at stille nysgerrige og reflekterende spørgsmål. Processen bør munde ud i konkrete formuleringer af mål eller eventuelt næste skridt i vejen mod forandring, sådan at opfølgningen bliver så konstruktiv som muligt.

Det er vigtigt undervejs hele tiden at have fokus på relationen til eleven, så kontakten forbliver intakt – kontakten er som nævnt forudsætningen for, at processen holdes i gang. Der vil helt sikkert kunne opstå misforståelser, uenighed eller modstand undervejs. I de situationer må man som støtteperson tage et eller flere skridt tilbage og forsøge at genetablere en tryk relation til eleven.

Nedenfor beskrives hver enkelt fase i modellen, og der præsenteres konkrete metoder, som kan anvendes i de forskellige faser.

### **Fase 1: At skabe kontakt**

De fleste unge vil være i stand til at etablere og vedligeholde stabile relationer med læreren før og under samtalen. Bliver relationen rystet i forbindelse med en konflikt, vil eleven selv bidrage aktivt til at få den genetableret ved at tage kontakt eller være åben over for lærerens initiativ.

Den sårbare unge kan være udfordret i at etablere og vedligeholde relationer og får derfor svært ved at håndtere situationen, hvis der opstår en konflikt. Tristhed, svære tanker eller lavt selvværd forhindrer den unge i at opleve tryghed og tillid. Det præger den unge, der undviger eller omvendt overskrider lærerens grænser. Elevens handlinger kan ofte ses som et udtryk for, at den unge forsøger at håndtere situationer, der er forbundet med utryghed og stress.

Læreren står derfor med en svær opgave. På den ene side skal kontakten give den unge en oplevelse af tryghed og tillid. På den anden side skal kontakten også skabe en proces, hvor den unge får mulighed for at ændre perspektiv på de svære tanker og følelser, og det kan gøre den unge utryk.

For at skabe tryghed og tillid hos den unge må læreren være opmærksom på egne reaktioner og udtalelser. Elevens tryghed er også afhængig af, at læreren formår at rumme eleven og hans/hendes problemer. En forudsætning for rummelighed er, at man er afklaret med egne grundlæggende værdier eller principper for tilgangen til den unge.

Vores erfaring er, at validering, eksternalisering og det at anvende en løsningsfokuseret tilgang ofte har en positiv indvirkning på kontakten og den videre samtale om emner, som kan være svære for den unge at tale om.

Validering er en metode, som gør det muligt for den voksne at indtage og anerkende den unges perspektiv – uden nødvendigvis at erklære sig enig i den reaktion, det synspunkt eller den holdning, som den unge fortæller om. Det centrale er, at den unge føler, at her er en voksen, som evner at sætte sig ind i den unges oplevelse og forholde sig nysgerrigt til den.

Det kan godt være, at læreren har en anden opfattelse end den unge, men det bliver ikke bragt frem i samtalen som en konkurrerende version af, hvordan virkeligheden ser ud. Derved undgår læreren at skabe en samtale, hvor to opfattelser kommer til at konkurrere. I stedet indtager læreren den unges perspektiv og stiller spørgsmål, der kan bringe en fælles forståelse frem.

Når Pia – se casen side 16 – oplever, at faren ikke kan lide hende, bliver læreren måske usikker på, om Pias vurdering er rigtig. Det vil sandsynligvis ikke ændre på Pias oplevelse – hun vil højst få oplevelsen af, at her er der endnu en voksen, der har svært ved at se tingene fra hendes synsvinkel. Læreren kan validere Pias oplevelse ved at spørge: “Du siger, at du tror, din far ikke kan lide dig. Det må føles svært. Kan du fortælle lidt mere om din far og de tanker, du gør dig?”

#### Formålet med valideringen er:

- At opbygge tillid og fortrolighed
- At understøtte værdien og berettigelsen af det oplevede
- At den unge føler sig set – og forstået
- At skabe grobund for videre støtte .

Eksternalisering er en metode hentet fra den narrative terapi, hvor man adskiller person og problem. Personen er ikke problemet, problemet er problemet. Læreren undgår at beskrive den unge som trist, urolig eller angst og taler i stedet om tristheden, angsten og uroen.

Når Pia fortæller om tristheden, kan læreren tænke, at Pia “virker trist og mut” og blive optaget af at finde ud af, “hvad der er i vejen med hende”. Disse tanker er helt naturlige, men det er vigtigt, at læreren sprogligt skiller tristheden og Pias person fra hinanden. Hvis lærerens tanker kommer ud i sætninger som: “Du virker trist og mut” eller “Hvad er der i vejen?”, er der en risiko for, at Pia vil høre det som en beskrivelse af sig selv. I stedet kan læreren formulere sin bekymring i sætninger som: “Jeg kan høre, at tristheden fylder meget - hvornår fylder den mest/hvornår fylder den ikke så meget?” Så bliver tristheden og Pia adskilt, og lærer og elev kan sammen undersøge problemet.

#### Formålet med eksternaliseringen er:

- At den unges person ikke problematiseres
- At “problemet” mister grebet om den unge
- At skabe handlemuligheder
- At synliggøre ressourcer
- At problemet bliver mindre sårbart at tale om.

Løsningsfokuseret tilgang betyder, at læreren sammen med den unge prøver at fokusere på styrker og ressourcer. Sammen finder de frem til oplevelser, hvor den unge har oplevet succes, har opnået gode resultater osv. Det betyder ikke, at man ikke skal identificere udfordringer og problemer – man skal bare passe på, at man ikke dyrker dem, og at man sammen med den unge bliver fastlåst i det problemmættede. Når den unge for eksempel kun ser forhindringer, arbejder læreren på at hjælpe den unge til at finde løsninger. Samtalens fokus bliver det, der fungerer. Læreren taler i resourcesprog: “Du er god til ...”

Pia laver lektier på skolen, da der ikke er ro hjemme. I stedet for at familien er et problem, kan de inddrages i løsningen. Læreren kan undersøge, hvilke dage Pia bliver på skolen. Er der noget særligt ved disse dage? Det kan være, at det er på dage, hvor andre tager sig af de små søskende. Så er det måske muligt at få nogen til at passe de små flere dage om ugen? Læreren kan foreslå, at de sammen laver en lektielæseplan, der giver Pia nogle faste dage om ugen på skolen. Den kan Pia tage med hjem og vise moren og stedfaren. Måske kan familien sammen støtte op om planen?

Ud over principperne validering, eksternalisering og den løsningsfokuserede tilgang kan man som lærer forberede samtalen med den unge efter en huskeliste eller en form for “opskrift”, som man gennemgår i planlægningen af selve samtalen. Nogle af punkterne kan virke banale, men hvis ikke de er gennemtænkt i forberedelsen, kan man risikere at snuble over dem i samtalen.



*Det er ikke svært at huske at gennemgå listen med væsentlige punkter i planlægningen af en samtale. Men mange samtaler opstår spontant. Så bliver det vanskeligere, men ikke mindre væsentligt at sikre ro omkring den unge.*

#### **Et bud på væsentlige punkter til overvejelse er:**

- Hvorfor vil du tale med den unge, og hvad du vil have ud af kontakten?
- Hvad har du set, hvad har du hørt, og hvad giver det anledning til?
- Hvordan kan du blive rustet til den aktuelle samtale?
- Hvilke handlemuligheder er til stede? Hvilke støttetilbud kan skolen for eksempel trække på?
- Hvilken kollega kan du eventuelt få sparring hos?
- Hvordan kan du/I undgå at blive forstyrret, mens I taler (sluk for eksempel mobilen)?
- Hvordan kan du bidrage til en behagelig og afslappet atmosfære?
- Hvordan tages hensyn til den unges behov?
- Hvor lang tid skal samtalen strække sig over?

Det er ikke svært at huske at gennemgå listen med væsentlige punkter i planlægningen af en samtale. Men mange samtaler opstår spontant. Så bliver det vanskeligere, men ikke mindre væsentligt at sikre ro omkring den unge.

Et eksempel: Pia sidder stille i klassen og ser ud til at være meget ked af det. Da der er en pause i undervisningen, spørger hun, om læreren har tid til at snakke. Hun græder og er tydeligvis pinligt berørt over at være i klassen. Læreren reagerer ved at inddrage hende i sine overvejelser om rammerne: “Jeg kan se, at du er ked af det, så jeg vil finde et lokale, hvor vi kan tale sammen uden at blive forstyrret.” Det er heller ikke sikkert, at læreren har flere observationer at tage udgangspunkt i. Så for at tage initiativet og støtte Pia, tager læreren udgangspunkt i det observerbare: “Jeg kan se, at du er ked af det, vil du fortælle lidt om det?”

De tre principper validering, eksterne-lisering og løsningsfokuseret tilgang samt huskelisten til samtalen kan styrke kontakten til den unge både i den planlagte og i den spontane samtale. I den planlagte samtale kan læreren på forhånd overveje sin tilgang til den unge og forberede at tage fat på svære emner. I den spontane samtale kan principperne støtte læreren til ikke for hurtigt at give gode råd eller tage afstand, men i stedet bevare den nysgerrige og ressourceorienterede tilgang.



*Man skal huske, at afdækningen ikke kun handler om at få overblik over de forhold, man som lærer har indflydelse på, men også handler om de ting, som har betydning for den unge her og nu.*

### **Fase 2: Afdækning**

Den afdækkende fase i samtalen med den unge handler både om at få et overblik og et indblik – både for dig som lærer/uddannelses- og erhvervsvejleder og for den unge. Det er i denne del af samtalen, at den unges historie foldes ud, og der i fællesskab dannes overblik over, hvilke udfordringer og ressourcer der findes hos og omkring den unge.

Vores erfaring er, at afdækningen ikke altid får den opmærksomhed, som den fortjener. Årsagen kan være, at man ikke giver sig tid til at spørge ind til de mange forskellige forhold i elevens liv, som kunne have indvirkning på hans/hendes trivsel. En anden faldgrube er, at man “kører på rutinen”, og at man derfor glemmer at lytte til, hvad den unge egentlig fortæller: På grund af vores store erfaring tror vi måske, at vi ved, hvad Emils problem er – vi har jo så ofte før talt med unge, der slås med samme problem – og derfor konkluderer vi for tidligt, uden at høre Emils historie.

En tredje årsag, til at afdækningen ikke bliver tilstrækkelig, kan være,

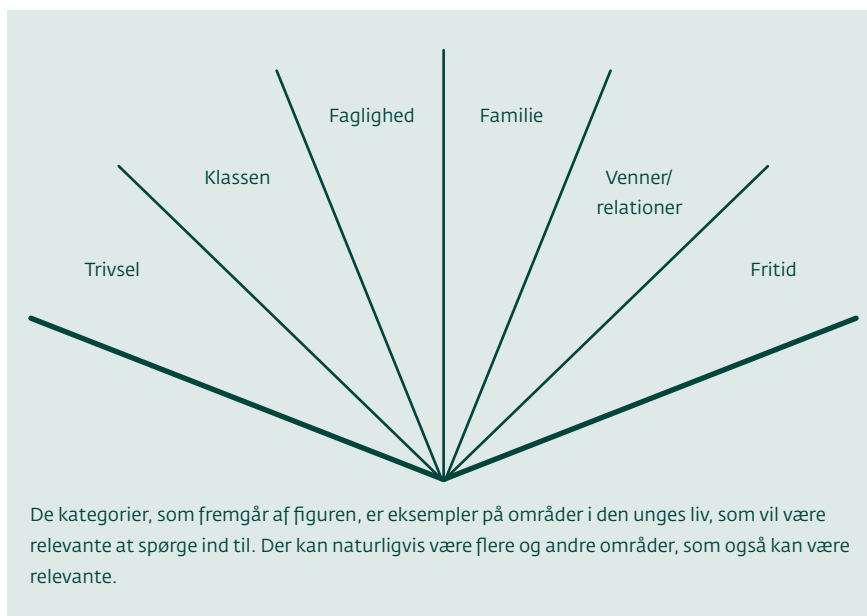
at læreren/vejlederen er i tvivl om, hvor meget han/hun kan tillade sig at spørge ind til, både for ikke snage og for ikke at gøre mere skade end gavn. Men man skal huske, at afdækningen ikke kun handler om at få overblik over de forhold, man som lærer har indflydelse på, men også handler om de ting, som har betydning for den unge her og nu. Her skal man være opmærksom på, at man ikke overskrider den unges grænser, og man skal som tommelfingerregel altid spørge sig selv, hvad hensigten med et spørgsmål er, inden man stiller det. Hvad vil man have ud af spørgsmålet, og kan det retfærdigvis stilles inden for relationen lærer-elev med henblik på at udfolde aspekter af elevens liv, som kunne have relevans for den støtte eller yderligere hjælp, man som lærer/vejleder kan yde? Når man gør sig disse overvejelser, bruger sin sunde fornuft og ellers er respektfuld og etisk bevidst i sin fremfærd, så kan man langsomt lade berøringsangsten slippe. Og de fleste mennesker vil hellere have et spørgsmål eller to, der kommer lidt for tæt på – hvis den, der stiller det, altså trækker sig igen, når det bliver tydeligt, at det kom for tæt på – end at

der ikke er nogen, der tør tale om de ting, der fylder i ens liv.

På mange måder er den afdækkende fase helt afgørende for, hvor kvalificeret vores vejledning eller rådgivning af den unge egentlig bliver: Hvis vi ikke har et tilstrækkeligt billede af, hvilke udfordringer for eksempel Pia har i sin dagligdag, eller kender til omfanget af hendes nedtrykthed og manglende energi, så kan vi hurtigt komme til at negligere hendes egentlige behov og derfor ufrivilligt komme til at yde mangelfuld støtte. Den utilstrækkelige afdækning kan også føre til misforståelser. Vi kan komme til at tale forbi hinanden, og i nogle tilfælde kan man også komme til at forcere processen – hvilket kan føre til, at den unge afviser de forslag, læreren kommer med, og at kontakten glipper.

Hvordan foregår den gode afdækning? En vifte kan bruges som metafor. For at få det tilstrækkelige billede af Pias eller Emils situation skal viften foldes ud, og det bliver den, ved at man spørger ind til de enkelte blade, viften består af.

**Figur 4. Viften**



På baggrund af den kontakt, der er etableret til eleven – se afsnittet ovenfor – skal man bruge sin nysgerrighed og interesse for elevens situation som brændstof for afdækningen. Inspireret af den systemiske tankegang bruges sommetider detektiven og antropologen som metaforer for de spørgsmålstyper og roller, læreren skal udfylde i afdækningen – men husk: Der skal ikke være tale om forhør.

Detektiven stiller typisk lineære spørgsmål. De er ligefremme og har til formål at indsamle informationer, undersøge og afklare.







#### Eksempler på lineære spørgsmål:

"Hvor længe har du gået med de tanker?"  
"I hvilke situationer optræder følelsen af magtesløshed?"  
"Hvor ofte har du det sådan?"  
"Har du talt med andre om det?"  
"Hvad kan du ellers lide at lave?"  
"Hvad ønsker du hjælp til?"

Detektivens spørgsmål kan med fordel suppleres med antropologens spørgsmål, som er de såkaldte cirkulære spørgsmål. De cirkulære spørgsmål skal hjælpe læreren med at få et overblik over sammenhænge, den unge indgår i, og om der for eksempel er forskel på, hvordan den unge oplever udfordringerne i de forskellige sammenhænge. Svarene kan også give et indtryk af, hvordan andre – for eksempel venner, familie m.m. – forholder sig til den unge.

#### Eksempler på cirkulære spørgsmål:

##### **Spørgsmål om adfærd og effekten af den i sociale sammenhænge:**

"Hvordan reagerer din mor, når du "flipper ud"?"  
"Hvilken indflydelse havde din kommentar på stemningen i klassen?"

##### **Spørgsmål om forskelle og ligheder på tværs af kontekster:**

"I hvilke situationer optræder problemet oftest?"  
"Er der sammenhænge, hvor det slet ikke optræder?"

##### **Spørgsmål om relationer:**

"Hvem taler du mest med i klassen?"  
"Er der nogen i din familie, du er særligt knyttet til?"

##### **Spørgsmål til følelser, holdninger og værdier:**

"Hvem er – ud over dig – mest påvirket af problemet?"  
"Hvad synes din far, I skal gøre?"

Afdækningen er et fokusområde, som man typisk vender tilbage til flere gange i løbet af en samtale eller et samtaleforløb, afhængigt af de temaer eleven fremhæver. Men det er vigtigt, at du løbende føler, at du har et billede af, hvilken type udfordringer eller problemer eleven slås med, har en fornemmelse af, hvor meget det fylder i den unges liv (sværhedsgrad/omfang), og at du har fået et nogenlunde billede af elevens sociale situation – herunder netværk. Husk, at afdækningen er med til at skabe en fælles historie og forståelse imellem dig og eleven, og den kan have en positiv indvirkning på jeres relation.



### **Fase 3: Mål om forandring – gennem refleksion**

Når vi bliver vidne til et ungt menneskes lidelse eller problemer, så oplever de fleste trangen til at hjælpe og hurtigt ordne det, der er galt. Men vi kender måske også til at sidde på den anden side af bordet og få en masse – nok så velmenende – råd, som vi har svært ved at tage helt til os. Somme tider er det ambivalens, somme tider tvivl og somme tider irritation, som gør, at vi ikke tager rådet til os.

Næste skridt i den procesorienterede støtte er refleksion og forandring – se figur 3 side 23. Formålet er at støtte eleven i en forandringsproces, hvor nye tiltag måske skal sættes i værk. Måske skal en tredje part involveres (forældrene, en psykolog etc.), måske vil målet for forandring indebære, at eleven skal agere på en ny måde og derfor styrke visse personlige, sociale eller faglige færdigheder. I stedet for at fortælle Emil, hvad han skal gøre, eller hvad målet for forandring bør være, skal vi hjælpe ham med selv at formulere dette. På den måde er der større

chance for, at Emil føler medejerskab i det formulerede mål og derfor er mere villig til at arbejde frem imod det, end hvis det var et mål, som han føler, at læreren eller vejlederen har trukket ned over hovedet på ham.

Kernen i denne fase af den støttende samtale er refleksion. Vi skal sætte refleksioner i gang hos den unge; refleksioner om ønskede mål, refleksioner og mulige veje frem imod målet og refleksioner, som forhåbentlig kan få den unge til at se på sig selv og sin situation som mindre fastlåst og problematisk end før. I denne fase skal vi agere Sokrates og benytte hans vigtigste redskab, de refleksive spørgsmål – en tilgang, som også er hentet fra den systemiske tænkning.

Refleksive spørgsmål er – som navnet også antyder – spørgsmål, som sætter gang i refleksionerne, og som får den unge til at se på sig selv, sin situation eller omgivelser på en ny måde. I anvendelsen af de refleksive spørgsmål er kunsten ikke at blive for ledende. Bliver vi ledende eller handlingsan-

visende i vores formulering – som for eksempel med spørgsmålet “Ville det ikke være en god idé at holde op med at ryge hash?” – bliver spørgsmålet strategisk og siger mere om vores holdning, end det egentlig får den unge til at reflektere over, om det er en god idé at ryge hash. Den mere refleksive pendant kunne være “Hvilken betydning har hashen i dit liv?” og måske i forlængelse heraf “Kunne du forestille dig noget andet, som kunne give dig det samme, som hashen gør i dag?”

De refleksive spørgsmål har til formål at forstyrre det etablerede billede af, hvordan tingene er. Derfor kan man tillade sig at stille en række overraskende, skæve og sjove spørgsmål.



*De refleksive spørgsmål har til formål at forstyrre det etablerede billede af, hvordan tingene er.*

#### **Eksempler på refleksive spørgsmål:**

##### **Fremtidsspørgsmål:**

Formål: At undersøge værdien af forandring.

*For eksempel: "Hvilken forskel ville det gøre for dig, hvis ...?"*

##### **Anerkendende spørgsmål:**

Formål: At etablere relation, fokus på ressourcer.

*For eksempel: "Hvordan klarer du at komme i skole på trods af ...?"*

##### **Undtagelsesspørgsmål:**

Formål: At fokusere på kontekster, hvor omstændighederne er anderledes.

*For eksempel: "Er der situationer, hvor problemet ikke optræder? Hvad gør du i de situationer?"*

##### **Tankelæsanspørgsmål:**

Formål: At se verden fra andet perspektiv, at se sig selv udefra.

*For eksempel: "Hvis din bedste ven var her nu, og vi kunne spørge om ... Hvad tror du så, han ville svare?"*

##### **Uventede kontekstændrende spørgsmål:**

Formål: At skifte fokus, overraske, udfordre.

*For eksempel: "Hvornår havde du det sidste gang sjovt her på skolen?"*

*Eller for eksempel: "Hvad er det gode ved hashen?"*

##### **Mirakelspørgsmål:**

Formål: At skabe konkrete billeder af den ønskede situation.

*For eksempel: "Hvis du kom i skole i morgen, og der var sket et mirakel. Hvad ville så være ændret?"*

##### **Procesafbrydende spørgsmål:**

Formål: At tjekke relevans, guideline i forhold til samtalen.

*For eksempel: "Taler vi om det, der er vigtigst for dig?"*

Som nævnt er formålet med denne fase at få den unge til at reflektere over, hvilke mulige løsninger, initiativer eller mål den unge sammen med dig som lærer/vejleder skal arbejde hen imod. De refleksive spørgsmål skal ophæve eller udfordre de forforståelser, som den unge tolker situationen ud fra. Det er svært, og selv om du får stillet gode refleksive spørgsmål, kan det være, at en elev som Pia igen og igen vil falde tilbage til den samme konklusion: "Det ved jeg ikke. Jeg tror, at jeg er for deprimeret til at klare det" eller lignende.

Her kan man prøve at adskille problem og person med eksternaliserende spørgsmål, der er velegnede til at tale om kontrol. I Pias udsagn er det tydeligt, at hun er deprimeret og derfor ikke kan forfølge målet eller se løsningen. Hvis man skulle hjælpe Pia med at løsrive sig fra depressionen, kunne man for eksempel sige til hende: "Jeg får en fornemmelse af, at nedtryktheden styrer dig, i stedet for at du styrer nedtryktheden. Hvad er det nedtryktheden gør, siden det lykkes den at få kontrol over dig?" Hvis vi får adskilt depressionen og Pia, bliver depressionen nemmere at forholde sig til, og den bliver også nemmere at tale om.

#### **Eksempler på eksternaliserende spørgsmål:**

"Hvornår tager uroen magten?"

"Hvornår lykkes det for dig at vinde over uroen?"

"Hvornår kom tristheden ind i dit liv?"

Hvis man ikke er vant til at bruge spørgsmålstyperne, kan både de refleksive og de eksternaliserende spørgsmål måske virke fremmede eller komplekse. For den uvante kan det anbefales, at man i eget tempo prøver sig frem. Og husk, at spørgsmålene skal være dine egne og skal kunne give mening for den elev, du taler med.

Det er naturligvis ikke alle unge, som vil profitere af den refleksive tilgang. Psykiske problemer kan hæmme evnen til refleksion, blokere fremtidsperspektivet på grund af negative tanker eller forstyrre realitetssansen. Og for nogle unge vil denne type spørgsmål af kulturelle, sproglige eller intellektuelle grunde simpelthen ikke give mening. Er det tilfældet, må man ty til andre metoder og for eksempel være mere styrende, strukturerende og handlingsvejledende i sin kommunikation. Der er som bekendt intet facit.

#### **Fase 4: Opfølgning**

Den sidste fase eller det sidste fokusområde i den processuelle støtte er opfølgningen. Læreren har måske oplevet, at dialogen med Emil både har været tillidsfuld og konstruktiv. Emil har fortalt om sine økonomiske problemer og har også fortalt, hvor svært det egentlig er at deltage til undervisningen på grund af uroen. Læreren og Emil bliver enige om, at det var godt, de fik snakket tingene igennem – og faktisk også formuleret nogle opmærksomhedspunkter, som de kan arbejde videre med.

Opfølgningen handler om, at man husker at vende tilbage til Emil og få en snak om, hvordan det så går med de ting, I aftalte, at han skulle arbejde videre med. Måske var aftalen, at han skulle tale med sin stedfar om sine økonomiske problemer, for at se om stedfaren kunne hjælpe ham med at administrere gælden.

Men opfølgningen handler også om kontinuerligt at signalere over for den unge, at du som lærer kan huske, hvad I talte om, og at du er interesseret i, hvordan det går.



*Opfølgningen er vigtig, for man vil ofte kunne opleve, at man synes, man er blevet enige, men at den unge alligevel handler anderledes.*

Hvordan opfølgningen forløber afhænger af, hvilke aftaler man har indgået med eleven: Er man blevet enige om nogle meget specifikke mål? Eller har man fået formuleret nogle mere løse opmærksomhedspunkter? I alle tilfælde er det vigtigt, at de mål eller opmærksomhedspunkter, man er blevet enige om, er så konkrete, at hverken du eller eleven er i tvivl om, hvad næste skridt er. Og opfølgningen er vigtig, for man vil ofte kunne opleve, at man synes, man er blevet enige, men at den unge alligevel handler anderledes.

### Visuelle værktøjer

Der findes mange gode pædagogiske værktøjer, som kan supplere og styrke den procesorienterede støtte. Det sproglige og refleksive udgør en meget stor del af modellen. Mange sårbare unge kan have koncentrationsbesvær, problemer med at danne sig overblik osv., på grund af de psykiske problemer de oplever. Derfor vil vi nedenfor præsentere nogle værktøjer, som kan konkretisere de ting, som læreren og eleven taler om i samtalen, og som også kan hjælpe med at danne overblik for begge. Det er visuelle værktøjer, som læreren kan tegne sammen med eleven som en del af samtalen.

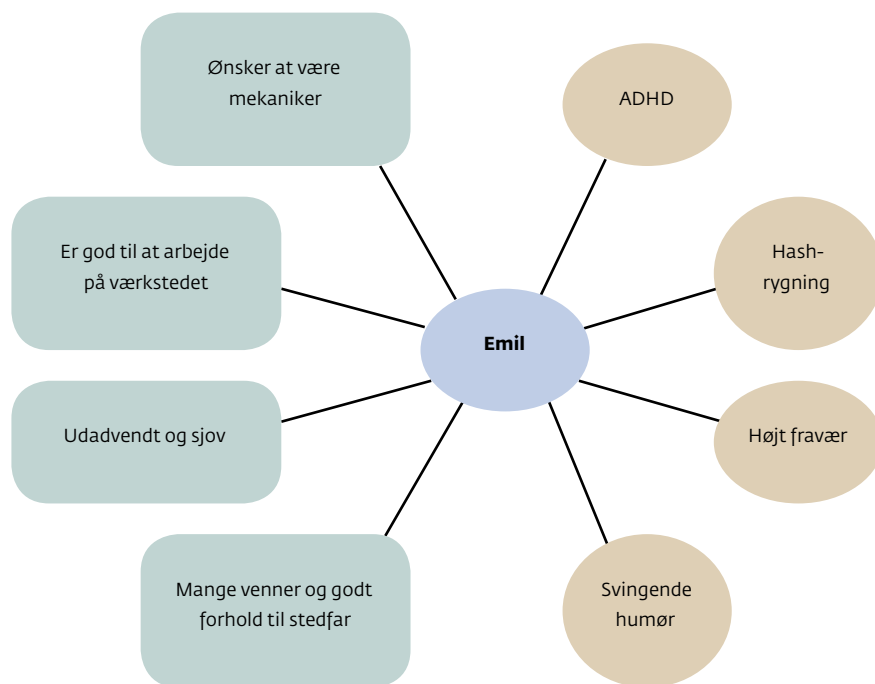
### Mindmaps over ressourcer/udfordringer

Ofte vil en ung kunne fortælle om rigtig mange forhold, som enten er svære eller problematiske. Hvis vi tager udgangspunkt i Emils historie – se casen side 18 – er der en del problemer, som har negativ indflydelse på både hans trivsel og skolegang. Når de leveres i en lind talestrøm, kan selv den mest hårdføre vejleder miste overblikket. Derfor kan det være en stor hjælp sammen at skrive dem ned på et stykke papir, som ligger på bordet imellem Emil og læreren/vejlederen. I forlængelse af den løsningsfokuserede tilgang bør støttepersonen også få Emils styrker og ressourcer tegnet på papiret. En mindmap, hvor ressourcer og udfordringer er markeret med forskellige farver eller former, kan gøre tegningen mere overskuelig – se figur 5 side 36.



*Der er ingen regler for, hvordan mindmaps bør udformes og udfyldes – brug din fantasi, og vær kreativ.*

**Figur 5. Mindmap over ressourcer/udfordringer**



Mindmaps er gode til at skabe overblik og kan bruges i flere forskellige sammenhænge som en del af den procesorienterede støtte. Det er helt oplagt at anvende metoden i forbindelse med afdækningsfasen. En mindmap kan også bruges til at få Emil til at tænke over, hvilke ting han kunne tænke sig at ændre, eller hvilke egenskaber han gerne vil styrke yderligere. Her kan det også være nødvendigt, at læreren sammen med Emil prøver at prioritere mulige forandringsområder ved at spørge ind til, hvad der fylder mest lige nu, eller hvad der er den største forhindring for hans trivsel/skolegang.

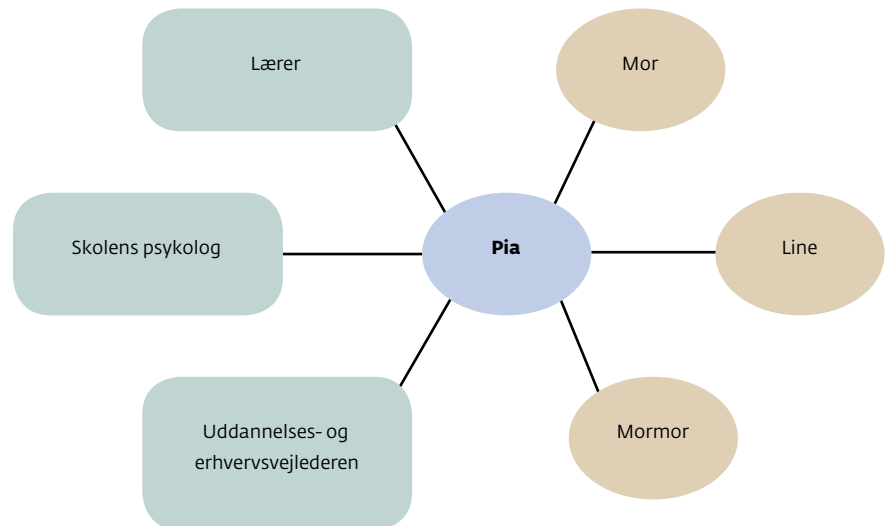
Der er ingen regler for, hvordan mindmaps bør udformes og udfyldes – brug din fantasi, og vær kreativ.



### Netværksdiagrammer

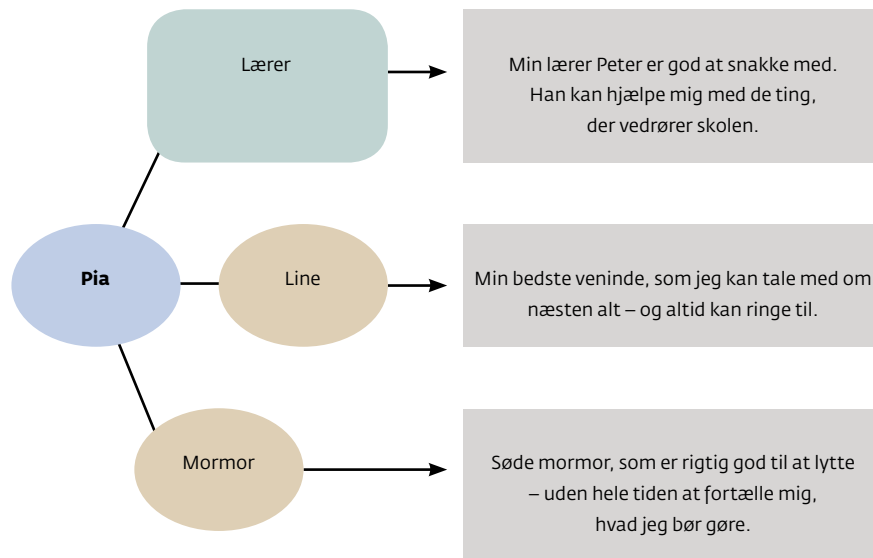
Netværksdiagrammet er også et meget anvendeligt værktøj, som kan tegnes, mens man taler sammen. Diagrammet giver et godt overblik over den unges sociale relationer og har ofte den positive effekt, at den unge pludselig opdager, at der faktisk er flere personer rundt om ham eller hende end egentlig antaget. Diagrammet kan opbygges på mange måder og kan for eksempel inddeles i personer fra private sammenhænge (familie, venner etc.) og mere formelle relationer (uddannelses- og erhvervsvejlederen, skolens tilknyttede psykolog, træneren etc.).

Figur 6. Netværksdiagram



Ovenstående diagram kan udspecificeres, ved at man tilføjer oplysninger om, hvad de kan hjælpe med, eller hvilken betydning de har i den unges liv. For eksempel “Line – min bedste veninde, som jeg altid kan ringe til” eller “Mormor – er rigtig god til at lytte uden at hele tiden at fortælle mig, hvad jeg skal gøre”.

Figur 7. Udspecificeret netværksdiagram



Ligesom mindmappen kan netværksdiagrammet anvendes flere steder i den støttende proces. I afdækningen er det naturligt at spørge til den unges relationer, men de reflekserive spørgsmål kan med fordel tage udgangspunkt i nogle af de relationer, som er optegnet

i diagrammet. Man kan lave både simple og komplekse diagrammer – det vigtigste er dog, at relationerne synliggøres på en pædagogisk og overskuelig måde.

### Copingcards

“Coping” er det engelske udtryk for at “mestre”. “Copingcards” betyder altså “mestringskort” – men erfaringen har vist os, at de fleste unge synes, det er sjovere at lave copingcards end mestringskort, så derfor kalder vi dem det.

Copingcards er små kort, som indeholder en række korte sætninger, der beskriver specifikke handle- og/eller tankemuligheder, som den unge kan benytte, når den vanskelige situation opstår. Kortene bør være så små, at den unge kan have dem i lommen og derved altid have muligheden for at have dem med sig. Det er en god idé at laminere det enkelte kort, så det ikke går i stykker.

Kortene er oplagte at anvende som støttende redskab i forbindelse med impulsproblemer, negative tanke-mønstre, angst osv. Når Emil for eksempel kan mærke, at han begynder at blive urolig eller irriteret, skal han tage kortet op af lommen og følge de instruktioner, som han sammen med sin støtteperson (læreren, vejlederen eller psykologen) har skrevet på kortet.





*Copingcards er små kort, som indeholder en række korte sætninger, der beskriver specifikke handle- og/eller tankemuligheder, som den unge kan benytte, når den vanskelige situation opstår.*

## Figur 8. Eksempel på copingcard

### Når jeg bliver urolig, skal jeg:

1. Sige til læreren, at jeg har brug for at trække luft.
2. Gå en lille tur, mens jeg hører musik i ipod'en.
3. Sætte mig for mig selv og prøve at mærke min krop – lige fra tæerne til øverst på mit hoved.
4. Ringe til Jens (stedfar): Tlf. 12 23 45 67.

Læreren og Emil bør udarbejde kortet i fællesskab, og det er naturligvis vigtigt, at de alternative handlinger eller tanker, som kortet indeholder, er nogle, som Emil synes giver mening for ham. Kortet er typisk et resultat af de refleksioner og aftaler, man er kommet frem til i forbindelse med fase tre i støttemodellen (se tidligere afsnit). Det er også oplagt, at kortet tages frem igen i forbindelse med opfølgingsfasen, så Emil og læreren kan evaluere, om kortet virker – eller om der eventuelt skal skrives nye ting på det.

### Visualisering af mål

Ligesom det kan være praktisk at visualisere styrker, udfordringer og netværk, så er det også en god idé at nedskrive eller optegne den unges mål eller opmærksomhedspunkter for forandring, imens man taler sammen.

Igen kan det naturligvis gøres på mange forskellige måder, men ofte har det en god effekt, hvis tegningen formår at indfange indbyrdes afhængige forhold såsom forholdet mellem målsætning, konkrete handlinger og eventuelle hjælpemidler (personer eller metoder). Her er et par eksempler:

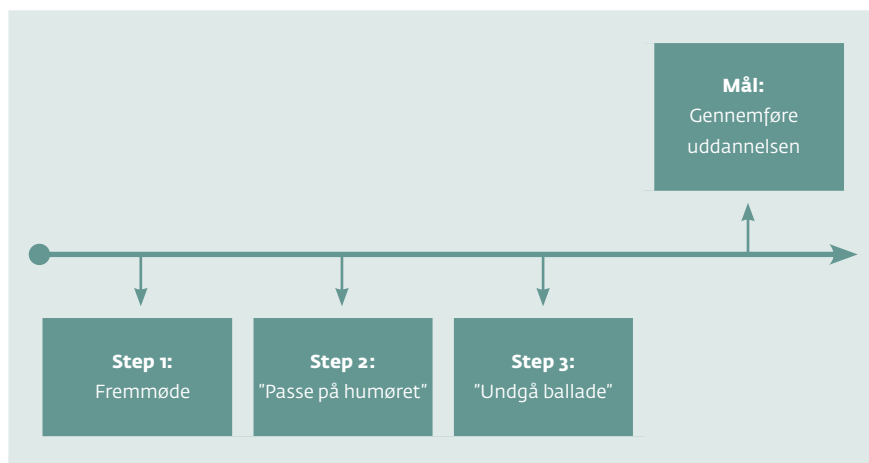
Læreren: "O.k. Emil. Du siger selv, at du er glad for at gå her på skolen, og at du virkelig ønsker at blive mekaniker. Er det rigtig forstået?"  
Emil: "Ja, ja. Helt klart."  
Læreren: "Så du ønsker at gennemføre din uddannelse?"  
Emil: "Ja, ja. Selvfølgelig!"  
Læreren: "Men det er også svært, eller...?"  
Emil: "Svært – hvordan?"  
Læreren: "Hvis vi skriver her på papiret, at målet er at gennemføre grundforløbet – hvad vil det så kræve af dig? Hvad kan lede dig frem til det mål?"  
Emil: "Det ved jeg ikke. At jeg møder op? Holder mig fra ballade?"  
Læreren: "Ja, godt... Andet?"  
Emil: "At jeg ikke bliver sur og flipper ud" (smiler).

Imens de taler, tegner læreren følgende skitse, som han kalder "Emils store plan" – se figur 9 side 40:



Det er en god idé at nedskrive eller optegne den unges mål eller opmærksomhedspunkter for forandring, imens man taler sammen.

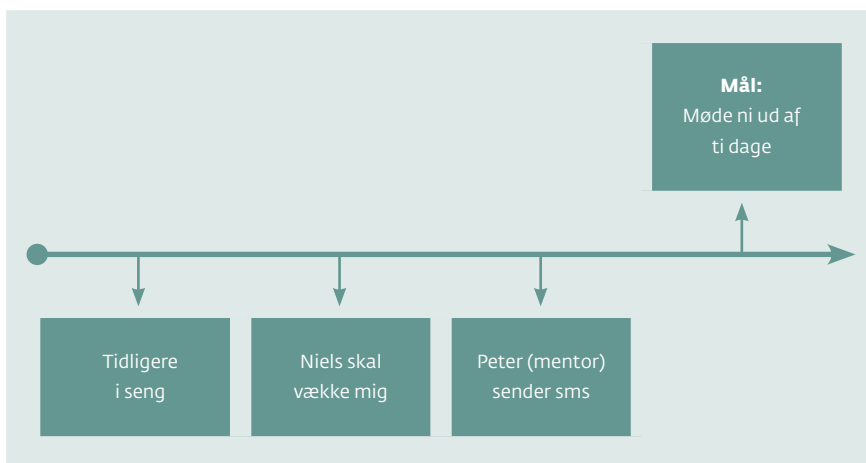
Figur 9. Visualisering af Emils mål (1)



Læreren: "Fint, lad os starte med at kigge på den her, som omhandler dit fremmøde. Hvordan kan vi arbejde videre med den? Hvad er det, der gør, at du nogle gange har svært ved at komme i skole?"  
Emil: "Nogle gange er det, fordi jeg kommer sent i seng. Nogle gange er det, fordi jeg ikke gider" (smågriner).  
Læreren: "Er der nogen, der kan hjælpe dig med at komme ud af døren om morgenen?"

Læreren og Emil prøver at undersøge feltet "fremmøde". Læreren spørger ind til forhold, som kan have indflydelse på Emils fremmøde. Efter et stykke tid har de lavet en ny tegning, som skal tydeliggøre, hvordan Emil kan forbedre sit fremmøde. Tegningen ser således ud – se figur 10:

**Figur 10. Visualisering af Emils mål (2)**



På den måde er det muligt sammen med eleven at få et overblik over den "store plan" og sammen med ham eller hende at dykke ned i nogle af de delmål eller opmærksomhedspunkter, som har betydning for, at man kan nå det overordnede mål. Jo mere konkret,

man bliver i sin udformning af tegningerne, jo tydeligere vil det være for Emil, hvad han egentlig selv skal gøre, og jo mindre bliver risikoen for, at I taler forbi hinanden. Jo mere konkrete aftalerne er, des mere forpligtende er de. Begge veje.

### **Afslutning**

Formålet med kapitlet har været at præsentere en grundlæggende måde at tænke støttearbejde til sårbare unge – jævnfør den metodiske tilgang, som er præsenteret ovenover. Hensigten har på ingen måde været at præsentere løsningen på de udfordringer, som er forbundet med lærerens og vejlederens møde med unge med psykiske problemer i varierende grad. Men anvendelsen af den tilgang og de værktøjer, som er præsenteret, vil efter vores bedste overbevisning kunne hjælpe en hel del af de sårbare elever, som er i gang med at uddanne sig på de danske uddannelsesinstitutioner. Og i denne sammenhæng håber vi også, at de mange gode kræfter, som arbejder for at uddanne disse unge, er blevet inspireret og har fået lyst til at afprøve nogle af disse værktøjer i praksis.



---

# 3

## Psykiske sygdomme og problemer

Grundlæggende viden om psykisk sygdom og psykiske problemer er vigtig, når man som enten lærer eller uddannelses- og erhvervsvejleder skal støtte sårbare unge i uddannelse. Som ansat på en ungdomsuddannelse skal man ikke have psykiatrisk specialviden, og det er ikke lærerens eller vejlederens opgave at diagnosticere. Men viden skaber forståelse og kan have stor betydning for, hvor kvalificeret støtte og rådgivning man kan tilbyde. Derfor præsenteres kapitel 3 som et mindre opslagsværk, hvor du kan finde nyttig viden om en række forskellige psykiatriske problemer.

Hensigten er at præsentere et udsnit af de psykiske problemer, som vi oftest støder på blandt unge. Det betyder naturligvis, at der kan være diagnoser eller problemer, som ikke beskrives her. Leksikonformen er kortfattet, om end præcis. Hver diagnose eller problem er beskrevet med definition og hyppighed, baggrund og årsager, signaler samt støtte til den unge. Således kan hvert opslag bringe afklaring og inspiration. Uddybning af de enkelte sygdomme kan findes i litteraturen på litteraturlisten.

# Adfærds- og følelsesmæssige forstyrrelser

## ADHD

**Definition og hyppighed:** ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder) er en opmærksomhedsforstyrrelse. Det er en forstyrrelse i hjernens funktioner, der viser sig ved nedsat opmærksomhed og koncentration samt hyperaktivitet og impulsivitet. Vanskelighederne forekommer i varierende grad, og især piger kan have en "stille" ADHD (ADD) uden overaktivitet. To til fem procent af alle børn og unge har ADHD.

**Baggrund og årsager:** Et samspil mellem forstyrrelser i hjernens funktion og en reduktion af signalstofferne dopamin og noradrenalin medfører en række vanskeligheder, blandt andet en "træt" hjerne. 60-80 procent af variationen skyldes arvelige forhold, men også uheldig påvirkning under graviditet, for tidlig fødsel og hjerneskade kan have betydning for udvikling af ADHD.

**Signaler:** Varierer meget fra ung til ung, men ofte ses manglende koncentration, fysisk uro, glemsomhed, vanskeligheder med at følge lærerens anvisninger og nedsat evne til at udvise empati. Vanskelighederne er tydeligst ved skolestart, men kan ses helt ned i småbarnsalderen og fortsætter i cirka halvdelen af tilfældene gennem ungdommen og ind i voksenlivet.

**Udfordringer:** Ofte vil det være svært for den unge at modtage kollektive beskeder, følge lange eller komplicerede instrukser, vente på respons, arbejde i rum med uro og arbejde i længere perioder uden pause eller kontakt til læreren.

**Behandling:** Specialpædagogik og viden om ADHD er en nødvendig og for nogle unge tilstrækkelig støtte. En del oplever, at medicinsk behandling med Ritalin eller Strattera reducerer symptomerne.

**Støtte til den unge:** Der findes ikke en færdig opskrift på pædagogisk støtte til unge med ADHD. Læreren må undersøge, hvad der er svært for den enkelte unge. Nogle unge har behov for afskærmning i forhold til de andre i klassen, andre har behov for at kunne støtte sig til visuelle hjælpemidler i form af skemaer eller lignende. Det kan hjælpe mange med ADHD, hvis de arbejder i kortere, afgrænsede perioder med mulighed for pause. Læreren må sammen med den unge finde ud af, hvordan forholdet mellem pauser og arbejdsperioder skal være.

## Tics og Tourettes syndrom

**Definition og hyppighed:** Tics er ufrivillige trækninger i muskler (motoriske tics) og ufrivillige forstyrrende lyde som for eksempel rømmen (vokale tics). Findes der både motoriske og vokale tics hos samme person – men ikke nødvendigvis samtidig – kaldes tilstanden Tourettes syndrom. Simple tics findes hos cirka fem procent af alle børn i den tidlige skolealder. Tourettes syndrom er meget sjældnere, cirka en halv promille i den sene skolealder, heraf cirka fire gange så mange drenge som piger.

**Baggrund og årsager:** Sygdommen skyldes overvejende en særlig følsomhed i en del af hjernen. Tics er svære at kontrollere og svinger i intensitet. De kan kortvarigt undertrykkes bevidst og forværres under stress. Tics kan være et forbigående problem, der forsvinder af sig selv, men kan også udvikle sig til en belastende, langvarig psykisk sygdom. Tics blev tidligere anset for at være et “nervøst”, stressbetinget symptom, som kunne hænge sammen med en streng opdragelse. I dag er det veldokumenteret, at de fleste tics har en væsentlig biologisk og arvelig årsag.

**Signaler:** Tics kan være simple, for eksempel blinken, trækninger i halsmuskulaturen, rømmen eller skrigen, og komplekse, for eksempel hoppen, slag mod en selv, bevægelser, der kan opfattes som provokerende, såsom at vise “fuck-fingeren” på en tvangspræget, stereotyp måde og stødvis tvangspræget gentagelse af ofte provokerende ord, uden hensyn til om det virker stødende på omgivelserne.

**Udfordringer:** Ticsene ledsages ofte af andre problemer. Mange (cirka 50 procent) oplever tvangstanker, og nogle har tvangshandlinger – se mere om dette under OCD (obsessive compulsive disorder). 30-50 procent har sansemotoriske forstyrrelser. Det vil sige, at de har en forstyrret opfattelse af sanseindtryk og derfor svært ved at omsætte disse til målrettet eller konstruktiv handling. Også socialt kan der opstå vanskeligheder. Den unge registrerer ikke altid sine tics og kan virke provokerende og irriterende. Det kan være svært, også for de omgivelser der kender handikappet, at skelne mellem de ustyrlige tics og mere bevidst drillende og grænseprøvende adfærd. Kommer der mange nederlag, går det naturligvis ud over den unges selvfølelse.

**Behandling:** Lette tics skal først og fremmest afdramatiseres. Behandlingen er pædagogisk og i nogle tilfælde medicinsk. Cirka halvdelen af børn med Tourettes syndrom har et godartet forløb, hvor ticsene kulminerer i 10-15-års-alderen og svinder hos den voksne. Ticsene afløses eller ledsages hos cirka halvdelen af mere udviklede, tvangsprægede ritualer.

**Støtte til den unge:** Tourettes syndrom påvirker et menneske på mange forskellige måder og i varierende grad. Læreren må, gennem en nysgerrig og anerkendende tilgang, undersøge, hvordan den unge er påvirket. Den unge skal mødes med forståelse for ticsene som et handicap. Omgivelserne kan støtte ved at fastholde en almindelig kontakt, også når ticsene er tydelige. Læreren kan være opmærksom på, om der allerede er etableret støttende tiltag fra eksempelvis en psykolog eller psykiater. Spørg eleven om, hvilke tiltag der tidligere har vist sig at være en hjælp i forbindelse med den unges skolegang. Det kan være en god idé, at den unge i et klasseværelse sidder tæt ved døren, og at man har en aftale om, at eleven kan gå ud, når ticsene trænger sig på, og komme tilbage, når de værste har fortaget sig.

## Adfærdsforstyrrelser, generelt

### **Definition og hyppighed:**

Adfærdsforstyrrelser indebærer en vedvarende adfærd, som krænker andres basale rettigheder, normer eller regler, for eksempel raserianfald, provokerende adfærd, udadprojicerende holdning (man fralægger sig selv skylden, som tilskrives omgivelserne), irritabilitet, vrede, løgnagtighed, tilbøjelighed til at komme i slagsmål, anvendelse af våben, fysisk vold mod mennesker, grusomhed mod dyr, hærværk, ildspåsættelse, tyveri, indbrud, seksuel tvang m.m. Adfærden skal have stået på gennem mindst seks måneder, før man vil anvende diagnosen adfærdsforstyrrelse. De ovenstående adfærdstræk er udtryk for adfærdsforstyrrelser af forskellig sværhedsgrad. For de fleste adfærdstræk gælder det, som nævnt, at de skal være vedvarende, men anvendelsen af våben, fysisk grusomhed, hærværk, seksuel tvang og/eller indbrud behøver

kun at være forekommet en enkelt gang. Det er svært at estimere, hvor mange mennesker der har adfærdsforstyrrelser. Adfærdsforstyrrelser er en bred kategori og hænger ofte sammen med andre psykiatriske diagnoser. Det er vigtigt, at der skelnes mellem adfærdsforstyrrelser og almindelige drengestregere eller oprørstrang.

### **Baggrund og årsager:**

Adfærdsforstyrrelser kan forstås biologisk som nedsat funktion i de såkaldte eksekutive funktioner, som hører til i hjernens senest udviklede dele i frontallapperne. Det er områder i hjernen, som er væsentlige for vores evne til at regulere vores adfærd afstemt i forhold til omverden. Tilknytningsteorien peger på betydningen af kontakten til den primære omsorgsperson i den tidlige barndom. Omsorgens vigtige funktion er at give barnet en basal tryghed, der gør det i stand til at udforske blandt andet egne og andres følelser, tanker og handlinger. En opvækst med stress og angst





*Unge med adfærdsforstyrrelse har behov for, at læreren forstår, at den unges handlinger er udtryk for grundlæggende vanskeligheder.*

medfører, at barnet bruger megen energi på at forholde sig til de faktorer i omgivelserne, der udløser de negative følelser. Det kan medføre, at barnet ikke får beskæftiget sig konstruktivt med sine følelser og handlinger på det indre plan. Senere i livet kan en manglende indsigt i egne følelser medføre vanskeligheder med at afstemme følelser og dermed også handlinger efter situationen.

**Signaler:** I skolen kan man være opmærksom på hyppige konflikter, grænseoverskridende adfærd, og om den unge har svært ved at overholde skolens og klassens regler og normer.

**Udfordringer:** Adfærdsforstyrrelse kan hænge sammen med andre psykiatriske tilstande, som yderligere gør det svært for den unge. Eleven med adfærdsforstyrrelse kan være udfordret både socialt og indlæringsmæssigt. Der er ikke tale om nedsat indlærings-evne, men læring forudsætter blandt andet evnen til at indgå i en afstemt relation med klasse og lærere. Social isolation er en risiko, enten fordi den unge selv trækker sig, eller fordi klassekammeraterne gør det.

**Behandling:** Ved adfærdsforstyrrelser bør den unge have tilbud om terapeutisk behandling. Hvis adfærdsforstyrrelsen er forårsaget af anden psykisk sygdom, eller hvis den unge har andre symptomer, for eksempel på depression, bør behandlingen inkludere disse.

**Støtte til den unge:** Unge med adfærdsforstyrrelse har behov for, at læreren forstår, at den unges handlinger er udtryk for grundlæggende vanskeligheder. Læreren skal se og tydeliggøre det, der lykkes, så den unge også ser sin egen succes. Da en grundlæggende vanskelighed er at overholde regler og normer, skal læreren støtte den unge ved at anvise strategier for, hvordan regler overholdes. Det kan være en aftale om, at eleven gerne må gå udenfor, når vreden er ved at tage magten. Sanktioner i forhold til overskridelse af regler vil næppe hjælpe eleven med adfærdsforstyrrelser. Her må skolen og læreren være fleksibel i forhold til at ændre rammer, miljø og kontaktform, så eleven har de bedst mulige vilkår for at indgå i og fastholde konstruktive relationer til lærere og klassen. Samtidig er det vigtigt, at overskridelse af grænser ikke tolereres.

# Affektive sygdomme

## Depression

**Definition og hyppighed:** Ordet depression bliver brugt om mange tilstande: Forbigående tungsind på grund af stress eller belastning, sorg efter dødsfald, men også at man keder sig eller ikke gider noget. Ordet depression er også betegnelsen for en meget alvorlig sygdom, der er en afgørende hindring for personlig og social udvikling, som nedsætter livskvaliteten i uhyggelig grad og kan føre til selvmordstanker – og i værste fald selvmord. Den depressive episode vil typisk med behandling vare et halvt til et år. Har man først haft en depression, har man forhøjet risiko for at få depression igen. Sygdommen depression ses hos op til 2,5 procent børn ligeligt fordelt på køn og op til fem procent unge, hos teenagerne dobbelt så mange piger som drenge.

**Baggrund og årsager:** Baggrunden for depression er formentlig flere. Arvelige forhold, belastninger i familieforhold og biologiske forhold, for eksempel hormoner eller signalstoffer, kan alle spille ind. Udløsende faktorer som stress, kropslig sygdom, medicin, dårlig søvn eller meget alkohol kan som regel påvises.

**Signaler:** Depression kan forekomme i en mild, moderat eller svær form, alt efter hvor mange af symptomerne, der er til stede. De såkaldte depressive kernesymptomer er udtalt nedtrykthed, nedsat lyst og interesse, nedsat energi og øget træthed. Hos unge kan man derudover se øget irritabilitet – ofte med underliggende tristhed, adfærdsproblemer som pjækkeri, tyveri, slagsmålstendens, misbrug af alkohol eller stoffer, ændret søvnmønster, appetit- eller vægtændringer, isolation fra kammerater og koncentrationsbesvær – typisk vil lærerne opleve, at præstationer ændres eller forværres.

**Udfordringer:** Mange tilstande kan ligne en depression. Derfor er det en specialisopgave at udrede tilstande, hvor den unge ikke har det godt, fungerer dårligt og mistrives. Ungdommen er en følsom periode i livet, fordi der sker så meget fysisk, psykisk og socialt. Det er vigtigt ikke at overse en alvorlig sygdom som depression, der kan behandles – specielt i ungdomsårene, hvor forekomsten af depression netop tiltager, og hvor man på utrolig kort tid skal etablere sig som selvstændigt individ med evne til at tage en uddannelse, klare et arbejde og skabe og fastholde kontakter til andre mennesker. Selvmord er en reel og alvorlig trussel ved depression, og der har de senere år været en voldsom stigning i antallet af selvmordsforsøg, især blandt unge kvinder.

**Behandling:** Lettere depressioner behandles i første omgang med såkaldt psykoedukation (oplysning om sygdommen) og psykoterapi, og først ved manglende effekt med medicin. Ved sværere depressioner behandles med medicin, psykoedukation og psykoterapi, og hvis den deprimerede unge har svære selvmordstanker og/eller depressive vrangforestillinger og skyldfølelse, kan en indlæggelse være nødvendig.

**Støtte til den unge:** Depression påvirker unge forskelligt. Uro, aggression, træthed, koncentrationsbesvær og negative tanker kan optræde i varierende grad. Det er vigtigt, at læreren taler med den unge om, hvordan depressionen gør det svært at følge uddannelsen. Hvis den unge har erfaringer med tiltag, der har vist sig at støtte, bør man tage udgangspunkt i dem. Den unge oplever nedsat motivation og lyst til læring. Læreren kan tilrettelægge undervisningen, så den unge begynder hver lektion med opgaver, som den unge allerede mestrer. Lektionen kan planlægges, så eleven får støtte af læreren eller en anden elev, når der arbejdes med nyt stof. Nedsat koncentration gør, at den unge bliver hurtigere træt og har brug for pauser. Den unge kan have gavn af et særligt tilrettelagt forløb med færre lektier og timer i løbet af dagen i en periode, hvor det er særligt svært. Det er ofte en fordel at inddrage alle lærere, der har kontakt med den unge, hvis den unge selv ønsker det. Undersøg, om den unge får behandling og professionel hjælp fra en psykolog eller psykiater.

## Bipolar lidelse

**Definition og hyppighed:** Bipolar lidelse, eller i daglig tale den maniodepressive sygdom, er kendetegnet ved perioder med depression og perioder med mani, heraf udtrykket bipolar, to poler. Sygdommen er mere sjælden og mere alvorlig end den unipolare depression (kun én pol, den depressive). Cirka en procent af den danske voksne befolkning har den maniodepressive sygdom. Sygdommen viser sig ofte ved 20- til 25-års-alderen, men kan udvikles så tidligt som i puberteten, i nogle tilfælde endda før, og så sent som i 40- til 50-års-alderen. Hvis personen oplever psykose, kan sygdommen være svær at skelne fra andre psykotiske tilstande. Sygdommen er livslang, og ofte vil man først efter længere tid med skiftende depressive og maniske episoder kunne stille diagnosen.

**Baggrund og årsager:** En vigtig livsbegivenhed, for eksempel en svær eksamen, en kropslig sygdom eller et opløst ægteskab, kan udløse den første episode. Mennesker med maniodepressiv sygdom er ekstra følsomme over for psykisk og fysisk stress. Bipolar lidelse er mere arvelig og dermed en mere biologisk sygdom end den unipolare depression.

**Signaler:** Den maniodepressive sygdom kan ikke opfattes som en tilstand, der kan placeres på en enkelt akse fra depression til mani, men snarere som en tilstand, hvor både depressive og maniske symptomer er til stede i varierende grad. De depressive perioder vil være kendetegnet af depressive symptomer – se under “Depression”. Mani er på mange måder det modsatte af depression. Den maniske person er glad og optimistisk, i sværere tilfælde overstadig og eksalteret. Humøret er lunefuldt og kan ved mindste modsigelse gå over i irritation og vrede. Der er øget energi og aktivitet, selvhævdelse og selvovervurdering og masser af planer og ideer, forringet dømmekraft og tab af normale hæmninger, hvilket ofte fører til en problematisk, eventuel uansvarlig adfærd. Imellem udsvingene er der i de fleste tilfælde neutrale perioder.



*Bipolar lidelse, eller i daglig tale den maniodepressive sygdom, er kendetegnet ved perioder med depression og perioder med mani, heraf udtrykket bipolar, to poler.*

**Udfordringer:** De fleste mennesker med bipolar lidelse løber ind i store sociale og familiære problemer, hvis der ikke bliver iværksat en omhyggelig forebyggelse. Cirka halvdelen af de ramte udvikler et misbrug af alkohol eller medicin. Og mindst 15 procent af mennesker med svære maniske og depressive udsving begår selvmord.

**Behandling:** Sygdommen er svær at behandle. Ved behandling af depression er der risiko for overgang i mani og omvendt. Hvert udsving øger risikoen for nye udsving, der efterhånden bliver vanskeligere at behandle. Effektiv forebyggelse er derfor det allervigtigste og kan som regel opnås med en kombination af medicin og psykoedukativ støtte og vejledning. En omhyggelig behandling kan holde den maniodepressive sygdom nogenlunde i ave, så man kan leve et normalt liv.

**Støtte til den unge:** Unge med mani kan have en adfærd, hvor de udsætter sig selv for alvorlig personlig, social eller økonomisk risiko. Den unge kan involvere sig i seksuelle forhold, overskride andre elevers grænser og senere opleve skam eller fortrydelse. Nogle kaster sig ud i økonomiske eventyr, der får alvorlige konsekvenser. Derfor er det vigtigt, at eleven tilbydes professionel behandling og hjælp. Hvis der er tegn på mani, skal læreren sikre, at der er kontakt til relevant professionel behandling, psykiater, psykolog eller psykiatrisk skadestue. På baggrund af eventuel information fra behandleren, kan lærer og elev overveje, hvilke konkrete tiltag der kan støtte i en periode med mani, og tale om eventuelle tidlige tegn på, at manien er på vej igen. Ved moderate og lettere manier kan læreren have fokus på at støtte den unges relationer i klassen. Det kan være, at klassen rummer den unge bedre, hvis alle får at vide, hvad der er svært for den unge. Dette skal altid ske efter aftale med den unge. Ved sværere manier kan læreren være med til at planlægge uddannelsesforløbet, så den unge får støtte til at vende tilbage til uddannelsen, når den unge er ude af manien.

# Angstsygdomme

**Definition og hyppighed:** Angst er det at være bange, uden at der er en rimelig grund til det – i modsætning til frygt, hvor man kender årsagen – for eksempel en modkørende bil eller en truende voldsmand.

De hyppigste angstsygdomme er agorafobi (angst for åbne pladser), socialangst (også kaldet socialfobi), simpel eller enkeltfobi (for eksempel angst for højder eller for at flyve), panikangst og generaliseret angst. Mere specielle angstsygdomme er OCD og belastningsangst såsom kriseangst og PTSD (Post Traumatic Stress Disorder). Socialangst og OCD er beskrevet nærmere i selvstændige afsnit. Mange angstformer begynder i skolealderen, især socialfobi, enkeltfobi og OCD. Angst kan have meget varierende intensitet. Mange mennesker lever med lette angstsymptomer, mens andre domineres af symptomerne i så høj grad, at de ikke kan fungere. Her og nu har cirka fem procent – svarende til 250.000 danskere – en eller anden form for angstsygdom.

**Baggrund og årsager:** Angst skyldes en medfødt eller tidlig grundlagt psykologisk og biologisk sårbarhed, der i forbindelse med større eller mindre ydre belastninger fører til psykologiske og biologiske forandringer, der ligger til grund for angstsymptomerne. Alkohol, medikamenter, dårlig søvnkvalitet, inaktivitet og ensomhed kan udløse og forværre angst. Menneskets psyke afhænger – ud over den medfødte sårbarhed – af barndomsårerne, af forældrenes indflydelse på godt og ondt, deres opdragelsesstil, tilknytningsevne mv. Samlet fører det til både en generel og en specifik sårbarhed, hvor den specifikke sårbarhed bestemmer, hvilken form for angst der måtte udvikle sig, når og hvis en stressfaktor indtræffer. Men både angstbeskyttende og angstvedligeholdende faktorer spiller selvfølgelig ind.

**Signaler:** Man skelner mellem to forskellige angstformer: 1. Det pludselige, voldsomme angst- eller panikanfald og 2. Den mere vedvarende, knugende forventningsangst. Mindst et af følgende symptomer indgår i alle angstdiagnoser: hjertebanken, hurtig puls, sveden, rysten eller mundtørhed. Andre symptomer kan være åndedrætsbesvær, smerter og trykken i brystet, kvalme eller maveuro, svimmelhed, uvirkelighedsfølelse, dødsangst, muskelspænding eller -smerter, rastløshed, koncentrationsbesvær, irritabilitet og besvær med at falde i søvn.



*Det er vigtigt at vide, at angst i lettere grad er normalt, for eksempel angst for at blive hørt i lektier af læreren foran klassen eller angst for at skulle fremlægge foran klassen.*

**Udfordringer:** Det er vigtigt at vide, at angst i lettere grad er normalt, for eksempel angst for at blive hørt i lektier af læreren foran klassen eller angst for at skulle fremlægge foran klassen. Den eksistentielle angst betragter man ikke som et symptom, der bør fjernes via behandling, men i stedet som en invitation til at se på vores liv på en ny måde: Er noget i vores liv ude af balance, for eksempel i vores forhold til andre mennesker? Den sygelige angst er noget andet og mere. Den hæmmer liv, tanker og følelser. Den nedsætter livskvalitet og forringer menneskers sociale og arbejdsmæssige muligheder langt mere, end de fleste tror. Den kan føre til ensomhed, depression og misbrug.

**Behandling:** Den egentlige behandling af angst består i første omgang af psykoterapi – den såkaldte kognitive terapiform er den hidtil bedst dokumenterede. Der findes også medicin, der som regel kan mindske og undertiden fjerne angsten.

**Støtte til den unge:** Bearbejdelsen af angst, uanset hvilken form, tager tid. Derfor er det vigtigt, at læreren undgår at skynde på ændring i adfærden for eksempel ved at sige, at det sikkert mest er et spørgsmål om at tage sig sammen for at komme af med angsten. Ord som “tag dig nu sammen”, “slap af”, “hold op med det pjat” eller lignende gavner ikke – tværtimod understreger de, at man ingen tillid har til, at der reelt er tale om en utilsløret og alvorlig sygdom. Læreren skal spørge den unge om, hvilken støtte der er brug for og undlade at tage udgangspunkt i egne forestillinger om den unges situation. Prøv at anerkende det positive i elevens handlinger. Hvis den angste unge kun kan nå et vist stykke mod målet, for eksempel at fremlægge foran klassen eller deltage i en fest, så se mere på det som en delvis succes end som en fiasko. Gør det ikke nemt for personen at undvige opgaver, steder og handlinger. Det er bedre at forhandle med den unge om at tage et lille skridt frem, når han/hun ønsker at undgå noget. Samtidig må man selvfølgelig ikke overskride den unges grænser.



*En ung med socialfobi kan have svært ved at koncentrere sig om undervisningen i skolen og derfor svært ved at udvikle de intellektuelle og sociale kompetencer, som er vigtige for ethvert menneske.*

## Socialfobi

**Definition og hyppighed:** Socialfobi eller socialangst er det at føle angst i samvær med andre mennesker eller mere præcist: at føle sig kritisk iagttaget – med det resultat, at man undgår samværssituationer. Socialfobi ses allerede i barndommen og især under og efter puberteten. Det begynder oftest fra 11- til 12-års-alderen og sjældent efter 25-års-alderen. Der er en flydende grænse mellem almindelig generthed og socialfobi. Og det er vigtigt, at man ikke betragter den generthed, som de fleste mennesker oplever hos sig selv eller de nærmeste, specielt i de yngre år, som noget sygeligt. Det er helt normalt, at man er lidt usikker og ryster på hænderne, når man skal op til tavlen eller læse højt. Der skal en hel del til, før man taler om diagnosen socialfobi. Der kræves flere angstsymptomer, og at de indebærer betydelig gene for personen. Hvis man inkluderer mennesker, der føler angst, når de skal tale til en forsamling, kommer man op på høje tal (helt op til 13 procent), men udelukker man dem, og medregner man kun den såkaldt generelle socialangst – angst i mange forskellige sociale situationer,

kommer man ned på to til tre procent. Socialfobi kan opdeles i to typer, nemlig specifik socialfobi og generaliseret socialfobi: Når der kun er én eller få typer situationer, man frygter, for eksempel angst for at tale i en stor forsamling eller for at spise sammen med andre, taler man om specifik socialfobi. Når man føler angst ved enhver form for socialt samvær – også når man går ned ad en menneskefyldt butiksgade i en fremmed by – og man konstant føler sig som centrum for andres opmærksomhed, taler man om generaliseret socialfobi.

**Baggrund og årsager:** Hos mange unge ses socialfobi som en gradvis forværring af generthed og hæmmet adfærd. Hos andre bliver angsten pludselig udløst ved en ændring i tilværelsen, for eksempel et skift fra én skole til en anden, hvor det måske i højere grad kræves, at der skal fremlægges viden i større eller mindre forsamlinger. Det kan også være en eller anden ydmygende hændelse, der får socialfobi til at bryde ud – se også under “Angstsygdomme”.



**Signaler:** Ved den mest almindelige specifikke socialfobi (angst for at sige noget i en forsamling), er man angst for ikke at kunne huske, hvad man ville sige, ikke at kunne formulere sig, at sige noget forkert, rødme, ryste på hånden eller at gå i stå, hvilket måske er sket før. Kort sagt bange for at ydmyge sig eller blive til grin. Hvis man ellers ikke oplever angst, kan der være tale om et relativt harmløst fænomen, men en specifik og afgrænset socialfobi indebærer langt fra altid en mindre indgriben i personens dagligdag. Den unge kan gå rundt og grue for situationen i lang tid, være stærkt forpint og dagligt gruble over, hvor dårligt han eller hun klarer sig i tilværelsen med nedtrykthed og lav selvfølelse til følge. Den generaliserede socialfobi kan komme til udtryk i mange forskellige situationer, for eksempel kan man være angst for at blive iagttaget, mens man skriver under på en kvittering, spiser eller drikker et glas vand. Man har svært ved at få sagt noget i små og store grupper, selv om man egentlig gerne ville sige noget. Man kan have svært ved at kontakte andre mennesker, herunder svært ved at etablere kontakt med det andet køn. Man er tilbøjelig til at holde sig for sig selv og undgå gruppeaktiviteter.

**Udfordringer:** Svær socialfobi skaber store vanskeligheder og hindrer almindelig social udfoldelse. En ung med socialfobi kan have svært ved at koncentrere sig om undervisningen i skolen og derfor svært ved at udvikle de intellektuelle og sociale kompetencer, som er vigtige for ethvert menneske. Socialfobi kan indebære, at personen ikke får den uddannelse eller det job, som han eller hun ellers har evner til. Socialfobi er den form for angst, der hyppigst fører til selvmedicinering med alkohol. Alkohol dulmer uroen og fjerner hæmningerne. Der er dermed risiko for et egentligt misbrug. Socialfobi kan – ubehandlet – udvikle sig til en kronisk, invaliderende sygdom, der i værste fald kan føre til selvmord.

**Behandling:** Se under “Angstsygdomme”.

**Støtte til den unge:** Eleven er flov over at have det på denne måde og vil bruge energi på at tænke over, hvad læreren tænker om ham/hende og hans/hendes problem. Samtidig kan den unge ofte tro, at det er hans eller hendes person, der er problemet, og at det er et problem, vedkommende bare må leve med. Læreren kan støtte den unge ved at anerkende, at de sociale situationer er svære og inddrage eleven i at finde frem til den bedste støtte til at håndtere konkrete situationer som frikvarterer, studieture, fester og lignende. I samtalen med den unge kan læreren anvende en kommunikation, der adskiller person og problem, og samtidig almengøre den unges oplevelser. Læreren kan fortælle den unge, at der er flere unge, der oplever socialangst, og at de fleste vil kunne genkende nogle af de svære følelser og tanker. Også selv om de ikke har socialfobi. Dermed kan man også gøre det troværdigt for den unge, at der er hjælp at hente. Her kan læreren pege på lokale behandlingstilbud.

## OCD

**Definition og hyppighed:** OCD (Obsessive Compulsive Disorder) er en psykisk sygdom, der er karakteriseret ved tvangstanker og/eller tvangshandlinger. Tvangstanker er tanker, ideer, forestillinger eller billeder, som vender tilbage i bevidstheden igen og igen, som er ubehagelige i indhold, og som man selv erkender som et produkt af egne tanker. Tvangstanker kommer altså ikke udefra, som det kan ses ved skizofreni. Den unge, som er ramt af OCD, erkender selv tvangstankernes indhold som overdrevent eller urimeligt. Tvangstankerne er forbundet med stor smerte og angst. Personens tvangshandlinger har til formål at neutralisere tvangstankerne og er ofte forbundet med et element af gentagelse eller mere eller mindre kompleks systematik. Hos børn og unge ligger hyppigheden af OCD mellem en halv og cirka to procent. Set i et livslangt perspektiv er OCD lige hyppigt hos mænd og kvinder. Tilstanden ser ud til at debutere tidligere hos drenge, så før puberteten ses en overvægt blandt drenge.

### **Baggrund og årsager:**

Årsagsfaktorerne bag OCD er komplekse. Såvel arvelige som psykologiske forhold gør sig gældende. Adskillige familiestudier har vist, at OCD er hyppigere blandt slægtninge til personer med OCD, end man ville forvente ud fra den generelle forekomst hos befolkningen. Men der kendes endnu ingen specifik genetisk arvegang.

**Signaler:** Den unge føler sig meget belastet af de evigt tilbagevendende tanker og meget tidskrævende gentagne handlinger, der i svære tilfælde kan beslaglægge en stor del af døgnets 24 timer og dermed forhindre normal livsførelse.

**Udfordringer:** OCD begynder ofte i barndommen. Hos cirka halvdelen forsvinder problemet med årene, men hos den øvrige halvdel fortsætter symptomerne op i voksenlivet, og tilstanden får et kronisk eller episodisk forløb og kan blive stærkt invaliderende. Hos denne svært ramte gruppe kan OCD betyde, at man ikke kan leve et normalt liv, at man ikke stifter familie, og at man ikke får sig et arbejde, men at man må isolere sig og bruge sin tid på tvangssymptomer. Netop fordi personen med OCD er klar over det meningsløse i tvangstanker og -handlingerne, er han eller hun ofte flov over problemet. Der går derfor ofte adskillige år, før vedkommende får talt om det, får stillet diagnosen og gjort noget ved det. Det er vigtigt, at lærere og forældre er opmærksomme på problemet og får ydet optimal hjælp.



*Nogle unge med OCD er gode til at skjule sygdommen i skoletiden. Måske tager tvangshandlingerne først over, når de kommer hjem. Måske vil læreren bemærke, at den unge ikke får lavet sine lektier eller synes at mistrives.*

**Behandling:** Den bedst dokumenterede behandling er kognitiv adfærdsterapi, en terapiretning, der baseres på dels en kognitiv tilgang, dels en regulering af adfærden. Målet er at sætte den unge i stand til at kontrollere sine tvangssymptomer. Terapeuten hjælper den unge til at lære mere effektive metoder til at forholde sig til plagsomme tanker, følelser og adfærd. Adfærdsterapien har som mål, at en bestemt reaktion eller et reaktionsmønster bliver ændret. I nogle tilfælde kan angstsymptomerne være så udtalte og situationen så fastlåst, at man med fordel kan kombinere medicin og psykoterapi. En del har derfor ud over kognitiv adfærdsterapi også brug for de såkaldte SSRI-præparater (antidepressive midler), som påvirker signalstoffet serotonin i hjernen.

**Støtte til den unge:** Nogle unge med OCD er gode til at skjule sygdommen i skoletiden. Måske tager tvangshandlingerne først over, når de kommer hjem. Måske vil læreren bemærke, at den unge ikke får lavet sine lektier eller synes at mistrives. Når læreren er opmærksom på den unges vanskeligheder og behov, er det vigtigt at undersøge, om eleven får den nødvendige terapeutiske hjælp, og om der er andre i elevens netværk, der er opmærksomme på problemet. Eleven kan opleve et behov for at vaske hænder flere gange i løbet af en time. Det kan betyde, at den unge skal finde på undskyldninger for at forlade klassen. Skam og flovhed over at skulle vaske hænder kan blive forstærket, når den unge skal finde på forklaringer over for læreren og andre i klassen. Hvis læreren forholder sig nysgerrigt og anerkendende, bliver det lettere for eleven at tale om sygdommen. Læreren kan lave en aftale om, at det er o.k., at eleven forlader klassen, men at han/hun skal have hjælp til at få behandlet OCD'en. Skolen kan måske være et

sted, hvor den unge kan øve sig i at slippe tvangshandlingerne. Hvis den unge beslutter sig for at øve sig på skolen som et led i sin behandling, så skal det være den unges beslutning og et led i et terapeutisk forløb i samarbejde med den unge, psykolog og eventuelt lærer/skole. Læreren kan tilbyde at tage kontakt til den behandlende psykolog for at blive klædt bedre på til opgaven med at støtte den unge.

# Personlighedsforstyrrelser

**Definition og hyppighed:** En personlighedsforstyrrelse viser sig som et mønster af vedvarende afvigende adfærd, som er kendetegnet ved en fastlåst og mangelfuld tilpasning til en lang række sociale situationer. Adfærden adskiller sig tydeligt fra den måde, man i det pågældende samfund normalt opfatter, tænker, føler og især forholder sig til andre på. Adfærden viser sig i den sene barndom eller i ungdomsårene og er karakteriseret ved fortsat at være til stede i voksenalderen. Man er derfor tilbageholdende med at stille diagnosen før tidligst ved 16- til 17-års-alderen. Diagnosen kan dog stilles før, hvis de særlige utilpassede personlighedstræk ser ud til at være gennemgribende, vedvarende og ikke er bundet til et specielt udviklingstrin og ikke skyldes sygdom (sværere hjerneskader, fysiske eller andre psykiske sygdomme), og hvis de har varet i over et år. Cirka 12 til 15 procent af befolkningen vurderes at have en personlighedsforstyrrelse.

**Baggrund og årsager:** De præcise årsager kendes ikke. Arvelighed og biologiske forhold spiller en væsentlig rolle. Ustabile opvækstvilkår spiller også en afgørende rolle, herunder forstyrrelser i det tidlige tilknytningsforhold til forældre eller en kaotisk barndom præget af tidlige tab, separation, fysiske og seksuelle overgreb eller negligering.

## **Udfordringer:**

Personlighedsforstyrrelser mistolkes eller overses let, fordi de kan ligne og ofte bliver forklaret ud fra de adfærdsproblemer og konflikter, som forekommer i forbindelse med puberteten eller ved andre løsrivelsesprocesser hos børn og unge. Men de går ikke over af sig selv, og de kan ikke afhjælpes ud fra almindelige pædagogiske principper. Uden relevant hjælp eller behandling medfører de mange problemer for de unge, der ofte har problemer med uddannelse og omgivelser.

Personlighedsforstyrrelser kan inddeles i flere hovedgrupper og typer – her vil fokus være på den skizoide personlighedsforstyrrelse og borderline personlighedsforstyrrelse.



*At tage en uddannelse forudsætter kontakt og samarbejde, hvilket er en særlig udfordring for en elev med skizoid personlighedsforstyrrelse.*

## Den skizoide personlighedsforstyrrelse

**Definition og hyppighed:** Det karakteristiske ved den skizoide personlighedsforstyrrelse er en gennemgribende mangel på social kontakt og et meget behersket følelsesregister i samvær med andre mennesker. Unge med skizoid personlighedsforstyrrelse er typisk enspændere, som ikke synes at ønske – og som virker ligeglade med – tætte relationer eller intimitet. De foretrækker soloaktiviteter – ofte af mekanisk eller abstrakt art – og fungerer og lever isoleret. De har højst en enkelt fortrolig, som regel i den nærmeste familie. Den skizoide personlighedsforstyrrelse kan ligne Aspergers syndrom – se under “Aspergers syndrom”, men de skizoide adfærdsmønstre er mindre øjnnefaldende. Personlighedsforstyrrelsen forekommer hos cirka en procent af befolkningen, hyppigst blandt drenge.

**Signaler:** Ingen eller meget få aktiviteter skaber fornøjelse og glæde. Der ses emotionel kølighed, fjernhed og manglende stemningsudsving og nedsat evne til at udtrykke følelser (glæde eller vrede). Den unge virker upåvirket af ros eller kritik, har ringe seksuel interesse, foretrækker generelt soloaktiviteter, er udtalt optaget af sig selv og sin egen fantasiverden og mangler interesse for venskab og fortrolighed og fornemmelse for sociale normer.

**Behandling:** Mennesker med skizoid personlighedsforstyrrelse ses relativt sjældent i behandlingssystemet, fordi de ikke ønsker hjælp eller behandling og ofte heller ikke vil kunne klare de sociale krav, det medfører. De foretrækker deres isolation. En psykoterapeutisk behandling vil fokusere på det skizoide dilemma. Her finder man sammen ud af, hvordan personen når frem til et kompromis, som sikrer, at den skizoide unge på den ene side ikke bliver overvældet i kontakten til andre mennesker og på den anden side ikke forsvinder i isolation og dermed i sin egen fantasiverden. I de fleste tilfælde vil personen være præget af forstyrrelsen hele livet.

**Støtte til den unge:** Læreren skal undersøge, om den unge får hjælp fra psykolog, og om den unge i denne forbindelse har nogle særlige strategier til at håndtere sine vanskeligheder. Ofte vil personer med skizoid personlighedsforstyrrelse være i risiko for at falde ud af behandling. Hvis læreren efter aftale med eleven kan få kontakt til psykologen, kan det give mulighed for at støtte op om at fastholde den unge i behandling. Hvis læreren ved, hvilke strategier den unge arbejder med, er det muligt at se og anerkende succeser. At tage en uddannelse forudsætter kontakt og samarbejde, hvilket er en særlig udfordring for en elev med skizoid personlighedsforstyrrelse. Tilbagetrukket og undvigende adfærd må forventes, og skolen må møde denne elev, hvor han/hun er, når det handler om at indgå i relationer med andre både fagligt og socialt. Læreren kan tydeliggøre, hvilke sociale aktiviteter den unge nødvendigvis må indgå i og på hvilket niveau. Sammen kan de lave aftaler om deltagelse i gruppearbejde, fremlægning og sociale aktiviteter.

## Borderline personlighedsforstyrrelse

**Definition og hyppighed:** Borderline personlighedsforstyrrelse (emotionelt ustabil personlighedsstruktur af borderlinetype) er kendetegnet ved dårlig regulering af følelser og manglende impuls kontrol. Den unge klarer sig dårligt, både socialt og erhvervsmæssigt, og har ofte massive psykiske problemer og vanskeligheder i relation til andre mennesker. Personen er ofte i kontakt med sundhedsvæsenet, både psykiatrien og det somatiske system, den privatpraktiserende læge, psykiater og psykolog og kommer typisk i kontakt med det psykiatriske system i slutningen af teenageårene eller begyndelsen af tyverne. Cirka 10 procent af de personer med diagnosen borderline, der kommer i kontakt med behandlingssystemet, begår selvmord. Den høje dødelighed hænger måske sammen med en stor forekomst af traumatiserende barndomsoplevelser, tilbagevendende depressioner og misbrug. Borderline personlighedsforstyrrelse forekommer hos en til to procent af befolkningen, cirka 75 procent af disse er kvinder.

**Signaler:** Der ses forstyrret og usikker selvopfattelse, mål og præferencer, tendens til at blive involveret i intense og ustabile forhold og trusler om og faktisk udførte selvdestruktive handlinger. Den unge oplever tomhedsfølelse og angst for at blive svigtet. Desuden ses sommetider en udtalt tendens til at handle uovervejende og til at komme i konflikt, en tilbøjelighed til voldsomme vredesudbrud, en manglende evne til planlægning og et ustabil og lunefuldt humør. Det skal tilføjes, at der er mange forskellige grader af sygdommen, blandt andet afhængigt af alder, køn og modenhed og om personen er udad- eller indadrettede.

**Behandling:** Den emotionelt ustabile person ses hyppigt i den psykiatriske behandling. Det hænger sammen med, at de søger hen imod andres hjælp og beskyttelse eller bringer sig selv i farefulde destruktive situationer, blandt andet gennem selvmordshandlinger og misbrug. Tidligere var behandlingsresultaterne ved borderline nedslående, men i de senere år er der positive behandlingsforløb, især med specielle langvarige psykoterapiformer (psykoanalytisk psykoterapi og dialektisk adfærdsterapi). En god og varig samarbejdsrelation mellem patient og terapeut er en forudsætning, som ikke altid kan opfyldes. Nyere depressionsmedicin kan anvendes mod den følelsesmæssige ustabilitet og impulsadfærd, herunder den selvskadende adfærd. Borderlinepatienter kommer sig ofte med tiden, men selv om man måske i 30- til 40-årsalderen kan blive symptomfri, halter den sociale tilpasning efter, og mange kommer aldrig i gang i arbejdslivet eller fuldfører en uddannelse.



*Den unge har en tendens til såkaldt splitting, hvor den unges opdeling af omverdenen i to poler – det gode og det onde – kan slå igennem på det ydre plan.*

**Støtte til den unge:** Unge med borderline kan profitere af terapi. Ofte har den unge andre symptomer på mistrivsel, hvor terapeutisk støtte vil være relevant. Skolen skal derfor være opmærksom på, om eleven modtager behandling hos psykolog. Ved selvmordsadfærd skal skolen tage kontakt til den behandlende psykolog/ psykiater eller psykiatrisk skadestue og informere familien. På uddannelsen vil en person med borderline være i høj risiko for at komme ud i konflikter og på sigt blive isoleret. Den unge har en tendens til såkaldt splitting, hvor den unges opdeling af omverdenen i to poler – det gode og det onde – kan slå igennem på det ydre plan. Dette er med til skabe konflikter i klassen og lærergruppen. Den unge indgår i alliancer med nogle lærere og elever og omtaler andre negativt. Alliancerne vil være ustabile, og med tiden kan den sociale trivsel i gruppen være truet. Personer med borderline oplever således flere brudte venskaber og kontakter end andre. Dette fravær af længerevarende relationer er en trussel for den unges udvikling og trivsel. Lærerne for

denne elev bør være rummelige og bør tilrettelægge kontakten med henblik på at bevare relationen over tid. I en lærergruppe kan man vælge at deles om kontakten med eleven. Samtidig skal den enkelte lærer undgå at gå ind i alliancer, men fastholde relationen og en positiv kontaktform. Konflikter i forbindelse med den unge bør tages op umiddelbart, da der er en tendens til, at den unge selv hurtigt er videre og har svært ved at fastholde betydningen af det skete. En professionel tilgang til konflikthåndtering individuelt og i gruppen kan støtte den unges udvikling og trivsel.

# Psykiske udviklingsforstyrrelser

## Aspergers syndrom

**Definition og hyppighed:** Aspergers syndrom er en udviklingsforstyrrelse, som indebærer, at personen har mere eller mindre svært ved at kommunikere med andre. Udviklingen i barndommen adskiller sig væsentligt fra andre børn ved, at barnet ikke er i stand til at indgå i en naturlig kontakt eller et socialt samspil med andre mennesker, inklusive forældrene. Hyppigheden er cirka 0,33 procent. Der er fem gange så mange drenge som piger med Aspergers syndrom.

**Baggrund og årsager:** Aspergers syndrom er en biologisk sygdom, men hjernedefekten er ikke lokaliseret. Arv spiller en afgørende rolle. Man taler om det autistiske spektrum. I den ene ende er den infantile autisme, i den anden ende Aspergers syndrom. Begge mangler evnen til socialt og især følelsesmæssigt samspil. Personen med Aspergers har normal intelligens, men har problemer med at udnytte sine ressourcer på grund af det sociale handicap.

**Signaler:** Den unge har almindeligvis problemer med dialog og med at aflæse mimik og gestus, har svært ved at forstå andres hensigter og motiver og mangler fornemmelse for almindelige sociale spilleregler og omgangsformer. Desuden er personen detaljefokuseret og præget af et begrænset og ensformigt gentaget mønster af interesser og aktiviteter. Særinteresser kan for eksempel være køreplaner, fortidsdyr eller computerspil i ekstrem grad.

**Udfordringer:** Personer med Aspergers syndrom kan optræde upassende i sociale situationer og kan ligefrem virke uvenlige og ufølsomme – trods god begavelse. Denne mangel på sociale følelser kan såre alle i omgivelserne, forældre, søskende, kammerater og kolleger. Personen kan have adfærdsforstyrrelser, for eksempel spise- eller søvnproblemer, overaktivitet, selvskadende eller aggressiv adfærd.

**Behandling:** Rådgivning og pædagogisk intervention bestående af socialfærdighedstræning m.m. Medicin og psykoterapi har ingen effekt, men gruppe- og samtalebehandling kan ofte være aktuel.

**Støtte til den unge:** Mange med Aspergers syndrom får først stillet diagnosen i ungdomsårene, så læreren kan undersøge, hvor længe den unge har fået hjælp, og hvilken støtte der har fungeret bedst i skolen. Hvis den unge har haft gavn af særligt tilrettelagte forløb med pauser, færre timer og tæt støtte af læreren, bør lignende tiltag iværksættes. Nogle unge har måske lært sig strategier for at kunne indgå i sociale sammenhænge. Læreren skal bakke op om disse strategier. Det kan være, at den unge har brug for støtte til at tilpasse strategierne, når vedkommende skal indgå i en ny social situation. Aspergers syndrom påvirker folk forskelligt, og nogle unge kan derfor klare overgangen til ungdomsuddannelsen med mindre støtte.



## Andre gennemgribende udviklingsforstyrrelser (GUA)

**Definition og hyppighed:** Nogle børn opfylder nogle af kriterierne for autisme spektrum forstyrrelse, men afviger fra andre. GUA anvendes for at beskrive og forstå denne gruppe af børn og unge. Kriterierne for diagnosen GUA er ikke entydige, og der kan forekomme varierende diagnostiske beskrivelser. Unge med GUA oplever ofte angst og følelsesmæssigt kaos. Den unge har tendens til impulsivitet og er hyperfølsom over for alle indre og ydre påvirkninger. Dette kan blandt andet forstyrre realitetssansen og give anledning til tvangstanker og psykosser. Børn og unge med GUA har svært ved at bevare sociale relationer, men de har flere sociale kompetencer, end man ser under autisme spektrum forstyrrelserne. Da kriterierne ikke er entydige, er det svært at foretage undersøgelser af hyppighed og kønsfordeling. Dog ser det ud til, at forstyrrelsen overvejende ses hos drenge.

**Baggrund og årsager:** Den grundlæggende vanskelighed for en person med GUA antages at være en nedsat evne til at regulere følelser. GUA er biologisk betinget, men udviklingen af sygdommen påvirkes også af miljøet. Samtidig med GUA kan der optræde andre sygdomme, for eksempel OCD eller ADHD.

**Signaler:** Børn og unge med GUA opleves ofte som følelsesmæssigt meget svingende, har det svært med forandringer og bliver nemt frustrerede. Deres vanskeligheder gør, at de ofte misfortolker og misforstår andre menneskers handlinger, og de kan i pressede situationer have svært ved at skelne mellem fantasi og virkelighed. Det medfører problemer i det sociale samspil og kan i varierende grad nedsætte indlæringsvevnen, på trods af at der er tale om normalt- til velbegavede børn.

**Udfordringer:** Når puberteten sætter ind, påvirkes et barns følelsesliv ofte i betydelig grad. For teenageren med GUA er puberteten specielt problematisk, idet følelseslivet er den unges største udfordring.

**Behandling:** Børn og unge med GUA har gavn af samme støtte og behandling som ved for eksempel Aspergers syndrom og højt fungerende autisme. Udredning og behandling bør samtidig inkludere eventuelle andre psykiske sygdomme og have særlig opmærksomhed på, om den unge oplever psykosser eller psykoselignende tilstande.

**Støtte til den unge:** Læreren bør – som ved de øvrige diagnoser – have fokus på den enkelte unge. Skolen og læreren bør være opmærksomme på dette og støtte den unge med at ansøge om hjælpemidler og andre støttende tiltag, hvis lærer, elev og familie skønner, at behovet er til stede. Den unges sociale funktioner kan betyde, at eleven kan profitere af støtte og samarbejde med læreren og med klassekammerater. Lærer og elev kan sammen undersøge, hvor udfordringerne ligger, og finde frem til eventuel støtte i klassen, herunder elevmentorer.

# Psykoser

**Definition og hyppighed:** En psykose er en mental tilstand, hvor personen enten har sanseoplevelser, som andre ikke har (hallucinationer), eller på afgørende måde fortolker omverdenen anderledes end andre (vrangforestillinger). Begge dele kan være til stede samtidig. Det er forskelligt, hvor meget psykosen påvirker den enkelte. I nogle tilfælde præger psykosen alle aspekter af personens opførsel og tænkning. I andre tilfælde er psykosens indflydelse mere begrænset, og vedkommende kan trods psykosen måske godt gennemføre aktiviteter som at gå på arbejde, følge en uddannelse eller købe ind og lave mad.

En psykose kan sammenlignes med en febertilstand. Ligesom feber kan komme af en lang række vidt forskellige grunde, kan en psykose også opstå på baggrund af forskellige forhold, og den kan ses som et led i forskellige sygdomme. Ud over tilstande i det skizofrene spektrum ses psykoser som led i stemningssygdomme af både depressiv og manisk karakter – det vil sige depression, bipolar depression eller maniodepressivitet, i forbindelse med demens og ved akut organisk påvirkning af hjernen, for eksempel på grund af forgiftning, feber og/eller forstyrrelser i væske- og saltbalance.

Psykoserne kan opdeles i følgende tilstande:

- Det skizofrene spektrum (se særskilt opslag)
- Akutte, korterevarende psykoser
- Psykotisk mani og psykotisk depression
- Paranoide psykoser (psykoser domineret af vrangforestillinger)
- Skizo-afektive psykoser (en blanding af skizofreni og mani/depression)
- Organiske psykoser (fysisk betingede psykoser)
- Stof- og abstinenspsykoser.



*De mest tydelige signaler eller tegn på psykose er hallucinationer og vrangforestillinger. Disse kommer ofte til udtryk i usammenhængende tale og tankegang, bizar eller uforståelig adfærd.*

Brug af stoffer, herunder også hash, kan fremkalde en psykotisk tilstand, som optræder under eller umiddelbart efter brug – inden for to uger – af et psykoaktivt stof. Varigheden af en stof-fremkaldt psykotisk tilstand er mere end 48 timer, men mindre end seks måneder. Psykosen er karakteriseret af hallucinationer, perceptionsforvrængninger, vrangforestillinger (ofte forfølgelsesforestillinger), psykomotoriske forstyrrelser og affekttilstand, som kan variere fra intens frygt til ekstase. En stoffremkaldt psykose kan betyde en øget risiko for flere stoffremkaldte psykoser og en sårbarhed hos den unge over for brugen af stoffer fremover. Man diskuterer fortsat videnskabeligt, om hash og andre stoffer kan være medvirkende årsag til udviklingen af sygdomme inden for det skizofrene spektrum – se særskilt opslag.

Cirka 40.000 danskere vurderes at have en sygdom, hvor psykoser er centrale i symptom billedet. Heraf har cirka halvdelen en skizofrenidiagnose.

**Baggrund og årsager:** Psykoser opstår som en følge af en kombination af biologiske, psykologiske og sociale påvirkninger. Det psykotiske udbrud afhænger af samspillet mellem en psykologisk og biologisk sårbarhed, som kan være arveligt betinget, og ydre stress. Den udløsende ydre stress kan være kemisk (stoffer eller alkohol), fysisk (for eksempel kropslig skade i forbindelse med ulykke), infektiøs (udefrakommende infektion), psykologisk (for eksempel ved tab af nærtstående person) eller socialt betinget (for eksempel tab af bolig m.m.).

**Signaler:** De mest tydelige signaler eller tegn på psykose er hallucinationer og vrangforestillinger. Disse kommer ofte til udtryk i usammenhængende tale og tankegang, bizar eller uforståelig adfærd. Den psykotiske person kan reagere med mistroiskhed eller aggression, da omgivelserne ofte ikke forstår adfærden eller det, den unge fremfører. Angst og depression ses også tit i forbindelse med psykosen, ligesom manglende hygiejne eller personlig omsorg kan forekomme.

**Behandling:** Behandlingen består typisk af både medicinske, psykologiske og sociale tiltag. Den medicinske behandling vil typisk bestå af antipsykotisk medicin, som dæmper de psykotiske symptomer. Den psykosociale behandling kan bestå af psykoterapi, psykoedukation (undervisning i egen sygdom) samt sociale tiltag og/eller miljøterapi.

**Støtte til den unge:** Støtten til den unge, som enten er psykotisk eller har oplevet psykose, afhænger af psykosens karakter – det vil sige blandt andet varighed, sværhedsgrad, og hvilken sygdom eller tilstand psykosen kan relateres til. Har man som lærer mistanke om, at en elev er psykotisk, bør man hurtigst muligt hjælpe ham/hende med at få kontakt med egen læge eller psykiatrisk skadestue. Den psykotiske tilstand er en voldsom overbelastning af både krop og psyke, og i mange tilfælde vil den psykotiske person være utilregnelig og kan begå handlinger, som han/hun ellers ikke ville begå.



*Skizofreni er en alvorlig sygdom. Graden af sygdommen og forløbet varierer meget. Skizofreni påvirker evnen til at tænke, føle og vurdere virkeligheden. Der vil hele livet være en betydelig risiko for psykotiske gennembrud.*

## Det skizofrene spektrum

**Definition og hyppighed:** Det skizofrene spektrum – eller skizofreni-spektrret – omfatter de forskellige typer af skizofreni og de såkaldte skizotypale tilstande. Ofte medregnes også de såkaldte skizo-afektive psykoser, som er tættere beslægtet med skizofreni-sygdommene end med de affektive sygdomme – se opslag om depression og mani. De mest iøjnefaldende symptomer inden for skizofrenispektret er de psykotiske symptomer i form af hallucinationer, især “stemmer”, og vrangforestillinger – se opslag om psykoser. Samtidig medfører sygdommen ofte samværsproblemer, passivitet, angst og depression samt kognitive forstyrrelser. Udvikling af skizofreni og skizotypi er ofte forbundet med forstyret social og følelsesmæssig modning. I nogle tilfælde bliver forløbet kompliceret af misbrug af alkohol eller stoffer, depression, selvmordsadfærd og kriminalitet. Skizofreni er nok den sværeste, mest invaliderende og mest langvarige psykiske sygdom, og cirka 10 procent begår selvmord. Skizotypisk sindslidelse er en langt mildere form, der højst medfører ganske kortvarige hallucinationer, og personen kan være

optaget af specielle emner, men oplever ikke vrangforestillinger. Skizofreni og skizotypi begynder typisk i starten af tyverne – men kan starte allerede i 10-års-alderen og så sent som i 60-års-alderen. Ofte kan der spores tegn på afvigelse allerede i barndommen. Hyppigheden for skizofreni er cirka en halv procent, hvilket vil sige, at cirka 20.000 danskere har skizofreni.

**Baggrund og årsager:** Årsagen til skizofreni er endnu ikke klarlagt. Arv spiller dog en betydelig rolle. Hvis en af forældrene, en bror eller en søster er skizofren, er der cirka 10 procent risiko for, at barnet også får sygdommen, og hvis begge forældre er skizofrene, eller hvis man er bror eller søster til en enægget tvilling med skizofreni, er risikoen cirka 50 procent. Selv om det er veldokumenteret, at skizofreni løber i nogle familier, har langt de fleste, der bliver behandlet for skizofreni, ikke nære slægtinge med sygdommen. Op mod 50 procent af unge med skizofreni misbruger alkohol eller stoffer, hvilket kan udløse eller forværre psykosen. Aktuell viden tyder på, at skizofreni er en udviklingsforstyrrelse, hvor hjernecellernes udvikling bliver forstyret

i midten af graviditeten. Dette er formentligt arveligt bestemt. Sygdom eller komplikationer under graviditet og fødsel kan muligvis bidrage til udløsning af udviklingsforstyrrelsen.

**Signaler:** Skizofreni er en alvorlig sygdom. Graden af sygdommen og forløbet varierer meget. Skizofreni påvirker evnen til at tænke, føle og vurdere virkeligheden. Der vil hele livet være en betydelig risiko for psykotiske gennembrud. Ud over hallucinationer og vrangforestillinger ses tanke- og adfærdsforstyrrelser og forstyrrelser af opmærksomhed, hukommelse, indlæringssevne og evnen til at planlægge og løse problemer. Nedsat energi og initiativ, manglende engagement, afladning af følelseslivet, social tilbagetrækning, kontaktfattigdom og trækken sig ind i sig selv er andre alvorlige symptomer, der ofte medvirker til social isolation. Skizotypisk sindslidelse indebærer excentrisk adfærd, ejendommelige tanker, følelseskulde, aparte adfærd, mistydning, mistroiskhed, sære ideer, social isolation og højst kortvarige hallucinationer.

**Udfordringer:** Svigtende sygdomserkendelse er et hovedproblem i behandlingen af skizofreni. Den unge oplever sine hallucinationer og vrangforestillinger, som for eksempel ses i form af forfølgelsesforestillinger, som reelle og som et problem i den ydre verden – ikke som et psykisk problem. Den unge føler sig ikke syg og synes derfor, at behandling er irrelevant og vil i stedet være tilbøjelig til at reagere på stemmerne eller vrangforestillingerne. Det kan føre til forværrede symptomer med yderligere afvisning med eventuel isolation eller voldelig adfærd til følge. Hvis der er gjort mange forsøg på at motivere den unge til at tage imod behandling og støtte uden held, kan det blive nødvendigt at sætte en tvangsbehandling i gang.

**Behandling:** Med særlig tilrettelagt behandling og social indsats kan der ændres på den dystre tilværelse, som et liv med skizofreni ofte bliver forbundet med. Behandlingen består i en kombination af medicin (antipsykotika), psykosocial støtte og aktivering samt undervisning (psykoedukation) af den unge skizofrene og de pårørende; alt sammen på et så tidligt tidspunkt i

sygdomsforløbet som muligt og i et sammenhængende forløb. Medicin kurerer ikke sygdommen, men er afgørende for at dæmpe symptomerne, så den unge kan drage nytte af den socialpsykiatriske behandling. Det er kun et fåtal, der langvarigt bliver afhængige af intensiv behandling og pleje. De fleste mennesker med skizofreni kan klare sig det meste af tiden uden for institution, og en stor gruppe kan passe arbejde og et studie.

**Støtte til den unge:** Undersøgelser tyder på, at der for de unge i gennemsnit går to år fra sygdommen viser sig, til de får en diagnose og modtager relevant behandling. Skolen og læreren har derfor en vigtig funktion i forhold til at opdage den unge med skizofreni og formidle kontakt til behandling. Skizofreni er en meget alvorlig sygdom, og ved begrundet mistanke om psykose træder den skærpede underretningspligt i kraft. Den unges familie og sagsbehandler bør underrettes, og læreren bør formidle kontakt til psykiatrisk skadestue og opsøgende psykoseteam, kaldet OPUS. Hvis den unge allerede er i et forløb i OPUS-regi, foreligger der sandsynlig-

vis en uddannelsesplan, som læreren bør have kendskab til. For at få hjælp til at give den bedste støtte til eleven kan læreren kontakte et OPUS-team og få vejledning. Hvis ikke familien og eleven har fået vejledning i forbindelse med valg af uddannelse, bør skole og lærer udvikle en særlig uddannelsesplan i samarbejde med den unge. En af de største risikofaktorer er, at den unge har urealistiske forventninger til egne muligheder for at gennemføre et almindeligt uddannelsesforløb. Det er væsentligt, at den unges ønsker og planer er udgangspunktet for uddannelsesplanen. Skolens opgave er at minimere risikoen for nederlag ved at gøre planen realistisk i forhold til den unges situation.

# Spiseforstyrrelser

## Anoreksi og bulimi

**Definition og hyppighed:** Anoreksi (nervøs spisevægring) og bulimi (nervøse spiseanfald) er to beslægtede spiseforstyrrelser, der er kendetegnet ved angst for fedme og en dermed forbundet fanatisk optagethed af mad, vægt, krop og slankhed. Den anorektiske person er i stand til at gennemføre sit ønske om at være tynd, det vil sige hun kan lade være med at spise trods sult og derfor har haft et stort vægttab. Bulimikeren overspiser eller panikspiser periodisk store mængder mad og kaster derefter al maden op – det er meget forskelligt, hvor ofte det sker. Bulimikeren opretholder som regel en nogenlunde normal og stabil vægt. For den unge, der lider af en spiseforstyrrelse, overdøver optagetheden af at være tynd alt andet. Spiseforstyrrelser er et velkendt fænomen allerede i folkeskolernes ældste klasser, det hyppigste psykiske problem hos unge piger. Mere end hver fjerde pige er således optaget af vægten og vægtregulerer, og hos hver tyvende fører det til anoreksi

eller bulimi. Anoreksi ses hos knap en procent og bulimi hos fire procent af unge mellem 12 og 24 år. Ni ud af 10 er piger. Cirka halvdelen af unge med anoreksi eller bulimi bliver raske, især ved bulimi. Cirka 30 procent opnår forbedret funktion og klarer sig, ofte med pension, mens de resterende 20 procent forbliver syge hele livet. 15 til 20 procent med anoreksi dør af forskellige komplikationer eller selvmord.

**Baggrund og årsager:** Den unge, der udvikler anoreksi eller bulimi, virker til en begyndelse umiddelbart sund, rask og veltilpasset – og omgivelserne har derfor svært ved at opdage og senere svært ved at forstå de tiltagende spiseproblemer. Mere end en tredjedel af befolkningen anser spiseforstyrrelser for selvforskyldt. Men realiteten er, at bag den veltilpassede overflade skjuler der sig en stor skrøbelighed, usikkerhed og manglende følelse af selv værd og identitet. Det anses for at være en væsentlig årsagsfaktor, at den unge ikke føler sig i stand til



*Mere end en tredjedel af befolkningen anser spiseforstyrrelser for selvforskyldt. Men realiteten er, at bag den veltilpassede overflade skjuler der sig en stor skrøbelighed, usikkerhed og manglende følelse af selvværd og identitet.*

at møde den udfordring, det er at skulle blive voksen, psykisk, fysisk, socialt og seksuelt. Hun sætter derfor al energi ind på at stoppe kroppens udvikling. Følelserne samles om det ene at kontrollere kroppen. Angst og usikkerhed holdes derved på afstand, og omgivelsernes opmærksomhed samles om noget andet end de primære problemer. Anoreksi og bulimi beror på en kombination af arv og miljø, en medfødt skrøbelighed og udefrakommende påvirkninger, krav og forventninger. Kropsidealer, som de ses i mediebildets overslanke fotomodeller, forenes med ønsket om at forblive på pubertetsstadiet uden krav om selvstændighed og voksenhed i psyke og krop.

**Signaler:** Den unge med anoreksi har en forvrænget opfattelse af sin egen krop og et stærkt ønske om at blive tyndere, trods undervægt, undertiden ned til 30 kilo. Ud over undervægt ses udeblivende menstruation, lav temperatur, lav puls og blodtryk samt nedsat sexlyst og hormonændringer. Langvarig underernæring svækker musklerne og kan hæmme kroppens og hjernens udvikling. Det kan medføre træthed, svigtende evne til indlæring, tristhed og isolation. Midlerne til at opnå den lave vægt omfatter indskrænket fødeindtagelse, megen fysisk aktivitet, specielt motion, og anvendelsen af slankemidler, afføringsmidler og vanddrivende medicin. Den unge med bulimi har tilbagevendende spiseforstyrrelser ("grovæderi" eller "ædeflip", ofte i det skjulte, for eksempel midt om natten, hvor køleskabet tømmes) fulgt af selvfrekaldt opkastning. De hyppige opkastninger kan medføre smerter i mave og spiserør, og der kan ses tandskader på grund af ætsning fra mavesyren. Ud over opkastninger for-

søger bulimikeren også tit at regulere vægten med megen motion og med slankemidler, afføringsmidler og vanddrivende medicin. Bulimikeren har som anorektikeren et lavt selvværd og skammer sig desuden over ikke at have kontrol over sin spisning, isolerer sig og undgår ofte samvær, blandt andet under måltider. De første signaler på en eventuel spiseforstyrrelse kan være, at den unge pige ændrer sig, bliver trist og trækker sig fra samværet. Hun har/får lav selvfølelse og søger at blive accepteret ved at fokusere på udseendet og gøre andre tilpas. Hendes opmærksomhed samler sig mere og mere om mad, vægt og krop.

**Udfordringer:** Da den unges spiseforstyrrelse er et forsøg på at stoppe udviklingen hen imod at blive voksen, psykisk, fysisk, socialt og seksuelt, går den unges udvikling langt hen ad vejen i stå på det niveau (for eksempel 12- til 13-års-alderen), hvor sygdommen sætter ind.



*Mange unge søger at skjule spiseforstyrrelsen. Hvis den unge fortæller om sin spiseforstyrrelse, er det vigtigt, at læreren undersøger, om der er personer i netværket, der allerede ved det, og om der er nogen, der kan støtte den unge i at opsøge og fastholde et behandlingstilbud.*

**Behandling:** Behandlingen af udviklet anoreksi eller bulimi har tre aspekter:

1. Støtte til bedre spisevaner – og for anorektikeren sikring mod yderligere væggtab samt støtte til normalisering af vægten – herunder kostvejledning ved en diætist.
2. Behandling af de tilgrundliggende psykiske konflikter ved hjælp af psykoterapi.
3. Videreudvikling af de evner og muligheder, der blev sat i stå, da spiseforstyrrelsen satte ind.

Herudover kan der forekomme behandling af eventuelle fysiske/somatiske skader, som spiseforstyrrelsen har ført med sig.

**Støtte til den unge:** Ved spiseforstyrrelser er det vigtigt, at den unge får behandling af psykologer og psykiatere med særlig viden på området. Mange unge søger at skjule spiseforstyrrelsen. Hvis den unge fortæller om sin spiseforstyrrelse, er det vigtigt, at læreren undersøger, om der er personer i netværket, der allerede ved

det, og om der er nogen, der kan støtte den unge i at opsøge og fastholde et behandlingstilbud. Hvis ikke må læreren efter aftale med eleven hjælpe med at formidle kontakt til skolens vejleder eller psykolog. Hvis der optræder akutte selvmordstanker, bør læreren sammen med den unge straks kontakte familien eller den psykiatriske skadestue, så den unge kan få den nødvendige hjælp. I samtale med den unge skal læreren være nysgerrig og undlade at gøre maden til det primære omdrejningspunkt. Som udgangspunkt er det vigtigt, at læreren anerkender, at spiseforstyrrelsen er den unges måde at håndtere svære tanker og følelser på. Mange unge med spiseforstyrrelse trækker sig fra andre. Og støtten bør derfor også omfatte, at den unge hjælpes til at fastholde relationer i gruppen. Hvis eleven i perioder er præget af træthed og manglende koncentration, bør undervisningen tilrettelægges derefter med pauser samt tilpasset faglig og fysisk aktivitet. I særlige tilfælde kan behandling kræve, at den unge bliver indlagt. Her kan skolen hjælpe ved at forberede en tilpasset opstart på uddannelsen, når eleven vender tilbage.



## Overspisningsforstyrrelse (BED)

### Definition og hyppighed:

Overspisningsforstyrrelse (nervøs tvangsspising) er også kendt fra amerikansk fagsprog som "Binge Eating Disorder" (BED). Personer med BED har anfald af overspisning, som de ikke kan kontrollere, og som bruges til at dæmpe psykisk stress, men personen kaster ikke efterfølgende maden op som bulimikeren. For at tale om en BED-diagnose skal overspisningerne finde sted mindst to dage om ugen i mindst seks måneder. En person med BED er ofte overvægtig, men ikke altid. Kontroltabet med efterfølgende hurtig indtagelse af så store mængder mad, at det overskrider mæthedsgrensen, er typisk, ligesom følelsen af at være skyldig og ulækker. To procent af den voksne befolkning har BED, heraf er trettedjedel kvinder. Blandt overvægtige forekommer BED hos otte procent. Sygdommen starter typisk i 18- til 25-årsalderen.

**Baggrund og årsager:** Som ved andre spiseforstyrrelser spiller biologiske, personlighedsmæssige, sociale, familiemæssige og kulturelle faktorer ind i forhold til sårbarheden, som ligger til grund for BED. Udløsende faktorer kan være følelsesmæssige belastninger, for eksempel skoleskift, det at flytte hjemmefra, tab eller svigt og slankekur og vægttab. BED er forbundet med lavt selvværd, depression og angst.

**Signaler:** Personer med BED forsøger oftest at bekæmpe overvægten i mange år, før de søger behandling. Spisemønstret er kaotisk, og personen ønsker normalvægt (eventuelt let overvægt), men har ikke et forvrænget kropsbillede og urealistiske ønsker om at blive tynd som anorektikeren. En person med BED har overspisningsperioder, hvor der spises hurtigere og eventuelt mere tvangspræget end normalt, og der spises til han eller hun er ubehagelig mæt. Desuden spiser personen store mængder mad uden at være sulten, ligesom vedkommende spiser alene på grund af skam over mængderne og føler efterfølgende væmmelse ved sig selv, selvforagt, nedtrykthed eller skyld.

**Udfordringer:** Anfaldene af overspisning holdes ofte skjult, og derfor behandles de psykiske problemer, som forstyrrelsen dækker over, sjældent. Personer med BED søger måske behandling for overvægt – uden succes – men ikke for spiseforstyrrelse.

**Behandling:** Som ved spiseforstyrrelser generelt skal personer med BED have støtte til at få bedre spisevaner og til at behandle de tilgrundliggende psykiske konflikter.

**Støtte til den unge:** Se under "Anoreksi og bulimi".

# Direkte selvskadende adfærd med fokus på cutting

**Definition og hyppighed:** Direkte selvskadende adfærd kan beskrives som en socialt uacceptabel adfærd, der gentages igen og igen, og som medfører lettere til moderate fysiske skader. Når selvskaden finder sted, befinder personen sig i en forstyrret psykisk tilstand, men har ikke til hensigt at tage sit eget liv og udviser heller ikke den form for selvstimulation eller stereotyp adfærd, som er karakteristisk for mentalt retarderede eller autistiske mennesker. Eksempler på direkte selvskadende adfærd er cutting, at brænde sig selv, slag mod sig selv, at bide sig selv, kradse sig selv, hoveddunken, pille i sår og forhindre sårheling, kompulsiv udrykning af hår (trikotillomani), skin-picking med flere. Cirka 80 procent af dem, der regelmæssigt skader sig selv, bruger flere metoder. Cutting, eller det at skære sig selv, er en af de hyppigste former. Selvskaden starter typisk i teenageårene. Ubehandlet vil den selvskadende adfærd fortsætte i flere år. Cirka tre til fire procent af befolkningen – og blandt unge cirka 15 procent – skærer sig selv eller skader sig selv på andre måder.

**Baggrund og årsager:** Selvskade er en form for følelsesregulering, der ofte handler om at reducere den indre spænding – uanset om den handler om vrede, angst, forladthedsfølelse eller tomhedsfølelse – om at opnå følelsen af kontrol eller om at mærke sig selv. Næsten alle selvskadende personer er voldsomt selvkritiske og har et enormt selvhad og dermed et stort behov for at straffe sig selv. Over halvdelen af alle, der skærer sig, kan ikke mærke fysisk smerte, når de skærer sig, men alligevel giver cutting den tilstræbte oplevelse af fylde, nærvær og kontakt med sig selv. En stor del af dem, der skærer sig selv, har været udsat for omsorgssvigt, tab, vold i familien eller seksuelt misbrug. Specielt de, der har skåret sig gennem nogen tid, udvikler et stærkt lystbetonet afhængighedsforhold til at skære i sig selv. Nogle beskriver lystfølelsen som et sus, en eufori eller en rus, der sætter ind, når de skærer sig.

For blot få år siden havde de færreste hørt om cutting. Det har imidlertid altid fundet sted blandt mennesker med store psykosociale problemer. Nu tyder nyere undersøgelser på, at fænomenet har bredt sig, og at der er sket en eksplosiv stigning i antallet af unge, der skærer sig.

**Signaler:** De fleste, der skærer sig, skjuler deres tilbøjelighed, deres sår og ar. De beder ikke om hjælp, og de gør det ikke for at få trøst og omsorg. De fleste gør det for at overleve, for at klare den psykiske smerte, som de ikke kan eller har lært at klare på anden vis. Cutting kan foregå med barberblad, skalpel, kniv, glasskår eller andre skarpe genstande, som kan skære gennem huden. I mangel af bedre kan næsten alt bruges, for eksempel ødelagte plasticopper, nåle, smykker eller den skarpe kant fra et knækket dankort eller en cd. Sædvanligvis er det håndled og underarme, som den unge skærer i, men cutting kan også foregå på brystet, på benene, i ansigtet og kønsorganerne. Nogle gnider sårene



*De fleste, der skærer sig, skjuler deres tilbøjelighed, deres sår og ar. De beder ikke om hjælp, og de gør det ikke for at få trøst og omsorg. De fleste gør det for at overleve, for at klare den psykiske smerte, som de ikke kan eller har lært at klare på anden vis.*

med salt eller hælder syre i for at forøge eller forlænge smerten. Oftest er der tale om overfladiske sår. De fleste unge, der skærer sig, ved godt, hvor og hvor dybt de kan skære uden for alvor at gøre skade. Indimellem, måske ved en fejltagelse, kan der ses dybere flænger, som skal sys på skadestuen. Nogle skærer sig dagligt, andre måske en gang om ugen eller sjældnere. Mange udvikler et egentligt afhængighedssyndrom. For nogle spiller synet og fornemmelsen af blod en stor rolle. Når de ser eller mærker blodet løbe ned ad armen, benet eller kroppen, forsvinder oplevelsen af indre død eller tomhedsfølelse. De fleste unge, der skærer sig, kan fortælle, at de umiddelbart efter at have skåret sig føler en enorm lettelse, eller at deres indre spænding mindskes. Synlige tegn på selvskade (sår og ar) betyder, at de unge føler, at de ikke kan vise sig i badetøj eller gå med korte ærmer. I stedet går de konstant med svedbånd om håndledet, langærmede bluser eller store jakker.

**Udfordringer:** Selv om cutting er et skjult problem, ser vi alligevel igen og igen, at det breder sig. Det sker via medierne, eller det breder sig fra person til person i de miljøer, hvor det allerede foregår. Specielt blandt unge på skoler, psykiatriske afdelinger og specialinstitutioner sker det ofte, at selvskadende adfærd breder sig. Selvskade kan udvikle sig til et gruppefænomen som en del af et gruppefællesskab eller en gruppenorm. Der kan også være tale om at vinde status, ligesom det at erfare, at andre gør det, nedsætter modstanden mod selv at prøve. Det betyder, at man i nogle miljøer ser en udbredt angst for at tale om cutting, men det er vigtigt at få det stoppet, for hvis man ignorerer problemet, risikerer man, at det forværres i det skjulte. Det at tale direkte om noget er en forudsætning for at kunne behandle det.

**Behandling:** Behandlingen består af viden og psykoterapi og som en mulighed medicin, som kan være nødvendig, hvis personen også lider af depression, angst eller impulsadfærd.

**Støtte til den unge:** Læreren skal forholde sig nysgerrigt og anerkende til det, den unge fortæller om sin selvskadende adfærd. Særligt er det vigtigt at undersøge, hvor ofte og hvor omfattende den unge skærer i sig selv, og om det er forbundet med særlige situationer. Læreren bør også undersøge, hvilken oplevelse den unge har i forbindelse med selvskaden. Nogle unge oplever, at de ikke er bevidste om deres handlinger, at de oplever en uvirkelighedsfornemmelse eller direkte får blackouts, når de skærer sig. Sådanne oplevelser kan være tegn på, at de problemer, der ligger til grund for deres selvskade, er alvorlige og måske traumatiserende oplevelser. Læreren skal være opmærksom på egne reaktioner under samtalen. Det er vigtigt ikke at give udtryk for afsky eller forskrækkelse, men at forholde sig til adfærden som en måde, den unge forsøger at håndtere svære problemer på. Læreren og den unge må sammen finde relevant professionel hjælp, for eksempel skolens psykolog eller egen læge, som kan give en henvisning til psykolog eller psykiater.

**Diagnosebeskrivelserne er uddrag eller delvise uddrag af følgende udgivelser fra PsykiatriFondens Forlag:**

*ADHD – opmærksomhedssygdommen hos børn og unge*, Jes Gerlach (redaktion), 2007  
*Angst*, Jes Gerlach og Esben Hougaard, 2007  
*Angstbogen – angstens symptomer, årsager og behandling*, Jes Gerlach (redaktion), 2008  
*At skære smerten bort*, Bo Møhl, 2006  
*Depression*, Jes Gerlach (redaktion), 2006  
*Om og med psykose*, Erik Simonsen med flere, 2001  
*Personlighedsforstyrrelser*, Erik Simonsen (redaktion), 2008  
*Psykiske sygdomme og problemer hos børn og unge*, Per Hove Thomsen med flere, 1999  
*Psykose hos unge – symptomer, behandling og fremtid*, Merete Nordentoft med flere, 2009  
*Pårørende – råd og vejledning til pårørende til mennesker med psykisk sygdom*, Jes Gerlach (redaktion), 2008

Afsnittet om spiseforstyrrelser tager blandt andet udgangspunkt i information fra Landsforeningen mod Spiseforstyrrelser og Selvskade, se [www.spiseforstyrrelser.dk](http://www.spiseforstyrrelser.dk).

Teksten er tilrettelagt af PsykiatriFonden. Overlæge Lisbeth Hagenbøl, Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center, Hillerød, har fungeret som ekstern psykiatrisk konsulent.



---

# 4

## Praktiske oplysninger

### **Underretningspligt**

Alle borgere har pligt til at underrette kommunen, hvis de møder børn eller unge under 18 år, som er udsat for omsorgssvigt, overgreb eller lever under forhold, som bringer deres sundhed og udvikling i fare. Denne pligt er fastsat i Servicelovens § 154.

Som offentlig ansat, eller som ansat i en stilling, hvor man løfter opgaver for det offentlige, har man skærpet underretningspligt. Det betyder, at man har pligt til at underrette de sociale myndigheder, hvis man får "kendskab til forhold, der giver formodning om, at et barn eller en ung under 18 år har behov for særlig støtte" (Serviceloven § 153). Denne skærpede underretningspligt går forud for en eventuel tavshedspligt.

Og hvad gør man så, hvis man i sit arbejde møder unge mennesker under 18 år, som har behov for denne særlige støtte?

Det første, man bør gøre, er at sætte sig ned og få et overblik over sin bekymring: Tag et stykke papir og skriv alle de ting ned – observationer, udtalelser fra den unge m.m. – som har været medvirkende til din bekymring. Herefter bør du i fleste tilfælde følge de procedurer, som din arbejdsplads har formuleret på området – hvis de er i overensstemmelse med de lovpligtige bestemmelser, og det bør de være. Hvis du er usikker, kontakt da din nærmeste leder.



*For de fleste fagfolk, som arbejder med børn og unge, er underretninger svære og grænseoverskridende. Men det bør ikke fraholde os fra at reagere.*

#### **I fleste tilfælde bør proceduren være som følger:**

1. Du får overblik over din bekymring (se ovenfor).
2. Kvalificer din bekymring ved at tale med kollegaer og din ledelse om sagen.
3. På baggrund af din kvalificerede bekymring skal du eller din leder kontakte den unges familie og inddrage dem i bekymringen. Selv om forældrene måske er en del af problemet, så er de også en del af problemløsningen. I særlige og akutte tilfælde vil det ikke være hensigtsmæssigt at informere forældrene, hvis den unge kan komme i fare på grund af forældrenes inddragelse.
4. I fleste tilfælde kan en skriftlig underretning til kommunen anbefales. Hermed sikrer du dig, at alle detaljer kommer med, og at der ikke opstår misforståelser. I forbindelse med akutte underretninger er det en god idé at ringe til kommunen og levere en mundtlig underretning og eventuelt følge op med en skriftlig underretning.
5. I tiden efter underretningen bør du stadig være opmærksom på den unge. Hvis du ikke er tilfreds med forløbet efter underretningen og stadig er bekymret, så har du mulighed for at underrette Ankestyrelsen, som skal undersøge, om kommunens initiativer er tilfredsstillende.

For de fleste fagfolk, som arbejder med børn og unge, er underretninger svære og grænseoverskridende. Men det bør ikke fraholde os fra at reagere. Sørg derfor for at få støtte fra kollegaer og leder og eventuelt vejledning fra kommunens ansatte. Berøringsangsten bør ikke bidrage til fortsat omsorgssvigt.

Få mere information på Indenrigs- og Socialministeriets eller Ankestyrelsens hjemmesider: [www.ism.dk](http://www.ism.dk) og [www.ast.dk](http://www.ast.dk).

Afsnittet er skrevet med inspiration fra Ankestyrelsens pjece *Tag signalerne alvorligt*.



### **Hvortil kan man henvise unge med psykiske problemer?**

Ifølge § 53, stk. 2, i bekendtgørelse nr. 22 af 12. januar 2010 om erhvervsuddannelser skal skolerne sikre, at elever, der har behov for det, tilbydes social, personlig og psykologisk rådgivning, så problemerne kan afhjælpes og frafald undgås.

I forlængelse heraf har en del skoler efterhånden ansat egne psykologer; andre har aftaler med eksterne rådgivningstilbud eller privatpraktiserende psykologer. Der er stor variation i form og omfang af de tilbud, som den enkelte skole stiller til rådighed. Nogle steder er det muligt for eleverne at få op til tre samtaler, andre steder op til fem og atter andre tilbud indbefatter 10-12 samtaler samt mulighed for gruppeforløb.

For de fleste af tilbuddene gælder det dog, at de indbefatter kortere eller længere rådgivningsforløb og ikke egentlig behandling i form af terapi. En del af de sårbare unge, som man som lærer eller uddannelses- og erhvervsvejleder kommer i kontakt med, har brug for længerevarende støtte og behandling. Et godt første skridt kan være at henvise til skolens egen rådgivning, som eventuelt kan hjælpe den unge videre til relevante tilbud.

I mange tilfælde vil det dog også være relevant, at man som enten vejleder eller lærer henviser den unge direkte til egen læge med henblik på at få dennes vurdering af den unge samt eventuelt viderehenvielse til psykolog eller psykiater.

Lægen har mulighed for at henvise den unge til psykiater – enten i psykiatrien eller privatpraktiserende – hvis der er grundlag for en psykiatrisk vurdering. I andre tilfælde kan lægen henvise den unge videre til psykolog med tilskud gennem sygesikringen, hvis den unge opfylder kriterierne herfor. Disse kriterier bliver løbende ændret på baggrund af politiske beslutninger, men i skrivende stund kan man få tilskud, hvis man tilhører en af nedenstående kategorier:





*I forbindelse med akutte sager – det vil sige for eksempel sager, hvor den unge er selvmordstruet, psykotisk, usammenhængende, svært påvirket eller lignende – bør man sammen med den unge kontakte den lokale psykiatriske skadestue.*

- Røveri-, volds- og voldtægts ofre
- Trafik- og ulykkes ofre
- Pårørende til alvorligt psykisk syge personer
- Personer ramt af alvorligt invaliderende sygdom
- Pårørende til personer ramt af en alvorligt invaliderende sygdom
- Pårørende ved dødsfald
- Personer, der har forsøgt selvmord
- Personer, der inden det fyldte 18. år har været udsat for incest eller andre seksuelle overgreb
- Personer med let til moderat depression mellem 18 og 37 år
- Kvinder, der som følge af misgernelser eller lignende ved barnet får foretaget provokeret abort efter 12. graviditetsuge.

Læs mere om tilskudsordningen på [www.psykologeridanmark.dk](http://www.psykologeridanmark.dk).

Tilskuddet medfører, at den unge selv skal betale cirka en tredjedel af psykologens honorar. I visse tilfælde kan der også fås tilskud fra kommunen til psykologbehandling. I denne forbindelse er det den unges hjemstedskommune, som skal kontaktes.

I forbindelse med akutte sager – det vil sige for eksempel sager, hvor den unge er selvmordstruet, psykotisk, usammenhængende, svært påvirket eller lignende – bør man sammen med den unge kontakte den lokale psykiatriske skadestue.

For anonym rådgivning og vejledning i forhold til henvisning kontakt PsykiatriFondens Telefonrådgivning på 39 25 25 25 (hverdage 11-23 og weekender 11-19).

---

# Læs mere

## Relevant litteratur

- Bendtsen, Lisbeth  
*Mellem drøm og mareridt*  
Dansk Psykologisk Forlag, 2005
- Christensen, Anne Marie  
*Ung og sårbar*  
PsykiatriFondens Forlag, 2000
- DCUM  
*Undervisningsmiljøet på erhvervsuddannelserne*  
Dansk Center for Undervisningsmiljø,  
2009
- DCUM  
*Undervisningsmiljøer på ungdomsuddannelserne*  
Dansk Center for Undervisningsmiljø,  
2007
- DCUM  
*19 veje til bedre trivsel på ungdomsuddannelserne*  
Dansk Center for Undervisningsmiljø,  
2008
- Gerald, D. og Gerald K.  
*Rådgivning af unge*  
Dansk Psykologisk Forlag, 2005
- Gerlach, Jes (redaktion)  
*Depression*  
PsykiatriFondens Forlag, 2006
- Gerlach, Jes (og tværfaglig gruppe)  
*ADHD – opmærksomhedssygdommen hos børn og unge*  
PsykiatriFondens Forlag, 2007
- Gerlach, Jes og Esben Hougaard  
*Angst*  
PsykiatriFondens Forlag, 2007
- Gerlach, Jes (redaktion)  
*Angstbogen – angstens symptomer, årsager og behandling*  
PsykiatriFondens Forlag, 2008
- Gerlach, Jes (redaktion)  
*Pårørende – råd og vejledning til pårørende til mennesker med psykisk sygdom*  
PsykiatriFondens Forlag, 2008
- Harder, Susanne (med flere)  
*Sårbarhed*  
Hans Reitzels Forlag, 2008

- Helgeland, Ingeborg Marie (redaktion) *Forebyggende arbejde i skolen*  
Dansk Psykologisk Forlag, 2002
- Hertz, Søren *Børne- og Ungdomspsykiatri*  
Akademisk Forlag, 2008
- Illeris, Knud (med flere) *Ungdom, kompetence og identitet*  
Ungdomsforskning nr. 2, 2006  
Center for ungdomsforskning
- Illeris, Knud (med flere) *Ungdomsliv – mellem individualisering og  
standardisering*  
Samfundslitteratur, 2009
- Katzenelson, Noemi *De måske egnede på erhvervsuddannelserne*  
Center for ungdomsforskning, cefu.dk
- Lynge, Bente *Anerkendende pædagogik*  
Dansk Psykologisk Forlag, 2007
- Miller, W. og Rollnick, S. *Motivationssamtalen*  
Hans Reitzels Forlag, 2004
- Møhl, Bo *At skære smerten bort*  
PsykiatriFondens Forlag, 2006
- Nordentoft, Merete (med flere) *Psykoze hos unge – symptomer, behandling og  
fremtid*  
PsykiatriFondens Forlag, 2009
- Pless, Mette *Udsatte unge på vej i uddannelsessystemet*  
Cefu, Danmarks Pædagogiske  
Universitetsskole, 2009
- Thomsen, Per Hove (med flere) *Psykiske sygdomme og problemer hos børn og  
unge*  
PsykiatriFondens Forlag, 1999
- Thomsen, P.H. og Sørensen, M.H. *Om børn og unge med depression*  
Hans Reitzels Forlag, 2003
- Thomsen, P.H. og Damm, D. *Om børn og unge med ADHD*  
Hans Reitzels Forlag, 2006

|                              |  |
|------------------------------|--|
| Skårderud, Finn              | <i>Stærk/svag</i><br>Hans Reitzels Forlag, 2001  |
| Simonsen, Erik (redaktion)   | <i>Personlighedsforstyrrelser</i><br>PsykiatriFondens Forlag, 2008                       |
| Simonsen, Erik (redaktion)   | <i>Om og med psykose</i><br>PsykiatriFondens Forlag, 2001                                |
| Søndergaard, Per Straarup    | <i>Når livet gør ondt – om selvskadende adfærd</i><br>Forlaget Dafolo, 2007              |
| Søndergaard, Per Straarup    | <i>Skrig og fred – om selvmordsforsøg blandt unge</i><br>Forlaget Turbine, 2008          |
| Søndergaard, Per Straarup    | <i>Et spind af sorte tanker – om unge og depression</i><br>Forlaget Turbine, 2009        |
| Søndergaard, Per Straarup    | <i>Når angsten tager magten – om angstlidelser blandt unge</i><br>Forlaget Turbine, 2009 |
| Søndergaard, Per Straarup    | <i>Seje tøser – stakkels piger</i><br>Forlaget Turbine, 2009                             |
| Winslade, J.M. og Monk, G.D. | <i>Narrativ vejledning i skolen</i><br>Dansk Psykologisk Forlag, 2008                    |



### **Relevante hjemmesider**

PsykiatriFonden

[www.psykiatrifonden.dk](http://www.psykiatrifonden.dk)

PsykiatriFondens Børne- og Ungeafdeling

[www.tabu.dk](http://www.tabu.dk)

Dansk Center for Undervisningsmiljø

[www.dcum.dk](http://www.dcum.dk)

Center for Ungdomsforskning

[www.cefu.dk](http://www.cefu.dk)

Indenrigs- og Socialministeriet

[www.ism.dk](http://www.ism.dk)

Ankestyrelsen

[www.ast.dk](http://www.ast.dk)

Undervisningsministeriet

[www.uvm.dk](http://www.uvm.dk)

Dansk Psykolog Forenings oversigt psykologer

[www.psykologeridanmark.dk](http://www.psykologeridanmark.dk)

---

## Undervisningsministeriets håndbogsserie

I denne serie udsender Undervisningsministeriet publikationer med baggrundorientering om lovgivningen, uddannelser og enkelte fag samt vejledninger om god praksis mv. Håndbøgerne er rettede mod uddannelsernes drift.

### 2010:

- Nr. 1 – 2010: Fælles Mål i skolens hverdag – hvordan?  
2. udgave (internetpublikation) (Grundskolen)
- Nr. 2 – 2010: Manual om tilsyn med specialundervisning i dagbehandlingstilbud og anbringelsessteder (978-87-603-2837-4) (Grundskolen)
- Nr. 3 – 2010: “Jeg kommer heller ikke i dag” – om støtte af sårbare unge i uddannelse (978-87-603-2843-5) (Erhvervsfaglige uddannelser)

### 2009:

- Nr. 1 – 2009: Praktik i pædagoguddannelsen – uddannelse, opgaver og ansvar (978-87-603-2734-6) (Videregående uddannelser)
- Nr. 2 – 2009: Erhvervsrettet andetsprogsdansk i erhvervsuddannelserne – råd og vink (internetpublikation) (Erhvervsfaglige uddannelser)
- Nr. 3-49 – 2009: Fælles Mål 2009-faghæfter (internetpublikationer) (Grundskolen)
- Nr. 50 – 2009: Tvistighedsnævnets og Ankenævnet vedrørende Praktikvirksomheders årsberetning 2008 (978-87-603-2819-0) (Erhvervsfaglige uddannelser)
- Nr. 51 – 2009: Sikkerhed og kriseberedskab – råd og vejledning til skoler og uddannelsesinstitutioner (internetpublikation) (Skoler og uddannelsesinstitutioner)

### 2008:

- Nr. 1 – 2008: Håndbog om individuel kompetencevurdering i AMU – vurdering og anerkendelse af realkompetencer inden for arbejdsmarkedsuddannelserne (978-87-603-2675-2) (Arbejdsmarkedsuddannelser)
- Nr. 2 – 2008: Erhvervsøkonomi i erhvervsuddannelserne – råd og vink (internetpublikation) (Erhvervsfaglige uddannelser)
- Nr. 3 – 2008: Realkompetencevurdering inden for voksen- og efteruddannelse – en håndbog (978-87-603-2680-6) (Voksen- og efteruddannelser)
- Nr. 4 – 2008: Tvistighedsnævnets årsberetning 2007 (978-87-603-2706-3) (Erhvervsfaglige uddannelser)
- Nr. 5 – 2008: Censor ved faglige prøver i erhvervsuddannelserne (internetpublikation) (Erhvervsfaglige uddannelser)
- Nr. 6 – 2009: Realkompetence – parat til GUV-start på SOSU (978-87-603-2732-2) (Erhvervsfaglige uddannelser)

Visse af de trykte publikationer – som i oversigten er forsynet med et ISBN-nummer – kan mod betaling af et ekspeditionsgebyr rekvireres hos Nordisk Bog Center eller hos boghandlere. Andre publikationer kan købes samme sted. For priser se: [www.uvm.dk/bestil](http://www.uvm.dk/bestil).

Internetpublikationer og onlineversioner af trykte publikationer kan til eget brug frit downloades fra [www.uvm.dk/publikationer](http://www.uvm.dk/publikationer).



---

# “Jeg kommer heller ikke i dag”

– om støtte af sårbare unge i uddannelse

---

Mange lærere og vejledere møder elever, som har forskellige former for psykiske problemer, og som er svære at hjælpe og fastholde i uddannelse.

Denne publikation giver gennem cases inspiration til forskellige metoder og værktøjer, som lærere og vejledere kan anvende i deres hjælp og støtte til disse unge.

Publikationen indeholder også et mindre leksikon, hvor forskellige psykiske problemer, sygdomme og støttemuligheder beskrives, ligesom underretningspligten og henvisningsmuligheder berøres. Bagest i publikationen finder læseren forslag til yderligere litteratur om unge, trivsel, psykisk sundhed og sygdom.

ISBN 978-87-603-2843-5



9 788760 328435