

Från isolering till delaktighet



Anti Depp projektet
Linda Skåtar
2007

Från isolering till delaktighet

Helsingfors, 2007.

Utgivare:
Svenska hörsel­förbundet rf
Kajsaniemigatan 3 B 13
00100 Helsingfors
www.horsel.fi

Finlands Svenska Psykosociala Centralförbund rf
Regionkansli
Eriksg. 8
00100 Helsingfors
www.fspc.fi

Författare: Linda Skåtar, Projektsekreterare
Pärmbild: Linda Skåtar

INNEHÅLL

1 INLEDNING	1
1.1 Begreppen funktionshinder och handikapp	1
1.2 Problemområde	3
1.3 Syfte och metoder	5
1.4 Målgrupp	6
1.5 Övriga intressenter	7
2 OM HÖRSELSKADA OCH ISOLERING	8
2.1 Effekter av hörselskador	9
2.2 Hörselproblem hos äldre	11
2.3 Tinnitus	11
2.4 Att erkänna sin hörselskada	12
3 OM PSYKISK OHÄLSA OCH ISOLERING	14
3.1 Om depressioner	16
3.2 Symtom på depression	17
3.3 Stress- sårbarhetsmodellen och depression	18
4 PSYKOSOMATIK - SAMBANDET MELLAN PSYKISKA OCH FYSISKA SYM TOM	21
4.1 Hörselskada och psykisk ohälsa	22
4.2 Kopplingen tinnitus - psykisk ohälsa	23
4.3 Stress- sårbarhetsmodellen och tinnitus	24
5 AVSLUTNING	26
5.1 Sammanfattning	26
5.2 Slutsatser	27
5.3 Anti Depps stress- sårbarhetsmodell	28
5.4 Slutord	29
KÄLLOR	31

1 INLEDNING

Anti Depp är ett projekt som sker i samarbete mellan Finlands Svenska Psykosociala Centralförbundet rf (FSPC) och Svenska hörsselförbundet rf. Projektet är fyraårigt och påbörjades i juni 2006. Penningautomatföreningen (RAY) är bidragsgivare och Svenska Studiecentralen rf (SSC) svarar för den externa utvärderingen.

Målsättningen är att undersöka sambandet mellan hörselskada och psykisk ohälsa samt förebygga social isolering bland drabbade.

Det är viktigt att få kunskap om hörselskador, psykisk ohälsa och dess sammankoppling, därför har denna litteraturstudie och -sammanställning genomförts. I Anti Depp kommer fokus att vara på människor och deras erfarenheter om förlust och isolering. Det här arbetet inleds med varsitt kapitel om hörselskador och psykisk ohälsa (kapitel 2 och 3). Tyngdpunkten kommer att ligga på isolering. I ett skilt kapitel behandlas psykosomatik (kapitel 4), det vill säga sambandet mellan fysiska och psykiska symtom. I samma avsnitt tas även kopplingen mellan hörselskada och psykisk ohälsa upp. Arbetet avslutas med ett sammanfattande kapitel innehållande de viktigaste slutsatserna (kapitel 5). Härnäst följer en mera allmän diskussion om hörselskada och psykisk ohälsa som funktionshinder och handikapp.

1.1 Begreppen funktionshinder och handikapp

Att ha ett funktionshinder innebär att en eller flera förmågor eller aktiviteter är nedsatta till följd av en sjukdom eller skada (Grunewald 2000:21). Både hörselskada och psykisk ohälsa klassas som funktionshinder. Även om de är av olika natur har de några viktiga gemensamma nämnare: de är dolda, det vill säga svåra att upptäcka med blotta ögat. Något som även försvårar att funktionshindren upptäcks är att de är av smygande karaktär. Gemensamt för båda grupper är också att de orsakas av förlust, närmare bestämt förlust av normal hörsel och förlust av psykisk hälsa. De kan båda upplevas som sociala handikapp. Personer med hörselrelaterade och psykiska funktionshinder måste anpassa sin livssituation på olika sätt. Deras relation till omvärlden präglas av hur de blir bemötta. Det handlar om att hantera andra

människors attityder och reaktioner till deras handikapp. Det är i det vardagliga samspelet mellan personer med och utan funktionshinder som attityder till och föreställningar om funktionshinder och handikapp delvis skapas (Carlsson, Hjelmqvist & Lundberg 2000:33). Dessvärre är attityder ofta inte grundade på egna erfarenheter av personer med funktionshinder, utan styrs av rädsla och okunskap som kan resultera i avståndstagande (Grunewald 2000:21).

Handikapp är en benämning som brukar användas jämsides med funktionshinder, men begreppens innebörd är inte helt identiska. Man kan prata om att en person har ett hörselrelaterat funktionshinder eller ett hörselhandikapp. Inom den psykiska vården pratar man numera sällan om sjukdom, utan använder istället störning, problem eller handikapp (Topor 2004:17). Med handikapp, menas de svårigheter som den funktionshindrade har att hantera relationer eller fungera i sociala sammanhang. Det är inget statiskt tillstånd, utan förorsakas genom förhållandet mellan den enskilde och den föränderliga miljön. Handikappet kan förmildras eller rentav upphöra med hjälp av olika åtgärder. En hörselskadad kan inte helt återfå sin hörsel, men genom att använda hörhjälpmedel kan hörselhandikappet lindras. Personer med psykiska handikapp kan återhämta sig genom vård, behandling och stöd. Å andra sidan kan människors fördomar och okunskap skapa handikapp, särskilt hos en person med psykiska funktionshinder. (Grunewald 2000:21) Trots att det är omgivningen som skapar ett handikapp finns det dessvärre många människor som än idag ser handikappet som knutet till själva individen (Carlsson et al 2000:32).

Handikappkommittén (2004) ger följande definition av begreppet handikapp:

Handikapp uppstår när miljön, såväl den fysiska som den sociala, inte är utformad eller anpassad på ett sådant sätt att människor med funktionshinder kan vara fullt delaktiga och jämlika i samhället.

1997 framlade ¹WHO förslag på nya begrepps användningar som enligt följande översatt till svenska (Carlsson et al 2000:34f):

¹ World Health Organisation, Världshälsoorganisationen

- 1) Funktionsbegränsning – på organnivå (Impairment)
- 2) Begränsning av förmåga – på personnivå (Disability)
- 3) Handikapp (livskonsekvenser) – på social nivå (Handicap)

Vare sig man pratar om funktionshinder eller handikapp är det fråga om förlust och begränsning av något slag, att inte kunna leva med samma förutsättningar som andra. I en sådan situation är det vanligt att uppleva frustration eller uppgivenhet. Också de sociala kontakterna kan bli lidande eller i värre fall upphöra genom att personen isolerar sig från omvärlden, vilket i sin tur leder till ett ökat funktionshinder. För att undvika detta händelseförlopp är det viktigt att ingripa i tid och förse den funktionshindrade med den hjälp och det stöd som behövs.

1.2 Problemområde

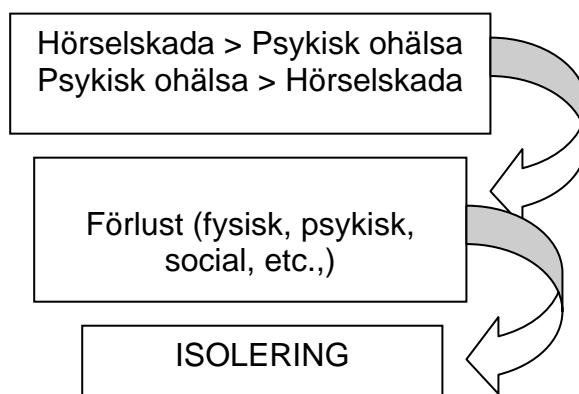
Sociala relationer och interaktion spelar en mycket vital roll i varje människas liv. Att dagligen ha människokontakt aktiverar oss och får oss att må bra. Det kan handla om att ha någon att utbyta tankar och erfarenheter med, någon som frågar hur vi mår eller någon att samtala med. Olika former av socialt utbyte kan ge oss stimulans och förbättra vår livskvalitet. Det är genom våra sociala band som vi får vår identitet, relationen till andra människor formar oss. För personer med funktionshinder är det för välbefinnandets skull om inte ännu viktigare att ha ett stabilt socialt nätverk. Dock är det mycket vanligt att en del på grund av sitt funktionshinder drar sig undan och undviker socialt umgänge. Den här typen av isolering drabbar ofta personer med hörselskada eller psykisk ohälsa. Isolering, ensamhet och odelaktighet utgör riskfaktorer för hälsan. Denna problematik gav upphov till idén med projektet Anti Depp.

En annan aspekt som ofta betonas vid funktionshinder är förlust, vilket innebär att man förlorar något av värde för en själv. Förlust av funktioner såsom hörsel eller psykisk hälsa betyder att man tappar något värdefullt. Detta påverkar naturligtvis personens tillvaro på många sätt. Det medför omställningar i det vardagliga livet och kräver anpassningar av både den utsatta och anhöriga. Förlust kan leda till isolering.

En hörselskada eller psykisk ohälsa förekommer oftast inte separat, utan kan länkas till varandra. En hörselnedsättning påverkar inte enbart hörselorganet, utan även hälsan. Förhållandet kan även vara omsvängt, det vill säga en hörselskada (tinnitus) kan uppstå som en följd av att man inte mår psyksikt bra. Denna problemdiskussion ger upphov till följande grundantaganden:

1. Det finns ett samband mellan hörselskada och psykisk ohälsa. Hörselskada kan leda till psykisk ohälsa. Psykisk ohälsa kan förorsaka hörselskada.
2. Förlust av en funktion har negativ inverkan på den mentala hälsan.
3. Hörselskada kan bidra till isolering. Psykisk ohälsa kan bidra till isolering.

Grundantagandena illustreras i figur 1.



Figur 1: Isoleringsmodell för Anti Depp

Utgångspunkten i figuren är orsak och verkan mellan hörselskada och psykisk ohälsa. Att få en hörselskada som påföljd av psykisk ohälsa eller vice versa kan få en att uppleva en förlust av psykisk, fysisk, social eller annan karaktär. Insikten om förlusten kan leda till att man isolerar sig.

Hörselskada som ursprung till psykisk ohälsa är ett område inom vården som hittills inte uppmärksamats tillräckligt. Med pensionärs-boomen inom nära framtid kommer vården att belastas av den här sortens skador. Om man inte reder ut ursprunget till de äldres psykiska ohälsa kommer det att bli ett kostsamt problem i längden. (Moberg 2005:115)

Om man har problem med hörseln eller psykisk ohälsa är det viktigt att ha tillgång till information eller att kunna uttrycka sig på sitt eget modersmål. Som svenskspråkig minoritet i Finland är det tyvärr inte alltid fallet. Bristen på svenskspråkig hjälp och information försvårar det förebyggande arbetet och de som är i behov av stöd kan känna sig förbisedda eller utanför.

1.3 Syfte och metoder

Målsättningen med Anti Depp är att lyfta fram och förtydliga sambandet mellan hörselskada och psykisk ohälsa. Samarbetet mellan förbunden och den offentliga sektorn kommer att utvecklas och en modell för förebyggande av isolering kommer att skapas. Dessutom ska svenskspråkig information framställas och göras tillgänglig för involverade parter. För att uppnå målen tillämpas följande metoder:

- En kartläggning över situationen i Svenskfinland kommer att göras i form av enkätundersökning.
- En fördjupad undersökning i form av personliga intervjuer kommer att utföras med ett antal brukare.
- Sambandet mellan hörselskador och psykisk ohälsa kommer att undersökas och förtydligas.
- Genom uppsökande verksamhet informeras personal om problematiken som uppkommer vid kopplingen av hörselskador och mental ohälsa.
- Information till målgrupperna produceras och distribueras.
- En uppföljande utredning genomförs i syfte att granska hur det informativa materialet mottagits.
- Samarbetet mellan FSPC, Svenska hörsselförbundet och den offentliga sektorn utvecklas och resulterar i en samarbetsmodell för förebyggande av isolering.

Den kvantitativa undersökningen är nödvändig för att få en tillräcklig bredd av bakgrundsinformation om brukarna². Den kvalitativa delen utgör ett komplement till den kvantitativa undersökningen. Genom personliga intervjuer är det möjligt att gå mera in på djupet i problemet med isolering och brukarnas personliga erfarenheter

² Personer med psykisk ohälsa, hörselskada eller bådadera

kan belysas. De empiriska undersökningarna kommer att utgöra grunden för det informativa material som skall distribueras till brukare och personal.

Det önskade resultatet med projektet är att sänka tröskeln vid uppsökandet av hjälp för personer med funktionshinder och således kunna åtgärda problemen i ett tidigt skede. I slutändan vill projektet stärka självkänslan hos personer med hörselskadada och psykisk ohälsa. Det är också viktigt att personal får insikt om sambandet mellan hörselskada och psykisk ohälsa för att kunna upptäcka och åtgärda problemet.

Resultatet från detta samarbete kunde på lång sikt medföra ekonomiska besparingar inom hälsovården. Det indirekta resultatet som önskas är att med hjälp av projektet kunna förebygga isolering bland personer med hörselskador och psykisk ohälsa.

Kort sammanfattat behövs: Rätt hjälp i rätt tid på modersmålet!

1.4 Målgrupp

Målgruppen för Anti Depp är vuxna personer i Svenskfinland med hörselskada, psykisk ohälsa eller bådadera. Man kan använda en del olika benämningar för personer med psykiska eller hörselrelaterade funktionshinder. Ordet patient associeras lätt till sjukhusmiljö eller vårdanstalter och betonar en persons sjukdomstillstånd. I det här arbetet kommer fokus inte att vara på själva sjukdomarna utan på livssituationen och de personliga upplevelserna hos personer med hörselrelaterade eller psykiska funktionshinder. Situationen kommer även att granskas i den miljö där personerna lever, inte inom slutenvård. I det här sammanhanget lämpar sig därför inte patient som benämning. Istället används begreppet brukare i det här arbetet, som numera också används i vardagligt tal. Det känns mera neutralt och kan användas för båda kategorier.

Personalen inom hälsovårds-, mentalvårds- och hörselvårdssektorn är också en målgrupp, eftersom de får ta del av projektet genom samarbete, upplysning i form av uppsökande verksamhet.

1.5 Övriga intressenter

Ett dylikt projekt kan även vara intressant för personer eller organisationer utanför målgruppen, som exempelvis:

- Personer med annan typ av funktionshinder eller handikapp
- Pensionärsföreningar
- Motsvarande finskspråkiga organisationer
- Motsvarande nordiska/internationella organisationer
- Den sociala sektorn
- FPA:s rehabiliteringsavdelning
- Projekt med liknande problematik
- Företagshälsovården
- Privata läkarstationer
- Beslutsfattare
- Utbildningsinstanser

2 OM HÖRSELSKADA OCH ISOLERING

Hörseln är ett av våra fem sinnen. Tack vare hörseln uppfattar vi mycket viktig information som förmedlas från omgivningen. Om talet är den utåtledande länken i vårt kommunikationssystem, är hörseln den inåtledande. Enligt Rosenhall är tal och hörsel en förutsättning för den mänskliga kommunikationen och den sociala interaktionen. Hörseln är således ett av våra viktigaste sinnen och hörselrelaterade skador kan ha allvarliga konsekvenser. Till hörselskador hör alla förändringar i hörselorganet samt centrala förbindelser, vilka leder till nedsatt eller upphävd hörselförmåga. Hörselskador kan vara ärftliga, medfödda, uppstå under fosterstadiet eller i samband med förlossningen eller kan uppstå i ett senare livsskede. (Lidén 1975:69) Hörselnedsättning är idag så pass vanligt att det utgör ett av de största folkhälsoproblemen. (Rosenhall 2000:7f)

Ulf Rosenhall som är professor på hörselkliniken vid Karolinska Universitetssjukhuset menar att hörseln inte bara kan anknytas till våra öron, utan den står i interaktion med vår hälsa. Hörselns funktion påverkas av både sociala relationer och intellektuell stimulans. ("Intervjuer med Centrumets forskare" 2005) Hörselskador kan alltså studeras från olika perspektiv. Med hjälp av det biomedicinska kan man fastställa en hörselskada med hjälp av audiologiska mätningar, men det säger ingenting om hur den hörselskadades livssituation påverkas. De största problemen för en person med hörselskada uppstår i sociala sammanhang. Därför har psykosocial forskning introducerats och blivit allt viktigare. (Gullacksen 2002:36)

Hörselnedsättning kan ses som ett dubbelriktat kommunikationshinder, där både sändare och mottagare påverkas. En persons nedsatta hörsel medför konsekvenser i den egna livssituationen och den sociala rollen samtidigt som ett handikapp kan utvecklas för hela familjen. (Moberg 2005:127) Även de övriga mänskliga relationerna påverkas i hög grad av nedsatt hörsel. De sociala kontakterna minskar på grund av kommunikationssvårigheterna och kan i värsta fall leda till total ensamhet. Den sociala frustrationen kan också medföra att man drar sig undan all form av social aktivitet och en favoritaktivitet kan börja upplevas som någonting negativt. (Smith & Kampfe 1997)

Det kan således vara bra att känna till vilka konsekvenser hörselnedsättning kan ge i sociala sammanhang. Problemen som uppstår kan ha direkta eller indirekta psykosociala följder. De direkta innebär t.ex. att man missuppfattar vad som sägs. Indirekta följder är att en person föredrar att dra sig undan för att undvika situationen där missuppfattningar kan uppstå. Andra kan inte iaktta en hörselskada och kan därför lätt göra felbedömningar av en person som hör dåligt. En annars extrovert person kan i sitt beteende framstå som introvert. Man pratar därför ofta om att hörselskador är ett dolt handikapp. (Gullacksen, 2002:29)

Eftersom hörselskador oftast är dolda handikapp ställs extra stora krav på information. Trots att det är fråga om ett av världens vanligaste handikapp är okunnigheten om de hörselskadades situation stor hos allmänheten. De hörselskadade blir därför tvungna att umgås på de hörandes villkor. (Ahlner 2000:45ff)

Gun Widding Åkerman som varit gravt hörselskadad hela sitt liv berättar i sin bok instängd i tystnad om hur det är att leva med ett dolt handikapp (1992:89):

”Tillvaron är ju uppbyggd på muntlig kommunikation. Svårigheten i att leva upp till detta normala beteende pressar och trycker ner oss. Självförtroendet och säkerheten knäcks ideligen. Det är en annan värld där varken pengar, kön eller dylikt sätter gränsen utan den egna oförmågan, som dessutom är osynlig.”

2.1 Effekter av hörselskador

En hörselskada har effekter på livssituationen, såväl positiva som negativa effekter förknippas med förlust av hörsel. Danermark (2005:34) har listat viktiga effekter för personer med hörselnedsättning. Se fig. 2. Han poängterar att de inte skall ses som allmängiltiga eftersom olika personer upplever sina hörselskador på olika sätt.

Flera av de listade effekterna kan direkt eller indirekt leda till reducerad kvalitet i de sociala förhållandena. Isolering och utanförskap är starkt bundna till förlust av sociala relationer. En hörselskadad utesluts lätt från gemenskapen om han/hon inte kan

delta i en diskussion. En nära relation måste tas omhand genom omtanke och samtal, annars blir den lidande och kan till och med dö ut. (Danermark 2005:37)

Det är dock viktigt att även poängtera de positiva effekterna förknippade med hörselskador. Att lära sig leva med nedsatt hörsel kan vara en stor utmaning. De flesta lyckas med tiden att kunna hantera sin förlust och detta upplevs som tillfredställande och ger ökad självkänsla. Det kan vara svårt att uppnå de positiva effekterna enbart på egen hand. Oftast krävs någon form av kollektiv process, t.ex. föreningsaktivitet. Därigenom träffar man personer med liknande livssituation, vilket ger en känsla av samhörighet och ökad delaktighet. En annan positiv effekt med nedsatt hörsel är omgivningens stöd och hjälp. Andras omtanke och engagemang skänker trygghet i tillvaron och ger en känsla av värde. (Danermark 2005:40f)

<p>Oro – Osäkerhet inför framtiden</p> <p>Reducerad tillfredsställelse svårt att göra sig själv rättvisa svårt att upprätthålla vanliga aktiviteter</p> <p>Reducerad kvalitet i sociala relationer – Isolering i familjen – Förlust av nära relationer – Hot mot integriteten</p> <p>Negativ självbild – Identiteskris – Painsamheter, skuld och skam</p> <p>Positiva erfarenheter – Andras omtanke – Bemästrande</p> <p>Ansträngande – Stress och trötthet</p>

Figur 2: Effekter för personer med hörselskada (Danermark 2005:34)

2.2 Hörselproblem hos äldre

Vartefter människan åldras minskar kraftresurserna. Successivt försvagas de fysiska och psykiska funktionerna, därmed även sinnesorganen. Hörselnedsättning som följd av det normala åldrandet (presbyacosis) är den vanligaste typen av hörselskada. Konsekvenserna kan bli att äldre personer isolerar. ("Intervjuer med Centrumets forskare" 2005)

Hörselnedsättning är ofta ärftligt betingad och brukar ge sig till känna runt 60-årsåldern. Det är svårt att genast upptäcka en försämring i hörseln eftersom den sker under en längre tid. Först när personer i ens omgivning börjar tyckas tala slarvigt och otydligt inser man vanligen sitt handikapp. (Blixt 1990:14ff)

Språket är det viktigaste redskapet för den sociala interaktionen. Att kunna samtala på lika villkor är därför en grundläggande förutsättning för personer med hörselskada. Kommunikationsproblem uppstår även om skadan bara är lindrig. Äldre personer har ofta ett större behov av att prata och utbyta tankar med andra. Om man däremot drar sig för att starta en diskussion på grund av dålig hörsel går man miste om att ta del i den sociala gemenskapen. (Blixt 1990:28f) På grund av problematiken i den verbala interaktionen förorsakar hörselskador större grad av isolering än blindhet (Smith & Kampfe 1997). Problem med hörseln ses som en naturlig del av åldrandet och som inte kan åtgärdas. Jämförelsevis är det lättare att se svårigheterna hos personer med rörelsehinder, utvecklingsstörning eller dålig syn. (Blixt 1990:37).

2.3 Tinnitus

Tinnitus är en form av hörselskada som innebär upplevelse av ett ljud som inte kommer utifrån. Det kan förekomma hos personer med normal hörsel eller varierande grad av hörselnedsättning. Tinnitus beskrivs som en mer eller mindre obehagligt upplevd ljudsensation som endast kan uppfattas av bäraren själv. "Öronsus", som det även kallas, kan bestå av ett brusande, pipande eller tjutande ljud. Tinnitus är ingen sjukdom, men medför för många så stort lidande att det jämförelsevis ses som ett allvarligt

sjukdomstillstånd som kan orsaka stora svårigheter i livet (Gullacksen 2002:115). Mycket svår tinnitus kan jämföras med kronisk smärta och kräver någon form av behandling. ("Tinnitus" 2006)

De flesta har någon gång fått uppleva tinnitus, men bara en del har det konstant. Även om det är så pass vanligt är det något man sällan talar om och många lider av sin tinnitus i det dolda. Tinnitus är något av en gåta eftersom det ännu inte finns något botemedel. Det går däremot att lindra symtom genom olika behandlingsformer. (Andersson 2000:7ff)

Orsakerna till tinnitus är många. Den kan höra ihop med en annan hörselskada eller helt sakna samband med hörseln. Exempel på sådana fall är muskelspänning eller – inflammation. Psykisk stress och depressioner kan också utlösa tinnitus. ("Tinnitus" 2006) Holgers (2003:3745) delar in orsakerna till tinnitus i tre huvudgrupper:

1. Hörselrelaterad tinnitus (uppkommen p.g.a. buller eller annan hörselskada)
2. Somatisk tinnitus (beror på kroppsliga sjukdomar och besvär som t.ex. brettstörningar och nackvärk).
3. Ångest-/depressionsrelaterad tinnitus

Även kombinationer av dessa tre kan förekomma. Ångest- och depressionsrelaterad tinnitus diskuteras mera ingående i kapitel 4.

2.4 Att erkänna sin hörselskada

En person som får nedsatt hörsel ställs inför en ny livssituation. Hur man anpassar sig till en sådan livsomställning är väldigt individuellt. Att lära sig leva med ett dolt handikapp som hörselnedsättning är för de flesta inte lätt och kan leda till att man försöker dölja sin hörselskada, t.ex. genom att undvika användning av hörapparat. Hörapparaten synliggör hörselskadan och man kanske anser att den ger en avvikande självbild. Det kan i längden bli ett stressmoment om man försöker hålla sin hörselskada hemlig. (Gullacksen 2002:32)

Gullaxen beskriver förloppet erkänn-identifiera-hantera som är en slags anpassningsprocess vid hörselnedsättning. Många kan ha svårt att erkänna för sig själva och andra att de har en hörselnedsättning och erkännandet kan bli en långdragen process. Genom att erkänna sitt handikapp är det lättare att åtgärda och förbättra förutsättningarna. Först när man kommit så långt kan man lättare ta emot hjälpmedel och rehabilitering som erbjuds. Problemen kan då identifieras och man kan lära sig att hantera dessa. (Gullacksen 2002:16)

Enligt en amerikansk studie som gjorts bland äldre har man funnit att de hörselskadade som inte åtgärdar sina problem lider större risk för social isolering och depression. Orsaken till varför personer inte söker hjälp för sitt handikapp är att de anser att hörseln inte är tillräckligt dålig, hörapparat ger en känsla av ålderdom och skam. De som använde hörhjälpmedel upplevde positiva förbättringar i sina relationer hemma och på jobbet, den mentala hälsan, självförtroendet och livet i allmänhet. (Decrease in social activity noted, 1999)

Det här kapitlet har tagit upp olika problem som hörselskadade ställs inför och som kan leda till social isolering. I nästa kapitel behandlas isoleringsaspekten utgående från psykisk ohälsa.

3 OM PSYKISK OHÄLSA OCH ISOLERING

Psykisk ohälsa är ett komplicerat område som omfattar en mängd olika tillstånd med olika diagnoser. Diagnostisering är ett omdiskuterat ämne inom psykiatrin. Att ge en klar diagnos är nästan omöjligt eftersom olika diagnoser vanligen överlappar varandra, sjukdomar kan helt byta namn och nya beteckningar dyker upp. En term använd för tio år sedan kan idag helt ha tagits ur bruk. Grundtanken med en diagnos är god, det vill säga med hjälp av diagnos kan man ge brukaren rätt behandling. Man vet dock idag att det inte finns garantier för rätt behandling. Vissa psykiska tillstånd kan rent av läka av sig själva, medan andra förvärras utan behandling. Hur diagnosen ställs beror bara delvis på symtomen som patienten uppvisar. Om diagnosen kunde fungera som vägledning till rätt vård vore nyttan uppenbar, men sambandet existerar inte och behandlingar har olika framgång hos olika brukare. Vad man däremot vet är att man enbart med hjälp av medicinering inte kan röja undan psykiska funktionshinder. Samtalsterapi och liknande stöd är alltid nödvändigt. (Moberg 2005:104ff)

Vid akut psykisk ohälsa finns det vanligen två dominerande känslor: 1) fruktan eller ångest, 2) nedstämdhet, förtvivlan eller depressivitet. Dessa känslor ses som en psykisk smärtmarginal. Bedömningen av symtom är ett tolkningsarbete mellan de individuella, känslomässiga, sociala och kulturella egenskaperna. Också det fysiska hälsotillståndet bör beaktas. (Cullberg 2000:24f)

Det har på en ganska kort tid skett stora förändringar inom den mentala vården. Tidigare var det vanligt att man skickade personer med psykiska symtom till vårdhem eller sjukhem. Idag urskiljer man tre olika grupper bland personer med psykisk ohälsa:

1. En mindre grupp som behöver kvalificerad vård på sjukhus.
2. En större grupp med betydande psykiska funktionshinder som oftast får stöd från den öppna vården. Med rätt socialt och psykologiskt stöd kan man bo i grupp- eller egen bostad.

3. Den största gruppen är personer med kvarstående psykiska funktionshinder. De behöver sällan läkarhjälp, men sociala insatser av varierande grad. (Grunewald 2000:9)

Man strävar alltså numera till att undvika en utdragen anstaltsvård och försöker istället integrera personer med psykisk ohälsa i samhället. Även om den här utvecklingen är positiv kvarstår vissa psykosociala problem. Vid psykiska funktionshinder påverkas kontakten till andra människor, och väldigt ofta försvagas det sociala nätverket. Enligt studier löper man mindre risk att drabbas av psykisk ohälsa eller återhämtar sig snabbare om man har utvecklat ett rikt socialt nätverk. Speciellt om man inte arbetar eller är sysslöslös om dagarna händer det lätt att man drar sig undan eller isolerar sig helt från omvärlden. (Sandlund i Grunewald 2000:38)

En av psykiatriens och handikappomsorgens viktigaste uppgifter är att hjälpa personer med psykiska funktionshinder att få tillbaka sin sociala identitet. Ifall man bott på sjukhus eller vårdhem under en längre tid är det svårt att stiga ur sjukrollen och återfå den sociala rollen. Det är mycket vanligt att personer i en dylik situation blir passiva och isolerar sig. (Grunewald 2000:24) Personer med psykisk ohälsa kan behöva en närståendes eller samhällets hjälp. Det är därför ytterst viktigt befrämja den sociala samvaron hos personer med psykisk ohälsa. Genom aktiviteter, t.ex. träffar, föreningsliv, arbetsträning kan ett socialt kontaktnätverk skapas och upprätthållas. Kontakten till andra människor behövs för att bibehålla lugn och trygghet i tillvaron. Genom att stärka de goda relationerna stärks samtidigt självkänslan (Brusén i Grunewald 2000:142).

Ett annat problem som kopplas till psykisk ohälsa är att många fall förblir obemärkta, då varken brukaren eller den anhörige uppsöker vård eller hjälp. Detta är i synnerhet vanligt vid depressioner, eftersom de kommer smygande och gradvis förändrar personens tillstånd. Det är betydligt lättare att upptäcka skillnader vid akut psykotiskt tillstånd. (Moberg 2005:109)

3.1 Om depressioner

Det är stor skillnad mellan vad man vardagligt kallar "att vara deppig" eller det man inom det psykiatriska kallar egentlig depression. Folk kan känna sig deprimerade, men har man en depression talar man om en sjukdom med många olika symtom (Agerberg 1998:46). Gränsen mellan sorg, nedstämdhet och depression är flytande. Det är naturligt att vara nedstämd i perioder, men att vara ledsen för tillfället är inte detsamma som att ha en depression. Vad som är kännetecknande för en depression är att stämningsläget är lågt under en längre tid (minimum två veckor) och påverkar hela välbefinnandet. (Piuva et al, 2000:44) Depressioner orsakar svårigheter både privat och i arbetet. Såväl brukare som anhöriga upplever lidande och dessutom minskar arbetsförmågan. (Herva 2002)

Depression är en av de vanligaste formerna av psykisk ohälsa och räknas idag som en folksjukdom. Ungefär 15-20 procent av befolkningen upplever någon gång i livet en depression. Även en stor del äldre personer uppvisar depressiva symtom. ("Depression och vinterdepression" 2005) Tidigt upptäckande och behandling är viktigt vid depressioner. Ändå förblev enligt en artikel i Lääkärilehti från 2002 över hälften av alla depressionsfall i Finland oupptäckta och obehandlade. (Herva 2002)

Depressioner kan utlösas av yttre faktorer, som svåra livssituationer eller händelser, hälsoproblem, årstidväxlingar, alkohol eller drogmissbruk ("Depression och vinterdepression" 2005). Dessa så kallade yttre utlösta depressioner som är knutna till krisreaktioner eller andra psykologiska faktorer benämns dystymi. Även inre faktorer kan utlösa depressioner. (Gerle i Grunewald 2000:50)

Enligt Cullberg (1999:42) finns det tre vanliga faktorer som kan utlösa en traumatisk kris eller upplevelse: Förlust, kränkning eller katastrof. Den här undersökningen kommer enbart att belysa förlustaspekten. Cullberg beskriver förlust som något konkret eller abstrakt i yttrevärlden laddat med psykiskt engagemang och förknippat med något värdefullt för människan. Det kan handla om förlust av en närstående, en kroppsdel eller hälsa. Den subjektiva upplevelsen av en förlust har litet samband med värdet av det förlorade som kan åsättas av andra. Även hot om förlust kan orsaka traumatisk kris.

Depressioner förekommer mer hos kvinnor än hos män. En betydande avvikelse mellan könen är att kvinnor har tendens att oroa sig mera för sina barn . En annan förklaring är att kvinnor har lättare att erkänna att de inte mår bra och att de söker hjälp. Män har däremot ofta en föreställning om det är omanligt att beklaga sig i onödan utan man bör klara sig på egen hand. Konsekvenserna är att männen ofta hinner bli sämre innan de söker hjälp och självmord är vanligare (Moberg 2005:118)

En depression kan ge sig i uttryck på många olika sätt. Känslor av håglöshet, ångest, skuld känslor och låg självkänsla är vanliga. Dålig aptit och sömnbesvär kan även drabba den som är deprimerad. Hos äldre människor gömmer sig ofta depressionen bakom kroppsliga krämpor. I värsta fall försvinner livslusten till den grad att man begrundar att begå självmord. (Bejerot 1998:81) Den vanligaste orsaken till självmord är depression (Agerberg 1998:93).

3.2 Symtom på depression

Det kan vara svårt att dra gränsen mellan frisk och sjuk. Det amerikanska psykiaterförbundet har därför tagit fram en sammanställning av beteenden och symtom vid depression. Denna modell, ³DSM-IV, är en lista innehållande nio olika symtom. För att få diagnosen depression bör minst fem av dessa förekomma under en och samma tvåveckorsperiod. (Agerberg 1998:47ff) Orsaken till att man inom vård och forskning använder sig av detta kriteriesystem är att man vill kunna tala samma språk när man beskriver ett tillstånd av psykisk ohälsa. Även om varje fall av depression är unikt i form av upplevelsen kan man lista några symtom som ofta är förekommande. (Föreningen Balans 2001:23f)

³ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fjärde upplagan

Symtomen inverkar på följande:

1. Humör. Personens humör domineras av nedstämdhet
2. Intressen. Intresset för aktiviteter minskar avsevärt och man finner ingen glädje i att göra saker man brukar tycka om.
3. Aptit och vikt. Aptiten ökar eller minskar vilket leder till en märkbar ökning eller minskning i vikt.
4. Sömn. Personen sover för mycket eller sover knappt alls.
5. Motorisk aktivitet. Personen är mycket rastlös eller sköter de vardagliga sysslorna väldigt trögt och långsamt.
6. Trötthet. Orken och energin avtar
7. Självbild. Skuld känslor som är obefogade förekommer eller känsla av att vara värdelös.
8. Koncentration. Personen har svårigheter med koncentrationen och tänkandet och oförmåga att ta beslut
9. Död. Tankar om död och självmord förekommer och kan resultera i försök att ta sitt liv. (Major Depressive Episode 2003)

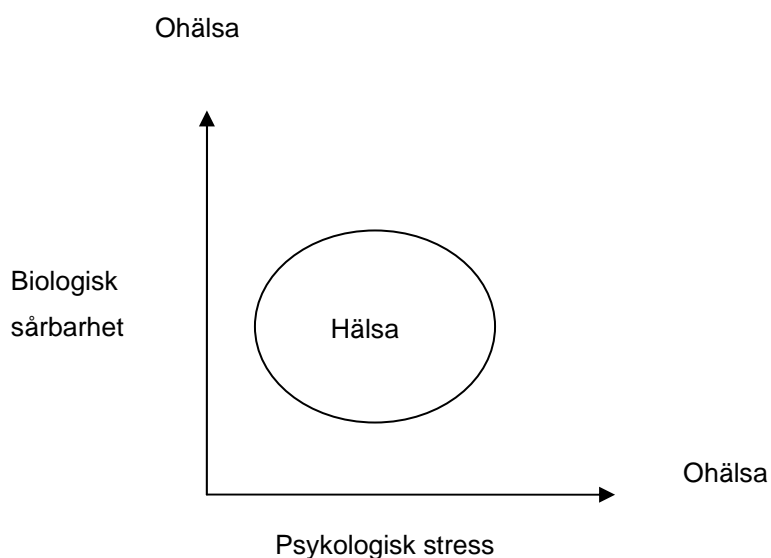
Kritiken som kan riktas mot modellen DSM-IV är att den endast kan mäta symtom i mån om hur ofta och hur länge. Den förklarar inte varför symtomen finns. (Moberg 2005:106)

3.3 Stress- sårbarhetsmodellen och depression

Stress- sårbarhetsmodellen är en av många modeller som numera används av forskare för att förklara depressioner eller psykisk ohälsa (se figur 3). Både arv och miljö har betydelse för uppkomsten av depression. Den biologiska sårbarheten anses vara medfödd, medan stress finns i vår omgivning. Vissa människor har en medfödd känslighet som gör att de lättare blir deprimerade. Men vilken miljö man har växt upp i och lever i har också betydelse. Barlow skiljer mellan ärftlig (biologisk) och inlärd (psykologisk) sårbarhet. Kroppens biologiska system gör att man är extra känslig för oro och stress. Den psykologiska sårbarheten är inlärd och grundar sig på tidigare livserfarenheter. (Careit 2007)

Depressionen ses som ett samspel mellan biologisk sårbarhet och påfrestningar i livet. Det är en glidande skala där sårbarheten dominerar i ena ändan och stressen i den andra. En uppskakande eller påfrestande händelse kan ha olika inverkan på olika människor. För en del kan risken att utveckla en depression öka. (Agerberg 1998:166) En trygg och stabil livssituation kan trots en medfödd sårbarhet göra att man inte drabbas av depression. Har man en svår livssituation kan det också försena tillfrisknandet och även göra att man lättare blir sjuk igen. (Wasserman & Wålinder 2006)

Carlsson et al (2000:25f) menar att detta styrs av människors förmåga till självreglering, det vill säga förmåga att återfå balansen efter att man utsatts för påfrestningar av olika slag. Separation i ett tidigt stadium av barndomen kan inverka negativt på den mentala hälsan. Barn som skiljs från sina föräldrar kan utveckla större sårbarhet, medan god omvårdnad ger ett starkare psyke. (Moberg 2005:123) Enligt Cullberg (1999:313) är en av de vanligaste sårbarhetsfaktorerna brist på ett nära och förtroligt förhållande till partner eller vän. Ytterligare kan tidigare personliga erfarenheter av sjukdom och skador, sjukdom eller dödsfall i familjen, eller överbeskyddande föräldrar ha inverkan på sårbarheten (Careit 2007).



Figur 3: Stress- sårbarhetsmodell (Zubin & Spring, 1977)

En uttalad sårbarhet kan medföra en ökad sjukdomsrisk. Olika påfrestningar kan förorsaka stress hos individen och få negativa följder. Påfrestningarna kan vara kroppsliga, t.ex. man drabbas av sjukdom; psykologiska, t.ex. man blir övergiven eller sociala, t.ex. man blir arbetslös. Den bestående känsligheten kan öka.

Personlighetsdragen förändras, man känner sig utanför och drar sig tillbaka. Ångest, oro och depression leder till isolering och den sociala rörligheten avstannar. På detta sätt uppstår vanligen ett psykiskt funktionshinder eller handikapp. Vid behandling av psykisk ohälsa är det därför nödvändigt att ta det kroppsliga, psykologiska och det sociala tillståndet i beaktande. (Gerle i Grunewald 2000:47)

Kapitlet har behandlat psykisk ohälsa ur ett psykosocialt perspektiv. I nästa kapitel presenteras grunden till psykosomatik samt sambandet mellan hörselskada (tinnitus) och psykisk ohälsa.

4 PSYKOSOMATIK - SAMBANDET MELLAN PSYKISKA OCH FYSISKA SYMTOM

Ur somato-psykiskt synsätt hålls kroppsliga och psykiska fenomen isär. Somatiska sjukdomar uttrycker sig i kroppsliga symtom medan psykiska kännetecknas av själsliga symtom. Numera har man börjat ifrågasätta isärhållandet av det kroppsliga och det psykiska och istället ta fram sambandet mellan dessa. Man har upptäckt att kroppsliga sjukdomar kan ge upphov till psykiska symtom och vice versa. (Lundin 2001:9-10)

En psykosomatisk reaktion är ett kroppsligt reaktionssätt. Ett organ som normalt inte kan påverkas med medveten vilja undergår en tillfällig fysiologisk förändring i samband med en sinneseerelse eller påfrestande upplevelse. Ett exempel är att man svettas eller får hjärtklappning vid känsla av nervositet. Det handlar inte enbart om funktionsändringar utan även skador på organ som medför psykosomatiska reaktioner. Med dessa reaktioner avses den sorg, ångest och vrede som regelbundet följer med fysiska sjukdomar, funktionsnedsättningar, medicinska ingrepp och dylikt. Till exempel kan nedsatt hörsel eller tinnitus röra upp känslor av ångest hos individen. Reaktionsbenägenheten är individuell, vissa reagerar starkare än andra. (Cullberg 1999:161ff)

Depressioner förekommer oftare bland personer med fysisk sjukdom än bland friska. Fysiskt funktionshindrade och handikappade har på grund av sina förluster och den osäkra framtiden en reell och stark grund för depression och ångest. (Carlsson 2000:50) Således torde psykisk ohälsa vara vanligare bland hörselskadade än bland personer med normal hörsel.

I takt med att människan åldras ökar sårbarheten i form av kroppsliga sjukdomar samt psykiska omställningar till själva åldringsprocessen. Lindrigare psykisk ohälsa kan snabbt bidra till funktionsnedsättning i kombination med kroppslig skörhet, demenssjukdomar eller social understimulering. (Piuva, Grönquist & Söderlund 2000:10)

Enligt Socialstyrelsen i Sverige (Gerle i Grunewald 2000:128) har somatiska sjukdomar en självklar inverkan på psykisk ohälsa, men de kan förbli oupptäckta av primärvården. Fysiska krämpor (t.ex. öroninflammation) kan bli obehandlade eftersom de hänförs till den psykiatriska diagnosen som ofta är den dominerande.

Vid psykosomatiska sjukdomstillstånd med organskada måste man i behandlingen ta stor hänsyn till den underliggande psykologiska problematiken. Faktorer såsom förlust, separation och yttre påfrestningar bör beaktas. Vanligen söker personer primärt hjälp via kroppssjukvården. Undersökningar visar att var femte person inom primärvården söker hjälp för psykiska besvär, men de är ibland maskerade av kroppsliga symtom. (Cullberg 2000:168;435) Många, även läkare, ställer sig än idag frågande till hur man skall diagnostisera en psykosomatisk sjukdom. Det är inte riktigt klart hur ett psykiskt tillstånd kan återspegla sig i kroppen. (Malmström 2003)

Tillstånd kan övergå i varandra och visa släktskap, medan andra symtom inte hänger ihop. Vissa symtom kan direkt kopplas till kroppslig sjukdom (Cullberg 2000:24) Stress är en faktor som ingår i de flesta fall av psykisk ohälsa och som kan leda till psykofysiologiska obalanser som alltid ger upphov till somatiska symtom. (Malmström 2003)

Meningen med det här arbetet är inte att gå mer in på djupet i psykosomatik utan att visa hur psykisk och fysisk ohälsa kan samverka eller förlösa varandra. Projektet involverar två olika typer av funktionshinder, nämligen hörselskada och psykisk ohälsa. Dessa skall inte nödvändigtvis hållas isär eftersom de kan sammanfalla eller utlösa varandra.

4.1 Hörselskada och psykisk ohälsa

En av målsättningarna för Anti Depp är att undersöka i vilken omfattning sambandet mellan hörselskador och psykisk ohälsa förekommer. En viktig del i projektet är således att få kunskap om huruvida hörselskada kan leda till psykisk ohälsa och tvärtom. Vad som redan är känt från tidigare kapitel är att en hörselskada kan resultera i isolering och depression. Enligt tidigare forskning är tinnitus den vanligaste

typen av hörselskada som kan utlösas av psykisk ohälsa. Man bör ändå inte utesluta att övriga typer av hörselskada kan förorsakas av psykisk ohälsa.

4.2 Kopplingen tinnitus - psykisk ohälsa

Tinnitus är en hörselskada som blivit allt vanligare i dagens samhälle. Ca 15 procent av befolkningen har tinnitus och ser det ofta eller alltid som ett problem, hos två procent av dessa orsakar tinnitus mycket lidande (Holgers 2003:3744). Tinnitus kan uppkomma av flera olika orsaker, vanligen förknippar man den med bullerskador eller nedsatt hörsel. Personer i psykisk obalans på grund av stress kan också drabbas av tinnitus. Det kan utlösas av livskriser, psykosociala problem, förlust och dylikt. Ångest och depressioner kan även vara orsaken till tinnitus. (Langius-Eklöf, Hedberg & Åhnblad 2001:93)

Kopplingen mellan hörselskada och psykisk ohälsa går alltså åt båda hållen. Det är kanske mera uppenbart att en hörselskada kan resultera i att man börjar må psykiskt dåligt. Å andra sidan har psykologisk forskning hittat allt fler fall där tillstånd av psykisk ohälsa gett upphov till hörselskada, i främsta hand tinnitus. Bland annat en studie gjord vid Sahlgrenska sjukhuset i Göteborg visar att det finns ett klart mönster mellan dessa två. Det är vanligt att tinnitus har koppling till andra fysiska eller psykiska skador. I psykometriska utvärderingar har man funnit starkare koppling till psykiska faktorer än till hörsel funktionen (Holgers 2003:3745). I den svenska studien fann man att 75 procent av de personer som sökt vård för tinnitus vid hörselkliniker lider av nedstämdhet, ångest eller depression. De flesta av dem har mått psykiskt dåligt redan innan de märkt av tinnitus, hela sju procent fick tinnitus först. Sambandet beror på låga nivåer av serotonin. Bristen på detta välmående hormon påverkar hjärnans förmåga att ta emot ljudintryck. En annan förklaring är att det råder kemisk överbelastning i delar av hjärnan, vilket inverkar på hörselbanorna. ("När tystnaden väsnas" 2005)

I forskning kring kronisk tinnitus har man funnit nära samband med depression och nedstämdhet. Man tror att tinnitus kan bli kroniskt hos en del personer som tidigare i livet upplevt depressioner eller att tinnitusljudet i sig utvecklar depression. Ju längre

man haft besvär desto större är sannolikheten att man även känner sig deprimerad. (Carlsson et al 2000:114)

Det finns skillnader i hur man upplever tinnitus och vad som är den primära orsaken till sökandet av hjälp. Vid tinnitus behöver inte den fysiska aspekten vara avgörande utan det psykiska lidandet uppfattas vanligen som ett större problem. Personer kan drivas att söka hjälp på grund av oro över att inte kunna leva ett "normalt" liv eller att ljudet ska bli så outhärdligt att man får ett mentalt sammanbrott. Tinnitus är ett intrång i den personliga integriteten i form av ett oönskat ljud. Upplevelsen för den hörselskadade kan vara svår att dela med en icke-drabbad och sekundärt påverkar tinnitus förhållandet till andra människor. Man präglas av känslan att inte bli förstådd, ensamhet om sitt problem och rädslan att misslyckas socialt. Även om själva tinnitus är orsaken till uppsökandet av hjälp, bör de psykosociala och psykologiska aspekterna uppmärksammas. (Carlsson et al 2000:110ff)

Trots att depression och ångest är vanligt bland tinnituspatienter förblir de ofta odiagnostiserade. Det är mycket allvarligt att denna komorbiditet⁴ inte upptäcks eller får tillräckligt med uppmärksamhet inom vården. Det är viktigt att kunna skilja på varför tinnitus har uppstått och varför det har blivit ett svårt lidande för att kunna ge en effektiv behandling. Personer med ångest- eller depressionrelaterad tinnitus bör få vård i ett tidigt skede, redan på primärvårdsnivå. Beroende på symtom finns antidepressiv medicinering, psykoterapi eller kognitiv beteendeterapi som behandlingsmetoder. (Holgers 2003:3744ff)

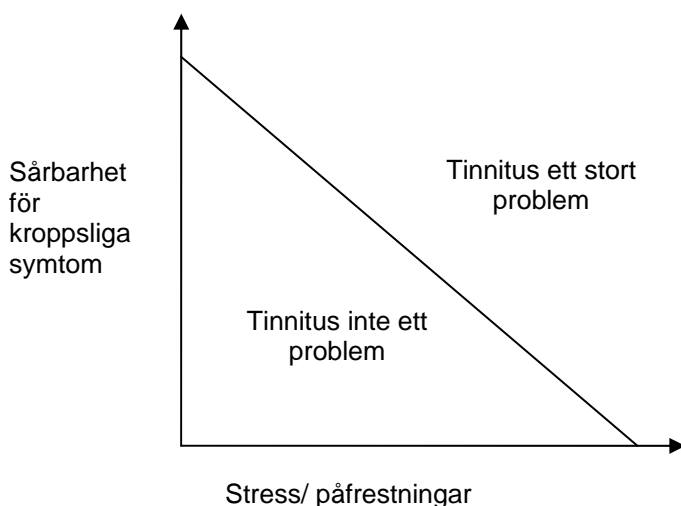
4.3 Stress- sårbarhetsmodellen och tinnitus

Enligt Holgers (2005) har människan en unik förmåga att klara av nya utmanande situationer. Stress är en naturlig reaktion som inverkar på anpassningsförmågan. Från ett biologiskt eller medicinskt perspektiv kan stress ses som ett tillstånd som hotar de inbyggda biologiska mekanismerna som strävar efter balans mellan aktivitet och vila. Trötthet, sömnsvårigheter, oro och ångest är de symtom på psykisk ohälsa

⁴ Samtidig förekomst av två eller flera symtom.

som är tecken på att man är utsatt för stress. Symtomen beror på brist på återhämtning och rekreation, vilka är viktiga faktorer för den allmänna hälsan. En person med tinnitus utsätts lätt för stress vilket i sin tur kan förstärka tinnitus. Den här typen av stress kan utveckla depression.

Andersson (2000:34) lyfter fram sambandet mellan stress, sårbarhet och känslighet för kroppsliga symtom (tinnitus). Sårbarhet och stress samverkar för att problem ska utvecklas. (Se figur 3). En person som är mer "sårbar" utvecklar med större sannolikhet problem (tinnitus) när han/hon utsätts för stress. Figuren visar att stress är det som upplevs som hot vad gäller det psykiska och fysiska välmåendet. Tinnitus uppfattas som värre om den drabbade befinner sig i ett sårbart tillstånd.



Figur 4: Stress- sårbarhetsmodellen applicerad på tinnitus (Andersson 2000:34)

Holgers menar att ångest och depression kan bero på en medfödd sårbarhet för stress hos individen. Man kan även utveckla en sårbarhet för stress genom olika upplevelser i livet. Systemet som reglerar stämningsläge, koncentrationsförmåga och sömn påverkas vid ångest och depression. Detta system påverkar hörselupplevelser. (Holgers 2005)

I det här kapitlet förklarades psykosomatik, d.v.s. att det fysiska och psykiska hör ihop. Utgående från detta kan hörselskador och psykisk ohälsa sammankopplas.

5 AVSLUTNING

Hittills har framlagts teorier om psykosomatiska samband, olika hörselskador och psykisk ohälsa med fokus på isolering samt deras sammankoppling. För att knyta ihop den teoretiska delen kommer en sammanfattning i form av en lista bestående av de gemensamma faktorerna för psykisk ohälsa och hörselskador att presenteras. Därefter dras slutsatserna som resulterar från den här litteratursammanställningen.

5.1 Sammanfattning

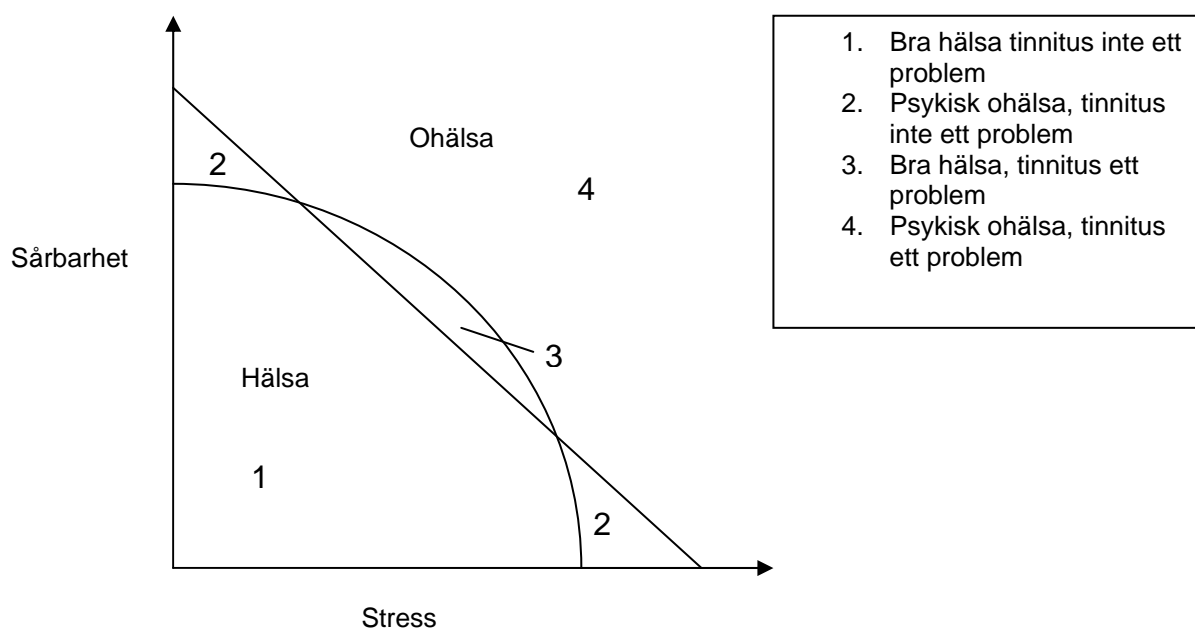
Utgående från teoristudien kan man sammanfatta de gemensamma faktorerna för hörselskada och psykisk ohälsa enligt följande (se figur 5). De första tre i listan kan benämnas som allmängiltiga faktorer, det vill säga de existerar oberoende av den individuella upplevelsen. Övriga är individspecifika och kan således variera och upplevas olika från person till person:

- Folkhälsoproblem
- Dolda handikapp
- Sociala handikapp
- Svårt att upptäcka förändringar direkt på grund av att symtomen kommer smygande
- Förlust
- Painsamheter, skuld och skam
- Erkännande > söka hjälp, hög tröskel
- Bemästrande
- Osäkerhet inför framtid
- Stressrelaterade
- Depression/ångest
- Hot mot integriteten
- Missförstånd >undvikande av sociala sammanhang >isolering
- Påverkar självbilden – identitetskris
- Påverkar relationer med nära och familj
- Andras bemötande och attityder
- Andras omtanke

Figur 5: Gemensamma faktorer för hörselskada och psykisk ohälsa

5.2 Slutsatser

Modellen för stress och sårbarhet kan tillämpas inom olika områden. I det här arbetet har modellen använts för att förklara hur stress och sårbarhet samverkar vid depression (figur 3) och vid tinnitus (figur 4). Eftersom tinnitus och psykisk ohälsa kan sammankopplas har en ny modell framtagits för det här projektet (se figur 6).

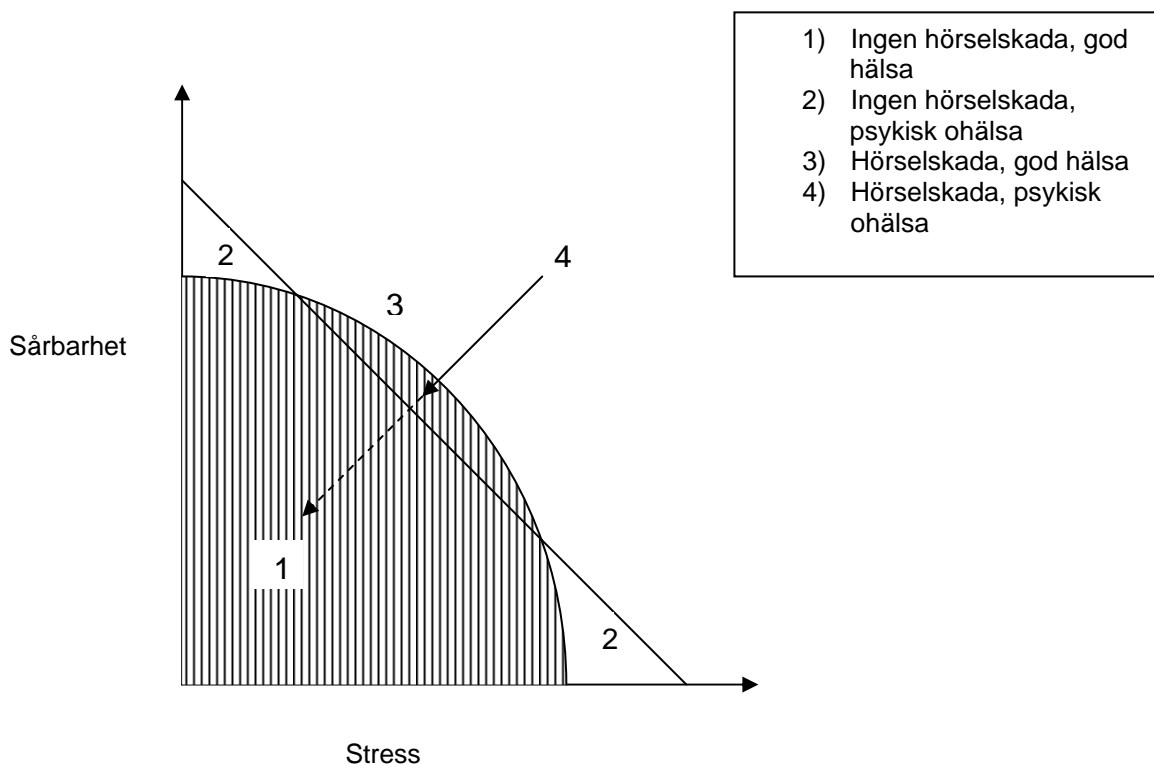


Figur 6: Stress- sårbarhetsmodell för tinnitus och psykisk ohälsa

Figur 6 är en kombination av figur 3 och 4. Den nya modellen inbegriper enbart personer med tinnitus. Diagonalen står för en toleranströskel, nedanför diagonalen utgör tinnitus inte ett problem och ovanför upplevs tinnitus som ett problem. Då sårbarhets- och stressnivån är låg utgör tinnitus inget problem och den psykiska hälsan är god. När sårbarheten är hög och stressen ökar blir tinnitus ett problem, vilket i sin tur har negativ inverkan på den psykiska hälsan.

5.3 Anti Depps stress- sårbarhetsmodell

Vid bearbetningen av denna litteratursammanställning har projektet även utvecklat en egen modell som kommer att tillämpas. Arbetsprocessen har resulterat i en stress- sårbarhetsmodell med fokus på hörselskada och psykisk ohälsa (se figur 7). Sårbarheten kan vara både medfödd (biologisk) och inlärd (psykologisk). Diagonalen markerar förekomsten av hörselskada, ovanför diagonalen har personer hörselskada och nedanför har personer ingen hörselskada. Det streckade området i figuren innehåller personer med god psykisk hälsa, medan personer med psykisk ohälsa finns utanför det streckade området. Följaktligen kan man ur modellen urskilja fyra olika kategorier: 1) personer utan hörselskada med god hälsa, 2) personer utan hörselskada med psykisk ohälsa, 3) hörselskadade personer med god hälsa och 4) hörselskadade personer med psykisk ohälsa.



Figur 7: Anti Depps stress- sårbarhetsmodell

Målet med projektet Anti Depp är att nå personer med hörselskada och psykisk ohälsa i kategori 4) och sträva till att de skall hamna inom kategori 3. I de fall där hörselskadan kan elimineras genom behandling kan även kategori 1) vara möjlig att eftersträva. Det förebyggande arbetet utgör även en viktig del i projektet. Detta innebär att projektet arbetar för att personer med psykisk ohälsa utan hörselskada 2) samt personer med god hälsa och hörselskada 3) inte skall hamna i kategori 4. Genom att kunna få rätt hjälp i rätt tid på modersmålet skall man kunna minimera de negativa effekterna förknippade med psykiska och hörselrelaterade funktionshinder och befrämja det psykiska välmåendet bland brukare.

5.4 Slutord

Anti Depp är ett projekt som strävar efter att förebygga social isolering bland personer med hörselskada, psykisk ohälsa eller personer med bådadera. Ett samarbete mellan den tredje sektorn och den offentliga sektorn skall resultera i en modell för hur det förebyggande arbetet skall genomföras. Ett första steg i detta samarbete är att personer från respektive sektor får ta del av varandras erfarenheter och kunskaper angående problematiken kring hörselskador och psykisk ohälsa. Dessutom är det viktigt att utreda hur dessa kan kopplas till varandra. Samarbetet skall på lång sikt gynna alla involverade parter; de ideella organisationerna, personalen inom hälso-, hörsel- och mentalvårdssektorn samt brukarna.

Många anser att hälsa och funktionsförmåga är de mest väsentliga förutsättningarna för välmående. Handikapp och allvarigare kroniska sjukdomar kan medföra traumatiska förändringar som påverkar våra fysiska funktioner, livsplaner, sociala roller och gör vår framtid osäker. Detta drabbar både den enskilda och dennes närmaste omgivning. Trots att situationen kan verka dyster har studier visat att skillnaderna i den självupplevda livskvaliteten mellan friska och personer med olika förluster är ganska små. (Carlsson, Hjelmqvist & Lundberg 2000:46)

Ändå finns det mycket som kan göras för att öka välmåendet bland personer med hörselrelaterade och psykiska funktionshinder. Att kämpa i sin ensamhet löser sällan

några problem. Här har föreningarna en mycket viktig funktion. Tack vare föreningsaktivitet hittar många med funktionshinder tillbaka till det sociala livet. Genom att träffa människor i samma situation minskar utanförskapet och man känner åter tillhörighet till en grupp. Även inom andra områden kan man åtgärda social isolering, bland annat genom befrämjande av boende, arbetssituation, fritidsverksamhet, kulturella och sociala aktiviteter och utbildning av vårdpersonal. Personer med funktionshinder och handikapp kan gynnas av att allmänheten får ökad kunskap om olika funktionshinder.

KÄLLOR

- Agerberg Miki (1998). *Ut ur mörkret. En bok om depressioner*. Nordstedts förlag. Stockholm.
- Andersson Gerhard (2000). *Tinnitus. Orsaker, teorier och behandlingsmöjligheter*. Studentlitteratur. Lund
- Bejerot Susanne, 1998. *Vem var det du sa var normal? Psykiatri och rim*. Cura AB, Stockholm.
- Blixt Gösta (1990). *Förlåt jag hörde inte. Samtal kring äldres hörselproblem*. LT:s förlag. Stockholm.
- Carlsson Sven, Hjelmqvist Erland & Lundberg Ingvar (2000). *Delaktig eller utanför. Psykologiska perspektiv på hälsa och handikapp*. Boréa. Umeå.
- Cullberg Johan (1999). *Dynamisk psykiatri. I teori och praktik*. Femte upplagan. Natur och Kultur. Stockholm.
- Danermark Berth (2005). *Att (åter)erövra samtalet. En bok om hörselskada och kommunikation*. Läromedia. Örebro.
- Föreningen Balans (2001). *Balansgång. Om depressioner och manier*. APEC tryck & förlag. Spånga.
- Grunewald Karl (2000). *Psykiska handikapp. Möjligheter och rättigheter*. Andra upplagan. Liber Ab. Stockholm.
- Gullacksen Ann-Christine, 2002. *När hörseln sviktar. Om livsomställning och rehabilitering*. Infografen, Malmö.
- Langius-Eklöf Ann, Hedberg Eva & Åhnblad Peter, 2001. *Vård vid öron-, näs- och halssjukdomar*. Studentlitteratur. Lund.
- Lidén Gunnar (1975). *Audiologi*. AWE/GEBERS. Stockholm.
- Lundin Anders 2001. *Med ett lite hål för själen – psykisk ohälsa vid kroppslig sjukdom och skada*. Natur och Kultur. Stockholm .
- Moberg Åsa (2005). *Vara anhörig. Bok för anhöriga till psykiskt sjuka*. Bokförlaget DN. Stockholm.
- Piiva Katarina, Grönquist Gunilla & Söderlund Pia 2000. *Värdig vård av äldre med psykisk ohälsa*. Förlagshuset Gothia AB, Stockholm.
- Rosenhall Ulf, 2000. *Den lilla boken om hörsel*. Erik Sparre Medical AB. Stockholm
- Topor Alain, 2004. *Vad hjälper? Vägar till återhämtning från svåra psykiska problem*. Natur och kultur, Stockholm.

Widding Åkerman Gun (1992). *Instängd i tystnad*. Warne Förlag AB. Partille.

Tidningsartiklar

Ahlner Bo (2004) Hör du dåligt? *Svensk rehabilitering* 2000/4, s.45-47.

Decrease in social activity. Untreated hearing loss may lead to depression in seniors (1999). *The nation's health*.

Herva Anne (2002). Depression varhainen toteaminen ja hoito. *Suomen lääkärilehti* 45/2002 vsk 57.

Holgers Kajsa-Mia (2003). Tinnitusbehandling styrs av etiologin. *Läkartidningen*, nr 46, vol 100.

Smith Mae & Kampfe Charlene (1997). Interpersonal Relationship Implications of Hearing Loss in Persons Who are Older. *The Journal of Rehabilitation* . Vol. 63:2.

Internetkällor

Careit. Fakta om panik/ Barlows stress och sårbarhetsmodell. Tillgängligt på http://www.careit.com/content/pub/portal_privat/panik_modell_Barlow.asp. Hämtat 2 maj 2007.

"Depression och vinterdepression" (2005). Passagen. Netdoktor.se [www]. Tillgängligt på <<http://netdoktor.passagen.se/default.ns?IngltemID=3296>> . Hämtat 6 juli 2006.

Handikappkommittén (2004) "Levnadsvillkor för människor med funktionshinder". Tillgängligt på <www.vgregion.se/upload/Regionkanslierna/Handikappkommittén/låstLevnadsvillkor%2004-09-09.doc>. Hämtat september 2006.

Holgers Kajsa-Mia (2005). Tinnitus, buller och utmattning. Vad händer i kroppen när vi utsätts för buller. [www]. Tillgängligt på http://www.av.se/dokument/aktuellt/arbetsmiljoriksdagen/2005/kajsa_Mia.pdf. Hämtat 13.10.2006.

"Intervjuer med Centrumets forskare" (2005). Center for Hearing and Communication Research [www]. Tillgängligt på <www.ki.se/cfh/untitled/intervjuer_en.html> . Hämtat 28 juni 2006.

"Major Depressive Episode" (2003). PsychNet-UK [www]. Tillgängligt på http://www.psychnet-uk.com/dsm_iv/major_depression.htm. Hämtat 13 juli 2006.

Malmström Clas (2003). Stress i psykosomatik. Medical Link [www]. Tillgängligt på <http://www.medicalink.se/news/showNews.cfm?newsID=1877>. Hämtat 29 september 2006.

"När tystnaden väsnas" (2005). Ica kuriren [www]. Tillgängligt på <<http://www.icakuriren.se/ArticlePages/200510/28/20051028160457....>>. Hämtat 8 augusti 2006.

"Tinnitus" (2006). Karolinska Universitetssjukhuset [www]. Tillgängligt på <http://www.karolinska.se/templates/Page_36151.aspx>. Hämtat 22 augusti 2006.

Wasserman D & Wålinder J (2006). Depression/ Vad händer i kroppen?
Sjukvårdesrådgivningen
<http://www.sjukvardsradgivningen.se/artikel.asp?CategoryID=18478>
Hämtat 30 april 2007.

Zubin & Spring, (1977) Tillgängligt på <<http://kwb.ki.se/angest.pdf?node=82513>>. Hämtat 20 februari 2007.



Anti Depp
2006-2009

Ett projekt i samarbete med Svenska hörsel­förbundet rf
och Finlands Svenska Psykosociala Centralförbund rf

Svenska hörsel­förbundet/ Anti Depp
Kajsaniemigatan 4 A, 3 vån
00100 Helsingfors
Tel: 044-5333649

