

Utredning og diagnostisering av med psykisk utviklingshemming

Karl Jacobsen NTNU, Bertil Bjerkan, Universitetet i Tromsø og Kari Tiller, Tiller DPS

Psykisk utviklingshemming ble opprinnelig diagnostisert kun på grunnlag av intellektuelle ferdigheter. Dette var også fokus for utredning og trening. Etter hvert ble det tydelig at mange mennesker med psykisk utviklingshemming hadde store helseproblemer og emosjonelle vansker. Det ble også fokusert mer på miljømessige tilrettelegginger og hvordan disse menneskene kunne bli forstått og kommunisert med. Å ta utgangspunkt i deres behov begynte gradvis å bli viktigere enn trening for tilpasning til samfunnet. På 90-tallet ble det vedtatt flere internasjonale konvensjoner som anbefalte at de fire områdene: Intellektuell fungering, emosjonell fungering, helse og miljø burde utredes før tilrettelegginger, behandling og opplæring av psykisk utviklingshemmede mennesker ble iverksatt. Dette var uttrykk for at fagmiljøene ville legge til rette for utvikling slik en gjør i vanlig utvikling, hvor barn og omsorgsgivere forstår hverandres ønsker, behov og korreksjonsbehov gjennom en gjensidig kommunikativ utbytting (transaksjon) over tid. Det er også denne gjensidige prosessen som er grunnlaget for differensiering av emosjoner og utvikling av emosjonsregulering.

I de senere årene har vi også fått mer diagnosespesifikk behandling av ulike psykiske vansker. Denne behandlingen er i en medisinsk modell hvor diagnostisering skjer på grunnlag av symptomer og behandlingsresultat måles i symptomlette. Dette har åpnet for at psykisk utviklingshemmede mennesker kan behandles spesifikt for affektive lidelser som bipolare lidelser og depresjon, belastningsrelaterte lidelser som angst og tilpasningsforstyrrelser, atferdsforstyrrelser og mer spesifikke lidelser som spiseforstyrrelser, søvnvansker og seksuelle dysfunksjoner. Dette er positivt fordi det kan hjelpe mange psykisk utviklingshemmede mennesker som strir med en psykisk vanske til å få et bedre liv, samtidig som det signaliserer at denne gruppen kan behandles gjennom samtaler, miljøterapi eller medikamentelt på samme

måte som hos resten av befolkningen.

For å diagnostisere flere tilstander hos samme person (komorbiditet) kreves det at de tilstandene en diagnostiserer skyldes uavhengige prosesser og ikke har samme underliggende årsak eller prosess. Det kan være svært vanskelig å vise at tilstedeværelse av symptomer som relateres til en psykisk lidelse hos en psykisk utviklingshemmet person ikke er en del av utviklingshemningen, men at symptombildet skyldes en selvstendig prosess. Dette skyldes at emosjonell umodenhet alltid er en følgetilstand til psykisk utviklingshemming. Den mangelfulle utviklingen av hjernen rammer nesten utelukkende korteks (hjernebarken) hvor kognitive funksjoner som oppmerksomhet, hukommelse, gjenkjenning, forståelse og læring er lokalisert. Det synes som det limbiske system (mellomhjernen) hvor emosjoner er lokaliserte, ikke er redusert. Utvikling av emosjonell modenhet er å tillegge seg evnen til å styre sine emosjonelle impulser som kommer fra det limbiske system med kognitive funksjoner som for eksempel å forstå den konteksten en befinner seg i. Det er derfor vanskelig å skille mellom om de symptomene som kjennetegner diagnostiserbare psykiske lidelser er en del av en emosjonell umodenhet og dermed en følgetilstand til utviklingshemningen, eller skyldes en selvstendig prosess som er uavhengig av utviklingshemningen. Her er det en åpenbar risiko for overdiagnostisering med påfølgende feilbehandling. Den individuelle variasjonen blant mennesker med psykisk utviklingshemming er så stor når det gjelder emosjonell modenhet, at samme symptombildet for to personer, kan innebære at for den ene er det en selvstendig uavhengig prosess som ligger bak atferden, og at den dermed skal diagnostiseres som psykisk lidelse. Mens hos den andre er den observerbare atferden en del av utviklingshemningen, og skal således ikke diagnostiseres.

Mange mennesker med psykisk utviklings-

hemming er vanskelig å samhandle med nettopp på grunn av deres emosjonelle umodenhet. Vi kan derfor søke mot løsninger som gir muligheter for medisinerer eller terapier som retter seg mot å korrigere atferd knyttet til spesifikke lidelser. Hvis den utfordrende atferden produseres av en emosjonell umodenhet eller er et resultat av hvordan miljøet har møtt umodenheten, gir atferden informasjon om hvor personen befinner seg utviklingsmessig og dermed hvordan en skal møte personen for å skape utvikling. Hvis en reduserer atferden gjennom medisinerer eller annen terapi, tar en vekk grunnlaget for å forstå hvor personen befinner seg modenhetsmessig og hvilke ulike terapeutiske tilpassninger som er gunstige for å fremme utvikling av emosjonell modenhet. En fjerner også personens kraft som ligger i det emosjonelle uttrykket. Hvis for eksempel et menneske med psykisk utviklingshemming har en emosjonell modenhet tilsvarende en treåring, er det å forvente at en møter mye trass og uregulert sinne. Denne alderen er nettopp rettet mot å etablere en bedre regulering av eget sinne. Gjennom å spille ut sitt sinne blir vi møtt med hva som er akseptabelt under ulike kontekstuelle forhold. Gjennom dette får vi et sinne som er tilgjengelig for oss og som vi kan regulere. Dette blir et sinne som blir tydelig, men som spilles ut på sosialt aksepterte måter. Et uregulert sinne er utviklingsgrunnlaget for et regulert sinne. Hvis vi diagnostiserer atferd som relaterer seg til emosjonell umodenhet som tilpasningsforstyrrelse eller atferdsforstyrrelse og behandler de som sådan, tar vi bort grunnlaget for utvikling.

Riktig diagnostisering av psykiske vansker hos mennesker med utviklingshemming krever mer komplekse modeller og langt mer tverrfaglighet enn det som praktiseres i dag. Det er sannsynligvis like viktig å utrede kognitive funksjoner, emosjonell fungering, helse og menneskets miljø som å fastsette et symptombilde for å diagnostisere riktig. Det kan være nødvendig med modeller som

Tekst: Olav Ose Evensen

inkluderer kognisjon, emosjoner, helse og miljø, og som kan se interaksjonen mellom disse, for å kunne avgjøre om observerbar atferd er en følgetilstand av utviklingshemning eller om atferden er symptomer på en selvstendig uavhengig prosess knyttet til psykiske vansker.

Diagnostisering og utredning av psykiske vansker hos mennesker med psykisk utviklingshemning er svært komplekst hvor vi står i fare for både å over- og underdiagnostisere. Mange er nok deprimerte av inaktivitet, for krevende liv eller av ensomhet, og har nytte av at dette blir sett og forholdt seg til. Det er også en høy risiko for at vi overdiagnostiserer der atferden skyldes emosjonell umodenhet og ikke er symptomer på en psykisk lidelse. En slik overdiagnostisering vil lett representere et gufs fra fortiden hvor vi skal ordne opp og tilpasse mennesker med psykisk utviklingshemning til samfunnets krav framfor å se hvor de befinner seg utviklingsmessig og hva som er deres ønsker og behov.



Karl Jacobsen

- Personer med utviklingshemning og psykoser
- Personer med utviklingshemning og alvorlige tilstander, som trenger stabilisering og/eller medikamentvurdering
- Personer med utviklingshemning som har behov for observasjons- og avlastningsopphold.

Tilbudet baserer seg på et nært samarbeid som er utviklet over tid mellom kommunehelsejenestene, Distriktpsikiatrisk Senter, Vesterålen og Habiliteringsteamet ved Nordlandssykehuset Vesterålen.

Avslutningsordene fra rapporten er som følger; Voksne mennesker med psykisk utviklingshemning, som har påviselige psykiske lidelser, får psykiatrisk behandling i Vesterålen lokalsykehusområde. I noen få tilfeller hvor tvangsinnleggelse ikke er til å unngå, vil akuttinnleggelse i psykiatrisk sykehus være nødvendig.

Kunnskap om psykisk sykdom og psykisk utviklingshemning er blitt betydelig bedret i Vesterålskommunene. Dette har økt muligheten for å identifisere personer med psykiske lidelser.

Når det har vært gitt psykiatrisk behandling i relativt stort omfang til denne gruppen pasienter, henger dette sammen med

et godt utviklet samarbeid mellom 1. og 2. linjetjenestene.

Oppgavene fordeles da slik at kommunene har primært ansvar for den daglige omsorg og oppfølging. DPS og den kommunale psykiatritjeneste tar ansvar for behandlingen og habiliteringsteamet bistår med rådgivning og veiledning.

Det meste av behandlingen og veiledning gis ambulant i personens eget hjemmiljø.

Både DPS og habiliteringsteamet ved Nordlandssykehuset Vesterålen har gjennom flere år utviklet gode samarbeidsrelasjoner til kommunene i Vesterålen. Etter en tid er samarbeidet utvidet til å fungere mellom disse tre partene med ulike oppgaver.

De relativt små og oversiktlige miljøene har skapt nære relasjoner mellom ansatte i helse og sosialtjenestene og andrelinjetjenestens fagpersoner. Dette har bidratt positivt til å utvikle samarbeidet. Kommunenes positive vilje til å finne til dels utradisjonelle løsninger på vanskelige og sammensatte problemer har også vært et viktig bidrag.

Habiliteringsteamet har i sitt arbeid praktisert en aktiv påvirkning for å bringe den faglig best kompetente bistand til personer med utviklingshemning når hjelpebehov er blitt avdekket.

Rapporten kan lastes ned fra www.naku.no

Psykiatrisk avdeling for personer med utviklingshemning og autisme

er en regional avdeling ved Ullevål universitetssykehus HF, Psykiatrisk divisjon. Divisjonen skal være en psykiatrisk virksomhet med lands-, regions- og lokalsykehusfunksjoner.

Avdelingen yter psykiatriske spesialisthelsetjenester til personer med utviklingshemning og autisme med psykiske lidelser i befolkningen over 18 år, primært i Helse-region Sør-øst. Avdelingen samarbeider med habiliteringstjenesten i fylkene, DPS, kommuner/bydeler i Oslo og med psykiatrisk spesialisthelsetjeneste.

Vår adresse er: *Psykiatrisk avdeling for personer med utviklingshemning og autisme, Administrasjonsbygget, Dikemark 1385 Asker.*
Tlf: 66 90 87 74 Fax: 66 90 86 97
<http://www.ulleva.no/> og søk på "PPU"

