

Psykiske lidelser hos personer med utviklingshemning

Egen undersøkelse

Undersøkelse av 40 klienter mellom 18 og 60 år ved en sentralinstitusjon foretatt i 1989/1990, viste:

- 1) Desto mer omfattende grad av utviklingshemning, desto høyere forekomst av psykopatologi, unntatt den gruppen med mest omfattende grad av utviklingshemning, som viste betydelig lavere forekomst av psykopatologi.
- 2) Personlig mistilpasning (selvskading, stereotypier, o.l.) er størst for den gruppen med mest omfattende utviklingshemning, og avtar med økende funksjonsnivå.
- 3) Sosial mistilpasning (vold, antisosial atferd, hyperaktivitet, o.l.) følger samme trend som for personlig mistilpasning med unntak av den gruppen med mest omfattende utviklingshemning. Denne gruppen skårer lavest.
- 4) Forklaringen på hvorfor gruppen med mest omfattende utviklingshemning skiller seg fra de andre gruppene er sannsynlig at denne gruppen har få både motoriske og verbale muligheter til å uttrykke sin mistilpasning, siden funksjonshemningen er så omfattende.

Forekomst

En rekke undersøkelser som er publisert internasjonalt viser at personer med utviklingshemning viser en betydelig høyere forekomst av psykiske lidelser (inkludert atferdsvansker) sammenlignet med befolkningen forøvrig. Dette omfatter alle psykiske lidelser som er kjent fra befolkningen ellers, med mulig unntak av rusrelaterte lidelser. Forekomsten av psykiske lidelser er undersøkt til ligge et sted mellom 35% og 70% av de undersøkte populasjonene. Den store variasjonen i tallene skyldes dels ulike måter å trekke utvalg på, og dels bruk av ulike kriterier.

Årsaksmodeller

Forholdet mellom psykiske lidelser og atferdsvansker er ikke nødvendigvis helt enkelt. Generelt kan en si at begrepet atferdsvansker er et videre begrep enn psyk-

iske lidelser. Årsakfordene til atferdsvansker kan noe forenklet sies å være 1) somatisk sykdom (ørebetennelse, magesmerter, osv, 2) hjerneorganiske/sentralnervøse dysfunksjoner (komplisert epilepsi, o.a.), 3) mistirvelse (misforståelser pga spørkvansker, neglisjering av mellommennekelige behov, osv), 4) psykiske lidelser (angst, depresjon, psykose, osv).

Spesielle utfordringer både diagnostisk og behandlingsmessig er knyttet til vedvarende atferdsvansker (selvskading og aggresjon).

Det er framsatt flere forklaringsmodeller for å forstå disse vanskene: Psykiatrisk, nevropsykiatrisk, nevrologisk, psykologisk stress, læring, utvikling. Hvilken modell som legges til grunn for forklaringene gir høyst ulik behandlingstilnærming.

Det er av avgjørende betydning for forståelsen av det aktuelle problem at psykiske vansker ikke reduseres til «bare» å være et atferdproblem. Det er av største betydning hvordan bistandsyttere og andre som omgir vedkommende personer, forstår vanskene og forholder seg til vanskene. Å forstå et problem som et atferdsproblem fører meget lett til at atferdsregulerende metoder settes i verk. Dette medfører at emosjonelle og eksistensielle vansker hos personer neglisjeres. Dersom en derimot forstår et problem som et emosjonelt

og/eller eksistensielt problem vil en forstå og forholde seg til personen på en helt annen måte.

Psykososial sårbarhet

For å forstå og forklare hvorfor personer med utviklingshemning viser en betydelig forhøyet forekomst av psykiske lidelser må flere forhold legges til grunn. En lang rekke psykososiale sårbarhetsfaktorer er sentralt i dette bildet: 1) Uforholdsmessig stor avstand mellom ønsket selvbilde og realistisk selvbilde, disponerer for angst og depresjon, 2) Forlenget avhengighet av andres hjelp og støtte fører til brudd med forventet rolleutførelse, og manglende selvstendighet som voksne personer, 3) Nedsatt kommunikativ og sosialkognitiv kompetanse medfører manglende oversikt og holdepunkter for rolleutførelse, og forvirring, 4) Institusjonsbakgrunn gir erfaring med manglende rolledifferensiering og «klientifiset» selvbilde, 5) Utilstrekkelige omsorgsmiljøer fører til manglende individualisering.

Patoplastikk

Patoplastikk henviser til personavhengige egenskaper som påvirker symptomutformingen. Generelt er det slik at jo større utviklingshemning, jo større effekt har patoplastiske faktorer, og vanskeligere er det å gjensjenne psykiske lidelser. Fire sentrale patoplastiske faktorer er: 1) Intellektuell forvregning, som fører til store vanskeligheter for personen å identifisere og beskrive egne følelser og vansker. 2) Psykososial maskering eller begrensninger i sosiale ferdigheter gir også begrensninger i symptombildet. 3) Kognitiv disintegrasjon viser til at stressindusert forstyrrelse kan mistolkes som psykose, og 4) Baseline overdrivelser viser til vansker med å knytte endret symptomtilbilde til en psykiske lidelse når vedkommende har kognitive og psykososiale vansker på forhånd.

Konsekvenser av dette er at den tradisjonelle måten å undersøke og diagnostisere psykiske lidelser på fungerer ikke tilfredsstillende overfor personer med utviklingshemning. Klinikerne må i større grad foreta observasjoner og innhente opp-



Leif Hugo Stubrud er sjefpsykolog ved Habiliteringstjenesten i Østfold. Han sitter også som medlem i rådet for vurdering av praksis etter Stl kap 6A. Artikkelen er et sammendrag av foredrag holdt på SORs fagdager.

(Foto Tor Visnes).



Leif Hugo Stubrud. (Foto: Tor Visnes).

lysninger fra familie og bistandsyttere. Diagnosekriteriene må vurderes på bakgrunn av patoplastiske faktorer.

Utfordringer

I arbeidet med psykiske lidelser hos personer med utviklingshemning står vi overfor to «oversettelsesproblem».

«Oversettelsesproblem» I: Gjenkjenne symptombilder i forhold til diagnosekriterier.

«Oversettelsesproblem» II: Tilpasse behandlingsmetoder til personer med utviklingshemning.

Diagnostiske prinsipper

For å avhjelpe noen av vanskene med diagnostikken er det utformet noen prinsipper: 1) Personer med utviklingshemning kan inneha alle former for psykiske lidelser. 2) Psykiske lidelser framstår ofte som atferds-

avvik. 3) Psykiske lidelser har mange årsaker. 4) En akutt psykisk lidelse kan framstå som en økning (eventuelt reduksjon) i langvarig atferdsavvik. 5) Et atferdsavvik framstår sjelden alene. 6) Det er problemet form, og ikke problemets avorlighetsgrad som er diagnostisk relevant. 7) Kliniske intervjuer er sjelden tilstrekkelig i diagnostiseringen. 8) Det er vanskelig å diagnostisere psykiske lidelser hos personer med alvorlig og dyp grad av utviklingshemning.

Behandlingsmetoder

Kjente behandlingsmetoder brukes i behandlingsarbeid med personer med utviklingshemning er: 1) økologiske behandlingsformer, 2) psykofarmaka, 3) kognitiv psykoterapi, 4) støttende psykoterapi, 5) sosial ferdighetsopplæring, 6) direkte atferdsregulerende metoder, 7) andre terapi-

former (musikkterapi, kropporientert terapi, osv).

Økologisk behandling/tilretteleggesler bør alltid være den første behandlingsformen som iverksettes. Økologisk behandling innebærer en niddig gjennomgang og forbedring av forhold som 1) klientens muligheter til aktiv påvirkning av egen livsførsel, 2) grad av stabilitet i sosiale relasjoner (inkludert bistandsyttere) rundt den enkelte, 3) det finmaskede mønsteret av kommunikasjons- og samværsformer mellom klient og bistandsyttere, og 4) grad av individualisering av tjenestetilbudet.

Ved systematiske brudd på disse forholdene vil en med stor sannsynlighet få mistrivselsvansker i første rekke. Etter hvert vil en få psykiske lidelser som resultat. Økologisk tilnærming er både forebyggende tiltak, og en aktiv behandlingsform.