

**PSYKOTERAPI FÖR VUXNA PERSONER
MED UTVECKLINGSSTÖRNING
ETT SAMVERKANSPROJEKT
MELLAN BASPSYKIATRISKA KLINIKEN SEKTOR 1 OCH
OMSORG- OCH HABILITERINGSVERKSAMHETEN I LUND.**

Slutrapport

Barbro Carlsson
projektledare
leg psykolog

Juni 1999

PROJEKTGRUPP

Barbro Carlsson, leg psykolog, projektledare, Omsorg och Habiliteringsverksamheten, Lunds kommun

Viola Argus-Zivaljic, psykoterapeut, Baspsykiatriska kliniken, Sektor 1, Avd 1D, S:t Lars, Lund

Marianne Hessel, psykoterapeut, Baspsykiatriska kliniken, Sektor 1, PÖT Grå, Lund

Anders Svensson, leg psykolog, Omsorg och Habiliteringsverksamheten, Landskrona kommun

Ulf Ståhlberg, psykoanalytiker, handledare, Malmö

PROJEKTANSVARIGA

Lena Nylander, sektorschef, Baspsykiatriska kliniken, Sektor 1, Lund

Lennarth Andersson, avdelningschef, Utvecklingsnämnden, MLL, Lund

PROJEKTLEDARE

Barbro Carlsson

Omsorg och Habiliteringsverksamheten

Lunds kommun

Box 5129

220 05 Lund

Tel: 046 -35 62 37

Fax: 046 -13 30 22

SAMMANFATTNING

Från hösten 1994 till och med våren 1998 pågick ett samverkansprojekt mellan Baspsykiatriska kliniken, sektor 1 och Omsorg och habiliteringsverksamheten i Lund, kring psykoterapi för vuxna personer med lindrig och måttlig utvecklingsstörning.

Ett av projektets huvudsyften har varit att utveckla och förbättra samarbetet mellan Baspsykiatriska Kliniken, Sektor 1 och Omsorg och habiliteringsverksamheten. Genom olika utbildningsinsatser (om psykoterapi för personer med utvecklingsstörning, diagnostisering av psykiska störningar hos personer med utvecklingsstörning) har projektet sökt reducera förekommande vanmaktskänslor och osäkerhet kring lämpliga insatser för personer med utvecklingsstörning som även har psykiska problem.

Projektets andra huvudsyfte har varit att erbjuda psykoanalytiskt orienterad psykoterapi till sju personer med lindrig eller måttlig utvecklingsstörning som även hade psykiska problem, samt undersöka om sekundära handikapp reducerades efter 1½ års psykoterapi. Klienterna testades före psykoterapistarten med WAIS-R (kognitivt test), DMT och PORT (projektiva tester) och omtestning skedde efter ca 1½ års psykoterapi. Dokumentation av förändringar, minskning av "sekundära handikapp" har skett kontinuerligt under projektperioden och baserat sig på fyra uppgiftslämnare: terapeuter, föräldrar, gruppbofostads- och dagcenterpersonal.

De resultat vi nått är att samarbetet mellan omsorgsverksamhet och psykiatrisk verksamhet har utvecklats under projektperioden, sekundära handikapp har minskat hos samtliga klienter, hos några av klienterna har det skett en markant förändring efter 1 ½ års psykoterapi, vilket kunnat skönjas vid omtestningarna med WAIS-R, DMT och PORT. Vid kodningarna visades det hos samtliga klienter tecken på djup och svår relations- och affektiv problematik. Trots deras svåra problematik har det skett stora och snabba förändringar som kan tolkas som en högre grad av integration, ett bättre jagfungerande och minskning av primitiva försvar. Jagfunktioner såsom kommunikation, förmågan till differentierade känslor, förmågan att hårbärgera dysfori, förmågan att skilja mellan yttre och inre värld är några av de jagfunktioner som utvecklats hos de flesta av klienterna.

Projektet har till viss del finansierats genom statligt stimulansbidrag för specifik habiliterings- och rehabiliteringsverksamhet.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING.

1. INLEDNING	5
1.1. Bakgrund	5
1.2. Utvecklingsstörning och psykisk störning, psykiska problem	6
1.3. Emotionell intelligens	21
1.4. "Sekundära handikapp"	23
1.5. Psykoterapi för personer med utvecklingsstörning	24
1.6. Utvärdering av psykoterapi	29
2. SYFTE, MÅL	32
3. URVAL	32
3.1. Klienter	32
3.2. Terapeuter	33
4. METOD	34
4.1. Psykoterapi	34
4.2. Utbildning	34
4.3. Utvärdering	34
4.4.Handledning	35
4.5. Mätinstrument	35
4.6. Checklistor - "sekundära handikapp"	38
5. RESULTAT	39
5.1. Utbildningen/föreläsningarna	39
5.2. Samarbetet mellan Baspsykiatriska kliniken, sektor 1 och Omsorg och habiliteringsverksamheten	39
5.3. Resultat från testningar med WAIS-R, DMT och PORT	42
5.4. Checklistor - "sekundära handikapp"	43
6. HANDLEDNINGSPROCESSEN	45
7. SLUTSATSER OCH DISKUSSION	51
REFERENSER	86

1. INLEDNING

1.1. Bakgrund

I Sverige finns en särskild lagstiftning, *Lag om Stöd och Service till vissa funktionshindrade, LSS* (SFS 1993:387) för personer med utvecklingsstörning, autism eller liknande tillstånd, m fl. Verksamhet enligt denna lag skall främja jämlikhet i levnadsvillkor och full delaktighet i samhällslivet för de personer som anges enligt lagen. Målet skall vara att den enskilde får möjlighet att leva som andra. Vidare ska verksamheten enligt denna lag bedrivas i samarbete med andra berörda samhällsorgan och myndigheter. Verksamheten skall vara grundad på respekt för den enskildes självbestämmanderätt och integritet. Den enskilde skall genom insatserna enligt denna lag tillförsäkras goda levnadsvillkor. Insatserna skall vara varaktiga och samordnade. De skall anpassas till mottagarens individuella behov samt utformas så de är lätt tillgängliga för de personer som behöver dem och stärker deras förmåga att leva ett självständigt liv.

Lagen leder bl a till att ökade krav ställs på psykiatrin vad gäller olika insatser för personer med både utvecklingsstörning och psykisk störning.

Socialstyrelsens Meddelandeblad nr 10/90 behandlar frågan om samverkan mellan omsorgsverksamhet och allmänpsykiatri. Avsikten med Meddelandebladet var att "...ge sådan information om respektive verksamhet och tillhörande lagstiftning som är av betydelse för att psykiskt utvecklingsstörda skall få sina behov av psykiatrisk vård och behandling tillgodosedda och i samband därmed peka på samarbets- och avgränsningsproblem". Bristande stöd till omsorgsverksamheten sägs "... till icke obetydlig del ha sin orsak i att samverkansmetoder, konsultation och utbildningsinsatser inte är uppbyggda och att allmänpsykiatrin över huvudtaget har svårt att få sina resurser att räckta till inför olika krav som riktas mot den".

Förslag till lösningar som ges är:

- Primärvård i första hand för alla somatiska och en stor andel psykiska problem som primärvården med ett utvecklat konsultstöd från psykiatrin kan klara själva.
- Psykiatriskt konsultstöd för insatser i gruppboendena för personer med utvecklingsstörning för att möjliggöra adekvat bedömning och behandling. Det ökar också omsorgspersonalens och den psykiatriska expertisens insikter och skapar en större trygghet i omsorgsarbetet.
- Den psykiatriska konsulten eller primärvårdsläkaren har ansvaret för eventuell psykofarmakabehandling. Neuroleptikabehandling i enbart sederande syfte bör undvikas. Man bör i neuroleptikabehandling till personer med utvecklingsstörning vara särskilt varsam med kombinationsbehandling, undvika onormalt höga doser och långa behandlingstider då hjärnskada ofta kan ge förändrad eller paradoxal biverkansbild. Omsorgspersonalen kan i allmänhet ge god information om förändringar vid medicinering och om biverkningar. Läkaren bör lyssna på personalen och uppmärksamma de psykologiska förhållandena. Många psykiska störningar kan påverkas av andra åtgärder än läkemedelsbehandling.
- Kontaktman inom psykiatrin för vissa patienter i eget boende/gruppboende då vissa patienter kan behöva stöd från det psykiatriska teamet under långa perioder. Omsorgspersonal kan också vända sig till denne så att de genom kontaktmannen kan få sina synpunkter beaktade i den psykiatriska behandlingsplaneringen. Kontaktmannen har då den samlade bilden av patienten.
- Särskilda vårdresurser som utbildning, handledning, konsultation och ibland personalförstärkning är några insatser för att ge personer med utvecklingsstörning bättre möjlighet till ett adekvat psykiatriskt omhändertagande. Alternativa vårdformer med flexibla lösningar inom båda verksamheterna nämns, kanske det i något fall skulle finnas skäl att bygga upp vårdalternativ för personer med utvecklingsstörning som är i behov av psykiatrisk vård. Det är fråga om små enheter vars utformning och placering får bli

beroende av vad som lokalt är mest lämpligt, t ex kan de inrymmas i den psykiatriska verksamheten eller i ett med omsorgsverksamheten gemensamt boende.

- När en person med utvecklingsstörning anses vara i behov av psykiatrisk vård måste, liksom för alla andra, en bedömning göras och en psykiatrisk diagnos ställas. Ett nära samarbete i enskilda ärenden beträffande bedömning, planering av behandling och genomförande krävs. Ett nära samarbete mellan hälso- och sjukvård (primärvård och psykiatri), omsorgsverksamhet och socialtjänst är en förutsättning för en bra verksamhet.
- Utbildningsinsatser är nödvändiga för förståelse av varandras arbetssätt och förhållanden samt för en likartad vårdideologi för att därmed ha en likartad inställning till hur problemen ska lösas. Gemensamma studier leder till möjligheter både att lära känna varandra och få ett gemensamt synsätt. Ett gemensamt synsätt behöver underhållas genom möten och kontakter, varför man bör eftersträva att ha återkommande möten mellan omsorgsverksamhetens, primärvårdens, psykiatrins och socialtjänstens representanter på detta område.
- Samarbete i övergripande frågor. Det är viktigt att klargöra ansvarsfrågor när det gäller samarbete kring personer med utvecklingsstörning med psykiska störningar, genom att namnge de ansvariga inom de olika förvaltningarna. En arbetsgrupp, bestående av företrädare för omsorgsverksamhet, primärvård, allmänpsykiatri och socialtjänst föreslås inrättas på landstingsnivå med uppgift att verkställa samarbetet. Arbetsgruppens huvudsakliga uppgifter skulle kunna vara att påverka landstingets planering för särskilda resurser som kan behövas för att tillgodose utvecklingsstörda personers behov av psykiatrisk vård, att klargöra avgränsnings- och samverkansfrågor, att utifrån aktuella problem i verksamheten diskutera policy och principer, ha informations- och attitydskapande insatser, verka för utbildning av personal i respektive verksamhet.

1.2. Utvecklingsstörning och psykisk störning

För de barn med utvecklingsstörning sker ofta den känslomässiga utvecklingen senare i en biologiskt och åldersmässigt mer mogen kropp. Det begåvningshandikappade barnet behöver oftast mycket längre tid på sig för att kunna skilja ut sig själv från mamman, mamman från andra personer, att utveckla själv- och objektkonstans m m. I och med att utvecklingen förskjuts i tiden blir barnen mer sårbara för omgivningens förväntningar och reaktioner. Det kan vara svårt att se utvecklingsstegen och glädjas åt dem när de inträffar flera år senare än vad man förväntat.

Personer med lindrig utvecklingsstörning når separationsfasen vid 1 års åldern, vid IQ 50 inträffar separationsfasen vid 2 - 6 års åldern enligt Levitas (1997). Olika färdigheter som är försenade i utvecklingen (som motorik, språk, perceptuell mognad, kognition) kan försvåra utvecklingen och påverka barnets självkänsla. Genom att den känslomässiga utvecklingen försenas hos barn med utvecklingsstörning kan det vara svårt för omgivningen att förstå barnets behov av t ex närhet vilket kan skapa vilshenhet och osäkerhet. Föräldrarnas tidtabell för barnets utveckling kan sättas ur spel, en osäkerhet i relationen till barnet kan leda till överbeskydd eller underbeskydd och svårigheter att se det verkliga barnet (Berglund m fl 1998).

När anknytningen är bräcklig blir det svårigheter för personer med utvecklingsstörning att urskilja sig, hävda sig och säga nej. Det är rimligt att anta att personer med utvecklingsstörning är mer utsatta med tanke på att anknytningen kompliceras av det kognitiva handikappet; p g a den organiska skadan kan inte barnet interagera med omgivningen på samma sätt som ett normalt utvecklat barn (Hessel, 1998). I flera studier har det påvisats att interaktionen mellan det barnet med funktionshinder och vårdgivaren skiljer sig från ett mera normalt förlopp. Den stora skillnaden består enligt Hessel i att interaktionsprocessen hela tiden domineras av vårdgivaren och inte av barnet med

funktionshinder, som därför inte får någon möjlighet att uppleva sig som initiativtagare vilket kommer att prägla dess själv- och objektrepresentationer.

Det finns barn med utvecklingsstörning som föds med dåliga förutsättningar för att kunna klara den första anknytningen (Zenker, 1993). Vissa barn är mer slappa i muskulaturen, mer passiva, sänder svaga signaler och ger dåligt gensvar på de kontaktförsök som mamman gör. Det kan även vara troligt att vissa barn med utvecklingsstörning har ett svagare kontaktbeteende redan från början vilket leder till att de signaler de ger till omgivningen inte uppfattas.

Initialt skapas illusionen av att barnet och mamman är ett så att barnet inte behöver uppleva all smärta från separation. Vid de bästa omständigheterna är upplevelsen av separation och frustration introducerade med tolerabla doser. En stegvis ökad grad av separation och motgång uppmuntrar lärande och utveckling. Desillusion måste till för att personen ska kunna utvecklas. Det är svårt att desillusionera sitt barn speciellt när det finns ett handikapp med i bilden (Sommarström, m fl 1993). Men om inte desillusionering görs kan det leda till ett omnipotent agerande, kvarvarande i ett liv av fantasier och drömmar.

Det finns risk för att personer med utvecklingsstörning stannar kvar i ett onödigt långt beroende på grund av oförmågan att utstå dysfori och att de ej vågar ta nästa steg i separations-individuationsutvecklingen. Detta leder dock till att den kognitiva utvecklingen inte utvecklas optimalt. En person med utvecklingsstörning kan ha svårt att verbalisera olika känslor p g a bristande differentiering av känslor, vilket även kan medföra svårigheter att förstå andra människors känslotillstånd och önsknningar. I stället för att bli medveten, agerar personen ut affekterna på olika sätt, vilket i sin tur leder till att symboliseringsförmågan inte utvecklas.

Symbolbildningen är av avgörande betydelse för själslig utveckling och mognad. Förmågan att symbolisera utgör en av kreativitetens grundbetingelser. Varje form av skapande innefattar förmågan att nyttja symboler på tankeväckande och känslomässigt stimulerande sätt.

Melanie Klein (1988) tyckte sig finna ett samband mellan intellektuell hämning och hämrad förmåga till symbolisering i sitt arbete med barn. En tanke hon utvecklade var att ångest och skuld kan befördra symbolbildningen, men att alltför stark skuld och ångest kan hejda utvecklingen av den. I tidiga år utvecklas kapaciteten att hålla ångest och göra de olika känslorna, sensationerna i kroppen meningsfulla.

Symboliseringsförmågan kommer inte enbart att bli grunden för all fantasi och sublimering, utan blir dessutom grundvalen för subjektets relation till yttvärlden och till verkligheten i allmänhet. Jagets utveckling och dess relation till verkligheten beror på jagets förmåga att under ett mycket tidigt stadium tåla trycket av de tidigaste ångestsituationerna.

Oförmåga att uthärda frustration kan hämma utvecklingen av tankarna och förmågan att tänka (Bion, 1993). Varseblivningsapparaten kan utsättas för fragmentering för att avvärja perceptionen av en plågsam verklighet och när en sådan utveckling drivs tillräckligt långt kan psykos bli följden.

Det konkreta tänkandet med sin symboliska likställighet innebär att avståndet mellan symbol och det symboliserade förnekas (Igra, 1996). Symbolbildningen förutsätter bl a förmågan att särskilja objekt och själv, vilket förhindrar sammanblandning. När en sammanblandning har ägt rum har det symboliska tänkandet ersatts av ett konkret tänkande. Individens förmåga att utveckla representerade symboler lösgöra sig från det objekt som symbolen representerar genom att sörja förlusten av objektet och acceptera att det inte är en del av självet. Förmågan att symbolisera på ett personlighetsutvecklande sätt växer fram ur samspelet mellan barnets medvetna och omedvetna tänkande.

Symboliseringen är av avgörande betydelse för en människas kommunikation med andra och med sig själv. Att kunna se sig själv utifrån, är ett nödvändigt villkor för att kunna utveckla symbolisk kapacitet. Genom den ökade kapaciteten att observera oss själva utifrån, blir vi mer medvetna om att ha en insida.

Borderlinepersonligheter, psykotiska personer samt personer med utvecklingsstörning lider av samma svårigheter i form av identitetskonflikter och kapaciteten att symbolisera, speciellt med en tendens att förneka vissa delar av yttre och/eller inre verklighet (Ståhlberg, 1998). I och med att barnet kan se sig själv och andra som hela, separata personer, som egna subjekt med ett eget liv och längtan, kan det ha en relation till mamman som person, inte enbart som en funktion. Barnet kan nu börja föreställa sig att denna nyfunna, upptäckta person kan ha en relation med andra vid sidan om en själv. Modern kan ha en relation med fadern och i denna situation är barnet utanför, vilket kan inbjuda till avund och svartsjuka. Om bara avunden kan hanteras utan att bli orimlig ger det barnet en möjlighet att studera en relation från utsidan, utifrån på avstånd. Triangeln är skapad vilket gör det möjligt för barnet att arbeta med symbolisering som process. Att kunna se en relation i vilken man själv inte är involverad innebär att leva i detta dialektiska avstånd som måste existera mellan symbolen och det symboliserade. I denna process finns det medel för att skapa en äkta symbolisk kapacitet. En stark bindning mellan mor och barn medför att det blir lite utrymme för den andre föräldern att bli ett objekt för barnet, vilket försvårar triangulariseringen enligt Ståhlberg.

Om det finns en störning i den grundläggande växelverkan mellan förälder och barn kan man ofta avslöja störningar i kapaciteten att tänka, dvs. att kunna relatera på ett meningsfullt sätt till sensationer som kommer utifrån eller inifrån.

Hos personer med utvecklingsstörning är tänkandet förstört - primär förstörelse då man inte utvecklat strukturer och sekundär förstörelse genom att själv göra sig mer handikappad för att inte möta smärtan av att vara annorlunda.

Att tänka är en emotionell kapacitet. Störningar i tänkandet kan ha ett genetiskt ursprung, bero på begränsningar hos föräldrarna som gör att de inte kan vara en "container" för barnets upplevelser, det kan även vara ett resultat av en bristande överensstämmelse mellan förälder och barn. Barnet får möta en förälder som måste handskas med sin sorg över ett barn med funktionshinder vilket leder till att de inte kan fungera på optimalt sätt. Det finns nästan alltid en "mismatch" mellan barnet och föräldern. De är två individer som inte fungerar på samma sätt i centrala aspekter. Detta kan leda till störning i det emotionella samspelet och medföra press på föräldern att finna ett sätt att kommunicera då barnet är mindre kapabelt att göra det, enligt Ståhlberg.

Ord sammanbinder och skapar mening människor emellan men är även en påminnelse om avståndet mellan oss, ett avstånd som man på olika sätt försöker överbygga med ordens hjälp (Igra, 1996). Ordens nödvändighet kan ställas mot längtan efter ostörd sammansmältning och enhet, den ordlösa omedelbara förståelsen. Språket är en ständig påminnelse om att det finns en annan än jag och att vi aldrig kan bli ett.

För den psykotiska personligheten är tvåsamheten en provokation. Den psykotiska aspekten av personligheten präglas av oförmågan att utveckla symboler och symboliskt tänkande enligt Igra (1996). Den psykotiska funktionsnivån inbegriper även svårigheter att särskilja inre och yttre verklighet, samt skilja mellan levande och döda ting. En människa kan i vissa avseenden och under vissa förhållanden fungera på psykotisk nivå och samtidigt också ha en icke-psykotisk funktionsnivå. Vid behandling av en psykotisk människa tycks det meningsfullt att förstå förändringsprocessen som att den psykotiska delen av personligheten alltmer kommer i bakgrunden medan den icke-psykotiska, neurotiska delen av personligheten stärks och får ökat inflytande över självet.

När primitiva försvar som projektiv identifikation, splitting, förnekande, omnipotens dominerar den psykiska organisationen omöjliggörs dess integration och den inre samordningen av de olika relateringsformerna (Igra, 1997). Goda erfarenheter kan under sådana förhållanden i mycket liten utsträckning assimileras. Det främsta skälet är att dominansen av dessa försvar medför störningar i själva kunskapsprocessen och erfandet; försvaren ses som attacker mot det egna tänkandet. Psykoanalysens övergripande målsättning kan sägas vara att frigöra inre resurser och samtidigt medvetandegöra avvärjda "farliga" sidor av den egna personligheten, som genom att inte längre vara okända hot kan "avgiftas" och integreras som erkända sidor av den egna personligheten. När de primitiva försvaren avklingar skapas förutsättningen för mer integrativa strävanden inom personligheten.

Ett barn med funktionshinder kan utveckla en störning p g a handikappet oavsett hur gott omhändertagande det än får (Zenker, 1993). Det finns risk för att barn med utvecklingsstörning utvecklar relationsstörningar för det är mycket svårare för föräldrarna att ha ett barn med funktionshinder. Barn med utvecklingsstörning kanske inte kan göra en riktig förfrågan, har kanske en fördröjning, försening av sin fråga vilket kan leda till att omvärlden inte förstår vad barnet menar varför det inte blir bekräftat. Man kanske inte ger ett tydligt svar så barnet förstår.

Om man inte får bekräftelse kan det grundlägga en tidig störning som kallas borderline-störning. Bland normalbefolkningen har ca 5 % en borderlinestörning, det finns troligtvis mycket mer borderlinestörningar inom omsorgerna även om det inte är diagnosticerat enligt Zenker. Allt som skrivs om borderlinetillstånd är även tillämpligt när det gäller personer med utvecklingsstörning som har dessa svårigheter.

Det livslånga beroendet av andra som personer med utvecklingsstörning ofta får uppleva, ger svårigheter när det gäller att skapa relationer och att hävda sin individualitet. Individerna kanske inte har kraft att frigöra sig och föräldrarna är kanske i sin osäkerhet om barnet ska klara sig, inte beredda att låta det pröva sina vingar.

Desillusionsprocessen är ofta störd hos barn som fötts med funktionshinder och en adekvat separation mellan mor och barn sker ej enligt Sinason & Stokes (1993). Den nödvändiga idealiseringen av barnet är hotad om barnet är synligt skadat. De orsaker som Sinason & Stokes tar upp som gör att föräldrar, och senare personal, försöker undvika separation är bland annat:

- Föräldrar med ett vuxet barn med funktionshinder kanske inte klarar av att ge upp sitt föräldraskap, de kanske knyter sitt vuxna barn till sig som man gör med mindre barn. Personal som vet att vissa vuxna med handikapp alltid kommer att behöva hjälp med tvättning, matning, toalettbesök m m kanske enbart klarar av detta genom att behandla människorna med utvecklingsstörning som om de vore små barn.
- Att separera innebär att möta förlusten av det normala barnet som föräldrarna ej fick. Svårigheten att sörja det friska barnet kan leda till att föräldrarna får svårt att hjälpa det handikappade barnet att växa upp. Separation skulle avtäcka depressionen över att ha ett barn med funktionshinder.
- En person med funktionshinder kan få bli den som får bära alla dåliga sidor - inkompetens, skada, depression, smärta. Separation skulle innebära att dessa projicerade aspekter återfördes till familjemedlemmarna eller personalgruppen.
- Funktionshinder kan ej botas och föräldrar och personal kan känna sig så skuldbelagda att de upplever att de måste hänge sig helt åt den handikappade personen.
- Det kan finnas ångest inför vem som ska ta hand om personen med funktionshinder när föräldrarna är döda.

Det funktionshindrade barnets bristande mognad ställer större krav på mammans förmåga att fungera (Friedman, 1995). Mamman till ett funktionshindrat barn möter oftare ett obalanserat och svårtröstat barn. En del barn med funktionshinder kan reagera med oro,

skrik och kroppsliga spänningar på mammans försök att tillfredsställa barnet. Barn med omogen stimulusbarriär som inte förmår att bearbeta eller sovra bland all den stimulusmängd som det utsätts för, befinner sig troligtvis i en kaotisk, ångestväckande värld enligt Friedman.

Fyhr (1983) beskriver "den förbjudna sorgen" utifrån forskning hon gjort kring föräldrars reaktioner när de fått ett barn med funktionshinder. Reaktionerna liknade enligt Fyhr de reaktioner människor visar när de befinner sig i kris, i en sorgprocess. Den psykiska förberedelsen för ett barn kan börja flera år innan barnet föds. Man har tankar, drömmar, bilder om barnet - man "väver" en massa drömtrådar till barnet, drömbarnet. Att få ett barn med funktionshinder är en speciell form av sorg, enligt Fyhr. Barnet lever men det är drömbarnet man sörjer. För att kunna fästa sig vid det levande barnet måste föräldern först få möjlighet att sörja drömbarnet och ta avsked från det. Livet igenom kan sorgen aktualiseras igen - t ex vid skolstart, mopedåldern, körkortsåldern, när andras barn börjar på högskoleutbildning, får arbete, när grannen får barnbarn.

Tidig störning är en störning som drabbar individens upplevelse av sig själv och av omvärlden vilket leder till störda jagstrukturer och jagfunktioner t ex en dåligt sammanhållen identitet, ofta dålig impulskontroll, svårigheter att stå ut med ensamhet. Det finns anledning att tro att personer med utvecklingsstörning i högre grad än andra utsätts för frustrationer, konflikter och press på sig genom omgivningens attityder och reaktioner på det kognitiva handikappet. Upplevelser av bortstötande, överbeskydd, isolering kan ses som viktiga faktorer vid utvecklandet av psykiska störningar.

Menolascino (1990) beskriver följande faktorer som gör personer med utvecklingsstörning speciellt sårbara för psykisk störning:

1. Försenad språkutveckling, med speciell referens till en försenad förmåga att uttrycka ändamålsenliga behov och en minskad förståelse för världen. Brist på förmåga att förstå den mellanmännliga världen omkring dem leder till en väldigt konkret orsak-och-verkan förståelse av världen.
2. Sammandragen emotionell- och personlighetsutveckling sekundärt till försenad självföreställning (t ex differentiering mellan sig själv och andra), sensoriska och motoriska handikapp samt försenade integrerande funktioner (vilket inkluderar svag realitetstestning och behållit primitivt tänkande som problem att hantera aggression, svårigheter att precisera orsaker till frustration, magiskt tänkande, förvirring vad gäller verklighet/fantasi).
3. Svåra handikapp sekundärt till skador i centrala nervsystemet. Detta leder ofta till sekundära beteendemanifestationer (t ex självstimulering som en yttre ersättning för skadade inre resurser).
4. Lågt självförtroende orsakat av inskrivning vid speciella skolor vilket medför en känsla av "annorlundaskap, olikhet" och eventuellt en avvikande självbild. Barnen upplever att de har svikit sina föräldrar vilket skapar ett ökat behov av uppskattning. En fortgående brist på uppskattning från kamrater leder till en ökad känsla av inkompetens och ineffektivitet, vilket kan leda till en låg motivation.
5. Vissa svårigheter att förstå samhällets krav beroende på begränsningar vad gäller intellektuell och social anpassningsförmåga.
6. Skadat minne och problem med inlärning som leder till en lägre inre kontroll och minskad förmåga att planera alternativa metoder vid agerande. Tänkandet tenderar att vara konkret och rigid vilket medför svaga reaktioner på inre och yttre stress.
7. Atypiska personlighets försvar med ökade tvångsmässiga beteenden som hjälper att kontrollera nya situationer och/eller att hantera omgivningen. Frukten däremot stannar kvar längre och försvaren är mer stela vilket leder till rigiditet av livsstilen och ökad användning av icke-adaptiva försvar (t ex förnekande, tvångsmässig rigiditet, undan- dragande, regression, projektion etc.).
8. Sårbarhet i vuxenlivet. Det finns ett längre beroendeförhållande, sociala och yrkesmässiga begränsningar och störningar i heterosexuella erfarenheter.

En psykisk störning och utvecklingsstörning innebär inte bara två problem hos en person utan det medför en kraftig interaktionseffekt. Detta kräver dubbel kompetens som bör finnas hos personal inom såväl psykiatrisk verksamhet som omsorgsverksamhet och man måste hitta fungerande former för samverkan.

Det finns ett stort behov av kunskapsutveckling när det gäller den grupp av människor som ibland benämns "dubbel-diagnostiserade", d v s de personer med såväl psykisk störning som utvecklingsstörning. Kunskapen om deras problematik är ofta bristfällig och ansvarsfördelningen mellan omsorgsverksamhet och psykiatri oklar, kunnandet vad gäller såväl symtomatologi som behandling är ofta bristfälligt.

Förekomsten av psykiska problem hos personer med utvecklingsstörning har länge ignorerats av psykiatrin men även inom omsorgsverksamheten. Orsakerna till att psykiska störningar hos personer med utvecklingsstörning underskattats kan härledas till så kallat "diagnostic overshadowing", dvs. man ser inte symtomen p g a att utvecklingsstörningen överskuggar. Utvecklingsstörningen kan tendera att överskugga en samtidigt förekommande psykisk störning som djup depression eller psykos. Det är viktigt att rätt diagnos ställs för att ge adekvat psykiatrisk behandling och möjlighet till ökad livskvalitet.

Tidigare antog professionella att personer med utvecklingsstörning var immuna mot känslomässiga problem och psykiska störningar (Fletcher, 1993). Ett störande beteende uppfattades som en manifestation av utvecklingsstörningen istället för möjligheten att det kunde röra sig om en psykisk störning. Den som hade en lindrig utvecklingsstörning karakteriserades som bekymmersfri och då psykiskt frisk, den person som hade en svår utvecklingsstörning uttryckte ej verbalt sina känslor varför han antogs vara befriad från känslomässig stress.

Personer med utvecklingsstörning har känslomässiga problem som andra och det förekommer enligt olika forskningsrapporter en förhöjd frekvens av psykiska störningar hos personer med utvecklingsstörning. NADD (National Association for the Dually Diagnosed - Mental Illness/Mental Retardation) uppskattar att 25 - 35 % av de utvecklingsstörda personerna även har psykiska störningar jämfört med 16 - 20 % av totalpopulationen. Andra forskningsresultat ger vid handen att det är 2 - 3 gånger vanligare med psykiska störningar hos personer med utvecklingsstörning och de kan uppvisa samma spektrum av psykiska störningar som icke-handikappade. Man tenderar dock att förklara många avvikande beteenden med att personen har en utvecklingsstörning. En del störningar har tillskrivits effekter av institutionsvistelser, men även under gynnsamma betingelser och i god omsorgsmiljö möter vi personer med utvecklingsstörning som har psykiska störningar.

Den psykiatriska symtombilden hos personer med utvecklingsstörning förändras på olika sätt:

- * symtombilden "färgas" av begåvningshandikappet och en bakomliggande hjärnskada
- * personer med utvecklingsstörning har svårt att uttrycka vad han/hon upplever och känner, symtomen blir mer onyanserade när det gäller intensitet och växlingar
- * begåvningshandikappet bestämmer i viss mån symtombilden - flera symtom uttrycks motoriskt eller genom självskadande beteende

Detta bidrar till att diagnostiken blir ganska grov och man måste hämta information från omgivningen för att kunna ställa rätt diagnos.

Det har blivit allt tydligare genom olika forskningsarbeten att de kriterier man använder för att ställa psykiatriska diagnoser inte alltid är tillämpliga för alla personer med utvecklingsstörning.

De svårigheter som kan finnas vid diagnosticering av psykiska störningar hos personer med utvecklingsstörning är enligt Day (1990) bl a:

- * den intellektuella störningen: konkret tänkande och försämrade kommunikationsförmåga försvårar personens förmåga att beskriva och förstå sina känslor
- * psykosocial maskering: den begränsade livserfarenheten resulterar i en sammanblandning av symtom vilket kan leda till att man missar andra symtom
- * kognitiv upplösning/förvirring: det finns en tendens att personer med utvecklingsstörning blir desorienterade vid emotionell stress med regressivt beteende och atypiska symtom som följd
- * ökning av andra beteendestörningar som en konsekvens av sjukdom, t ex plötslig ökning (vad gäller frekvens och svårighetsgrad) av självskadande beteende.

Enligt Day kräver en noggrann diagnosticering fullständig och detaljerad bakgrundshistoria, undersökning och observation av patienten, en noggrann studie av sjukdomshistoria och fram för allt att man bör vara öppen för olika möjligheter när det gäller diagnos.

I Holland har den "utvecklingsdynamiska approachen" (Dosen 1993,1996,1997) tillämpats vid diagnosticering och inför behandling av psykiska störningar och beteendestörningar hos personer med utvecklingsstörning.

När man ställer diagnoser av psykisk störning hos personer med utvecklingsstörning är det viktigt att ta med biologiska, känslomässiga och sociala faktorer samt specifika utvecklingsprocesser enligt Dosen.

Biologiska faktorer är t ex skada av morfologin och biokemiska strukturer under tidig ontogenetisk utveckling, genetisk abnormitet, försenad mognadstakt, störningar i den biokemiska jämvikten, problem med sensorisk integration,

När det gäller psyko-emotionella faktorer tar Dosen upp försenad kognitiv utveckling, skillnader mellan kognitiv - emotionell - social utveckling, problem i anknytningsfasen, problem med separation och individuation, problem att forma personlighet, stort beroende, hög grad av sårbarhet för beteendestörningar och psykiska störningar.

Till de sociala faktorerna hör olämplig omgivning för utveckling, sekundära psykosociala brister, understimulering, överkrav, överbeskydd, samspelsproblem mellan familjemedlemmarna.

Specifika utvecklingsprocesser kan vara olika utvecklingstakter hos olika funktioner, disharmonisk varaktighet hos speciella psykosociala faser, försening av speciellt viktiga funktioner för utveckling av mer komplexa beteendestrukturer, svårigheter att känna igen barnets emotionella behov.

Utifrån teorier av Piaget, Luria, Erikson, Bowlby och Mahler utvecklades för diagnostiska syften, ett schema för den normala psykosociala utvecklingen under de första tre åren i livet. Påfallande beteendedrag hos barn med utvecklingsstörning jämfördes systematiskt med de schematiserade psykosociala aspekterna vid normal utveckling. Speciella aspekter av beteendet upptäcktes vara ganska stabila under olika utvecklingsstadier. Utifrån detta har man gjort en checklista för uppskattning av den emotionella utvecklingen hos barn med utvecklingsstörning.

P g a organiska, genetiska, omgivningsfaktorer och andra problem kan den psykosociala utvecklingen hos barn med funktionshinder störas på olika sätt under de första tre åren i livet, vilket kan orsaka allvarliga beteendestörningar och psykiska störningar under deras fortsatta utveckling och under ungdomsåren. Utifrån den kliniska erfarenheten med barn med svår och djup utvecklingsstörning verkade det som om att psykopatologin ofta hade sin grund i den psykofysiologiska jämvikten och brister i skapandet av den trygg, säker anknytning. Hos barn med måttlig och lindrig utvecklingsstörning har man stött på problem med att skapa en känsla av själv och jag.

Man upptäckte att hos 1/3 av de remitterade barnen var den emotionella utvecklingsnivån lägre än den kognitiva nivån. Man talar då i termer av en hejdad, avstannad emotionell utveckling antingen i den första, andra eller tredje utvecklingsfasen.

Den första utvecklingsfasen 0 - 6 månader, benämns adaptationsfas då integration av sensoriska stimuli, struktur vad gäller tid, rum och människor utvecklas. Den andra utvecklingsfasen, 6 - 18 månader, benämns socialiseringsfasen då anknytning och skapandet av en säker, trygg bas är grundpelarna. Under den tredje fasen, 18 - 36 månader, individuationsfasen utgör separation, individuation och unik personlighetsutveckling hörnstenarna.

Vid en avstannad, hejdad utveckling under den första utvecklingsfasen, (0 - 6 månader), var de mest slående problemen bristande, inadekvat integration av sensoriska stimuli, svårigheter att klara av förändringar i omgivningen och problem i samspelet med vårdaren. Denna störning benämns som kontaktstörning. Dessa barn var mest sysselsatta med att skapa och upprepa isolerade stimuli som att stoppa fingrarna i öronen, lukta på olika saker, hålla på med stereotypa rörelser m m. Ibland kunde dessa aktiviteter bli så extrema att barnet kunde skada sig självt. Barnen reagerade på mer komplexa eller intensiva stimuli med irritation, frustration, aggressivt eller självdestruktivt beteende. Andra barn med kontaktstörning kunde reagera med passivitet eller apati. Förändringar i omgivningen eller ändrad omgivning kunde göra dessa barn ångestfyllda och orsaka svåra vredesutbrott. Det fanns motstånd mot kroppskontakt eller en oselectiv kroppskontakt hos dessa barn. De gav ej ögonkontakt och visade inget intresse för att kommunicera med sin vårdgivare. Dessa beteendemönster kunde man finna hos barn med djup utvecklingsstörning, men även hos barn med högre kognitiv nivå med autistisk problematik. Man fann även liknande beteendemönster hos barn som ej var adekvat stimulerade i sin sociala utveckling, liksom hos några psykotiska barn.

Barn vars emotionella utveckling avstannat under den andra utvecklingsfasen, (6 -18 månader), uppvisade ett antal kännetecken som enligt Dosen kan benämnas som "atypisk psykos". Hos vissa barn fanns ett antal olika beteendemönster som Mahler beskrev som symbiotisk psykos. Dessa barn sökte kroppskontakt med vårdgivaren och protesterade mot separation. Även under kroppskontakt kunde barnen bli aggressiva gentemot vårdgivaren. Ofta var de rastlösa, splittrade, kaotiska. Hos andra barn såg man ett apatiskt tillstånd med periodiskt återkommande vredesutbrott. Andra symtom som fanns hos dessa barn var självdestruktivitet, främlingsångest, snabbt skiftande sinnesstämning, tvångsmässigt hanterande av saker. Beteendet fann man hos barn med djup utvecklingsstörning, hos barn med omfattande störning i utvecklingen och hos barn där omgivningsfaktorer inte motsvarade deras behov.

Barn vars emotionella utveckling hejdats, avstannat under den tredje utvecklingsfasen, (18 - 36 månader), sökte oavbrutet kontakt med sin vårdgivare. De önskade dock ej kroppskontakt utan kommunikation på avstånd. De föredrog kommunikation via material eller via deras hyperaktivitet. Beteendemönstren hos dessa barn riktades hela tiden mot vårdgivaren för att få uppmärksamhet. Det utmanande och destruktiva sättet i dessa beteenden var slående. Andra symtom man fann hos barnen var snabbt skiftande sinnesstämning, försenad språkutveckling, bristande urin- och tarmkontroll. Detta tillstånd benämns som "negativt och destruktivt beteende" och var en konsekvens av en ofullbordad separations-individuations fas. Barnet slåss för sin autonomi men samtidigt behöver det vårdgivaren. Den säkerhet dessa barn kan känna är helt beroende av vårdgivaren och förblir extern. Beteendena fanns ofta bland barn med grav eller måttlig utvecklingsstörning och hos de som blivit inadekvat stimulerade av sin omgivning.

För att kunna ställa rätt diagnos måste man vara orienterad mot den emotionella utvecklingen som kan förväntas hos personer vid speciell kognitiv ålder och ta med såväl

kvalitativa som kvantitativa kännetecken, karakteristiska. Störningar i den emotionella utvecklingen bör utredas innan man söker efter symtom på psykopatologi. Dosen anser att utredning av den emotionella utvecklingen är en av grundutredningarna vid den psykiatriska diagnosticeringen hos personer med utvecklingsstörning. Den utvecklingsdynamiska approachen kan även användas för vuxna personer med utvecklingsstörning vid diagnosticering, bedömning av olika problem.

Genom bra diagnoser kan man minska medicinering, ge adekvat behandling, rätt bemötande utifrån personens behov.

Dosen (1993) har beskrivit olika kännetecken hos personer med olika grad av utvecklingsstörning som kan ses som normala för deras utvecklingsnivå.

Kännetecken hos personer med djup utvecklingsstörning, IQ 0 - 20, utvecklingsålder (intelligensålder) 0 - 2 år:

Kognitivt:

- handling (att röra, känna, lukta, smaka) är det grundläggande sättet att handskas med världen, tänkandet är sekundärt
- inlärningen är reflexmässig
- början av utveckling av minne
- inget aktivt språk

Socialt:

- framförallt upptagen med den egna kroppen
- autismliknande tillstånd eller uppvisar anknytningsbeteende
- lite eller inget intresse för den materiella världen, föremål

Känslor:

- svårigheter att hantera, behandla speciella sensoriska stimuli eller intryck med hög intensitet
- oro vid förändringar i omgivningen
- separationsångest
- grundläggande känslor är avslappning, upphetsning, ilska, ångest
- aggression riktas fr a mot sig själv (självskadande beteende)

Personlighetsdrag:

- problem att skapa och kvarhålla psyko-fysiologisk homeostas (jämvikt vad gäller andning, sömn, ätande, temperatur m m)
- problem med att skapa en säker trygg anknytning
- ofullständig självdifferentiering
- ingen egobildning (inget överjag)

Kännetecken hos personer med svår utvecklingsstörning, IQ 20 - 35, utvecklingsålder (intelligensålder) 2 - 4 år:

Kognitivt:

- tänkandet är konkret
- språket är delvis utvecklat
- här-och-nu är viktigt, minnen är det som är närvarande
- lär sig utifrån konkreta upplevelser

Socialt:

- vänds mot familjemedlemmar
- lite intresse för andra barn, kompisar
- bunden till föräldern, vårdaren

Känslor:

- impulsiv
- känslor av tillfredsställelse/lust och otillfredsställelse/olust är grunden för känslobildningen
- emotionell uppdelning: ångest, ilska, välbehag, stolthet
- aggression riktas fr a mot sig själv eller utåt men då diffust

Personlighetsdrag:

- problem att skapa en säker, trygg anknytning
- början av individuation
- svag självdifferentiering
- början av egoformation

Kännetecken hos personer med måttlig utvecklingsstörning, IQ 35 - 50, utvecklingsålder (intelligensålder) 4 - 7 år:

Kognitivt:

- tänkandet är företrädesvis egocentriskt och magiskt (utifrån sitt eget perspektiv)
- logiskt tänkande är svagt utvecklat
- språk används för konkreta budskap
- kan tänka framåt (förvänta)
- lär sig genom exempel och konkreta upplevelser

Socialt:

- framförallt riktad gentemot närmiljön (familjen)
- intresserad av andra barn, kamrater
- gör saker tillsammans (samarbetar)
- inga stabila vänskapsrelationer
- bunden till viktiga andra, betydelsefulla personer

Känslor:

- riklig fantasi (kan uppleva sig som omnipotent, allvetande)
- begränsad impuls kontroll
- bra differentierade känslor: glädje, ledsamhet, social ångest (ångest att misslyckas), skam
- mindre differentierade känslor: empati, skuld, samvete
- aggression riktas mot betydelsefulla andra

Personlighetsdrag:

- tvetydig individuation
- omoget själv
- primitivt jag (stelt överjag)

Kännetecken hos personer med lindrig utvecklingsstörning, IQ 50 - 70, utvecklingsålder (intelligensålder) 7 - 12 år:

Kognitivt:

- logiskt tänkande (orsak - verkan)
- läser, skriver, räknar på elementär skolnivå, lågstadienivå
- språket är konkret
- problem med abstrakt tänkande och att förstå komplexa situationer
- lär sig genom konkreta upplevelser och exempel

Socialt:

- bunden till viktiga andra, inte bara hemma utan även utanför hemmet
- beroende av betydelsefulla andra, deras uppfattning
- anpassar sig till regler, strävar efter att följa alla regler
- har inget behov av att tillhöra en grupp
- sociala ansvarskänslan är svag (svaga moraliska förpliktelser)
- lojal mot betydelsefulla andra

Känslor:

- har väldigt tydliga behov, intressen, önskningar
- här-och-nu är mest viktigt men det förflutna kan förklara nuet
- bra differentierade känslor: samvete, sexuell kärlek, empati
- problem att hantera aggression
- aggression riktas mot speciella människor

Personlighetsdrag:

- har kapacitet att ta en annans roll
- problem med autonomi

- "självet" är beroende
- "egot" är omoget (problem med internalisering av överjaget)

Beteenden ska inte patologiseras eller medicineras bort när de är normala för utvecklingen. Det finns ofta en stor skillnad mellan den kognitiva och den emotionella utvecklingen, den emotionella utvecklingen är oftast på lägre nivå. Om den emotionella utvecklingen är på en låg nivå och inte den kognitiva är något fel vilket bör ses över.

Vid en föreläsning av psykolog Carina Gustafsson och överläkare Sven Granat från KUP (Kunskapscentrum Utvecklingsstörning och Psykiatri), Uppsala tog man bl a upp frågan varför psykiatrisk diagnos sällan ställs när personen har en utvecklingsstörning. Gustafsson och Granat har i sitt arbete bl a uppmärksammat att personal i gruppboende söker hjälp när det uppstår problem i relationen till den utvecklingsstörde personen d v s ofta på grund av aggressivitet eller störande beteende. Depression orsakar inte så stora problem som aggressivitet varför man inte så ofta söker hjälp för detta. Den läkare som tar emot i öppenvårdspsykiatri kanske endast har träffat ett fåtal personer med utvecklingsstörning och har ofta en felaktig förväntan när det gäller symtom p g a utvecklingsstörningen, tror att symtomen beror på utvecklingsstörningen. Personer med utvecklingsstörning kan sällan beskriva sina symtom och medföljande personal kan också ha svårt att välja ut rätt information för diagnos. Om en person med utvecklingsstörning blir inlagd på psykiatrisk klinik för observation upphör ofta det aggressiva och stökiga beteendet till en början, personen blir lugnare eftersom den främmande miljön kan ha en hämmande inverkan, det finns även mer personal på psykiatrisk avdelning än i ett gruppboende. Personalen, läkaren kan då få svårt att förstå orsaken till inläggningen, man kan inte se några tecken på psykiatrisk sjukdom och skriver då ut patienten. Ibland kan det vara bättre att tillfälligt förstärka personalen i gruppboendet än att lägga in personen på en psykiatrisk avdelning för att kunna ställa diagnos.

Enligt Gustafsson och Granat är följande frågor viktiga att beakta vid diagnosticeringen:

- * Personer med utvecklingsstörning är sårbara för hela spektrumet av psykiska störningar enligt det diagnostiska klassifikationssystemet DSM-IV.
- * Det är inte diagnostiskt eller i behandlingshänseende meningsfullt att tillskriva symtomen eller det avvikande beteendet enbart till utvecklingsstörningen.
- * Uppkomsten av och drivkraften bakom symtomen kan bero på flera orsaker. En biologisk sårbarhet, den individuella psykologiska dynamiken samt samspillet med miljöfaktorer.
- * En intellektuell funktionsnedsättning innebär inte automatiskt att personen med avvikande beteende lider av psykoorganiskt syndrom (enligt DSM-IV). Den intellektuella funktionsnedsättningen har varit livslång men symtomen har oftast debuterat vid något senare tillfälle i livet. När debuterade det? Hur ser symtombilden ut?

Det är möjligt att symtomen eller beteendena styrs av felaktig inlärning eller brister i omgivningen. Det ska dock gå att särskilja från psykisk störning eller kroppsliga sjukdomar enligt Gustafsson och Granat....

- a/ om symtomen, beteendena kvarstår oberoende av vilka situationer som personen befinner sig i, så är det sannolikt en psykisk störning, psykisk sjukdom
- b/ det är med all sannolikhet en psykisk sjukdom om beteendet, symtomet inte försvinner efter insatser med beteendeterapi
- c/ om hallucinationer förekommer finns det stor sannolikhet för psykisk sjukdom (kan dock vara svårt att fastställa hos personer med utvecklingsstörning)
- d/ om det finns autonoma symtom (hög puls, svettningar, skakningar m m) är det med stor sannolikhet en psykisk sjukdom eller en somatisk åkomma
- e/ somatisk smärta - effekten av kronisk smärta kan ge symtom och avvikande beteende
- f/ drastiska kroppsliga förändringar vad gäller t ex sömn, sexualitet, hunger m m kan bero på psykisk eller somatisk sjukdom

Gustafsson och Granat beskrev vid föreläsningen olika symtom vid psykiska störningar hos personer med utvecklingsstörning som jämfördes med symtom hos normalbegåvade.

Symtom vid depression:

Normalbegåvade:

1. Nedstämdhet
2. Minskat intresse
3. Förändring av vikt och aptit
4. Sömnstörningar (vaknar tidigt eller ökad sömn)
5. Psykomotorisk förändring (pratar och rör sig långsammare)
6. Trötthet
7. Värdelöshetskänslor
8. Koncentrationssvårigheter
9. Dödstankar, självmordstankar

Personer med utvecklingsstörning:

- Spontan gråt
- Apati, likgiltighet
- Samma
- Samma
- Samma
- Minskad aktivitet
- Ökat självskadande beteende
- Rigiditet
- Rädsla, ökad rädsla

Symtom vid mani:

Normalbegåvade:

1. Storhetsidéer
2. Minskad sömn
3. Pratsam
4. Tankeflykt (byter samtalsämne ofta)
5. Avledbarhet (svårt att fullfölja arbetsuppgifter)
6. Ökad målinriktad aktivitet
7. Överdrivet engagemang i lustbetonade aktiviteter

Personer med utvecklingsstörning:

- Samarbetar sämre (klarar ADL sämre, fungerar sämre på dagcenter)
- Samma
- Samma
- Ökad aggressivitet
- Samma
- Ökad aktivitet
- Bifasiskt förlopp

Symtom vid schizofreni:

Normalbegåvade:

1. Vanföreställningar
2. Hallucinationer
3. Osammanhängande tal
4. Känslöavflackning
5. Passivitet

Diagnossvårigheter hos personer med utvecklingsstörning:

- Utvecklingsstörda kan ha fantasier som liknar barns
- Kan ofta ej berätta
- Kan bero på utvecklingsstörningen
- Kan bero på utvecklingsstörningen eller depression
- Kan bero på utvecklingsstörningen eller depression

Man bör se till individens totala livshistoria för att få en förståelse av individens psykiska fungerande. För normalbegåvade som fått en psykisk störning och för förståelse av dess uppkomst, är det viktigt att veta något om personens tidigare historia och dennes aktuella livssituation - samma bör ju gälla vid förståelsen för och uppkomsten av psykiska störningar hos personer med utvecklingsstörning.

Kommunikationssvårigheter i sig självt resulterar ofta i depressiva symtom såsom aggression och aktivt eller passivt undandragande (McGee & Menolascino, 1990). Mc Gee & Menolascino har funnit åtta beteenden som förknippas med depression hos personer med lindrig utvecklingsstörning: minskat antal ord som talas, irritation, somatiska åkommor, dålig skötsel, negativ självuppfattning, dålig ögonkontakt, brist på emotionellt tonfall och tallatens. Vid mer svåra former av utvecklingsstörning kan uttrycken för depression vara mer svårbestämt och kan observeras som självstimulering, självskadande beteende, hyperaktivitet.

En existentiell förståelse för depression hos personer med utvecklingsstörning baseras på en rad kritiska frågor, relaterade till livssituationen: meningslöshet, ensamhet, brist på val/alternativ, döden, känslor av att inte höra hemma någonstans m m.

Personer med utvecklingsstörning har ofta svårt att verbalt kommunicera dessa känslor men deras metakommunikation kan kraftfullt tala om mening eller meningslöshet, vänskap eller ensamhet, beroende eller oberoende: dessa uttryck är uppenbart tydliga och inte enbart i personernas ord utan även i deras rörelser, gester, tonfall, blick.

Gardner och Griffiths (1997) har i sin forskning funnit att depression förekommer minst lika ofta hos personer med utvecklingsstörning som hos normalbegåvade, troligtvis är det mer vanligt förekommande hos personer med utvecklingsstörning. Vanlig debut av depression är i 20 - 40 års åldern. Förlust av färdigheter kan vara tecken på depression, depression kan ingå som ett psykotiskt symptom. Hos mindre verbala personer förekommer mer fysiska reaktionssätt vid depression. Svårt självdestruktiva personer kan ha en depression i botten, enligt deras forskning. När man ställer krav som den utvecklingsstörde ej klarar av under depressionen kan detta leda till aggressivitet.

Depression hos personer med utvecklingsstörning kan orsakas av samma etiologi som hos normalbegåvade personer, men det finns faktorer som är unika för personer med utvecklingsstörning: biologiska, organiska, psykosociala och utvecklingsfaktorer som även kan spela en etiologisk roll (Dosen & Menolascino, 1990).

Personer med svår och djup utvecklingsstörning tenderar att uttrycka mer primitiva symptom vid depression, medan personer med lindrig eller måttlig utvecklingsstörning uppvisar symptom som är liknande de som finns hos icke-utvecklingsstörda personer. Personer med lindrig utvecklingsstörning får ofta fungera på toppen av sin förmåga, de måste nästan alltid göra det för att klara sig. Detta påverkar hela individen både själsligt och kroppsligt, det leder till en ökad stressnivå.

Känslan, insikten om att ha en utvecklingsstörning leder ofta till depression. Ofta är depression en vanlig källa till svåra beteendestörningar (Sommarström, m fl 1993). Personer med utvecklingsstörning är ofta väldigt ledsna och förtvivlade över sitt öde, ensamheten värker i dem. När man är så ledsen att man inte vågar närma sig sin ledsenhet leder det ofta till aggressivitet. De har inte alltid ord för sina känslor och är väldigt rädda för sin egen ilska. Många har svårigheter att vara ledsna utan att bli våldsamma.

Det kan finnas en bakomliggande biologisk orsak till problemen utvecklingsstörning och psykisk störning, men handikappet medför att personen utsätts för stora psykosociala påfrestningar under uppväxtåren och i vuxen ålder, som även bidrar till ökad sårbarhet för psykiska störningar.

Det trauma som utvecklingsstörningen innebär, aktualiseras hela tiden i livet i samband med olika livshändelser. Levitas beskriver olika psykosociala kriser som kan utvecklas hos personer med utvecklingsstörning:

- diagnos är ställd
- syskons födelse
- skolstart
- pubertet, tonåren
- sex och dating
- att bli överträffad av sina syskon
- skolavslutning
- att flytta hemifrån
- orimliga förväntningar
- åldrande, sjukdom
- föräldrars död
- vänners död

- början av psykisk sjukdom

Lagerheim (1988) beskriver olika kriser som barn och ungdomar med funktionshinder genomgår under sin utveckling (för barn och ungdomar med utvecklingsstörning inträffar kriserna några år senare). "9-årskrisen" börjar ofta med oro, olust och aggressivitet vid 8-års åldern. Något år senare blir barnet mer inåtvänd och ledsen, får psykosomatiska symtom som ont i magen eller liknande, blir trötta eller olustiga. Tonårsperioden är en svår tid för ungdomar med funktionshinder p g a vetskapen om den permanenta skillnaden jämfört med kamrater, svårigheterna att delta i fritidsaktiviteter, konflikt och förvirring vad gäller sexuell mognad.

Ungdomar med funktionshinder har ofta en depressiv period i 15-årsåldern och även på gränsen till vuxenlivet.

Gardner & Griffiths (1997) beskrev att 18 -24 års åldern är en mycket sårbar tid för personer med utvecklingsstörning. Att se sina kompisar, syskon börja andra skolor, få jobb, partners m m när man själv inte har den möjligheten, medför en ökad sårbarhet för psykiska symtom. När man flyttar (hemifrån, slutar skolan, mellan olika gruppboende, byter dagcenter m m) bryts olika band som kan ha varit bra, vilket kan leda till mer ensamhet och eventuellt depression.

Enligt Day (1990) är de vanligast presenterade kännetecknen hos personer med utvecklingsstörning vid psykotisk depression deprimerad sinnesstämning, reducerad aptit och vikt förlust, sömnstörning med tidigt vaknande på morgonen, socialt undandragande, förlust av intressen, psykomotorisk retardation (med depressiva stupor och mutism). Irritation och oro med aggressivitet och vredesutbrott kan förekomma. Inbillad skuld och förföljelse förekommer även och kan vara förenat med hörselhallucinationer som hotar, skämmer, är kritiska eller varnar för katastrof, olycka. Känslor av hopplöshet, självföreläsa, dödstankar och suicidtankar kan vanligtvis upptäckas vid en noggrann intervju eller som man kan sluta sig till från allmänt uppträdande. Atypiska kännetecknen är vanligt förekommande hos personer med utvecklingsstörning och kan skapa svårigheter vid diagnosticering, enligt Day. Regression, med sökande av uppmärksamhet och omoget/barnligt klängande beteende, bristande urin- och tarmkontroll, försämring av den personliga karaktären, förlust av tidigare sociala färdigheter är vanligt vid depression hos personer med utvecklingsstörning. Även störningar i sättet att gå, hysteriska utbrott och aggressiva utagerande beteenden, negativism, robot-liknande sätt att svara, selektiv mutism kan ses som atypiska kännetecken. Affektiva psykosor förekommer hos personer med utvecklingsstörning med samma frekvens som i den allmänna populationen.

DesNoyers Hurley (1997) har sin forskning kring psykotiska symtom och hallucinationer hos personer med utvecklingsstörning kommit fram till att det ofta är omöjligt att identifiera psykotiska kännetecken som hallucinationer då dessa upptäcks genom verbal självrapportering och detta är inte alltid tillgängligt hos personer med utvecklingsstörning, eller av begränsat värde p g a den begränsade kommunikationsförmågan. Den psykiatriska intervjun byggs i hög grad på verbal kommunikation, även om observation av kroppsspråk och affekter kan åberopas på alla nivåer. Svårigheterna för personer med utvecklingsstörning vad gäller insikt, att benämna känslor, förstå sambandet mellan deras perceptioner, känslor och beteenden medför att de ger otillräckliga och inkorrekta svar. Det kan vara svårt för en person med utvecklingsstörning att förstå begreppet hallucination, de kanske inte känner igen det fast det kan förekomma aktiva hallucinationer.

Många personer med utvecklingsstörning pratar ofta med sig själva och detta är troligtvis samma fenomen som man finner hos barn under 5 år enligt Hurley. Barn säger ofta att de har en låtsaskompis, vilket även kan finnas hos vuxna personer med utvecklingsstörning. Den försenade utvecklingen som man ser hos personer med utvecklingsstörning kan leda till att andra tror att personen är psykotisk eller svårt störd när beteendet kan vara normalt för utvecklingsåldern.

Sovner & DesNoyers Hurley (1986) tar bl a i sin artikel upp de problem som en feldiagnosticering av schizofreni hos en person med utvecklingsstörning kan medföra. Ett resultat av en feldiagnos kan bli att personen med all sannolikhet behandlas med neuroleptika vilket kan leda till allvarliga biverkningar. Sovner & DesNoyers Hurley menar att många beteendestörningar som utvecklas hos personer med utvecklingsstörning är icke-specifika effekter av utvecklingssvårigheter såsom bristande kommunikationsfärdigheter. Detta tar ej DSM-111 hänsyn till då det är utvecklat för normalbegåvade personer med psykiska störningar.

Många personer med utvecklingsstörning har medicinerats i årtal utan att man vet vilken psykisk sjukdom, störning som ligger bakom. Detta kan leda till att en person som har ett funktionshinder blir sederad så handikappet förvärras. Rätt stöd och behandling försvagas när man inte har rätt diagnos. Neuroleptika har varit vanligt att man gett till personer med utvecklingsstörning trots att de ej varit psykotiska.

Beteendestörningar vid MBD/DAMP och ADHD är dels direkta uttryck för individens avvikande hjärnfunktioner dels psykologiska följdverkningar av att växa upp med denna typ av handikapp (Duvner, 1997). Direkta följder av funktionsstörningen kan t ex vara försämrad förmåga att hantera en mängd situationer i vardagen. Perceptionsstörningar kan ge obehagliga, svårtolkade och ibland ångestladdade upplevelser. Ofta visar barn med MBD/DAMP och ADHD under hela sin uppväxt ända upp i vuxenlivet en omogenhet i beteendet enligt Duvner. Detta gäller lek och intressen, sätt att relatera, lösa konflikter, tåla frustration och agera utifrån mer långsiktiga mål. Det gäller även om man ser på psykiska försvar och andra jagfunktioner ur ett psykodynamiskt perspektiv. Många får i vuxenålder en borderlinediagnos och viss översjuklighet finns för depression, tvångssyndrom, manodepressiv sjukdom, psykosgenombrott. Tillfälliga förvirringstillstånd och depressioner kan förekomma p g a nedsatt förmåga att hantera påfrestningar i vardagslivet, som för andra människor kan te sig som normala händelser. Duvner skriver vidare att överaktivitet och koncentrationssvårigheter försämrar barns möjligheter att utveckla sin sociala förmåga. Tillvaron blir fragmenterad genom den korta koncentrationen, det blir svårt att uppfatta sammanhang. Reflekterande och planering av beteendet störs av intryck som tränger sig på och av impulshandlingar. Barnet blir självcentrerat, ser inte konsekvenserna av sina handlingar och följer inte givna regler.

Det övergripande målet för alla behandlingsåtgärder bör enligt Duvner alltid vara att bevara och utveckla personens självkänsla (jag duger, jag kan) och initiativlust (jag vill). Man måste satsa på att stimulera personens förmågor och inte bara se svårigheterna. Ofta får personen arbeta på marginalen av sin förmåga för att kunna prestera som andra vilket kan göra dem alldeles utmattade. Viktiga förutsättningar för psykiskt välbefinnande är bl a att man lever i ett begripligt sammanhang med lagom anpassade krav och med möjlighet att påverka sin situation.

Epileptogen störning som man ej uppmärksammat fanns hos 50 % av de personer med utvecklingsstörning som remitterats till det psykiatriska öppenvårdsteamet för personer med utvecklingsstörning, på Mölndals sjukhus. Man hade även sett att olika somatiska problem (förstoppning, huvudvärk, allergier m m) samt sinnesdefekter (hörsel, syn) som ej åtgärdats kunde resultera i olika former av beteendeproblem. Med rätt behandling av dessa besvär kunde olika beteendeproblem minskas.

Wessely & Bergvall (1998) uppmärksammade bl a i sin undersökning (HAPSY projektet) att sju av åtta deltagare (personer med lindrig utvecklingsstörning och svagbegåvade personer med psykisk problematik) hade olika former av synproblem vilket kan påverka allmäntillståndet i form av psykisk och fysisk trötthet. Det är även vanligt med spänningstillstånd som drabbar bl a nackmuskulaturen vilket i sin tur kan leda till irritabilitet och aggressiva utageranden. I deras undersökningsgrupp fanns tecken på huvudvärk, yrsel, irritation och allmänt nedsatt funktion vilket blev kvalitativt sett väsentligt bättre efter

neurooftamologisk intervention, då personerna fick iakttagbart förhöjd prestation med ökad uthållighet och ett lugnare beteende.

Personer med utvecklingsstörning är mer sårbara än andra för övergrepp (Cooke & Sinason, 1998) p g a beroendet av andra människor för personlig omvårdnad, svårigheter när det gäller kommunikation, brist på sexualkunskap, samt skuld och skam över att ha en utvecklingsstörning. I en undersökning fann man att 4 -5 % av personerna med utvecklingsstörning hade blivit utsatta för sexuella övergrepp.

En person som blivit utsatt för sexuellt övergrepp kan uppvisa symtom som ökad upptagenhet kring sexualitet, sexuellt olämpligt beteende och/eller undvikande beteende. De kan bli aggressiva mot sig själva eller andra, bli tillbakadragna, lida av sömnstörningar, förlora tidigare kunskaper, förmågor och få en lägre funktionsnivå.

Bristande sexualkunskaper kan innebära att de inte förstår vad som händer med dem.

Självskadande beteende förekommer hos 10 % av personer med utvecklingsstörning och leder till allvarliga skador hos ca 4 %. Självskadande beteende kan ha samband med hjärnskador men även somatiska komplikationer, ogynnsamma förhållanden, understimulering, begränsad möjlighet att kommunicera kan vara bidragande orsaker till det självskadande beteendet. Självskadande beteende ingår i en depressiv symtombild. Beteendet bör alltid föranleda en analys av individens totala livssituation.

Inom barn- och ungdomspsykiatri runt om i hela västvärlden, har man sett en ökad tendens till självskadande beteende hos unga flickor som skär sig själva. Det självskadande beteendet ses som ett sätt att kontrollera en livssituation de inte riktigt klarar av. Det handlar inte om ett självmordsbeteende utan de skär sig för att få uppleva smärtan, lindra ångest - att i den yttre, kontrollerbara smärtan avlasta den inre okontrollerbara smärtan. Enligt läkare handlar det om personer med stark ångest som samtidigt känner ett väldigt självhat (personlig kontakt med personal på avd 31, Universitetssjukhuset i Lund).

1.3. Emotionell intelligens

Man kan aldrig vara helt säker på den exakta effekten av organiska begränsningar hos någon person med funktionshinder. Ofta finns det en stor diskrepans mellan hur vi är och hur vi kunde vara om vi inte underskattade vår egna kapacitet. Sinason & Stokes (1993) anser att det är meningsfullt att skilja mellan kognitiv och känslomässig intelligens. Personer med funktionshinder som har begränsade kognitiva förmågor kan vara kapabel till emotionell förståelse och kunskap. En akademisk briljant person kan å andra sidan ha bristande emotionell förståelse, intelligens.

Den emotionella intelligensen handlar om hur individen använder den begåvning han eller hon är utrustad med och hur personen kommunicerar och förhåller sig till omvärlden (Sinason, 1986, 1992). Känslomässig intelligens har att göra med förståelsen av den egna och andras känslomässiga fungerande. Om den känslomässiga förståelsen utvecklas kan personen närma sig sitt sanna själv. Sinason betonar att alla människor har möjlighet till utveckling och känslomässig intelligens. Hon anser att om man skapar en tillräckligt god terapeutisk miljö kan även personer med svår utvecklingsstörning utveckla ett inre känslomässigt liv.

Goleman (1997) beskriver emotionell intelligens som olika förmågor som att kunna motivera sig själv och framhärda trots motgångar, att kunna kontrollera impulser och uppskjuta behovstillfredsställelse, styra sitt humör, se till att oro och ångslan inte påverkar ens tankeförmåga, att känna empati och hopp. Goleman menar att emotionell intelligens kan ha lika stor betydelse som intellektuell begåvning och ibland t o m större. Emotionell intelligens är enligt honom en meta-förmåga som avgör hur väl vi kan utnyttja de övriga förmågor som vi har. Personer med emotionell begåvning vet vad de själva känner och kan behärska sina

känslor och kan även avläsa och handskas med andra människors känslor. Att kunna hålla de negativa känslorna i schack är enligt Goleman nyckeln till emotionellt välbefinnande. Det är proportionerna mellan de positiva och de negativa känslorna som avgör graden av välbefinnande. Människor som är fångade i oroliga, arga eller deprimerade tillstånd har svårt att ta in information på ett effektivt sätt; de får svårare att lära sig något, arbetsminnets (närminnets) effektivitet minskar. Känslorna kan begränsa eller öka vår förmåga att tänka och planera, lösa problem m m och de avgör därmed i vilken omfattning vi kan utnyttja våra medfödda mentala förmågor och hur vi klarar oss i livet. Förmågan att uppskjuta behovstillfredsställelse bidrar i hög grad till den intellektuella utvecklingen. För mycket och för lite oro försämrar tankeförmågan och minnesförmågan hos personer enligt olika forskningsresultat.

Om man saknar den känslomässiga intelligensen har man svårt att använda sin kognitiva begåvning (Berglund, m fl 1998). Den känslomässiga intelligensen uppfattar, tolkar och lagrar den information man får om och från omvärlden, den bildar grunden för personligheten och styr tänkandet.

Gardner (1994) vände sig mot IQ-synsättet - att människor antingen är begåvade eller dumma, att intelligensen är bestämd från födseln, att det inte är mycket man kan göra för att påverka den och att tester visar om man är en av de begåvade eller ej. Detta ger en begränsad syn på intelligensen; en syn som inte tar hänsyn till den uppsättning förmågor och talanger (förutom intellektuell begåvning) som har betydelse i livet. Gardner hävdade att det finns ett brett spektrum av olika former av intelligenser som är avgörande för framgång i livet. Han benämner de viktigaste "sju intelligenserna" för lingvistisk intelligens, logisk-matematisk intelligens, spatial förmåga, kinestetisk genialitet, musikalisk talang, interpersonell begåvning och intrapersonell förmåga.

Den språkliga intelligensen (lingvistisk intelligens) innefattar olika aspekter av språket som känslighet för ordens innebörd, lyhörddhet för ordens ljudkvalitet, rytm och tonhöjd, förmåga att följa de grammatiska reglerna, förmåga att förstå och utnyttja de olika funktioner som språket har.

Logisk-matematisk intelligens kan spåras till människans första möte med objektvärlden, dvs. den fysiska omgivningen. "Människan går under sin utveckling från hanterande av fysiska objekt till matematiska satsar, från direkta handlingar till förhållanden mellan tänkta handlingar och från den sensorisk-motoriska världen till den abstrakta. Till sist når hon logikens och vetenskapens upphöjda sfärer." (Gardner, 1994, s. 118).

Centralt i den spatiala intelligensen är förmågan att korrekt uppfatta den visuella världen, utföra omvandlingar och modifiera objekt som man varseblir och återskapa dem oavsett om de är synliga eller inte. Spatial intelligens omfattar en rad mer eller mindre besläktade mekanismer som förmågan att känna igen samma objekt under olika omständigheter, förmågan att omvandla objekt och känna igen förändrade former, förmågan att framkalla mentala bilder och manipulera dessa, förmågan att grafiskt avbilda spatial information m m. Den kroppslig-kinestetiska intelligensen handlar om förmågan att kunna använda sin kropp på varierade och komplicerade sätt. På senare år har man betonat att det finns ett starkt samband mellan kroppskontroll och utveckling av kognitiva förmågor.

Av alla talanger som en person kan ha finns det ingen som gör sig bemärkt lika tidigt i livet som den musikaliska intelligensen enligt Gardner. Även om barnet har ett funktionshinder, är svårt stört kan det ha en isolerad rest av musikalisk intelligens.

När det gäller de personliga intelligenserna (intra- och interpersonell intelligens) beskriver Gardner interpersonell intelligens som "förmågan att förstå andra människor; vad som driver dem, hur de arbetar, hur man samarbetar med dem. Intrapersonell intelligens är motsvarande förmåga vänd inåt. Det är förmågan att skapa en exakt och sann bild av sig själv och att kunna använda den bilden för att fungera väl i livet". Han beskriver kärnan i den interpersonella intelligensen som "förmågan att avläsa och reagera adekvat på andra människors sinnesstämningar, temperament, drivkrafter och önskningar". Intrapersonell

intelligens karakteriserades av bl a "tillgång till och förmåga att skilja på de egna känslorna och kunna använda dem för att styra sitt beteende". Förmågan att använda symboler har enorm betydelse för de personliga intelligensernas utveckling enligt Gardner.

Allt samförstånd och all förståelse som är grunden till omtanke och omsorg bygger på känslomässig lyhörddhet, förmågan till empati. Nyckeln till att förstå en annan människas känslor ligger i förmågan att kunna avläsa icke-verbala tecken som tonfall, gester, ansiktsuttryck m m. Nästan redan som nyfödda blir spädbarn upprörda när de hör andra barn gråta vilket kan uppfattas som den tidigaste föregångaren till empati. Ett tre månader gammalt barn kan fånga upp och spegla olika stämningar. Redan från de första levnadsdagarna erfar spädbarnet ett helt spektrum av känslor. Alla normala barn har en bred repertoar av miner och uttryck som troligtvis motsvarar bestämda tillstånd i kroppen. Denna repertoar av tillstånd (att barnet känner, att det känner olika vid olika tillfällen och att det så småningom förknippar känslor med bestämda upplevelser) är den första trevande kontakten med den intrapersonella intelligensens sfär. Variationer i upplevelser är en förutsättning för att barnet senare ska upptäcka att det är en separat personlighet med unik identitet. Långvarig avsaknad av samspel mellan barn och föräldrar är en stor emotionell påfrestning för barnet.

Under det första levnadsåret knyts starka känslomässiga band mellan mor och barn vilket visat sig vara ett villkor för normal utveckling och rötterna till en kunskap om det egna jaget. Om barnet plötsligt skiljs från modern eller upplever att en främmande vuxen hotar relationen blir barnet oroligt. Gradvis försvagas bandet och barnet vågar sig längre ut i världen. Den grundläggande gemenskapen mellan mor och barn kan ses som naturens strävan att garantera normal utveckling av de personliga intelligenserna enligt Gardner.

1.4. "Sekundära handikapp"

Ett flertal rapporter (Hollins, 1990; Sinason, 1986, 1988, 1992; Sommarström, m fl 1993; Spensley, 1985; Zenker, 1993) har på ett övertygande sätt visat att handikappet väcker mycket smärta, depression och känslor av förlust av normalitet. Dessa och andra känslor kan påverka såväl kognitiva som känslomässiga förmågor vilket leder till utvecklandet av försvarsmekanismer, misslyckade försök att hantera det primära handikappet, det Sinason benämner som "sekundära handikapp". På grund av de sekundära handikappen kan personen framstå som mer utvecklingsstörd/handikappad än vad han/hon egentligen är. Sekundära handikapp kan vara försämring vad gäller fysisk rörelse, affekter, jagfunktioner, känslouttryck, relationer, kommunikation, kroppsspråk, mimik, impulsivitet, nyfikenhet, ökad aggressivitet och självdestruktivitet m m.

Psykoterapeutisk behandling kan bidra till en reduktion av sekundära handikapp samt främja en personlig utveckling. Sinason anser att det som förändras hos klienten under det första psykoterapeutiska året, kan ses som sekundära handikapp.

Sinason (1986, 1988, 1991, 1992) beskriver tre huvudgrupper av sekundära handikapp: Handikapp som försvar mot trauma - "Handicap as a defence against trauma".

Upplevelsen av trauma är så svårt att bearbeta, att maniskt leende och aktivitet hos klienten eller omvårdnadspersonen blir en mekanism som sätts igång för att undvika depression. Det är svårt för personal att se personer med utvecklingsstörning ledsna, man försöker skyla över istället för att prata om varför de är ledsna. Detta kan leda till att de utvecklingsstörda personerna utvecklar det "handikappade leendet" vilket leder till en falsk självbild. Det som göms bakom "handikappade leendet", är enligt Sinason ilska och bakom den sorgen kring handikappet. "The stupid smile" kan ses som reaktionsbildning, dvs. att hålla den ej önskvärda känslan borta från medvetandet genom att överbetona dess motsats (Berglund, m fl 1998).

Handikapp som försvar mot trauma kan även ses vid sexuella övergrepp. Regression till ett mer handikappat beteende, tillstånd kan vara en reträtt från traumatiska upplevelser.

Inlärningssvårigheter kan ha sitt ursprung i olika sexuella eller fysiska övergrepp. Att bli "dum" blir ett försvar för att slippa tänka, se, förstå hemska saker. Men, det är ett dåligt försvar då det innebär att möjligheten att kommunicera, få hjälp och förståelse fråntas individen. Ett "utvecklingsstört tillstånd" används då som försvar mot minnet av fysiska, emotionella eller sexuella övergrepp.

Att överdriva handikappet som ett försvar - "Mild secondary handicap".

Det är viktigt att kunna skilja mellan det handikappade och det icke-handikappade självet. En person med handikapp kan vara i ett tillstånd där handikappet dominerar och i ett annat tillstånd där ett mer förnimmade och mindre skadat själv dominerar. Hos omgivningen kan detta uppfattas som en intuitiv känsla av att personen kan mer än vad hon vill visa, att det finns någon annan bakom det handikappade beteendet. Då handikappet kan ses som ett tillstånd vilket människor rör sig ut och in ur, kanske det icke-handikappade tillståndet sällan ses.

En faktor som hindrar utveckling är det överdrivna sekundära handikappet som försvar. En klient som Sinason arbetade med i psykoterapi hade lindriga talsvårigheter som berodde på en cp-skada. Klienten upplevde att skillnaden mellan hans röst och en normal röst var så outhärdlig så han överdrev graden av sina talsvårigheter. En annan klient överdrev sitt handikapp så man knappt kunde höra vad han sa vilket medförde att han gjorde narr av andra människor. Istället för att vara ett offer för sitt handikapp fann han ett sätt att handikappa andra.

Att ha ett handikapp innebär att ha någonting som ingen kan ha personligt ansvar för. Om inte detta trauma genomarbetas kan det istället finnas en önskan att ta sin tillflykt till omnipotent tänkande. För att handskas med förlusten av självbestämmande skapas en ny kopia av handikappet eller så överdrivs det verkliga. Detta leder till en känsla av kontroll, vilket skapar en omnipotent fantasi att om en del av ens handikapp kan bli viljemässigt skapad eller förstörd, så kan det verkliga handikappet på liknande sätt försvinna med viljans hjälp. En annan viktig användning av handikappet på detta sätt är att man hänger kvar vid ett omoget sätt att vara eller relatera som ett försvar mot farliga impulser som sexuella eller våldsamma känslor.

"Opportunist handicap".

"Opportunist handicap" döljer en mer ödeläggande användning av handikappet för att uttrycka hat och avund. Till det ursprungliga handikappet har knutits en allvarlig personlighetsstörning som är förenat med handikappet. Handikappet kan antingen uttömma inre resurser eller mer allvarligt, inte bara uttömma resurser utan även väcka och dra till sig störningar. Handikappet kan bli en magnet för alla emotionella svårigheter och störningar som individen har. I denna svåra konstellation finner man vanligtvis avund mot normalitet, hat inför föräldrarnas sexualitet som skapade dem och vägran, svårighet att sörja eller kännas vid förlusten av det friska självet, normalitet. En man med handikapp som Sinason arbetade med i terapi, krävde att få en "riktig kvinna", en som ej var handikappad. Hans självhat gentemot sitt handikapp hade ej bearbetats utan projicerades på kvinnor med handikapp. Att möta sina egna begränsningar är smärtsamt, det väcker mycket avund mot "normala".

1.5. Psykoterapi för personer med utvecklingsstörning

Symington (1981, 1993) menade att det hos den handikappade personen kunde finnas en aktiv kraft som blockerade utvecklingen av intelligens. Med detta avsåg han att intelligensen kunde vara ett hot mot personen då emotionella problem förelåg. Emotionella problem kan påverka användandet av begåvningen, intelligensen. Symington tar vidare upp myten som funnits om att en hög intelligenskvot skulle vara nödvändigt för psykoterapi, något han bestämt avvisar. De erfarenheter Symington hade var att personer med utvecklingsstörning uppnådde förändringar snabbare jämfört med andra. Symington uppmärksammade även att terapeuterna behandlade personer med utvecklingsstörning med nedlåtande och

överbeskyddande attityder vilket var ett större handikapp än vad själva begåvningshandikappet utgjorde. Symington ansåg att det som är statistiskt och oföränderligt ofta handlar om folks förväntningar på att förändringar inte kan ske, den misströstan som kan finnas hos de som är engagerade i arbetet med människor med utvecklingsstörning. Det är viktigt att människor som arbetar med personer med utvecklingsstörning är medvetna om vilka känslor och attityder handikappet väcker hos dem, för att kunna hjälpa personerna på bästa sätt.

Spensley (1985) tog upp faran med klassificering av människor utifrån IQ-värden, då dessa värden inte tar hänsyn till etiologi eller utvecklingsmöjligheter. Brister i symboliseringsförmågan är karakteristiskt för såväl psykotiska som patienter med hjärnskador. Tidiga psykosor kan ha en ödeläggande effekt på förmågan att lära och utvecklas.

Begåvningshandikapp och inlärningssvårigheter kan ha sina rötter i olika känslomässiga utvecklingshinder, enligt Spensley. IQ-begreppet leder till betoning av träning som kompensation för den tänkta förlusten av fungerande och till "träning för utveckling".

Spensley menar att man inom verksamheter för personer med utvecklingsstörning kan ha nytta av ett psykoanalytiskt synsätt och att betoning av träning och undervisning borde minska till förmån för hänsynstagande till den emotionella utvecklingen.

Sternlicht (1965) tar i sin artikel upp misstaget som gjorts när man trott att psykoterapi kräver (minst) normal intelligens. Sternlicht anser att psykoterapi med intellektuellt funktionshinder kan börja med att man konsulterar de personer som den funktionshinderade är beroende av och att psykoterapi med vuxna personer med utvecklingsstörning kan användas på samma sätt som för barn, då de faktiskt är beroende av sina föräldrar och personal. Sternlicht förespråkar olika psykoanalytiska tekniker som inte begränsas av verbala svårigheter som fingermålning, teckning, dansterapi, lekterapi, psykodrama, jag-stödande terapi, relationsterapi.

Sinason (1992) menar att det finns möjligheter att föra samtal även om begåvningen är begränsad. Allt beteende har en mening och det är det terapeutiska arbetet att försöka översätta detta, att försöka hjälpa den handikappade personen att återfinna meningen med sitt liv. Terapin kan ge möjlighet att erövra symboliseringsförmågan genom att lyssna, försöka tolka och sätta ord på det som sägs på icke-verbal nivå.

Terapeuten tolkar gester och beteenden, klienten visar genom t ex ändrad kroppshållning och ansiktsuttryck om terapeuten träffat rätt med sin tolkning. Psykoterapi syftar till att öka förmågan att erkänna, stå ut med och uttrycka sina känslor och därmed stödja de inre läkande krafterna. Genom att tillsammans med en annan person få hjälp med att sätta ord på sina känslor och få berätta om sina upplevelser, sin historia kan det psykiska välbefinnandet öka och leda till bättre livskvalitet.

Sinason menar att möjligheten för personer med utvecklingsstörning att tillgodogöra sig psykoterapi, inte enbart handlar om personens förmåga eller hans intellektuella nivå utan det handlar mycket om terapeutens förmåga. Sinason anser att det är viktigt för terapeuten att han/hon arbetar med människor som han/hon känner till och tycker om.

Vid all psykoterapi måste vi möta människan där hon är och det första steget är att etablera kontakt och anknytning.

Genom att förstå de omedvetna psykologiska aspekterna som påverkar handikappet är det möjligt att ge psykoanalytisk psykoterapi till personer med utvecklingsstörning.

Enligt Sinason kan psykoterapi påverka den känslomässiga förståelsen men inte den allmänna intelligensen. Psykoterapi kan ge individen möjlighet att fungera på ett bättre sätt både kognitivt och emotionellt. Att få kontakt med känslor man tidigare undvikit gör att en människa blir hel och inte behöver fungera utifrån ett falskt själv eller en handikappad personlighet. Utveckling och förmågan till empati går parallellt med att en människa får kontakt med sin egen ledsenhet och sorg, att hon blir medveten om sådana känslor inom sig.

Störningar i tänkandet kan försvåra den känslomässiga objektkonstansen och utvecklandet av ömsesidighet i relationerna till andra.

Ju svårare handikapp desto större behov att arbeta med och förstå den motöverföring eller kommunikationssätt som patienten förmedlar till terapeuten.

Många personer med utvecklingsstörning känner sig trassliga inombords i tankarna och känslorna (Sommarström m fl, 1993). När man är trasslig inom sig är det svårt att veta varför man gör olika saker, det kan vara svårt att förstå samband och att berätta i ett sammanhang. Problematiken uttrycks ofta på ett konkret sätt. Inom terapins ram kan man få hjälp att reda ut trasslet. Kontakten med ledsenheten inom sig kan leda till att minnet kommer tillbaka, splittringen minskar, känslorna blir mer nyanserade. Sommarström m fl anser att psykoterapi med utvecklingsstörning snarare handlar om psykoterapi än neuroterapi.

Berglund m fl (1998) har i sitt arbete kommit fram till att likheterna är större än skillnaderna när det gäller psykoterapi med personer med utvecklingsstörning, att kulturkompetens och den generella psykoanalytiska kunskapen är viktig.

Det finns dock en stor skillnad mellan personer med utvecklingsstörning och normalbegåvade personer som har psykiska problem. Ofta kan man inte utgå från den utvecklingsstördes personens egna motivation och begäran om psykoterapi, de söker sällan terapi själva. Det är för det mesta personal, föräldrar eller andra personer i närmiljön som ser att personen med utvecklingsstörning har olika problem och som söker hjälp för honom/henne.

Objektrelationsteorins betydelse för det terapeutiska arbetet märks i betoningen på det subjektiva (Ekdahl, 1996). Det handlar om ett möte mellan två individer där båda deltar i en process och där båda påverkas av relationen. Inom objektrelationsterapi är det mer fokus på kontakten, mötet och förhållningssättet. Agerande, motstånd ses som ett sätt att berätta hur man mår. Objektrelationsteorins målsättning gör det möjligt att ingen ska uteslutas från psykoterapi av den anledningen att hon eller han anses vara för sjuk. Man ser inom objektrelationsteorin grunden för psykisk störning som brister i samspelet med den omgivande miljön. Människan ses som ständigt stadd i utveckling genom hela livet. I terapeutiskt arbete med personer med utvecklingsstörning försvinner inte funktionshindret utan här blir målsättningen att integrera upplevelsen av sitt funktionshinder och en upplevelse av ett fungerande själv.

Zenker (1993) arbetar med jagstödjande terapi, en terapi som leder till att olika jagfunktioner stärks så att personen utvecklas mot ökad individuation, självständighet.

De jagfunktioner Zenker beskriver är:

- förmågan att skilja mellan yttre och inre värld
- förmågan till differentierade känslor
- förmågan att härbärgera dysfori
- reglering av självkänslan
- uppskjutande av tillfredsställelse
- symboliseringsförmåga
- förmåga att kommunicera på olika sätt
- objektsanknytning
- försvarens avtrappning
- syntetiserande förmåga

Dosen (1997) har utvecklat "Developmental-dynamic Relationship Therapy" (DRT) som har sin utgångspunkt i teorier av Bowlby och Mahler. De antar att alla har ett existentiellt behov av anknytning till andra människor. Anknytningsteorin har en betydelsefull roll vid förståelsen av emotionella problem hos personer med utvecklingsstörning då det ofta är vanligt med svårigheter att skapa relationer hos dessa människor. Detta är en av anledningarna varför psykoterapi för personer med utvecklingsstörning fokuserar på personens tidiga relationer

(tidig anknytning, separation - individuation enligt Bowlby och Mahler). Vid psykodynamisk psykoterapi utifrån DRT fokuserar man på personens relationer, inte enbart med terapeuten utan även med andra personer i miljön där personen med utvecklingsstörning lever. Även vårdgivare kan involveras i psykoterapin och de kan då bryta den onda cirkeln av överföring och motöverföring genom stabilisering av relationen genom bra "parenting", omvårdnad. Det slutliga målet med behandlingen är inte enbart att minska symtomen utan även att livskvalitén ska öka.

Terapeuten ställer en utvecklingsorienterad diagnos och interagerar med klienten på den utvecklingsnivå personen befinner sig. Genom att interaktionen sker på klientens nivå och utifrån klientens behov försöker terapeuten att öka graden av kommunikation och att stimulera klientens känslomässiga utveckling vidare.

Terapeutens mål är att stimulera klientens utveckling som en social och unik personlighet och att stärka hans/hennes positiva jagkvaliteter. Samtidigt förser terapeuten klienten med en känslomässig trygghetsbas som klienten behöver vid olika situationer eller konflikter som klienten inte klarat av att lösa på egen hand. Gradvis kommer den tillitsfulla relationen med terapeuten att spridas till andra personer i omgivningen.

Man har funnit att DRT varit lämplig behandling när följande diagnoser var satta:

- anknytningsstörningar med beteendeproblem
- anknytningsstörningar med symtom av atypisk psykos
- depression vid anknytningsstörningar
- självdestruktivitet orsakat av problem med psykofysiologisk homeostas
- självdestruktivitet p g a anknytningsstörning
- depression orsakat av en störd individuationsprocess och inadekvat självdifferentiering
- psykotiska tillstånd p g a störd självdifferentiering
- beteendestörningar och psykiska störningar vid genomgripande störning i utvecklingen och utvecklingsstörning

Vuxna personer med utvecklingsstörning kan på samma sätt som barn vara utelämnade till andra, de har lite makt över sina egna liv (Levitas, 1997). Psykoterapi för vuxna personer med utvecklingsstörning kan baseras utifrån barnpsykoterapeutiska tekniker enligt Levitas. Man har kontakt med såväl föräldrar som personal som är involverade i personens liv. I psykoterapier, bedömningssamtal och i allt arbete med personer med utvecklingsstörning är det viktigt att skapa en relation och arbeta med överföring och motöverföring.

Motöverföringsreaktioner kan vara skuld känslor över att inte kunna bota klientens handikapp vilket kan leda till en omedveten idealisering av klienten.

Levitas betonar vikten av att personer med utvecklingsstörning får en trygghet vid bedömningssamtalen (vilket är betydelsefullt för alla) och att han/hon kan säga ifrån när han/hon inte förstår terapeuten. Det första steget i terapiprocessen handlar enligt Levitas om att se om problemen finns hos klienten eller i den omgivning han/hon lever. Omgivningen kanske tenderar att definiera känslor som problem hos klienten, medan terapeuten vill hjälpa klienten att få uppleva att känslor som ångest, sorgsenhet, ilska, skuld m m kan ses som signaler eller nycklar till klientens inre liv och som en reaktion på världen. Att se känslor som problem snarare än som signaler kan skapa stort motstånd mot terapin, men det är viktigt att känslorna även tolereras utanför terapin.

Det andra steget innebär enligt Levitas en fördjupning av relationen genom att erhålla så mycket information som möjligt för att få en klinisk och personlig utvecklingshistorik. Alla källor bör då undersökas - familjemedlemmar, medicinsk kartläggning, social historik, familjefotografier, psykologiska tester, rapporter från skolan etc. En historisk beskrivning skapar en allians mellan terapeut och klient samt med andra viktiga personer i klientens liv.

Hollins (1990,1993) arbetar terapeutiskt utifrån ett traditionellt gruppsykoanalytiskt perspektiv med personer med utvecklingsstörning och forskningsresultat har visat att detta är ett bra behandlingsalternativ. Det som krävs av klienterna för terapin är att de är kapabla att skapa

emotionella relationer. Gruppterapierna med personer med utvecklingsstörning skiljer sig inte så mycket från gruppterapier med normalbegåvade personer, det som skiljer sig är frågeställningarna kring handikapp och beroende som är framträdande. Målet med gruppterapin är att öka relationer och att möjliggöra för den enskilde att acceptera sina begränsningar. Hemligheterna, som Hollins benämner dem - sexualitet, död, beroende och utvecklingsstörning/handikapp - tas ofta upp vid gruppterapin. Tidigt i processen förekommer markanta uttryck för rivalitet, vilket enligt Hollins troligtvis beror på att människor med utvecklingsstörning ofta kommit i kontakt med varandra i olika situationer, dvs. de har haft en relation till varandra utanför gruppterapin.

Det unika med psykoterapier med personer med utvecklingsstörning är enligt Berglund m fl (1998) att terapeuten kan se såväl utvecklade som mindre utvecklade delar hos en och samma person, att fixeringar på tidigare nivåer kan bero på såväl konflikt som på brist. Den terapeutiska överenskommelsen måste anpassas till klientens tidsperspektiv, eventuell bristande tidsuppfattning kräver att tiden konkretiseras med t ex hjälp av en almanacka eller ett schema där tiderna markeras skriver Berglund, m fl.

Processen i psykoterapi med personer med utvecklingsstörning är densamma som för andra enligt ett flertal rapporter (Sinason, 1992, Zenker 1993, Lindén & Nyström, 1996). Det första steget är anknytningsarbetet för därefter få meningsfullhet, sammanhang, samband genom mötet.

Processen är långsammare, tekniken måste vara mer konkret för personer med utvecklingsstörning.

Sandberg (1997) har i sin uppsats beskrivit motöverföring i psykoterapi med patienter som har en utvecklingsstörning. Motöverföringen är en interaktionsprodukt där utgångspunkten är den terapeutiska situationen och består av ett relaterande mellan två personer där förflutet och närvarande finns med.

Det mesta som är skrivet om motöverföring med tidigt störda patienter är även tillämpligt när man arbetar med psykiska störningar hos personer med utvecklingsstörning enligt Sandberg. Sandberg beskriver olika motöverföringsreaktioner som bland annat kan finnas i det terapeutiska arbetet med personer med utvecklingsstörning. Personer med stor inre tomhet och bristande fantasiliv kan ge terapeuten känslor av hopplöshet och meningslöshet. Det finns en risk att terapin avslutas i förtid om terapeuten inte orkar vänta tillsammans med patienten just där han befinner sig. En annan risk är att terapeuten blir för aktiv för att skynda på utvecklingen. Sandberg skriver vidare att tillbakahållen aggressivitet hos patienter med utvecklingsstörning kan utlösa känslor av utarmning, att inte få något tillbaka, trötthet, en känsla av att ingenting händer hos terapeuten. Förnekande av känslor överhuvudtaget ger en upplevelse av trötthet och meningslöshet. När personer med utvecklingsstörning möts av att omgivningen undviker att beröra det som har med handikappet att göra, kan det bero på osäkerhet som kan grunda sig i rädslan att väcka sorg och smärta - en rädsla som delas av personen med utvecklingsstörning med förnekande som försvar. Förnekande kan dock leda till en flykt in i en fantasivärld.

Personer med borderlineproblematik ger ofta starka motöverföringsreaktioner hos terapeuterna som känslor av misslyckande, värdelöshet, otillräcklighet, trötthet.

Motöverföring är ett redskap för att förstå den terapeutiska processen. Psykoterapi är ett unikt möte mellan två personer och de känslor som väcks hos terapeuten i detta möte, interaktion kan avspegla de känslor som klienten bär på. Sandberg skriver vidare att personer med utvecklingsstörning, p g a de intellektuella begränsningarna, har svårt att redogöra för sina livsbetingelser och verbalt kommunicera sina känslor, varför motöverföringen blir ett redskap att förstå personens problematik och inre värld.

I terapeutiskt arbete med personer med utvecklingsstörning är den icke-verbala kommunikationen och terapeutens hållning viktigt (Ekdahl, 1996). Terapeuten måste ha

tålmod och förmåga att vänta in för att inte göra tolkningar utifrån egen trötthet p g a klientens långsamma takt. I psykoterapi med människor med utvecklingsstörning, liksom med tidigt störda normalbegåvade personer, är det viktigt att skapa ett möte, inte att åtgärda och styra utan mest vara kontinuerlig och pålitlig person. Ekdahl beskriver att en av olikheterna i terapeutiskt arbete med intellektuellt funktionshindrade är att det kan ta längre tid att etablera en relation jämfört med normalbegåvade. Den ordlösa kommunikationen av känslor mellan terapeut och klient kan bära terapin. Genom målning, metakommunikation etc kan händelser, känslor, historia förmedlas. När den verbala kommunikationen brister är det känslorna som växer inom terapeuten som blir vägledande och påverkar förhållningssättet.

Att arbeta inom omsorgsverksamheten handlar om att arbeta med relationer. Vårdarens relation till personer med utvecklingsstörning ska vara personlig men inte privat (Sommarström m fl, 1993). Hållningen bör präglas av kravlös värme, inkännande och äkthet - arbetet är i första hand emotionellt och inte intellektuellt enligt dem. Ett terapeutisk förhållningssätt präglas av respektfull inställning till klienten och till det egna arbetet, det innebär vidare att man reflekterar över sig själv, sina känsloreaktioner och sina motiv. Vad är det klienten försöker förmedla som väcker dessa känslor i mig?

Förhållningssättet i arbetet med personer med utvecklingsstörning påverkas av att det är ett oåterkalleligt handikapp vilket kan vara svårt att acceptera. Sorg, förlust av normalitet, smärta, lidande som är förenat med funktionshindret påverkar personal, anhöriga och kan leda till skuld-känslor. Detta kan i sin tur medföra känslor av maktlöshet, hopplöshet. Hur ska man hitta den rätta balansen, finna det rätta tillvägagångssättet för att kunna hjälpa, stödja människor med utvecklingsstörning och samtidigt uppmuntra till egna initiativ? För lite stöd kan upplevas som övergivenhetskänslor, för mycket stöd kan upplevas som kränkande och överbeskydd.

Lagerheim (1988) beskriver hur olika handikapp kan påverka människor och skapa känslor av osäkerhet, vanmakt, skuld. Såväl föräldrar som personal kan gripas av vanmaktskänslor och känna sig otillräckliga. Ett vanligt försvar mot vanmaktskänslor kan enligt Lagerheim vara att man ställer upp mer och mer, vilket dock kan leda till utbrändhet hos såväl föräldrar som personal.

Det är betydelsefullt enligt Dosen (1997) att miljön kring personer med utvecklingsstörning får stöd och handledning där etik, arbetssätt, förhållningssätt, det innersta i vårt arbete m m kan diskuteras, för att kunna anpassa sig och klara av personens behov. En psykodynamisk utvecklingsterapi i kombination med pedagogisk och miljöterapeutisk behandling för personer med utvecklingsstörning som har psykiska störningar, problem är den mest lämpliga behandlingen enligt Dosen.

Vidare är utbildning kring depression och andra psykiska störningar hos personer med utvecklingsstörning viktigt att ge till personal. Man ska ha rätt kunskaper när man arbetar med nära relationer. Vi behöver bli skickligare på att urskilja vad som är handikappet och vad som är sekundära pålagringar och hur vi ska bemöta de personer med utvecklingsstörning som har psykiska problem.

1.8. Utvärderingar av psykoterapi

Det finns många rapporter från forskning som visar på värdet av psykoanalytisk psykoterapi för personer med utvecklingsstörning.

De resultat som Sinason (1991) bl a sett vid psykoteraeutisk behandling med personer med utvecklingsstörning är:

- * Personer med svår och grav utvecklingsstörning samt personer med flerhandikapp kan tillgodogöra sig psykoanalytisk psykoterapi (såväl individuell som gruppeterapi). Psykoterapi är möjligt då en emotionell kapacitet att kommunicera kan existera oavsett grad av kognitivt

fungerande och då handikapp, oavsett dess organiska ursprung är tillstånd som personen kan gå in och ut ur.

- * Det primära handikappet kan överdrivas, förvärras allvarligt av känslomässig störningar. En handikappad röst, kroppshållning, kommunikativt fungerande, leende, läs- och skrivsvårigheter kan alla vara uttryck för symtom på sekundära handikapp. Det svåraste sekundära handikappet att behandla är enligt Sinason det hon benämner "opportunist handicap" där förnekande av själva existensen av handikapp, hat och avund mot normalitet ofta är involverat.
- * Där det inte finns någon organisk skada kan ett trauma i en del fall vara en orsak till ett handikapp. Socioekonomiska, fysiska, emotionella och sexuella övergrepp inbegrips här. Det primära organiska handikappet kan även upplevas som ett trauma och resultera i utvecklandet av sekundära handikapp.
- * De teman som är väsentliga att bearbeta för effektiv psykoterapi inkluderar det Bicknell (1983) och Hollins (1990) identifierat och vad Hollins benämnt som de tre hemligheterna - handikappet, sexualitet och död. Två ytterligare viktiga teman att bearbeta är enligt Sinason fruktan att bli dödad och beroende frågor.
- * Människor med funktionshinder är inte vänligare än andra grupper och "handikappleendet" är inte nödvändigtvis äkta.
- * Det finns en överlappning mellan psykisk sjukdom och utvecklingsstörning.
- * Några huvudområden där terapin med människor med funktionshinder är annorlunda jämfört med andra klientgrupper är nivån på och omfattningen av sorg och graden av avundsjuka och hat mot normalitet.
- * Sekundära handikapp minskar under det första stadiet i psykoterapi (under de första 6 - 9 månaderna). Människors uttryck, klädsel, röster, hållning, sätt att prata, kommunicera blir mer "normalt". Det handikappade leendet försvinner och underliggande trauma och/eller psykisk sjukdom kommer att bli mer tydligt.
- * Under det andra stadiet i psykoterapi (från 9 månader till 1 år) finns en period av depression som representerar riktigt sorgande av de förlorade åren gömda bakom de sekundära handikappen, ledsenhet över själva handikappet och en känsla av ensamhet. Detta är en sårbar tid att avsluta terapin.
- * Under det tredje stadiet i terapin sker en ökning av inre och yttre fungerande.
- * "Opportunist handicap" minskar efter det första året av psykoterapi och kommer att visa sig genom en ökad förmåga att prata om handikappet, sexualitet, sorg och beroende.
- * Språklig förbättring sker efter ett års psykoterapi vilket inkluderar ökad vokabulär, bättre grammatisk uppbyggnad.
- * När det finns ett organiskt obotligt funktionshinder visar inte kognitiva tester några signifikanta förändringar.
- * Oavsett graden av organiskt funktionshinder kan emotionella framsteg göras i terapin, vilket kan återspeglas i teckningar som görs under sessionerna.

Sinason arbetar med såväl individuella psykoterapier som gruppterapier. I gruppsykoterapier med personer med utvecklingsstörning blir dynamiken annorlunda, processen blir oftast långdragen. Vid utvärdering kunde man se att efter ett år vågade deltagarna ställa frågor till varandra (innan vände de sig enbart till psykoterapeuten), efter två år kommenterade de varandra på samma sätt som psykoterapeuten gjorde, efter tre år kom en riktig grupprocess igång. Anledningen till att det är så svårt att börja tala kan bero på laddningen hos de ämnen som tas upp: trauma, övergivande och lidande.

Bichard (1992) presenterade i sin rapport (resultaten från en tre års studie) förändringar vad gällde kognitiv och emotionell utveckling hos personer med utvecklingsstörning vid individuell psykoterapi och gruppsykoterapi. Vid studien undersöktes en rad olika dimensioner av kognitivt och emotionellt fungerande före psykoterapistarten och en gång per år under studiens gång (sammanlagt 4 testtillfällen). Nio vuxna och fyra barn med utvecklingsstörning fanns med i behandlingsgruppen under hela studiens gång, tio vuxna och tre barn deltog i en

kontrollgrupp. De kognitiva tester som gjordes var bl a WAIS-R och Stanford Binet. Draw-a-person, TAT samt Rorchach var några av de projektiva tester som användes vid studien. Resultaten från Draw-a-person testen visade att alla utom två personer som fick behandling utvecklades medan ingen i kontrollgruppen visade tecken på förbättring. För de fem vuxna personerna med lindrig och måttlig utvecklingsstörning som erhöll psykoterapi tre år eller mer sågs en stadig förbättring av IQ-värdena. Personer med svår utvecklingsstörning visade ingen ökning av intellektuellt fungerande, dock visade testresultaten från Draw-a-person förbättring vad gäller utvecklingsnivån.

De kvalitativa resultaten från de projektiva testerna visade på förändringar i emotionell utveckling vilket inte kunde förutsägas vid initialbedömningen eller utifrån deras IQ-värden. Det fanns vid studien resultat som indikerade på en högre grad av empati, större medvetenhet om omvärlden, bättre självförtroende, ett fler antal känsloutryck, en känsla av oberoende och hopp inför framtiden. Dessa resultat var oberoende av kognitiv nivå. Resultaten visade på att personer med utvecklingsstörning inte bara har ett rikt inre liv, men även att detta inre liv är kapabelt att växa.

De förändringar man bl a såg vid för- och eftertestning med TAT var:

	År 1	År 2	År 3	År 4
Adjektiv	17	36	45	63
Verb	47	39	73	89

Tillståndet kan förbättras dramatiskt, men inte till det normala - handikappet går inte att bota.

Vid ett vårdutvecklingsprojekt vid Salberga sjukhus med psykoterapi och miljöterapi med psykiskt störda, lindrigt begåvningshandikappade lagöverträdare (Lindén & Nyström, 1996) visade resultaten från de projektiva testen (DMT och PORT) vid jämförelse mellan för- och efterbehandling, markant färre tecken av infantil regression vilket torde innebära en bättre utvecklad impuls kontroll än före behandlingen. Man såg vidare utifrån resultaten att det skett en utveckling mot en högre grad av självständighet och mognad. Färre av klienterna använde sig av primitiva försvar efter behandlingen, vilket tolkades som att risken för fragmentering minskat och att klienterna visade på en högre grad av strukturerat fungerande. Vid begåvningsstestningarna som gjordes före och efter behandlingsinsatsen kunde man se förbättrade resultat på test som mäter långtidsminne, speciellt förmågan att minnas komplext material. En tolkning som gjordes av de noterade förändringarna var en något högre grad av integration, ett något bättre jag fungerande hos majoriteten av klienterna och att de i något större utsträckning än tidigare använde sig av sina intellektuella resurser. För en majoritet av klienterna hade resultaten förbättrats enligt ett allmänintellektuellt nivåbedömningstest.

Utvärdering av resultat efter "Developmental-dynamic Relationship Therapy" (DRT) med 97 barn visade att 41 % av dem blev fria från de symtom de remitterats för, 41 % visade lite förbättring och i 18 % av fallen kunde ingen förbättring ses (Dosen, 1997).

2. SYFTE, MÅL

Ett av projektets två huvudsyften har varit att utveckla ett samarbete mellan Baspsykiatriska Kliniken, Sektor 1 och Omsorg och habiliteringsverksamheten i Lund för att bättre kunna hjälpa de personer som har en utvecklingsstörning och psykisk störning. Genom utbildningsinsatser om psykoterapi för personer med utvecklingsstörning, diagnosticering av psykiska problem/störningar hos utvecklingsstörda personer har projektet sökt reducera förekommande vanmaktskänslor och osäkerhet kring lämpliga insatser för personer med utvecklingsstörning som har psykiska problem.

Projektets andra huvudsyfte var att erbjuda psykoanalytisk psykoterapi till sju personer med lindrig och måttlig utvecklingsstörning som även hade psykiska problem, samt undersöka om "sekundära handikapp" reducerades efter 1½ års behandling. Denna tidsomfattning ansåg vi vara tillräcklig för detta syfte, dock har samtliga terapiklienter erbjudits fortsättning efter denna tidpunkt.

3. URVAL

3.1. Klienter

Inför projektstarten informerades föreståndare och vuxenteam inom Omsorg och habiliteringsverksamheten i dåvarande Lunds sjukvårdsdistrikt om projektet och att ett antal personer med utvecklingsstörning skulle erbjudas psykoterapi. Föreståndarna och teammedlemmarna uppmanades att fundera över de personer med utvecklingsstörning som skulle kunna ha glädje av denna behandling och komma med förslag till projektgruppen. Även personal från särskolan hörde av sig om personer som var i behov av psykoterapi. Vissa personer med utvecklingsstörning hade redan innan projektet började framfört önskemål om psykologsamtal. Några föräldrar hade även kontaktat vuxenteamet inom Omsorg och habiliteringsverksamheten för psykologhjälp åt deras barn.

Projektgruppens medlemmar läste journalsammanställningar före urvalet och därefter har var och en valt den/de klienter man velat ta emot. Begåvningsnivå, diagnos och problematik har ej varit vägledande vid urvalet utan definierat behov och terapeutens samtycke. Efter genomgång av journalanteckningar togs kontakt med personerna med utvecklingsstörning samt deras föräldrar och de informerades om projektet, att det skulle innebära testningar för utvärdering och att projektresultaten skulle dokumenteras. Ett skrivet material om syftet med projektet delades även ut (bilaga 1).

Projektgruppen valde klienterna till projektet utifrån följande kriterier:

- * Det fanns ett uttalat psykiskt lidande och psykiska problem
- * Individens egna motivation att delta
- * I några fall har närmiljön (föräldrar, personal) definierat behovet av psykoterapi

Klientgruppen har bestått av sju personer med lindrigt eller måttligt utvecklingsstörning i åldern 20 till 40 år. Alla utom en har vuxit upp med sin biologiska familj. Samtliga hade fått psykiatriska diagnoser vid tidigare tillfällen, förutom lätt och måttlig mental retardation, diagnoser som "MBD, reaktiv psykos, depression, autistiskt beteende, beteendestörning, tvångsbeteende".

Några personer som föreslagits för psykoterapi till projektgruppen valde själva att inte deltaga. En person ville ej åka till Lund för testningar, då Lund för honom associerades med svåra minnen, tankar kring det gamla specialistsjukhuset Vipeholm samt S:t Lars mentalsjukhus. Givetvis erhöll denna person psykoterapi utanför projektets regi. En person kom till förtestningarna och till bedömningsamtalen men avböjde att delta därefter.

En person avbröt sin psykoterapi efter ca 1 år. Personen kom ej till förtestningen med DMT och PORT, hon hade stor frånvaro vid psykoterapisamtalen. Personen hade själv från början önskat få hjälp och kunde även erhålla detta utanför projektets regi.

3.2. Terapeuter

Under projektplaneringen gavs möjlighet till intresseanmälan att delta i projektet. Gruppen har bestått av två terapeuter från Baspsykiatriska kliniken, sektor 1 och två terapeuter från Omsorg och habiliteringsverksamheten. Samtliga terapeuter har erfarenhet av psykoterapeutiskt arbete med svårt störda människor.

4. METOD

4.1. Psykoterapi

De sju personerna med utvecklingsstörning har erbjudits psykoanalytisk psykoterapi en gång i veckan under 1 ½ år.

Psykoterapi kan ses som ett översättningsarbete och olika beteendestörningar som meddelanden. Psykoterapin syftar till att öka förmågan att erkänna, stå ut med och uttrycka sina känslor och därmed stödja de inre läkande krafterna. Terapin kan ge möjlighet att erövra symboliseringsförmågan genom att lyssna, försöka tolka och sätta ord på det som sägs på icke-verbal nivå. Psykoterapeutisk behandling kan hjälpa klienten att nå sammanhang och meningsfullhet, olika jagfunktioner kan stärkas så att personen kan utvecklas mot ökad självständighet. När man tillsammans med en annan person får hjälp med att sätta ord på sina känslor och får berätta om sina upplevelser, sin historia kan det psykiska välbefinnandet öka och leda till bättre livskvalité. Genom att förstå de omedvetna psykologiska aspekterna som påverkar funktionshindret är det möjligt att ge psykoanalytisk psykoterapi till personer med utvecklingsstörning.

4.2. Utbildning

För samtliga

Under november månad 1994 fram till januari 1995 samt i mars 1996 genomfördes i Lund utbildningar om psykoterapi med utvecklingsstörda personer, för intresserad personal från bland annat psykiatriska kliniker och omsorgsverksamheter. Föreläsningarna hölls av leg psykologer Karin Ekwinska och Inga Sommarström, samt av psykoterapeuterna Birgitta Zenker och Valerie Sinason.

Föreläsningar kring diagnostik av psykiska störningar hos personer med utvecklingsstörning hölls under oktober och november 1997 av psykolog Carina Gustafsson och psykiater Sven Granat samt professor Anton Dosen.

Föreläsningarna riktade sig till personal inom de båda organisationerna. Totalt samlade föreläsningarna ca 600 deltagare. Föreläsningarna dokumenterades skriftligt och samtliga deltagare erhöll denna dokumentation. Föreläsningarna med psykoterapeut Valerie Sinason videofilmades och har använts som utbildningsmaterial. Uppföljning och fördjupning av föreläsningarna har genomförts på dagcenter och gruppbestäder. Adekvat litteratur har inköpts till personal inom de två organisationerna.

För terapeuterna

Kontinuerliga studier om psykoterapi med personer som har en utvecklingsstörning pågick under hösten 1994 och en del av våren 1995 i projektgruppen. Valerie Sinasons "Mental Handicap and the Human Condition" (1992) var huvudkällan. Gruppen fick även möjlighet att förkovra sig i ämnet vid de personliga sammanträffandena med författaren.

4.3. Utvärdering

Föreläsningarna

Efter varje föreläsning har deltagarna fått fylla i en utvärderingsblankett kring föreläsningen. De frågor som tagits upp har varit vad man ansåg vara det viktigaste budskapet vid föreläsningen, vad som var positivt/negativt med föreläsningen, om och hur synsättet på och arbetssättet med personer med utvecklingsstörning som har psykiska problem förändrats. Ytterligare frågor har varit vilka kunskaper man tycker är viktiga att ha när man arbetar med personer med utvecklingsstörning som har psykiska problem, vad från föreläsningen man kommer att ha användning för i sitt arbete, om och hur föreläsningen kommer att följas upp på sitt arbete.

Samarbetet mellan Baspsykiatriska kliniken, sektor 1 och Omsorg och habiliteringsverksamheten

Under våren 1998 skickades ett frågeformulär till personal inom Baspsykiatriska kliniken, sektor 1 och Omsorg och habiliteringsverksamheten kring hur samarbetet utvecklats de senaste åren, vad som blivit bättre, det som inte fungerat bra i samarbetet. Ytterligare frågor var vad som kan utvecklas än mer i samarbetet, önskemål inför framtiden, om man erhållit mer kunskaper om psykoterapi med personer som har en utvecklingsstörning, förhållningssätt, diagnosticering av psykiska störningar hos personer med utvecklingsstörning.

4.4.Handledning

För personal

Det är viktigt att man får stöd och kunskaper i att arbeta utifrån ett mer terapeutisk förhållningssätt i gruppboheter och på dagcenter när man arbetar med människor med utvecklingsstörning som även har psykiska problem. Några personalgrupper som arbetat med de klienter som ingått i projektet har erhållit handledning ca en gång i månaden under projektets gång.

För terapeuter

Gruppen har erhållit psykoanalytiskt orienterad handledning en gång i veckan under projektperioden av psykoanalytiker, leg psykoterapeut Ulf Ståhlberg.

4.5. Mätinstrument

Klienterna testades dels före psykoterapistarten och dels efter 1 ½ år av utomstående konsulter med WAIS-R, DMT och PORT.

WAIS-R (Wechsler Adult Intelligence Scale-Revised) består av en rad deltest (performance test och verbal förståelse) som mäter olika aspekter av kognitiv förmåga. Till de verbala testen hör information (lagring och framtagning av gamla kunskaper), sifferrepetition (korttidsminne, uppmärksamhetsfunktion), ordförråd (generell verbal ordförståelse), aritmetik (korttidsminne, koncentration), förståelse (abstraktionsnivå, socialt omdöme) och likheter (associativ förmåga och begreppsbyggnad). Performance testen består av bildkomplettering (förmågan att differentiera mellan delar och helheter samt aspekter av icke-verbalt långtidsminne), bildarrangemang (logiska aspekter och social medvetenhet), blockmönster (logisk-induktiv förmåga, perceptuell organisationsnivå), figursammansättning (konceptualisering av helheter) och kodning (processande av konkreta symboler, uppmärksamhet, inläring, minne, sekvenser och exakthet).

Noggrann observation och registrering av testpersonens svar bildar kärnan i det processinriktade utredningsarbetet. En analys av de strategier som testpersonen använder och de misstag han/hon gör under arbetet med att lösa uppgifterna är av avgörande betydelse för att med ledning av testprofilen identifiera bibehållna och störda kognitiva funktioner. *WAIS-R* är tillämpbar att på ett känsligt sätt mäta förändringar i testpersonens kognitiva fungerande över tid (metoden kan upprepas vid flera tillfällen) och kan användas för att utvärdera effekter av olika interventioner som psykoterapeutisk behandling. *WAIS-R* är ett test som är utprovat på huvudsakligen en vuxen normalbegåvad population. Samtliga klienter från projektet har någon form av kommunikativt handikapp vilket inte *WAIS-R* tar hänsyn till. *WAIS-R* kan vara ett bra instrument för att mäta förändringar, ej den faktiska IQ-nivån.

DMT (Defence Mechanism Test) och PORT (Perceptgenetic Object-Relation Test).

Vid de projektiva testen *DMT* (Kraag, 1969) och *PORT* (Nilsson, 1993) används takistoskopisk presentation av bilder. Apparaten består av en tidgivare med vilken exponeringstiderna kan regleras, samt ett tittskåp i vilket försökspersonen (fp) tittar ner via

en öppning med tättslutande okular. Bildens storlek är 42x63 mm och avståndet mellan bild och ögon är ca 30 cm. Bilderna med olika teman visas med stegvis förlängd visningstid för ett och samma tema i en serie av 20 steg. Första exponeringstiden är tio millisekunder och den 20:de två sekunder. Efter varje exponering får personen berätta vad han/hon sett samt rita en teckning av det. Personens muntliga rapport efter varje exponering antecknas av testledaren. Testningen avbryts när fyra gånger i följd rapporterat korrekt innehåll i bilden, varvid den första rapporteringen noteras som C-fas. Den perceptuella forskningen har en av sina viktigaste utgångspunkter i antagandet att alla varseblivningar, som man i regel upplever som momentana i meningen att varseblivningens produkt uppnås utan att vi upplever någon specifik tillkomstprocess, i själva verket är komplicerade och mångskiktade skeenden (Kragh, 1969).

DMT-bilderna (två stycken) har en centralt placerad "herofigur", ett instrument som är placerat framför herofiguren (bil, kastrull) eller i herofigurens händer (mandolin, väska) och en hotfull, perifer figur (biperson). För manliga undersökningspersoner är herofiguren en ung man och bipersonen en äldre man (fader). För kvinnliga undersökningspersoner är herofiguren och bipersonen av kvinnligt kön. Testet är konstruerat för att aktivera försvar och har sin utgångspunkt i psykoanalytisk försvarsteori. Testet har bildinnehåll som primärt appellerar till individens senoidipala neurotiska överbyggnad. Under testet erhålls både en verbal rapport och en serie teckningar från testpersonen. T-fas (tröskelfas) för korrekt rekognition kallas den fas där fyra för första gången ser hot från bipersonen mot hero. C-fas kallas den fas när fyra för första gången ser hot från bipersonen (= mänsklig figur) mot hero, som har korrekt angivet kön och åldern högst 25 år (bild 1) respektive 35 år (bild 2). Dessutom fordras för C-fas att ytterligare två faser följer i direkt sekvens, utan förändringar av hotet respektive av heros och bipersonens kön och ålder.

I DMT (två bilder) kodas 10 huvudtecken på försvar: bortträngning, isolering, förnekande, reaktionsbildning, identifikation med angriparen, vändning mot det egna jaget, introjektion, introjektion, projektion, regression (bilaga 2).

PORT. I likhet med DMT har PORT sin utgångspunkt i psykoanalytisk försvarsteori, men är konstruerat utifrån tre olika teman som möjliggör avtäckning av preoidipal problematik och närmare granskning av tidiga försvar.

Det innehåll som kodas i PORT-serierna är avvikelser från eller förvanskningar av det presenterade bildinnehållet och som rapporteras av personen. Övergripande kategorier för att klassificera sådana förvanskningar är konflikt/motiv, ångest och depressiva affekter samt försvar/avväjning eller försvars/avväjningsmekanismer inom olika domäner av objektrelationer (Nilsson, 1993). Flera tecken är uppdelade i a - d och betecknar en fallande svårighetsgrad där a tyder på en djupare problematik än respektive b, c och d.

PORT omfattar tre serier nämligen anknytnings-, separations- och oidipalserien.

Anknytningstemat hänsyftar på den första närhetsrelationen mellan spädbarn och modern/vårdare. Termen anknytning är en översättning av John Bowlbys term "attachment" som Bowlby använde för att beteckna den första objektrelationsfasen i barnets utveckling. Bilden innehåller en ung kvinna som sitter på en stol i ett rum. Ett spädbarn sitter en bit ut på kvinnans vänstra knä, kvinnan håller vänstra armen om ryggen på barnet.

De kategorier som beskrivs i anknytningstemat är ångest a-c, helgestaltförsvar, sexualisering som försvar a-b, identitetsosäkerhet a-b, idealisering, devaluering, brist i anknytningsrelation a-c, gränslöshet, infantil regression, regressiv fragmentering a-b, sen eller utan strukturering, utan eller ingen C-fas (bilaga 2).

Separationstemat hänsyftar på den följande fasen i barnets objektrelationsutveckling som Margaret Mahler benämner separations-individuationsfasen (från ca 8 månader till tre års ålder). På bilden finns i bakgrunden en kvinna, klädd i kappa med en väska i vänstra handen som lämnar ett rum genom en dörr. Kvinnan är till hälften vänd mot ett barn (ca 1 år

gammalt) som finns i förgrunden av rummet. Några lekklossar finns nära barnet. Barnet ligger i krypställning och har den ena armen utsträckt mot kvinnan. I separationstemat beskrivs följande kategorier: ångest a-c, depression a-d, klyvning a-c, identitetsosäkerhet a-b, övergångsfenomen a-b, primär dependens som försvar, dependens, gränslöshet, motorisk aktivitet, motorisk inaktivitet, utsöndring, ambitendens, sen strukturering, utan eller ingen C-fas (bilaga 2).

Det tredje temat, *oidipaltemat* alluderar på den tredje fasen i barnets objektrelations-utveckling från ca 3 - 4 år, av Freud benämnd som oidipalfasen. På bilden finns en man snett bakom ett barn (3- 4 år gammalt) som är lätt framåtlutad med armarna till hälften utsträckta mot barnet. Barnet har ryggen mot mannen, det har en leksaksbil på golvet intill sin högra fot. Framför barnet finns en boll som barnet sträcker armarna mot.

De kategorier som beskrivs i oidipaltemat är ångest a-c, fallisk problematik, hysterisk suppression, identitetsosäkerhet a-b, övergångsfenomen, dependens, aggressiv attack (från fadersobjekt), gränslöshet, motorisk aktivitet, motorisk inaktivitet, utsöndring, sen strukturering, utan eller ingen C-fas (bilaga 2).

Det förekommer att tecken som kodats i ett av de tre teman även uppträder i ett eller båda av de två övriga. Detta betraktas som en indikation på förskjutning och förtätning av och diffusa gränser mellan olika sfärer av objektrelationer. Samtidigt kan ett sådant tecken ses som ett uttryck för försvarets/affektens starka genomslagskraft hos fp. Att ej nå korrekt rapportering, C-fas, tyder på svårigheter att på varseblivningsplanet reglera och hantera intryck i relationssituationer med andra människor.

Det finns en parallellversion till PORT:s originalversion för användning vid behandlingsstudier med före-, efter- och eventuellt uppföljningsarrangemang. Huvudprincipen för parallellversionen är att personerna har omkastade positioner i rummet i förhållande till originalversionens bilder.

PORT- och DMT-serierna kompletterar varandra och ger tillsammans en bred belysning av klienternas inre psykiska förutsättningar att handskas med konflikter, ångest och depressiva affekter på olika nivåer och av olika kvalitet.

Bilderna som ingår i PORT är konstruerade för att appellera till nivåer inom individen med referens i preoidipala faser (anknytnings- och separations-individuationsfas samt tidig oidipal fas) vad gäller individens objektrelationsutveckling. Syftet med PORT är att synliggöra psykopatologiska element med referens i tidig preoidipal/preneurotisk och tidig oidipal/neurotisk utveckling.

DMT och MCT har bildinnehåll som primärt appellerar till individens (sen)oidipala och neurotiska överbyggnad.

Metoderna vid DMT och PORT bygger på utnyttjande av särskilt valda bildteman, obekanta för personen vid testningens början, något som gör det möjligt att följa ett utvecklingsförlopp. En grundläggande tes är att utvecklingsförloppet i testserien avspeglar mer generella utvecklingsdrag som kännetecknar försökspersonen.

PORT har kodats av upphovsmannen själv, professor Alf Nilsson, ITP, Lunds Universitet (professor Nilsson har även kodat DMT). Professor Nilsson har ej haft någon som helst information om klienterna vid kodningarna.

Projektgruppen har ej fått någon information om testresultaten förrän omtestningarna gjorts.

PORT-testets giltighet har påvisats vid olika studier. Det har tidigare använts vid ett projekt med psykoterapi för en grupp lindrigt utvecklingsstörda personer (Lindén & Nyström, 1995).

PORT används av Sinason och Hollins vid St. George's Hospital i London på en grupp förövare som har en utvecklingsstörning, för utvärdering av gruppterapi. PORT har även använts vid studier med en grupp människor med borderlinediagnos och en grupp med schizofrenidiagnos, vardera bestående av 12 personer (Nilsson, 1995). PORT har använts vid en frivillig icke-klinisk kontrollgrupp bestående av 11 män och 17 kvinnor mellan 20 och 46 år, med socioekonomisk bakgrund i arbetar- och medelklass.

4.6. Checklistor - "sekundära handikapp"

Under projektperioden utformades en checklista (bilaga 3) som var tänkt för användning vid undersökning av de eventuella förändringar som skedde under projektperioden, dvs. om sekundära handikapp minskade. Föräldrar, gruppbofostads- och dagcenterpersonal fyllde kontinuerligt under projektperioden i checklistan och har gett kommentarer kring de förändringar som skett såväl i början av psykoterapin som efter 1 ½ års psykoterapi. Terapeuterna har skrivit ner de förändringar som de sett hos klienterna under projektperioden.

5. RESULTAT

5.1. Föreläsningarna

Vid utvärderingarna av föreläsningarna kring psykoterapi med personer som har en utvecklingsstörning framkom bl a att man ansåg det viktigt att våga prata om handikappet. Det går att kommunicera icke-verbalt, överföring och motöverföring är viktiga redskap i terapin. Man bör vara vaken för att "udda" beteenden hos barn med utvecklingsstörning kan bero på depression och ej som en följd av deras utvecklingsstörning. Det är möjligt att hjälpa någon oavsett handikapp och bakgrund, man kan arbeta psykoterapeutiskt även med de som är svårt handikappade. Vidare ansågs att föreläsningarna hade inspirerat till att man blivit mer medveten om att många olika beteenden kan bero på psykiska problem och inte endast på begåvningshandikappet och att man fått ökade kunskaper kring hur man ska bemöta detta i mötena med personerna med utvecklingsstörning. En annan positiv effekt av föreläsningarna var att psykiatri och omsorgerna närmade sig varandra.

Många kände sig genom föreläsningarna bekräftade i sitt sätt att arbeta men att behoven är mycket större än vad insatserna tillåter. De kunskaper som deltagarna ansåg vara viktiga i arbetet med personer med utvecklingsstörning som även har psykiska problem var bl a kunskaper om utvecklingsstörning, utvecklingspsykologi, psykiska problem och beteendestörningar, bemötande, förhållningssätt, pedagogik, medicinering, psykoterapi. Många framförde även vikten av en god arbetsmiljö och handledning när man arbetar med svårt störda personer med utvecklingsstörning.

"En befrielse att få höra att det nu är erkänt att utvecklingsstörda är i behov av psykisk vård och psykoterapi. Att de erövat ännu en mänsklig rättighet."

Vid utvärdering av föreläsningarna kring diagnosticering av psykiska störningar hos personer med utvecklingsstörning, framkom som viktiga budskap vid föreläsningarna bl a att personer med utvecklingsstörning bör ses ur ett bredare perspektiv än vad man hittills gjort för att fastställa rätt diagnos för behandling, då psykisk störning kan bli förbisedd hos personer med utvecklingsstörning. Det finns risk för att utvecklingsstörningen överskuggar alla andra problem som finns runt personen vilket är mycket viktigt att komma ihåg. Vidare ansåg många att det är viktigt att ta med miljöfaktorernas betydelse. Bedömning av eventuell psykopatologi måste ses i relation till den emotionella utvecklingsnivån. Det är betydelsefullt att ha en väl grundad diagnos för att kunna ge rätt behandling, det är möjligt att på ett meningsfullt sätt integrera olika vetenskapliga teorier i syfte att nå en diagnos och behandling. Det man ansåg skulle kunna användas i arbetet var t ex de praktiska tipsen angående diagnos och behandling, man hade fått mer kunskap och ska förhoppningsvis bättre kunna tolka om någon person med utvecklingsstörning får psykiska problem. Över/undermedicineringen som finns inom omsorgsverksamheten samt medicinens biverkan bör man vara mer uppmärksam på. Diagnosticering utifrån emotionell utvecklingsnivå bör göras vid patologi. Kunskaperna från föreläsningarna hoppades man kunna sprida vidare till olika läkarkollegor, team, habiliteringspsykologerna i länet.

5.2. Samarbetet mellan Baspsykiatriska kliniken, sektor 1 och Omsorg och habiliteringsverksamheten

Tio personal från Baspsykiatriska kliniken, sektor 1 och sju personal inom Omsorg och habiliteringsverksamheten har svarat på frågeformulären. Då det ej funnits så stora skillnader mellan svaren av personalen från de två organisationerna redovisas de nedan tillsammans.

De svar som gavs på frågan *vad som förändrats i samarbetet mellan Baspsykiatriska kliniken, sektor 1 och Omsorg och habiliteringsverksamheten under de senaste två åren* har framför allt berört att kontakten, samarbetet och arbetsmiljön har blivit betydligt bättre, liksom ökad kunskap, förståelse och respekt för varandras situation och förutsättningar. Vid föreläsningar och de olika möten som förekommit har man personligen träffat företrädare för verksamheterna och man känner till varandra till namn och person. Det förekommer ett fortlöpande informationsutbyte som ej fanns förr. Dörrarna har ställts på glänt till de olika

världarna, det är inte längre några problem att ta kontakt med varandra kring enskilda ärenden. Samarbetsmötena präglas numera av en öppen och positiv atmosfär. Det har blivit fler möten, ökad gemensam planering.

Det som blivit bättre är att det är naturligt att samarbeta, det är lättare att ta kontakt, det finns en större förståelse för varandras kunskaper och arbetssätt och en ömsesidig kännedom om organisationerna och personerna samt fortlöpande informationsutbyte som ej fanns förr. Handläggning av patientärenden, handläggning vid inläggning av personer med utvecklingsstörning på psykiatrisk vårdavdelning (med vårdplanerings- och utskrivningskonferenser) har även blivit bättre liksom eftervården och den kontakt som numera finns som ett naturligt led vid utskrivning från vårdavdelning. Personal från psykiatrin ger handledning till personal på gruppboende. Personal från de två organisationerna har blivit inbjudna till de utbildningar som respektive organisation ansvarar för, det har skett ett ökat kunskapsutbyte. Det har blivit en större förståelse för att även personer med utvecklingsstörning kan ha psykiska problem och att det inte bara handlar om begåvningshandikappet. Personal från Omsorg och habiliteringsverksamheten har vid några patientärenden tagit direktkontakt med psykiatrin vilket har upplevts som positivt. De skriftliga observationsrapporter som personal från Omsorg och habiliteringsverksamheten gjort har varit bra vid diagnosticering av psykiska störningar samt handläggning av patientärenden. När en person med utvecklingsstörning och psykisk störning är inlagd på psykiatrisk vårdavdelning finns en kontinuerlig kontakt mellan personal från de båda organisationerna, en "lathund", checklista har utarbetats för att underlätta samarbetet (bilaga 5). Det känns naturligt att samarbeta - mycket mer nu jämfört med för några år sedan.

Det som inte har fungerat bra i samarbetet är att det ibland varit felformulerade uppdrag, fel förväntningar från omsorgens sida på vad psykiatrin kan göra. Ibland har åtgärder vidtagits för sent inom omsorgen och man har kanske hoppats på att psykiatrin för all framtid ska kunna ta hand om patienten, den utvecklingsstörde, när han/hon blivit inlagd på psykiatrisk klinik. I början blev personalen från Omsorg och habiliteringsverksamheten ej trodda när de sökte hjälp för en person med utvecklingsstörning - den psykiska störningen ansågs från psykiatrins sida vara en del av utvecklingsstörningen. Även de olika vårdkulturer och ordspråk som finns i respektive organisation kan vara problematiska vid samarbetet. Det kan finnas problem i mötet mellan patienter från omsorgs- verksamheten och patienter från psykiatrin. Behandlingskonferenserna bör kunna göras mycket effektivare.

På frågan hur man *bäst kan samarbeta kring en person med utvecklingsstörning som även har psykiska problem/störningar* finns svar som att det är viktigt att bygga nätverk kring personen och veta vem/vilka som är resurspersoner. Det är betydelsefullt att man ser personens hela livssituation, att man har gemensam handläggning, regelbundna träffar, gemensamma vårdplaneringsmöten (även inskrivnings- och utskrivningsmöten vid inläggning på psykiatrisk vårdavdelning) med berörd personal från de båda organisationerna, utbildningar och föreläsningar över gränserna, konferenser m m. Det är bra om personal från omsorgsverksamheten kan göra observationer som kan bidra till att underlätta diagnosställande. Information bör även inhämtas från anhöriga.

Det är viktigt att det finns ett nära samarbete mellan personal från Baspsykiatriska kliniken (såväl sluten- som öppenvård) och personal från Omsorg och Habiliteringsverksamheten (såväl från team, gruppboende som dagcenter), men även samarbete med anhöriga. Det ska finnas respekt och lyhördhet, öppenhet för nya infallsvinklar. Man bör tydliggöra vem som gör vad. Tålmodighet, medmänsklighet, tolerans, lyhördhet, öppenhet, värme, omtanke, förståelse, kunskap, erfarenhet, rak kommunikation är bra vid samarbetet. Psykiatrin bör agera snabbt när det uppstår problem - man måste lita på att personal från Omsorg och habiliteringsverksamheten reagerar snabbt!

De förslag på vad som kan utvecklas ytterligare i samarbetet är handledning och utbildning till personal inom de båda verksamheterna, samverkan kring viss internutbildning. Man måste öppna dörrarna mer för varandra genom att t ex göra studiebesök hos varandra och eventuellt praktisera hos varandra. Det är även viktigt att alla blir bättre på att känna igen psykiska störningar, problem hos personer med utvecklingsstörning, att det finns täta träffar mellan Baspsykiatri och Omsorg och habiliteringsverksamheten. Personal inom omsorgsverksamheten bör också förstå att vårdtiderna måste pressas ner ytterligare på grund av nedskärningar och man måste vara beredd på att ta hem den utvecklingsstörde trots att personen inte är helt återställd. Det är även av stor vikt att spridning av ny kunskap och aktuella forskningsrön sker och att de anhöriga också ska få ta del av detta. Man ska ej sätta likhetstecken mellan utvecklingsstörning och psykisk sjukdom, det behövs en ökad förståelse för att även personer med utvecklingsstörning kan bli psykiskt sjuka och att det ej är en del av utvecklingsstörningen.

När det gäller kunskaps/kompetensutvecklingen hade samtliga som svarat från Omsorg och habiliteringsverksamheten deltagit vid minst en av de föreläsningar som hållits, samtliga hade tagit del av de minnesanteckningar som gjorts från föreläsningarna. Av de tio som svarat på frågeformulären från Baspsykiatri hade fyra personer ej deltagit vid några föreläsningar, tre personer hade ej läst minnesanteckningarna. De som svarat att de ej fått mer kunskaper om psykiska störningar och psykoterapi för personer med utvecklingsstörning, hur man bäst ska stötta personer med utvecklingsstörning som har psykiska problem har ej deltagit vid några föreläsningar eller tagit del av minnesanteckningarna.

Majoriteten av de som svarat ansåg att de fått *ökade kunskaper om psykiska störningar hos personer med utvecklingsstörning* genom träffarna som funnits mellan personal från de båda organisationerna kring personer med utvecklingsstörning som även har psykiska problem. Egen erfarenhet, kontakt med patienter och deras anhöriga, litteratur, handledning, utbildningen som varit och den skriftliga informationen som spridits, specialkunskaper kring autism och Aspergers syndrom som finns inom psykiatri har även bidragit till ökade kunskaper.

Majoriteten ansåg även att *kunskaperna om psykoterapi för personer med utvecklingsstörning* har ökat genom föreläsningarna, minnesanteckningarna, litteratur, handledning, praktisk erfarenhet, de regelbundna träffarna. Det kan löna sig med psykoterapi men det är inte ett "universalmedel", det finns även oanvändbara teorier och metoder. Psykoterapi får inte fördröja psykofarmakoterapi. En person har svarat "Under utbildningen fick jag lära mig att det inte var meningsfullt med psykoterapi för utvecklingsstörda, nu vet jag bättre".

Kunskaper kring *hur man bäst ska arbeta med, stötta personer med utvecklingsstörning som även har psykiska problem* hade ökat hos de flesta som svarat på frågeformuläret. Kunskaperna har erhållits genom föreläsningar, handledning, litteratur, diskussioner mellan personal från de båda organisationerna m m. Det är viktigt att samarbeta, ha ett gemensamt förhållningssätt och skapa meningsfullhet, sammanhang för personerna genom olika insatser (psykoterapi, struktur, pedagogik, diagnostisk inställning, eklektisk behandling). Det är viktigt att ha tålmod med personerna med utvecklingsstörning då inlärningsprocessen är betydligt långsammare för denna grupp än andra. Varje patientärende ger ökad kunskap i synnerhet när samarbete äger rum med andra yrkesgrupper och anhöriga. Det är viktigt att man inte bortser från det enkla i sammanhanget utan även kollar fysiska förhållanden som tänder, mage m m.

Inför framtiden fanns det många önskemål som att vårdarna inom Omsorg och habiliteringsverksamheten fick vidareutbildning i psykiska sjukdomar. Fortsatt utbildning/föreläsningar om utvecklingspsykologi, bemötande, diagnoser och symtom på psykiska störningar,

psykoterapi, kompetensutveckling, fortsatt gott samarbete, spridning av kunskaperna och aktuella forskningsrön (även till anhöriga), samverkan kring viss internutbildning, spridning av litteraturförslag var andra önskemål. Man skulle kunna samlas i smågrupper kring falldiskussioner. Vårdpersonalens kunskaper om den enskilde ska räknas och efterfrågas, det ska finnas struktur på nätverket kring den enskilde. Det är önskvärt med fortsatt gott samarbete till hela psykiatriska sidan, dvs. båda sektorerna.

Övriga synpunkter som framkom var önskemål om bättre samarbete och kontakt när en person skrivs ut från en psykiatrisk vårdavdelning och ska återgå till daglig verksamhet (att även personal från den dagliga verksamheten deltar vid vårdplaneringskonferenser). Det fanns önskemål om att kunna skapa ett kunskapscentrum kring t ex psykoterapi, diagnosticering av psykiska störningar när det gäller personer med utvecklingsstörning. Eventuellt skulle en liten specialenhet inom psykiatrin med intresserad, specialutbildad personal vara något att bygga upp. Då skulle man även kunna sprida de kunskaper som erhålls.

Tveksamheten som kanske fanns tidigare kring utvecklingsstördas behov av psykiatrisk vård är numera borta. Även personer med utvecklingsstörning kan ha behov av psykiatrisk vård. Man ser inte den psykiska störningen som en del av handikappet längre (tidigare kunde personal från omsorgsverksamheten mötas av att den utvecklingsstörde personen inte alls hade några psykiska störningar utan att det bara handlade om utvecklingsstörningen). Personer med utvecklingsstörning har ofta svårt att redogöra för sina problem och vad han/hon vill ha hjälp med från psykiatrin. Därför är det viktigt att personer som känner personen väl deltar vid vårdplanering, utskrivningskonferenser m m och att man samlar in information även från personalgrupper och anhöriga kring hur personen med utvecklingsstörning har fungerat, när problemen kom m m.

När projektet startade, 1994, var det stor tveksamhet kring de utvecklingsstördas behov. Det är numera borta anser en person som svarat på frågeformuläret.

5.3. Resultat från testningar med WAIS-R, DMT (Defence Mechanism Test) och PORT (Perceptgenetic Object Relation test)

Klienterna som deltagit i projektet fick testas med WAIS-R, DMT och PORT och dels före psykoterapien startade dels efter 1 ½ år, för att utvärdera psykoterapierna.

Det fanns i projekttidens början förslag på att en kontrollgrupp, med utvecklingsstörda personer med samma begåvningsnivå, ålder m m som de personer som deltagit i projektet, skulle testas men ej erhålla någon psykoterapi, vilket dock ej genomfördes utifrån etiska grunder. Vi har ej använt någon kontrollgrupp utan haft som mål att varje klient skulle vara sin egen kontrollgrupp.

WAIS-R.

6 klienter deltog vid såväl för- som omtestning med WAIS-R. En slutsats man kan dra av testresultaten med WAIS-R är att prestationerna är jämnare hos hälften av personerna, dvs. helheten har vunnit på delarnas bekostnad. Grunden kanske kan vara att hos dessa personer hade självkänslan stärkts och det kan skönjas även i WAIS-R. WAIS-R resultaten visar på att de personer som deltagit i projektet haft en lindrig eller måttlig utvecklingsstörning (IQ 40 - 54).

DMT och PORT.

5 klienter deltog vid såväl för- som omtestningar, en klient deltog endast vid förtestningen då han blev långvarigt sjuk och ej kunde genomföra omtestningen. En klient förstod ej instruktionerna vid testningarna med DMT och PORT, varför det ej finns några protokoll eller kodningar från dessa. Vid omtestningen sa klienten bestämt ifrån att hon ej ville genomföra testningen med DMT och PORT

Vid två testtillfällen kommunicerade klienterna varken muntligt eller skriftligt, däremot ritade de, vilket har gjort att kodningarna får tas med stor försiktighet.

Vid kodningarna, som genomförts av professor Alf Nilsson, visas det tydligt på att det finns en överrepresentation av tecken i de tidiga objektrelationsfaserna, de är mer känslomässigt laddade för denna grupp människor.

Det fanns även många tecken på diffusion av objektrelationsfärer. Detta betraktas som tecken på förskjutning och förtätning av samt diffusa gränser mellan olika sfärer av objektrelationer. Det kan även ses som ett tecken på försvarets/affektens stora genomslagskraft hos patienten och kan tentativt tolkas som ett tecken på tidig störning vilket är vanligt i en grupp med schizofrenipatienter (Nilsson, 1995).

Helgestaltförsvar, brist i anknytningsrelation, identitetsosäkerhet, ångest, gränslöshet, ingen C-fas har kodats hos mer än hälften av klienterna.

Helgestaltförsvar tolkas företrädesvis i anknytningstemat och då som ett försök till avvärjande mot total upplösningsångest inför närhetssituationer. Fem av de sex personerna i projektet hade detta tecken i anknytningstemat. Elva av tolv borderlinepatienter som ingick i en studie där PORT användes uppvisade helgestaltförsvar (Nilsson, 1995).

Brist i anknytningsrelation förekom hos fem av de sex personerna med utvecklingsstörning. I den refererade borderlinegruppen uppvisade åtta av tolv detta tecken. Även hos den refererade schizofrenigruppen hade detta tecken stor genomslagskraft, för tio av tolv patienter kodades detta.

Samtliga personer i studien visade tecken på identitetsosäkerhet i studien. Denna kategori har haft stor genomslagskraft bland testade personer med såväl borderline- som schizofrenidiagnos.

Utan C-fas rapporterades hos majoriteten av personerna med utvecklingsstörning och som kanske speglar en allmän svårighet hos dessa personer att varsebli och hantera upplevelser och intryck som är relaterade till nära relationer (Hessel, 1998). Liknande resultat sågs hos den grupp människor med schizofrenidiagnos som tidigare refererats.

Av kodningarna att döma (före- och eftertestning) fanns tendenser som visade på att sexualiseringsförsvar, idealisering, devaluering, brist i anknytningsrelation, ångest, identitetsosäkerhet, depression, dependens minskat vid omtestningen. Även helgestaltförsvar hade försvunnit vid separations- och oidipalserien dock ej vid anknytningsserien.

5.4. Checklistor - ”sekundära handikapp”

För samtliga klienter har ”sekundära handikapp” minskat. För några har det skett stora förändringar efter ca ½ års psykoterapi.

De förändringar som terapeuterna sett hos sina klienter efter 1½ års psykoterapi har bland annat varit att det ”falska leendet” minskat eller försvunnit, klienterna regredierade inte lika djupt, de kunde sätta ord på traumatiska upplevelser, blev inte psykotiska eller avskärmade, motoriken hade förbättrats, de hade fått bättre kroppshållning. Vidare såg man att mimiken blivit mer levande, kommunikationen hade utvecklats (kunde uttala orden rätt, röstläget hade ändrats, använde längre meningar, mer gester, minskade stereotypa monologer, tog initiativ till att prata). Personerna kunde säga ”jag” om sig själva, säga ”nej”, gav bättre ögonkontakt, hade fått bättre tidsuppfattning, ökat minne, mer spontanitet, ökad nyfikenhet. Stereotypi, självdestruktivitet, maniskt beteende hade minskat.

Några av de förändringar som personal och föräldrar sett hos klienterna efter 1 ½ års psykoterapi var att ordförrådet hade utökats, de talade längre meningar, hade ett annat

språkinnehåll, hade adekvat mimik. Personerna förstod instruktioner bättre, koncentrationsförmågan hade blivit bättre, de hade fått ökad tidsuppfattning, bättre minne, tog mer initiativ, visade på mer spontanitet och ökad nyfikenhet. De sa "jag" om sig själv, "nej", "vill inte", "kan inte", klarade av att vara ensam. De hade börjat ta mer kontakt med andra, var gladare m m.

Självdestruktivitet och aggressivitet hade avtagit hos klienterna, sömnen hade blivit bättre, de inre rösterna fanns ej kvar, dagdrömmet hade minskat, medicineringen hade ändrats (i vissa fall hade den satts ut), man hade börjat kunna skilja på varmt och kallt, börjat reagera på smärta.

Samtliga föräldrar utom ett föräldrapar fyllde i "checklistan".

6. HANDLEDNINGSPROCESSEN

(Sammanställning av psykoanalytiker Ulf Ståhlberg).

Inledning

Handledningsprocessen startade hösten 1994 och pågick fram till sommaren 1997. Innan detta hade urvalet av terapeuter skett under våren 1994. Eftersom projektet förutom den psykoterapeutiska delen också innehöll ambitionen att förbättra samarbetet mellan psykiatri och omsorg så kom terapeutgruppen att bestå av två representanter från omsorg och två från psykiatri. Urvalet skedde genom uttalat intresse för projektet hos berörda terapeuter. Psykiatrien valde sina representanter och omsorgen sina. Under uppstarten av handledningsprocessen valde en deltagare från omsorgen att avstå, med hänvisning till bristande psykoterapikännedom, och ersattes av en annan person från omsorgen.

Nedan följer en beskrivning av olika frågeställningar som väckts hos mig som handledare under processens gång. De kan ses som problem, och har bitvis varit frågeställningar som har varit föremål för arbetet i gruppen under resans gång, men det är viktigt att se helheten i den process som har förevarit. Gruppen av terapeuter har arbetat målmedvetet, kompetent och mycket professionellt i behandlingen av denna grupp av människor som de flesta hade en allvarlig psykisk störning.

Det är värt att som handledare betona hur väl behandlingsresultatet har varit. Trots svår patologi hos klienterna i kombination med svåra kommunikationsstörningar hos en del av dem har terapeuterna lyckats etablera hållbara arbetsrelationer med sina klienter och på ett konsekvent och framgångsrikt sätt bidragit till att öka förståelsen hos klienterna över sin situation och det meningsfulla i de försvarsstrategier man upprätthållit gentemot olika former av ångest och svåra livssituationer. Anmärkningsvärt goda resultat har uppnåtts även om en del av dessa resultat inte har varit möjliga att se under den relativt korta undersökningstiden som 1½ år trots allt är när det gäller så omfattande störningar som varit fallet här. Trots det svåra arbetet och den tunga problematik som gruppen ständigt utsatts för har man genomfört sin uppgift och även lyckats upprätthålla ett gott gruppklimat med grundläggande respekt för varandras personligheter och personliga stilar i arbetet. Som framkommer nedan har det inte varit utan konflikter men det har hela tidens funnits en god vilja att gå vidare trots spänningar som har uppstått och viljan till att hitta lösningar och kompromisser har fört arbetet framåt. Den stora huvudsakliga förändringen som uppstått i gruppen uppfattar jag som en förändring från en gruppgemenskap som handlade om en gemensam känsla av pionjärinsats och vilja till personliga uppoffringar för denna sak, till en grupp som var arbetsinriktad. Det betyder att man alltefter som tiden gick blev mer inriktad på att utföra sitt arbete, dvs. bedriva psykoterapi med sin klient och i mindre grad kom att betrakta projektet som identitetsformande. Det sista innebär att deltagarna mer kom att se sig själva som terapeuter för sina klienter och inte som pådrivare i en process som var ämnad att förändra behandlingsvillkoren för gruppen utvecklingsstörda. Om detta sedan är ett tecken på mognad i gruppen eller om det var en förlust för *saken* eller deltagarna lämnar jag för närvarande som en öppen fråga.

Beskrivning av gruppen

Gruppen startade sitt gemensamma arbete med att under hösten 1994 ha en gemensam teoretisk studiecirkel där vi alla träffades varannan vecka under hösten för att bygga upp en gemensam hållning till förståelsen av människor med utvecklingsstörning och psykiska symtom. Denna teoretiska process avslutades med ett gemensamt studiebesök på Tavistock Clinic i London. Både studierna och studiebesöket förde gruppmedlemmarna närmare varandra och stärkte gruppidentiteten. Det fanns i början av 1995 en stark entusiasm för det arbete som skulle påbörjas. Denna del av gruppens liv avslutades med att man valde ut de klienter som skulle delta i projektet. Varje terapeut fick själv välja klient utifrån en kortfattad beskrivning av problematik och anamnes. Efter detta träffade terapeuten sin klient och utifrån detta möte beslutades om deltagande i projektet eller ej. Terapeuterna hade några bedömningssamtal som sedan diskuterades i handledningsgruppen. Det innebar att

startpunkten för de olika terapeuternas terapier blev något olika men alla var i gång med sina psykoterapier under våren 1995, startpunkten kom att bli april till maj. Tre av terapeuterna hade två klienter vardera och en terapeut hade en klient.

Könsfördelningen i gruppen har varit tre kvinnor och en man. Naturligtvis är det optimala i en sådan här grupp en jämn könsfördelning, men kanske har det ändå varit viktigare att hitta personer som kände en stor entusiasm för uppgiften.

Sammansättningen av gruppen med deltagare utifrån olika erfarenhetsfält har varit en styrka men har även bidragit till att skapa en spänning inom gruppen. Från omsorgernas sida har man haft en lång och gedigen erfarenhet av arbete med människor med utvecklingsstörning vilket naturligen gett en expertroll när det gäller förståelsen av de speciella omständigheter som handikappet skapar. Från psykiatrins sida har man en lång och gedigen erfarenhet av arbete med människor med psykiska störningar vilket naturligen gett en expertroll när det gäller psykopatologin hos undersökningsgruppen.

Ett ytterligare karakteristiska för denna grupp har varit skillnaden i gruppen vad gäller kunskap om psykoanalytisk psykoterapi. Från starten av gruppen var deltagarna från psykiatri kompetenta enligt motsvarande steg 1 i den tidigare psykoterapiutbildningen och kom parallellt med handledningsprocessen vidareutbilda sig till legitimation som psykoterapeuter. Omsorgsdeltagarna hade inte den formella kompetensen men en lång erfarenhet av samtal och samtalsprocesser. Även detta tror jag kom att ha en betydelse för handledningsprocessen och diskussioner inom gruppen.

En svårighet för handledningsgruppen som bör speciellt påtalas var den otydlighet i roller som fanns inbyggd i projektet från start. Var detta en forskningsgrupp som utförde ett gemensamt projekt eller var det en grupp psykoterapeuter med ett givet uppdrag - att erbjuda psykoterapi till en grupp utvecklingsstörda?

Som nämnts startade gruppen med gemensamma studier. Detta tillsammans med studie- och konferensresor bidrog starkt till att skapa en känsla av gruppgemenskap, ett gott klimat med ett starkt engagemang för uppgiften. En entusiasm som nog var en förutsättning för det svåra arbete som väntade gruppen.

När rollfördelningen senare tydliggjordes, efter ganska lång tid i handledningsgruppens liv, uppstod en besvikelse i gruppen. Denna besvikelse var nog den enda enskilda händelse som på något sätt hotade gruppens verksamhet. Från att ha varit ett gemensamt *grupparbete* med en upplevelse av gemensamma överläggningar och beslut blev projektet för gruppdeltagarna därefter mer klart ett uppdrag att bedriva psykoterapi. På grund av den höga grad av personlig integritet som fanns hos terapeuterna gick denna kris att hantera utan att det skapade större problem i handledningsprocessen. Varje projekt innehåller sina svårigheter och enda anledningen till att lyfta fram detta problem är att betona vikten av att i liknande arbete ha en tydligare roll och ansvarsfördelning från start.

En del av ovanstående problem har varit att projektledaren, med totalansvar för projektet, samtidigt var en av terapeuterna i gruppen. Det har inneburit att projektledaren ena stunden varit en del av gruppen, arbetande med sin osäkerhet, sårbarhet och sökande i terapiprocessen och i nästa stund varit chef med beslutsfunktion, t ex över ekonomiska beslut kring deltagande i konferenser och dylikt. Denna dubbelhet i rollen skapar oundvikligen spänningar i form av rivalitet, konkurrens och avund i arbetsgruppen som åtminstone delvis kunde ha undvikits genom en tydligare organisation. Samtidigt måste det betonas att detta projekt innebar en pionjärinsats med begränsade resurser till sitt förfogande. Det har inneburit att deltagarna i mycket har fått prova sig fram och lära sig av sina misstag. Det går att se det goda utfallet, trots den organisatoriska osäkerheten, som ett

mått på hur mycket påfrestningar denna grupp kunnat hantera genom sitt helhjärtade engagemang för arbetsuppgiften.

Om psykotiska processers påverkan

Det specifika med denna handledningsgrupp har varit dess arbetsuppgift. Det är värt att notera att patientgruppen haft den dubbla karaktären av att både vara utvecklingsstörda och ha allvarliga psykiska störningar. Detta skapar en alldeles speciell situation som naturligtvis har kommit till uttryck i handledningsprocessen. Många av patienterna i detta projekt har präglats av, åtminstone bitvis, psykotiskt fungerande. I det psykotiska fungerandet ligger det ett hat mot yttre och inre verklighet, speciellt karakteriserad av en upplevelse av hot i förhållande till symbolisk förmåga. Flera av patienterna hade en mycket rudimentär kapacitet för känslomässigt tänkande i symbolisk form, det mentala fungerandet var i stora stycken karakteriserade av ett konkret tänkande. Detta kommer då att betyda att terapeutens förmåga till att relatera i symbolisk bemärkelse blir hotfull för klienten. På ett omedvetet plan kommer patienten till att uppleva det som att terapeuten genom sitt mentala fungerande försöker övermanna och tvinga på honom/henne sitt sätt att fungera. Det innebär ett slags hot om utplåning som patienten naturligen motsätter sig med kraft. Patientens svar på denna upplevda press blir att å sin sida försöka pressa terapeuten att mentalt fungera på samma sätt som patienten. Försök till symbolisk mentalisering av de processer som utspelar sig i relationen blir hotfulla attacker mot patientens personlighet och svaret på dessa blir kraftfulla försök att få terapeuten att uppleva den inre tomhet och meningslöshet som de psykotiska mekanismerna används som skydd mot. I handledningsprocessen har vi kunnat iakttä dessa fenomen genom processer av framförallt tystnad och attacker på det meningsfulla relaterandet. Det kraftfullaste vapnet mot terapeutens förmåga att stanna kvar i en meningsfull förståelse av patientens inre är en kombination av tystnad, passivitet och dumhet. När dessa former av attacker på relationen pågår över tid uppstår det starka tvivel på meningsfullheten i terapiprocessen hos terapeuten. Tankar kring om detta är lönt, om patienten kan tillgodogöra sig arbetet, om det är en metod som passar denna klient osv., uppstår.

Trycket mot terapeuten att ge upp sin egen förmåga till symbolisk reflektion kommer också till uttryck i funderingar kring hur mycket klienten egentligen kan förstå. Den väldigt relevanta frågeställningen kring hur man ska relatera, vilket *språk* man skall använda kommer att vara en av vägarna terapeuternas tvivel kommer att ta. Vi har i handledningsprocessen kunnat observera uppkomsten av funderingar kring hur man ska formulera sig, rädslan för att tala över huvudet på sin patient. Det intressanta är att denna attack på det terapeutiska fungerandet kommer att döljas och inrymmas i detta verkliga problem så att det blir svårt för terapeuten att avgöra vad som är uttryck för ett motstånd och vad som är uttryck för en nödvändig anpassning till ett språk som patienten kan förstå. Ett annat uttryck för pressen mot terapeuterna att fungera i mer konkreta termer har setts i den press man under perioder utsatts för att på olika sätt agera i det yttre rummet. Det kan vara allt på en skala från att hjälpa till med något i rummet, t ex kläder, till att rätta till något missförhållande i patientens liv. Allt verkligt angelägna åtgärder men då samtidigt handlingar som tar bort perspektivet av patientens inre, som får terapeuten att vara upptagen av något annat än vad som gestaltas i terapirummet och vad detta uttrycker om patientens inre liv just då.

Till upplevelsen av hot kommer också den avund gentemot normaliteten som är ett naturligt inslag i alla handikappades personligheter, naturligtvis mer eller mindre dominerande. Denna avund kommer i terapirelationen att gestaltas som en avund gentemot terapeutens förmåga att förstå vad som sker i relationen och formulera detta i ord. Konsekvensen blir då att göra det sagda meningslöst, försöka få terapeuten att ge upp och uppleva tomhet och meningslöshet. Vi har sett fenomen som att t ex efter en meningsfull intervention plötsligt börja sjunga, något som om det upprepas på olika sätt blir till inre processer av ifrågasättande hos terapeuten. Avunden är ett problem, som om den inte hanteras i relationen, kommer att driva terapeuten till att tänka och formulera sig på ett sätt så att inte patientens avund skall väckas. På sikt kommer då terapin att urholkas till att bli stödjande

samtal, dvs. stöd för patienten att inte ifrågasätta sitt mentala fungerande utan i stället få det förstärkt så länge samtalen består.

De ovan nämnda processerna av psykotiskt fungerande och avund är generellt för alla människor med svåra identitetsproblem. För gruppen utvecklingsstörda tillkommer ytterligare en process som verkar i samma riktning, dvs. att få terapeuten att uppge sin psykoterapeutiska ambition och i stället anpassa sin mentala fungerande till patientens. Beroende på hur genomgripande handikappet är för en person kommer vederbörande att alltid vara beroende av andra människor för olika livsfunktioner som de som är normalbegåvade kan sköta själva. Den handikappade människans själv kommer sålunda att utvecklas på ett sådant sätt att självbilden innehåller en viss öppenhet, dvs. att i bilden av det egna självet ingår föreställningen om en annan människa som utför vissa funktioner. I terapiprocessen kommer terapeuten att vara en sådan person som kommer att fungera som ett *deljag* för patienten, speciellt när det gäller funktionen reflektionsförmåga. Att på detta sätt låna ut sig och vara en funktion i en annan människas personlighet går inte terapeuten spårlost förbi. Det egna sättet att fungera kommer att påverkas av hur patienten i övrigt fungerar. I terapiprocessen innebär detta att terapeuten, mer eller mindre, kommer att identifiera sig med sin patient. Detta är naturligtvis huvudsakligen av godo och bidrar till det kreativa utbytet av projektioner och introjektioner, men identifikation innehåller även destruktiva element. Här vill jag framförallt lyfta fram den press terapeuten personlighet står under att harmonisera sitt fungerande med det mentala fungerande som patienten i övrigt har. Att inte harmonisera sig innebär att upprätthålla en upplevelse av konflikt i det inre. En konflikt som då blir upplevd både i patienten och i den egna personligheten. Inre konflikter kring basalt fungerande är en kraftig störningsfaktor i personligheten, människan tycks ständigt sträva efter en känsla av helhet och sammanhang och därför måste terapeuten aktivt arbeta med att upprätthålla denna konflikt för att kunna bibehålla sin egen terapeutiska förmåga. Det är en upplevelse av att arbeta i motvind, av att vara utsatt för försök att driva en till vansinne osv.

Alla de ovan beskrivna processerna samverkar sålunda, säkert med ytterligare processer som inte kunnat identifieras i detta arbete, till att skapa ett tryck mot terapeuten att ge upp sin uppgift som terapeut och i stället bli *snäll*, vara kompis, anpassa sig till patientens *nivå* etc. Detta är ett reellt tryck som absolut inte får underskattas för att undvika att terapier går i stå.

En viktig aspekt av handledningsgruppen har sannolikt varit att fungera som både stöd och ideal för de deltagande terapeuterna. Ett stöd för reflektionsförmågan så att man kunnat upprätthålla sin psykoterapeutiska funktion för patienterna. Troligen hade det varit betydligt svårare att stå emot detta tryck från patienternas patologi om terapeuten varit ensam i arbetet. I ett arbete som kräver en sådan inlevelse i en annan människas inre och ett sådant utlämnande av den egna personligheten behövs en miljö som hjälper till att stödja terapeuten så att vederbörande kan få lov att vila i sin egen osäkerhet och kamp kring meningslöshetsupplevelsorna. Om inte denna miljö finns är det stor risk att terapeuten antingen faller för upplevelser av meningslöshet och ger upp terapin eller i stället måste utveckla en slags omnipotent tro på den egna behandlingen och kompetensen. I den sistnämnda situationen blir det svårt att hitta utrymme för terapeuten att verkligen arbeta med upplevelsen av meningslöshet i sin egen person och terapin kommer då att förlora i kreativitet.

En, av flera, förklaringar till att så många svårt störda människor (såväl inom omsorg som psykiatri) företrädesvis erbjuds stödjande samtal skulle kunna vara svårigheten att som ensam terapeut stå emot dessa nedbrytande processer. Att kunna stå kvar och hävda den terapeutiska processens meningsfullhet trots massiva attacker på just meningsfull kommunikation. Det är lätt att ge upp, anpassa sig och utveckla åsikten att denna typ av behandling ligger *över* den utvecklingsstördes nivå.

Avslutning

Som beskrivits ovan innebär att arbeta med människor med allvarliga psykiska störningar i kombination med utvecklingsstörning att utsätta sig för stor osäkerhet och ideliga tvivel på den egna kompetensen där meningslöshetsupplevelser är ett dominerande inslag. Som beskrivits på annan plats i rapporten varierade naturligtvis graden av psykisk störning hos de olika deltagande men sammantaget var det en grupp människor med tung problematik.

Vid sidan av de tekniska svårigheterna att arbeta med en så här svårt störd grupp (som finns väl beskriven i den psykoteraeutiska litteraturen) påverkar det naturligtvis terapeuterna att psykoanalytisk psykoteraupi med gruppen utvecklingsstörda är en förhållandevis ny verksamhet där kunskap om prognos och rimlig förväntan på utfall är osäker. Det krävs så mycket mer beskrivningar av detta arbete för att terapeuter skall ha ett referensmaterial att luta sig på vid sina bedömningar. Svårigheten i arbetet i kombination med den osäkra prognosen innebär då denna starka utmaning av terapeuternas professionella självkänsla. Ständigt möter man i sig själv frågor som: Går det här? Är det meningsfullt? Betyder det överhuvudtaget något för den här människan att jag finns här och säger det här? och så vidare.

Till detta kommer sedan också frågor som: Hade det gått bättre om jag varit duktigare? Kunnigare? Haft mer och bättre utbildning? Mer erfarenhet?

Frågor som då också leder till jämförelser med de andra i handledningsgruppen deltagande terapeuters arbete. Är de andra duktigare än jag? Varför händer det saker med den patienten när det inte sker så mycket med min? Det är oundvikligt att man mitt i en behandlingsprocess med all den osäkerhet som finns kring utfallet då gör jämförelser och söker hitta *fel* hos sig själv. Det ligger ju i sakens natur att patienten har de svårigheter han/hon har medan det är terapeutens uppgift att hitta vägar att kommunicera och vägar att stimulera fram en kreativ process. När det då under längre perioder känns som att arbeta inför ett svart hål i rymden är det ett naturligt inslag att ifrågasätta den egna kompetensen.

Det finns på en annan plats i rapporten beskrivet hur ett och ett halvt år är en för kort period för dessa patienter. Den största förändringen hos patienterna kom faktiskt först efter tiden som det egentliga forskningsprojektet omfattade. På samma sätt måste det betonas att det också är en alldeles för kort tid för terapeuterna, i ett så här komplicerat arbete krävs längre tidsrymder för att de goda resultaten skall kunna visa sig, resultat som även de som arbetar som terapeuter behöver för att stå ut i de svåra och komplicerade processerna. Terapeuter behöver lång tid och lång tids stöd i form av handledning och stödjande arbetsledning för att få det lugn som gör det möjligt att hantera alla svåra frågeställningar, känslor och upplevelser.

Efter projektets avslutning har uppstått frågor kring teknik. Gruppen utvecklingsstörda har många gånger så allvarliga kommunikationsstörningar att det vanliga sättet att arbeta enbart verbalt med vuxna patienter måste kompletteras. Detta eftersom vi känner till dessa patienternas begränsade förmåga att förstå abstrakta verbala kommunikationer. Dock får inte detta innebära att vi som terapeuter uppger all sådan symbolisk aktivitet. Den symboliska kommunikationen innehåller näring för personligheten i form av att göra sensationer och upplevelser meningsfulla. På samma sätt som vi talar till spädbarn utan att egentligen inbilla oss att barnet förstår innehållet i vår kommunikation måste vi också tala med svårt störda patienter. Detta inte minst eftersom det, förutom det abstrakta meddelandet i det vi säger, också kommuniceras att här finns en person med kapacitet att förstå och kunna hantera annars obärbara upplevelser. Över tiden kan patienten internalisera sig själv eller delar av denna förmåga och på så sätt öka sin reflektionsförmåga med ökad kapacitet att bära känslor.

Men även om det sålunda är väsentligt att ge verbala tolkningar i det psykoteraeutiska arbetet måste vi ha som utgångspunkt att vi inte kan ta för givet att våra patienter kan använda vanligt språk för att förmedla känslor och tankar.

Terapeuten måste då använda hela sin kreativa potential för att hitta det medium genom vilket kommunikationen kan inledas och upprätthållas. Det kan betyda att man ritat, leker, använder dator eller vad som helst som är verksamt för just denna patient. Intuition och kreativitet är speciellt påkallat för arbete med denna grupp av människor.

Avslutningsvis har de erfarenheter som skapats i detta projekt understrukt det stora behov av god utbildning i psykoterapi som behövs för detta svåra arbete. Sannolikt skulle det behövas en speciellt inriktad psykoterapiutbildning för att tillgodose denna grupps behov av kvalificerad behandling vid psykisk störning. Att arbeta med denna grupp är essentiellt inte annorlunda än arbete med andra människor men det finns ett behov av stora kunskaper både vad gäller bedömning av normalitet kontra patologi, där inte erfarenheten från normalbegåvade är omedelbart tillämpbar, och psykoterapeutiska tekniker med alternativa sätt att kommunicera.

7. SLUTSATSER OCH DISKUSSION

”Om jag vill lyckas med att föra en människa mot ett bestämt mål, måste jag först finna honom där han är och börja just där. Den som inte kan det lurar sig själv när hon tror att hon kan hjälpa andra. För att hjälpa någon måste jag visserligen förstå mer än vad han gör, men först och främst förstå det han förstår. Om jag inte kan det så hjälper det inte att jag kan och vet mera. Vill jag ändå visa hur mycket jag kan så beror det på att jag är fåfäng och högmodig och egentligen vill bli beundrad av den andre istället för att hjälpa honom. All äkta hjälpsamhet börjar med ödmjukhet inför den jag vill hjälpa och därmed måste jag förstå att detta med att hjälpa inte är att vilja härska, utan att vilja tjäna. Kan jag inte detta så kan jag heller inte hjälpa någon.”

Kierkegaard
dansk filosof

Projektet hade sitt ursprung i en svår konflikt mellan Baspsykiatriska kliniken, sektor 1 och Omsorg och habiliteringsverksamheten kring en kvinna med utvecklingsstörning som var inlagd på psykiatrisk klinik. Personal från omsorg och habiliteringsverksamheten ansåg att kvinnan hade svåra psykiska problem och att hon skulle ha glädje av psykoterapeutisk hjälp. Personal inom psykiatrien ansåg att det inte handlade om någon psykisk störning utan att man från omsorgsverksamhetens sida gav kvinnan för lite hjälp. Psykiatrien bedömde att kvinnan hade en mer omfattande utvecklingsstörning än vad personal från omsorgsverksamheten ville se.

Psykiatrien överbetonade begåvningshandikappet men kanske var det även så att omsorgsverksamheten överbetonade den psykiska störningen.

Det var konfliktfyllda, destruktiva möten mellan omsorgsverksamheten och psykiatrien. Många kände sig misslyckade, förtvivlade och arga efter mötena. För att inte fastna i detta destruktiva förhållningssätt, beslutades att vi skulle ansöka om statliga stimulansbidrag från Socialstyrelsen för kunskapsutveckling kring diagnosticering av psykiska störningar hos personer med utvecklingsstörning och psykoterapi med människor som har en utvecklingsstörning. Vidare skulle psykoterapi erbjudas till några vuxna personer med utvecklingsstörning av terapeuter från de två organisationerna och dessa terapier skulle utvärderas. Tanken var att detta skulle kunna skapa förutsättningar för ett framtida gott samarbete.

Ett av projektets syften har ju varit att utveckla samarbetet mellan Baspsykiatriska kliniken sektor 1 och Omsorg och habiliteringsverksamheten i Lund och att höja kunskan kring personer med utvecklingsstörning som även har psykiska problem genom olika utbildningsinsatser. Utbildningarna som genomfördes under projektiden tog upp om psykoterapi för personer med utvecklingsstörning samt diagnosticering av psykiska störningar hos utvecklingsstörda människor.

Utbildningarna har varit uppskattade vilket utvärderingarna av föreläsningarna och det stora antalet deltagare (ca 600 personer) bland annat visar på. Genom utbildningsinsatserna har personal från de två organisationerna fått ökade kunskaper om möjligheten till psykoterapeutiskt arbete med människor som har en utvecklingsstörning.

Myten som funnits att personer med utvecklingsstörning ej kan tillgodogöra sig psykoterapi p g a bristande begåvningsresurser, är just bara - en myt. Låg intelligens ska inte vara avgörande för möjligheten att erhålla psykoterapi!

Utbildningarna har även lett till en större förståelse för hur funktionshindret kan påverka och försvåra en diagnosticering av psykisk störning och som då kan leda till inadekvata åtgärder. Föreläsningarna har gjort personal inom de två organisationerna mer medvetna om att många olika beteenden hos personer med utvecklingsstörning kan bero på psykiska problem (och inte som man tidigare trott begåvningshandikappet) och man har fått ökade kunskaper kring hur man ska bemöta dessa svårigheter. Genom de utbildningar och erfarenheter personal erhållit, bemöts numera människor med utvecklingsstörning på ett bättre sätt och det har lett till mer adekvata diagnoser och behandlingsinsatser. Omsorg och psykiatri kan tillsammans gemensamt arbeta för ökad livskvalitet för personer med utvecklingsstörning som även har psykiska problem.

Det har blivit ett helt annat och positivt samarbete, kontakten och arbetsklimatet har blivit bättre, det har blivit en större förståelse för varandras kunskaper och arbetssätt under projektperioden, det känns naturligt att samarbeta vilket inte alltid var fallet tidigare. Handläggning av patientärenden, handläggning vid inläggning av personer med utvecklingsstörning på psykiatrisk vårdavdelning (med vårdplanerings- och utskrivningskonferenser) har blivit bättre liksom den eftervård och kontakt som numera finns som ett naturligt led vid utskrivning från vårdavdelning. När en person med utvecklingsstörning är inlagd på psykiatrisk vårdavdelning finns en kontinuerlig kontakt mellan personal från de två organisationerna, en "lathund"/checklista har utarbetats för att underlätta samarbetet. Personal från de två organisationerna har varit inbjudna till de internutbildningar som respektive organisation ansvarar för, det har skett ett ökat kunskapsutbyte. Personal från psykiatrien har gett handledning till personal inom omsorgsverksamhetens gruppbostäder.

Vi har under projektets gång sett hur intresset för personer med utvecklingsstörning som har psykiska problem ökat inom Baspsykiatriska kliniken sektor 1, men även inom andra psykiatriska verksamheter.

Samarbetet mellan Omsorg och habiliteringsverksamheten och Sektion särskilt vårdkrävande, S:t Lars i Lund har även det förbättrats de senaste åren. Sektion särskilt vårdkrävande har ofta en person med utvecklingsstörning inlagd på psykiatrisk vårdavdelning - personer som begått olika brott som hot, våld, sexuella brott mot barn m m. Under tiden som personen med utvecklingsstörning är på vårdavdelningen, görs noggranna utredningar och bedömningar som ligger till grund för de fortsatta insatserna. Under tiden som klienten är på avdelningen skapas kontakt mellan överläkare samt vårdpersonal från Sektion särskilt vårdkrävande och personal inom Omsorg och habiliteringsverksamheten. Från psykiatrins sida har man satt upp regler för personen med utvecklingsstörning som begått brott, reglerna har överförts till gruppboendet vilket har skapat trygghet för såväl den enskilde klienten som för personalen, det har gett gränser och struktur. Man skriver "kontrakt" tillsammans med klienten när det gäller reglerna. Överläkaren på avdelningen har gett stöd till personalen på gruppboendet och har varit ansvarig läkare för medicinering även efter utflyttningen, läkaren har även varit konsult för övriga i gruppboendet.

Personal från vårdavdelningen inom Sektion särskilt vårdkrävande och personal från omsorgens gruppbostäder ska börja praktisera hos varandra för att få ökade kunskaper om och bättre förståelse för varandras verksamheter. Omsorgsverksamheten har även haft ett bra samarbete med psykosenheten och en psykiatrisk rehabiliteringsavdelning på S:t Lars, kring personer med utvecklingsstörning som uppvisade psykiska problem. Genom noggranna observationer och utredningar har man kunnat ställa rätt diagnos vilket medfört adekvat medicinering. Regelbundna kontakter har förekommit under utredningstiden mellan personal från de två organisationerna och anhöriga.

Det är helt klart att omsorg och psykiatri gemensamt kan arbeta för ökad livskvalitet för personer med utvecklingsstörning som även har psykiska problem!

Personer med utvecklingsstörning har känslomässiga problem som andra och flera forskningsresultat har visat på att de är mer utsatta än andra för att utveckla psykiska problem. Detta kan ha sina rötter i att anknytningen kompliceras av handikappet, svårigheterna att symbolisera och skapa meningsfullhet, att få en stabil, sammanhållen identitet men även av det annorlunda bemötande som människor med funktionshinder ofta utsätts för i samhället.

Vid all psykoterapi måste vi möta människan där hon är och det första steget är att etablera kontakt och anknytning.

Genom psykoterapi kan man nå sammanhang och meningsfullhet, olika jagfunktioner kan stärkas så att personen kan utvecklas mot ökad självständighet. Att få kontakt med sina känslor man tidigare undvikit medför att en människa kan bli "hel" och inte behöver fungera utifrån ett falskt själv eller en handikappad personlighet (Sinason, 1992). Utveckling och förmågan till empati går parallellt med att en människa får kontakt med sin egen ledsenhet och sorg, att hon blir medveten om sådana känslor inom sig. Störningar i tänkandet kan försvåra den känslomässiga objektkonstansen och utvecklandet av ömsesidighet i relationerna till andra.

Projektets andra huvudsyfte var att erbjuda psykoanalytisk psykoterapi till personer med utvecklingsstörning som även hade psykiska problem och att undersöka om "sekundära handikapp" reducerades efter 1 ½ års psykoterapi. Inom projektets regi erhöll sju vuxna personer med lindrig och måttlig utvecklingsstörning psykoanalytisk psykoterapi under 1 ½ år, vilket är en mycket kort tid med tanke på klienternas svåra problematik. Trots detta har vi kunnat se stora och snabba förändringar hos klienterna under denna tidsperiod, de största förändringarna har dock skett efter ytterligare år av psykoterapi.

Fem personer som ingick i projektet deltog vid såväl för- som omtestningar med DMT och PORT, en klient deltog endast vid förtestningen då han blev långvarigt sjuk. En person förstod ej instruktionerna vid testningarna varför det ej finns några protokoll eller kodningar från dessa. Vid omtestningen sa dock klienten bestämt ifrån att hon inte ville genomföra testningen.

DMT (Defence Mechanism Test) och PORT (Perceptgenetic Object Relation Test) ger tillsammans en bred belysning av klienternas inre psykiska förutsättningar att handskas med konflikter, ångest och depressiva affekter på olika nivåer och av olika kvalitet. Utifrån resultaten från DMT och PORT att döma har de mest framträdande tecknen hos personerna med utvecklingsstörning som deltog i projektet, sin referens i anknytnings- och separationsfaserna. Det rör sig om brister i den tidiga objektrelationsutvecklingen, brister som ett flertal författare uppmärksammat hos personer med utvecklingsstörning. Detta får långtgående implikationer för psykoterapi och bemötande i allmänhet av denna grupp människor (Hessel, 1998).

Helgestaltförsvar (tolkas företrädesvis i anknytningstemat och då som ett försök till avvärjande mot total upplösningsångest inför närhetsrelationer), brist i anknytningsrelation, identitetsosäkerhet, ångest, gränslöshet, ingen C-fas har kodats hos mer än hälften av klienterna.

Det finns en påtaglig likhet hos personerna med utvecklingsstörning som deltog i projektet och de personer med borderline- respektive schizofrenidiagnoser som beskrivs i Nilssons material (1995) avseende vissa kategorier. Inom såväl borderline- som schizofrenigruppen

var identitetsosäkerhet och brist i anknytningsrelation karakteristiskt, kategorier som även kodats frekvent hos våra klienter. I borderlinegruppen fanns en stark trend mot helgestaltförsvaret, något som även fanns i vår klientgrupp. Stor förekomst av förvirring av objektrelationsfärer (tecken på förskjutning och förtätning samt diffusa gränser mellan olika sfärer hos klienten men även ett tecken på försvarets/affektens stora genomslagskraft hos klienten) och frånvaro av C-fas kunde ses hos projektdeltagarna liksom hos schizofrenigruppen.

Liknande resultat erhöles vid vårdutvecklingsprojektet på Salberga sjukhus där man använde sig av DMT och PORT vid utvärdering av psykoterapiinsatser (Nyström & Lindén, 1996).

Utifrån dessa resultat kan man tänka sig att även personer med utvecklingsstörning kan ha svår problematik som borderline och psykos.

Professor Alf Nilsson erhöles i efterhand en sammanfattning av terapierna samt bakgrundsfakta kring de enskilda klienterna och gjorde sin bedömning när det gäller användning av DMT och PORT för personer med utvecklingsstörning utifrån de resultat som erhöles i projektet. Professor Alf Nilsson ger följande bedömning:

”Som framgår av blindtolkningar och tolkningar visar DMT och PORT för samtliga personer tecken på djup och svår relations- och affektiv problematik. Med facit i terapisammanfattningarna kan sägas att det finns flera inslag i serierna, som förefaller förståeliga med beaktande av såväl anamnes som problematik för de olika personerna. I vissa fall förefaller det som att man gestaltar sin svåra problematik i testserierna på ett mera nyanserat sätt än vad som sedan varit möjligt att uttrycka i terapin. Min bedömning är att testserierna oftast bidrar med information, som kan vara viktig att känna till inför ett terapeutiskt arbete med dessa personer.”

Sex klienter deltog vid såväl för- som omtestning med WAIS-R. Resultaten från WAIS-R visar på att prestationerna är jämnare hos hälften av personerna vid omtestningen, dvs. helheten har vunnit på delarnas bekostnad. Grunden kanske kan vara att för dessa personer hade självkänslan stärkts vilket även kunde skönjas i WAIS-R. Personerna hade enligt testresultaten en måttlig eller lindrig utvecklingsstörning (IQ < 40 - IQ 54). Personerna hade inte fått högre IQ-värden men det verkade som om de kunde använda sina begåvningsresurser på ett bättre sätt vid omtestningstillfället.

Utifrån utvärderingarna av begåvningsstestet och de projektiva testen samt de förändringar som personal, föräldrar och terapeuter sett hos klienterna, har vi sett förändringar som kan tolkas som en högre grad av integration, ett bättre jagfungerande och minskning av primitiva försvar hos de flesta av klienterna. När de primitiva försvaren minskar skapas förutsättningar för mer integrativa stävanden inom personligheten.

Vi såg hos klienterna som deltog i projektet stora förändringar vad gäller olika jagfunktioner. Jagfunktioner som kommunikation, förmågan till differentierade känslor, att härbärga dysfori, förmågan att skilja mellan yttre och inre värld, är några av de funktioner som utvecklats hos individerna. En ökning av olika jagfunktioner medför att personen kan utvecklas mot ökad individuation, självständighet.

Oavsett graden av organiskt funktionshinder har utveckling kunnat ske!

Personer med utvecklingsstörning har ofta svårt att verbalt kommunicera sina känslor men deras metakognition kan kraftfullt tala om mening eller meningslöshet, vänskap eller ensamhet, beroende eller oberoende. Dessa uttryck kan vara väldigt tydliga och inte enbart i personens ord utan även i deras blickar, gester, tonfall, rörelser, kroppsspråk m m. Även om man inte har tillgång till verbal kommunikation kan man ändå genom andra uttryckssätt förmedla sin svårighet och förtvivlan, vilket varit tydligt för de personer i projektet som ej uttryckt sig verbalt.

Till en början kunde vi se svårigheter hos klienterna att skapa en sammanhållande berättelse över tid, få kontinuitet och återknytning med vad som ägt rum i tidigare sessioner. Efterhand kunde vi även se förändring vad gällde detta.

Det Sinason (1986, 1988, 1991, 1992) beskrivit som "sekundära handikapp" har minskat efter 1 ½ års psykoterapi. Minskning av "opportunist handicap" kan ses vid terapin genom förmågan att närma sig och prata om funktionshindret. För några av klienterna har sekundära handikapp tjänat som försvar mot trauma - tidiga sjukhusvistelser, operationer, sexuella övergrepp, övergivenhet. Hos de flesta av klienterna har dock smärtan och sorgsenheten över handikappet, att inte kunna ha ett normalt liv, avund mot och längtan efter normalitet varit det man genom olika former av sekundära handikapp försökt värja sig mot. De förändringar som skett hos klienterna har bland annat varit utveckling av kommunikationen, bättre motorik och ändrad kroppshållning, mer nyanserade känslouttryck, bättre koncentrationsförmåga och tidsuppfattning, minskning av aggressivitet och självdestruktivt beteende.

Den utveckling, förändring som sågs hos klienterna som deltog i projektet kan bland annat förstås med att den emotionella intelligensen utvecklats så att man kan använda sin begåvning, kommunicera och förhålla sig till världen på ett bättre sätt. Psykoterapi kan ge individen möjlighet att fungera på ett bättre sätt både kognitivt och emotionellt. Det vi även tycker oss kunna se är att när sekundära handikapp minskar så blir den psykiska störningen tydligare. För klienterna har deras svårigheter berört allt från existentiella problem till svåra psykiska störningar.

Majoriteten av klienterna som deltog i projektet har varit motiverade och noggranna med att komma till terapierna. En person hade stor frånvaro fr a beroende på yttre faktorer, missuppfattningar. För de allra flesta har ramarna varit viktiga.

När någon person haft det svårt redan tidigt i livet (sjukhusvistelser, övergivenhet, operationer m m), kan den tidigaste anknytningen skadas vilket kan leda till en extrem känslighet för separationer, vilket vi sett hos flera av de personer som ingått i projektet. Personerna har visat detta genom önskan om att alltid kunna vara nära terapeuten, att terapeuten ska tänka på honom/henne t ex genom att vilja ge teckningar, adress och telefonnummer, att gå till samma frisör. Klienterna har även inför olika separationer kunnat uppvisa ett mer handikappat beteende, dragit sig undan kontakt m m.

De motöverföringsreaktioner som väcktes hos terapeuterna var bl a känslor av meningslöshet och hopplöshet, motöverföringskänslor som kan uppkomma i det terapeutiska arbetet med personer med stor inre tomhet och bristande fantasiliv. Känslor av misslyckande, värdelöshet, otillräcklighet, trötthet, tomhet, agerande var andra motöverföringsreaktioner som uppvisades i arbetet.

Möjligheten att arbeta med psykoterapi och för att personer med utvecklingsstörning ska kunna tillgodogöra sig detta, handlar inte enbart om förmågan hos människan med utvecklingsstörning eller hans/hennes intellektuella nivå utan det handlar också mycket om terapeutens förmåga.

Inom projektet har det funnits en stor entusiasm hos terapeuterna och känslomässig lyhörddhet inför de svåra problem som personerna med utvecklingsstörning visat i mötet.

Tre av klienterna har flyttat från gruppbostad till egen lägenhet med stöd, två har flyttat från föräldrahem till egna lägenheter med personalstöd efter projektperioden. En person flyttade redan under projekttiden från föräldrahem till gruppbostad.

Det har verkligen skett rörelser och förändringar såväl inom individen som i det yttre!

Det är viktigt att en tillräckligt god terapeutisk miljö skapas för att människor med utvecklingsstörning ska kunna utveckla sina jagfunktioner, sin individualitet. Ett terapeutiskt förhållningssätt präglas av respektfull inställning till de personer man arbetar med. Det innebär även att man reflekterar över sig själv och sina känsloreaktioner (motöverföringsaspekterna) och försöker förstå vad det är klienten försöker förmedla.

Genom psykoterapi men även genom att skapa en god terapeutisk miljö kan man få meningsfullhet, sammanhang, samband.

I Lomma kommun, ca 1 mil från Lund, har man byggt upp en daglig verksamhet, "Gula villan", med ett terapeutiskt förhållningssätt. De som arbetar där har meningsfulla, hela arbetsuppgifter som ger sammanhang i tillvaron. En viktig arbetsuppgift är även att prata om funktionshinder.

Innehållet i verksamheten ger möjlighet för utveckling av social kompetens (sociala relationer), känslomässig intelligens. Oavsett begåvningsnivå har man en plats och funktion i verksamheten. Genom det arbetssätt som finns har man kunnat stärka olika jagfunktioner och olika beteendestörningar har minskat drastiskt. Tidsuppfattning, koncentrationsförmåga har kunnat utvecklas, man har lärt sig att vänta och inte kräva omedelbar behovstillfredsställelse.

Även på några gruppboende i Lunds kommun har man börjat arbeta mer utifrån ett terapeutiskt förhållningssätt vilket har gett mycket positiva resultat.

Redan för ca 25 år sedan uppmärksammades behovet av psykoterapi av Omsorgsnämndens psykologer i Stockholm. Föräldrar till barn med utvecklingsstörning förstod att det fanns ett behov av att ge hjälp till deras barn som hade både utvecklingsstörning och psykiska problem, de förstod att kompetensen som behövdes var såväl kunskaper om funktionshindret som kunskaper om psykiska störningar och psykoterapi. Omsorgsstyrelsens Länscentrum startades då upp och arbetar med psykoterapi för barn, tonåringar och vuxna med utvecklingsstörning, kriscentrum för föräldrar och anhöriga, föräldrautbildning m m. Föräldrar kan behöva få hjälp med anknytningsprocessen men även med frigörelseprocessen trots att barnen är vuxna.

På många håll runt om i världen har man betonat behovet av multidisciplinära team när man arbetar med personer med utvecklingsstörning som även har psykiska störningar/problem. Det är viktigt att man arbetar med alla frågor, problem kring den enskilde såsom omgivningsfaktorer, somatiska faktorer, relationer m m. Såväl föräldrar, anhöriga som personal bör ges stöd och handledning.

Under de senaste åren har det på flera håll i Sverige utvecklats utrednings- och diagnosticeringsenheter för personer med utvecklingsstörning som även har psykisk problematik, genom statliga stimulansbidrag från Socialstyrelsen. KUP (Kunskapscentrum Utvecklingsstörning och Psykiatri) i Uppsala har under flera år arbetat med nätverksarbete kring diagnosticering av psykiska störningar hos personer med utvecklingsstörning. Man samlar personer som är viktiga för klienten i ett nätverksmöte för att få så mycket information som möjligt kring den enskilde personens problematik. De erfarenheter man fått visar bl a på att rätt diagnos ger rätt behandling och en större förståelse för personer med utvecklingsstörning även inom psykiatrin. Rätt diagnos leder även till rätt medicinering (oftast innebär det mindre medicinering) och att den enskilde kan få ökad livskvalitet.

I Mölndal har man startat upp dels en särskild utredningsavdelning för personer med utvecklingsstörning och psykisk störning, dels en poliklinisk psykiatrisk konsultverksamhet för att bättre kunna hjälpa de personer som är berörda. Man har där erfarit att många av personerna med utvecklingsstörning som remitterats till kliniken, haft olika somatiska

åtkommas som ej varit åtgärdade. Det har även funnits många personer med utvecklingsstörning som haft epileptogen störning som man ej uppmärksammat tidigare. Rätt medicinering, behandling har kunnat reducera de problem som blivit följden av dessa svårigheter.

I Kopparbergs län pågick ett samarbetsprojekt mellan Habiliteringen och Baspsykiatri under några år. Resultat från projektet (HAPSY) visar på att det är absolut nödvändigt med ökat samarbete och kunskapsutbyte mellan psykiatri, habilitering och de särskilda omsorgerna med avseende på den multifaktoriella problematik som finns hos personer med diagnos lätt mental retardation. Man bedömer vidare att neurooftalmologisk undersökning bör bli obligatorisk för individer som erhållit diagnosen lätt mental retardation oavsett ytterligare problematik, då de uppmärksammat att flertalet av de klienter som ingick i projektet hade olika former av synproblem som kan påverka allmäntillståndet i form av psykisk och fysisk trötthet.

Under senare år har flera nätverksgrupper startats upp, bl a ett kring psykoterapi som Omsorgsnämndens Länscentrum i Stockholm ansvarat för. Ett Nordiskt nätverk kring utvecklingsstörning och psykisk störning startades upp av KUP-projektet (Kunskapscentrum Utvecklingsstörning och Psykiatri) i Uppsala 1996 och har även det varit mycket givande för deltagarna. Ett europeiskt nätverk kring psykoanalys och utvecklingsstörning påbörjades under 1996 och har bl a haft deltagare från England, Frankrike, Belgien, Tyskland, Österrike, USA, Sverige vid de årliga sammankomsterna. Nätverksmötena har gett möjlighet till att skapa kontakter deltagare och länder emellan, det har skett kunskapsförmedling som varit berikande.

De förslag till lösningar som Socialstyrelsen gav i sitt Meddelandeblad nr 10/90 för att förbättra samverkan mellan omsorgsverksamhet och psykiatri beträffande omhändertagande och vård av personer med utvecklingsstörning som har psykisk störning, har projektet till stor del kunnat uppfylla genom olika insatser.

Som tidigare berörts i projektrapporten, finns det ett stort behov av adekvat utbildning för att kunna arbeta med psykoterapi för personer med utvecklingsstörning som har svåra psykiska problem, störningar. Sannolikt skulle det behövas en speciellt inriktad psykoterapiutbildning för att tillgodose denna grupps behov av kvalificerad behandling vid psykisk störning, problematik. Det finns ett behov av kunskaper både vad gäller bedömning av normalitet kontra patologi och terapeutiska tekniker med alternativa sätt att kommunicera.

REFERENSER

- Berglund, G., Svensson, G., West, M. (1998) *Psykoterapi med intellektuellt funktionshindrade - svårigheter och möjligheter*. Institutionen för pedagogik och psykologi, Linköping.
- Bichard, S.H. (1992) *Measures of Cognitive and Emotional Development in the Mentally Retarded*. Paper presenterad vid Annual American Psychological Association Convention, Washington D.C.
- Bicknell, J. (1983) *The psychopathology of handicap*. British Journal of medical Psychology. 56, s 167 - 178. England.
- Bion, W.R. (1993) *Vid närmare eftertanke. Psykoanalytiska studier*. Natur och Kultur
- Cooke, L.B. & Sinason, V. (1998) *Abuse of people with learning disabilities and other vulnerable adults*. Advances in Psychiatric Treatment. Vol 4, 119-125.
- Day, K.A. (1990) Depression in moderately and mildly mentally handicapped people. I Dosen, A. & Menolascino, F. J. *Depression in Mentally Retarded Children and Adults* (s 129-154). Logon Publications, Leiden, Holland.
- DesNoyers Hurley, A. (1997) *The Misdiagnosis of Hallucinations and Delusions in Persons with Mental Retardation*. Paper presenterad vid NADD International Congress III on the Dually Diagnosed, Montreal.
- Dosen, A. & Menolascino, F. J (1990) Conclusion. I Dosen, A. och Menolascino, F. J. *Depression in mentally Retarded Children and Adults* (s 351-354) . Logon Publications, Leiden, Holland.
- Dosen, A. (1993) *A developmental psychiatric approach for the diagnosis of psychiatric disorders of persons with mental retardation*. Dr. Frank Menolascino Memorial Lecture, Boston, International Congress.
- Dosen, A. (1996) *Developmental psychiatric approach in children with severe mental retardation and behavioral disorders*. Venray, Nieuw Spraeland, Holland.
- Dosen, A (1997) Developmental-dynamic relationship therapy - an approach to more severe mentally retarded children. I Dosen, A. & Day, K. *Handbook of treatment of mental illness and behavioral disorders in children and adults with mental retardation* (s 492 - 507).
- Duvner, T. (1997) *Barnneuropsykiatri. MBD/DAMP, autistiska störningar, dyslexi*. Liber AB, Stockholm.
- Ekdahl, B.(1996) *Psykoterapi med intellektuellt funktionshindrade. Ett objektrelationsteoretiskt perspektiv*. SAPU, Stockholm.
- Fletcher, R. (1993) Individual Psychotherapy for Persons with Mental Retardation. I Dosen, A. & Fletcher R. J. *Mental Health Aspects of Mental Retardation* (s 327-349). Lexington Books, New York.
- Friedman, G. (1995) *Att bli mamma till ett handikappat barn*. Psykoterapiinstitutet, Stockholms läns landsting.
- Fyhr, G. (1983) *Den förbjudna sorgen- om förväntningar och sorg kring det handikappade barnet*. Sfph:s monografiserie. Nordstedts.

- Gardner, H (1994) *De sju intelligenserna*. Brain Books AB
- Gardner, W.I & Griffiths, D.M. (1997) *Depression in persons with mental Retardation*. Paper presenterad vid International Congress III on the Dually Diagnosed, Montreal.
- Goleman, D (1997) *Känslans intelligens*. Wahlström & Widstrand, Borås.
- Hessel, M. (1998) *Utvecklingsstörning och objektrelationsutveckling*. Enheten för Psykoterapiutbildning, Lunds Universitet.
- Hollins, S. (1990) Group analytic therapy with people with mental handicap. I Dosen, A., Gennep, A. & Zwanikken, G. *Treatment of Mental Illness and Behavioral Disorder in the Mentally Retarded* (sid. 81-89). Logon Publications, Leiden Holland
- Hollins, S. (1993) Group Analytic Therapy for People with a Mental Handicap. I Waitman, A. & Conboy-Hill, S. *Psychotherapy and Mental Handicaped* (sid. 139-149). Sage, London.
- Igra, L. (1996) *Inre värld och förändring*. Natur och Kultur, Stockholm.
- Igra, L. (1997) *Objektrelationer och psykoterapi*. Natur och Kultur, Stockholm.
- Klein, M. (1988) *Kärlek, skuld och gottgörelse*. Natur och Kultur, Stockholm.
- Kragh, U. (1969) *Manual till DMT. Defence Mechanism Test*. Skandinaviska testförlaget AB, Stockholm.
- Lagerheim, B. (1988) *Att utvecklas med handikapp*. Almqvist & Wiksell, Falköping.
- Levitas, A. (1997) *Clinical and Service Issues in Adults with Mental Retardation and Mental Health problem*. Paper presenterat vid International Congress III on the Dually Diagnosed, Montreal.
- Lindén, H., Nyström, N. (1996) *Psykoterapi och miljöterapi med psykiskt störda, lindrigt begåvningshandikappade lagöverträdare*. Socialstyrelsen, Stockholm.
- McGee J.J & Menolascino F.J. (1990) Depression in persons with mental retardation: toward an existential analysis. I Dosen, A. & Menolascino, F.J. *Depression in Mentally Retarded Children and Adults* (s 95-11). Logon Publications, Leiden, Holland.
- Menolascino, F.J. (1990) Mental retardation and the risk, nature and types of mental illness. I Dosen, A & Menolascino, F.J. *Depression in Mentally Retarded Children and Adults* (s 11-34). Logon Publications, Leiden, Holland.
- Nilsson, A. (1993) *Preliminärt kodningsschema, interbedömar- och parallelltestreliabilitet hos PORT, Perceptgenetiskt objektrelationstest*. Forskningsrapport från Institutionen för tillämpad psykologi. Lunds Universitet.
- Nilsson, A. (1995) *Differentiation between patients with schizophrenia and borderline disorders in the Perceptgenetic Object-Relation Test, PORT*. British Journal of Medical Psychology. Volym 68, del 4 (s 287 - 309).
- Sandberg, U-B. (1997) *Motöverföring i psykoterapi med utvecklingsstörda patienter*. Uppsats i vetenskapsteori, påbyggnadsutbildning i psykoterapi. Utbildningsenheten psykiatri i Blekinge.

- Sinason, V. (1986) *Secondary Mental Handicap and its relationship to Trauma*. Psychoanalytic Psychotherapy Vol. 2 (2), 97-111.
- Sinason, V. (1988) *Smiling, swallowing, sickening and stupefying. The effect of abuse on the child*. Psychoanalytic Psychotherapy Summer 1988.
- Sinason, V. (1991) Vi hjälper dem att återfinna meningen med sitt liv. *Psykologtidningen* nr 13, s 4 - 8.
- Sinason, V. (1992) *Mental Handicap and the Human Condition. New Approaches from the Tavistock*. Free Association Books, London.
- Sinason, V. & Stokes, J. (1993) Secondary Mental Handicap as a Defence. I Waitman, A. & Conboy-Hill, S. *Psychotherapy and Mental Handicap*. (s 46 -58). SAGE Publications Ltd, London.
- Socialstyrelsen (1994) Allmänna råd från Socialstyrelsen 1994:1 *Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade*. Stockholm.
- Sommarström, I., Rosén-Sverdén, E., Ekwinska, K. (1993) *Psykoterapi och utvecklingsstörning*. Liber utbildning AB, Stockholm.
- Sovner, R. & DesNoyers Hurley, A (1986) *Four Factors Affecting the Diagnosis of Psychiatric Disorders in Mentally Retarded Persons*. Psychiatric Aspects of Mental Retardation Reviews, Vol. 5, No. 9.
- Spensley, S. (1985) *Mentally ill or Mentally Handicapped? A longitudinal study of severe learning disorder*. Psychoanalytic Psychotherapy, Vol. 1 (3), 55-70.
- Sternlicht, M. (1965) *Psychotherapeutic Techniques Useful With the Mentally Retarded: A Review and Critique*.
- Ståhlberg, U. (1998) *Mind and thought*. Paper presenterad vid 3rd International Conference Psychoanalysis and Mental Retardation.
- Symington, N. (1981) *The Psychotherapy of a Subnormal Patient*. British Journal of Medical psychology, 54, 187-199.
- Symington, N. (1993) Countertransference with Mentally Handicapped Clients. I Waitman, A. & Conboy-Hill, S. *Psychotherapy and mental Handicap*. (s 132 - 138). SAGE Publications, London.
- Wessely, H. & Bergvall, Å. (1998) *Lätt mental retardation och psykiatrisk problematik ur ett neuropsykologiskt och psykiatriskt perspektiv. Differentialdiagnostiska och terapeutiska implikationer. HAPSY-projektet*. Landstinget Dalarna.
- Zenker, B. (1993) *Psykoterapi med utvecklingsstörda barn*. Liber utbildning AB, Stockholm.

950810

I Lundadistriktet pågår sedan hösten -94 ett samarbetsprojekt mellan Omsorgsverksamheten och Baspsykiatriska kliniken, sektor 1 kring psykoterapi för vuxna utvecklingsstörda.

Människor som har en utvecklingsstörning, ett begåvningshandikapp har sällan erbjudits psykoterapi trots behov av det, då man ansett att de ej kunnat tillgodogöra sig denna behandlingsform. Senare forskningsresultat har visat på att personer med utvecklingsstörning kan tillgodogöra sig psykoterapi som alla andra. Enligt vissa forskningsresultat har begåvningsresurserna kunnat användas på ett bättre sätt efter psyko-terapeutiska insatser. Språket, språkförståelsen har ändrats, minnesfunktionerna förbättrats m m.

Inom projektets ram kommer ett antal personer med utvecklingsstörning att erbjudas psykoterapi under minst 1 ½ års tid. För att kunna utvärdera psykoterapin som behandlingsform och visa på att psykoterapi är en viktig behandlingsinsats, kommer personerna att testas såväl före som efter psykoterapin. Testerna innefattar begåvningsstest och projektiva tester (man får rita och berätta kring olika bilder).

Under augusti och september månad kommer personerna som ska ingå i projektet att kallas till bedömningssamtal och testning, därefter kommer psykoterapin att påbörjas.

Projektet är unikt såtillvida att det är ett samarbetsprojekt mellan psykiatri och omsorgsverksamheten. Projektet finansieras genom statliga medel för habilitering och rehabilitering.

Projektet kommer att dokumenteras och redovisas. Självfallet kommer inga namn eller personuppgifter att lämnas ut.

Har ni några frågor eller funderingar kring projektet får ni gärna höra av er.

Med vänliga hälsningar,

Barbro Carlsson
Distriktspsykolog och projektledare, Omsorgsverksamheten i Lund

Huvudtecken på försvar i DMT enligt Kragh (1969):

1. *Bortträngning* - hero och/eller bipersonen har en kvalitet av stelhet och livlöshet eller av utklädsel, eller ses som ett djur eller föremål.
2. *Isolering* - hero och bipersonen avskiljas från varandra i fältet. Hotet, hotfiguren eller mittfiguren ses inte eller "vitläggs".
3. *Förnekande* - förekomst av hot förnekas eller bagatelliseras.
4. *Reaktionsbildning* - hotet vänds i sin motsats.
5. *Identifikation med angriparen* - hero är den som angriper eller hotar.
6. *Vändning mot det egna jaget* - hero eller mittfigurens huvudattribut är skadade eller värdelösa; attributet är ett hot mot hero.
7. *Introjektion* av det motsatta könet - heros kön överensstämmer ej med mittfigurens. Heros kön växlar ofta.
8. *Introjektion* av annat objekt - hero två- eller mångfaldigas; mittfigurens identitet förändras på annat sätt än ifråga om könstillhörigheten.
9. *Projektion* - successiva förändringar av hero innan bipersonen nått T-fas; sekundär förändring av bipersonen via hero.
10. *Regression* - den totala fasstrukturen, eller delstrukturer, bryter samman eller återfaller till struktur som tillhör tidigare fasnivå.

Standardkodning PORT enligt Nilsson (1993).

Anknytningstemat.

- (1) *Ängest* a-c (kodas i alla serierna) uppträder på tre sätt:
 - a) total gestaltupplösning när fp rapporterar och/eller ritar något med innehåll och i nästa exponering rapporterar att han/hon inte ser något alls
 - b) partiell gestaltupplösning när fp rapporterar föremål/personer på kvinnans och/eller barnets plats och i följande exponeringar inte uppfattar föremålet/personen eller rapporterar att det/den är borta
 - c) svartläggning av partier eller delar av bilden (muntlig rapport om att det är svart på bilden krävs för denna kodning)
- (2) *Helgestaltförsvar* kodas när ett stimulusadekvat innehåll i form av en enda gestalt rapporteras som t ex ett ansikte, ett öra eller annan kroppsdel. Andra svar kan vara djur och föremål av olika slag. Helgestalten i anknytningstemat kan ses som försök till avvärjande av total upplösningssängest.
- (3) *Sexualisering* a-b (kodas enbart i anknytningstemat):
 - a) kodas när fp rapporterar en kärleksscen mellan två vuxna människor
 - b) kodas när fp rapporterar kvinnan på bilden som naken
- (4) *Identitetsosäkerhet* a-b (kodas i alla serierna):
 - a) fp rapporterar två eller flera personer på platsen där det endast finns en person på bilden (duplikation/identitetsklyvning)
 - b) kvinnan på bilden rapporteras som man (i oidipalserien rapporteras mannen som kvinna)
- (5) *Idealisering* kodas enbart i anknytningsserien och de svar som kodas är t ex balettdansös, sjöjungfru, ängel, Snövit.
- (6) *Devaluering* kodas när antingen kvinnan, barnet eller båda rapporteras med någon kroppsdefekt.
- (7) *Brist i anknytningsrelationen* a-c kodas när:
 - a) barnet uppfattas och rapporteras inte någon gång i serien
 - b) barnet rapporteras som distanserat och skilt från kvinnan
 - c) barnet rapporteras som ett objekt
- (8) *Gränslöshet* kodas i alla serierna när en utomhusscen rapporteras som t ex "i en öken", "på en äng", "vid havet", "på en gata".
- (9) *Infantil regression* kodas när fp efter att ha uppnått en relativt stimulusnära rapportering av innehållet sent i serien återgår till rapport om "ett hus", "en leksakshäst" etc.

- (10) *Regressiv fragmentering* a-b kodas över en sekvens av exponeringar, där fp rapporterar:
- ett rumsligt innehåll som successivt över exponeringarna blir alltmera fragmenterat och ytterst kan ända i ett "tomrum"
 - en hel individ som successivt över exponeringarna fragmenteras i kroppsdelar till att bli "en död person", "ett lik" etc.
- (11) *Sen eller ingen strukturering* av innehållet: Om fp rapporterar innehåll först i den 13:e exponeringen eller någon exponering senare (kodas i alla serier).
- (12) *Utan eller ingen C-fas* kodas när fp inte rapporterar korrekt innehåll inom ramen för de 20 exponeringarna i serien (kodas i alla serier).

Separationstemat:

- (1) *Ångest a - c* kodas och tolkas på analogt sätt som i anknytningstemat.
- (2) *Depression a - d* kodas:
- när fp rapporterar barn eller barn/kvinna som en död person, en hängd person, ett lik, en medvetlös/berusad/sjuk person etc. (depressiv utslagenhet)
 - när barnet eller barnet/kvinnan rapporteras som fattig, klädd i trasor, tiggare etc. (depressiv utslagenhet/värdelöshet)
 - när kvinnan rapporteras som gammal, gråhårig, rynkig etc. (depressiv värdelöshet)
 - när barnet rapporteras gråta, är ledset eller förtvivlat (depressiv sorg)
- (3) *Klyvning a - c*, kodas enbart i separationsserien utifrån teckningarna, i regel utan stöd i muntlig rapportering :
- när en stimulusadekvat, vertikal linje/barriär ritas mellan barnet och kvinnan så att de hamnar skilda från varandra
 - när kvinnan och dörren ritas i förgrunden av bilden i nivå med barnet så att dörrlinjerna placerar kvinnan och barnet i två olika fält
 - när en stimulusadekvat, horisontell linje/barriär ritas mellan kvinnan och barnet så att kvinnan avskiljs i ett fält ovanför barnet som hamnar i ett fält nedanför linjen.
- (4) *Identitetsosäkerhet* kodas i analogi med kodningen i anknytningstemat.
- (5) *Övergångsfenomen* a-b kodas i separations- och oidipalserierna, i oidipalserien enbart som variant a):
- Övergångsobjekt* när fp rapporterar ett stimulusadekvat föremål som ex teddybjörn, nalle intill eller i barnets eller/och kvinnans hand
 - Övergångszon* som utmärks av att fp ritar ut en stimulusadekvat markerad zon i Rummet mellan barnet och kvinnan, ibland verbalt benämnd matta, trappa etc. Övergångszonen kan betraktas som en "utväg" eller nödutgång som fp skapar i fantasin inför hot om övergivenhet
- (6). *Primär dependens* som försvar kodas när fp ritar ut och ibland muntligt rapporterar, en kedja, en brygga, ett vattendrag etc. i rummet mellan barnet och kvinnan
- (6) *Dependens* kodas när kvinnan och barnet på bilden förbinds med varandra via en sele, ett snöre etc. Dependens kodas även när barnet rapporteras som en hund eller katt som kvinnan håller i ett koppel.
- (8) *Gränslöshet* kodas och tolkas på analogt sätt som i anknytningsfasen.
- (9) *Motorisk aktivitet* kodas när barnets kroppsläge rapporteras som annorlunda än på den visade bilden (t ex att barnet står upp och springer, ligger och simmar, klättrar i berg) där det samtidigt inbegrips motorisk aktivitet
- (10) *Motorisk inaktivitet* kodas i analogi med motorisk aktivitet när barnets kroppsläge rapporteras som annorlunda än på bilden (t ex sitter, ligger på rygg, står) där det samtidigt inbegrips motorisk inaktivitet.
- (11) *Utsöndring* kodas när fp rapporterar blod- eller urinpöl eller exkrementhög på golvet intill barnet.
- (12) *Ambitendens* kodas när fp efter att ha rapporterat kvinnan på bilden korrekt minst två gånger (med korrekt rapportering emellan) rapporterar kvinnan vänd mot barnet.
- (13) *Sen eller ingen strukturering* kodas analogt med förhållandet i anknytningsserien.
- (14) *Utan eller ingen C-fas* kodas i analogi med vad som gäller för anknytningsserien.

Oidipaltemat.

- (1) *Ångest a - c* kodas och tolkas på analogt sätt som i anknytnings- och separationsserierna.
- (2) *Fallisk problematik a - b* kodas som:
 - a) fallisk struktur när fp rapporterar stimulusinadekvata formationer av typ skorsten, kyrktorn, träd/trädstam etc.
 - b) falliskt instrument när mannen på bilden utrustas med en penis, skottkärra, plog, vattenslang, piska eller liknande
- (2) *Hysterisk suppression* kodas när fp rapporterar detaljerade beskrivningar av berglandskap med trädstammar och/eller trädstubbar och/eller lappkåtor etc. utan att det finns personer med på bilden.
- (4) *Identitetsosäkerhet a - b* kodas och tolkas analogt med vad som gäller för anknytnings- och separationsserierna.
- (5) *Övergångsfenomen* uppträder i oidipalserien enbart i form av övergångsobjekt som Kodas när leksaken på golvet framför barnet rapporteras som nalle, teddybjörn etc.
- (6) *Dependens* kodas på analogt sätt som i separationsserien.
- (7) *Aggressiv attack från fadersobjekt* kodas om fp rapporterar hotfulla och aggressivt attackerande åtbörder gentemot barnet.
- (8) *Gränslöshet* kodas och tolkas i analogi med vad som gäller för anknytnings- och separationsserierna.
- (9) *Motorisk aktivitet* kodas och tolkas på motsvarande sätt som vad gäller för separationsserien.
- (10) *Motorisk inaktivitet* kodas och tolkas på samma sätt som gäller för separationsserien.
- (11) *Utsöndring* kodas och tolkas på motsvarande sätt som i separationsserien.
- (12) *Sen eller ingen strukturering* kodas på motsvarande sätt som i anknytnings- och separationsserierna.
- (13) *Utan eller ingen C-fas* kodas analogt med vad som gäller i anknytnings- och separationstemat.

CHECKLISTA.

Namn.....
Bostad:.....
Arbete:.....
Ålder:.....
Begåvningshandikapp:.....
Datum:.....
Ifyllt av

Kommunikation: (kryssa för det eller de alternativ om stämmer)

- Verbalt, pratar i meningar med adekvat innehåll
- Verbalt, korta fraser
- Verbalt, enstaka ord
- Verbalt, upprepar samma ord
- Inget meningsfullt språk
- Använder gester för att kommunicera
- Använder bilder för att kommunicera
- Använder tecken för att kommunicera
- Talar tydligt
- Talar otydligt
- Svarar adekvat
- Svarar snabbt
- Svarar efter lång paus
- Svarar ofta "minns inte"
- Svarar ofta "vet inte"
- Svarar ofta detaljerat
- Pratar med hög röst
- Pratar tyst
- Ingen verbal kommunikation
- Kommunicerar med blicken
- Kommunicerar med ljud
- Använder kroppsspråk för att kommunicera

Beskriv N när det gäller hans/hennes ordförråd!

.....
.....
.....

Vilka ord och uttryck använder N mest!

.....
.....
.....

Beskriv när det gäller hans/hennes ordförståelse!

.....
.....
.....

Förmågor: (kryssa för det eller de alternativ som stämmer med N)

- Läser flytande
- Läser lite information och förstår
- Känner igen ord
- Skriver ord, fraser, meningar (stryk under)
- Kan skriva sin namnteckning
- Känner igen/använder bilder (Pictogram, foto, teckningar, tidningar)
- Känner igen/matchar färger
- Känner igen/matchar siffror
- Kan enkel addition
- Kan enkel subtraktion
- Kan enkel multiplikation
- Kan enkel division
- Kan valörer på mynt
- Kan göra enkla inköp
- Klarar av att göra bankärenden, postärenden
- Kan ta ansvar för sin egen ekonomi

Kroppsuppfattning: (kryssa för det som stämmer på N)

- Kan avbilda den egna kroppen
- Kan namnge kroppsdelarna
- Kan peka ut kroppsdelarna

Sömn: (kryssa för det som stämmer med N)

- Sover mycket, mer än 8 timmar/ natt
- Sover oroligt
- Sover lite
- Har svårt att somna
- Är svår att väcka
- Har normal sömn
- Har ofta mardrömmar
- Vaknar själv
- Måste väckas
- Somnar sent
- Somnar tidigt
- Har periodvisa sömnstörningar

Beskriv N när det gäller hans/hennes...

Fysiska hälsa:

.....
.....
.....

Psykiska hälsa:

.....
.....
.....

Medicinering:

.....
.....
.....

Orsak till medicinering:

.....
.....

Syn:

.....
.....
.....

Hörsel:

.....
.....
.....

Reaktion när det gäller smärta:

.....
.....
.....

Reaktion när det gäller kyla och värme:

.....
.....
.....

Grovmotorik (huvudkontroll, vända sig, krypa, sitta, stå, springa, cykla):

.....
.....
.....

Finmotorik (handgrepp, gripa/släppa, ögon-hand koordination):

.....
.....
.....

Balans:

.....
.....
.....

Koordination:

.....
.....
.....

Förflyttning:

.....
.....
.....

Känslor:

Hur uttrycker och vad gör N...

Glad.....
.....
.....

Lugn.....
.....
.....

Orolig, nervös.....
.....
.....

Arg, irriterad.....
.....
.....

Nedstämd, ledsen.....
.....
.....

Rädd.....
.....
.....

Uttrycks känslorna nyanserat? Beskriv!
.....
.....
.....

Visar N aggressivitet mot andra? På vilket sätt? När?
.....
.....
.....

Är N självdestruktiv, skadar sig själv? Hur? När?
.....
.....
.....

Situationer, uppgifter, krav, saker som gör N upprörd, irriterad eller uppjagad:
1.....
2.....
3.....

Vad gör N när han/hon blir upprörd, irriterad eller uppjagad?
1.....
2.....
3.....

Bästa sättet att lugna N när han/hon blir upprörd, irriterad, uppjagad:
1.....
2.....
3.....

Hur ofta blir N upprörd, irriterad, uppjagad? (Kryssa för alternativet som passar)
 Varje dag
 Flera gånger i veckan
 Någon gång i veckan
 Någon gång i månaden
 Sällan

Beskriv N när det gäller...
Hur han/hon hanterar sin sexualitet:
.....
.....
.....

Självständighet (kan N säga "ja" och "nej", klarar N av att vara ensam?):
.....
.....
.....

Identitet (säger N "jag" om sig själv?):
.....
.....

Beskriv hur N fungerar när han/hon är ensam!

.....
.....
.....
.....
Relationer med andra (kryssa för det eller de alternativ som stämmer):

- Tar kontakt med andra varje dag
- Tar sällan kontakt med andra
- Selektiv i kontakten
- Oselektiv i kontakten
- Har många vänner
- Har få vänner
- Är ensam
- Trivs i grupp
- Trivs med att vara ensam
- Berättar om sina egna upplevelser
- Uttrycker egna åsikter
- Ställer egna frågor
- Deltar i diskussioner
- Kan säga ifrån, sätta gränser
- Klarar av ömsesidigt umgänge
- Ringer till andra
- Bjuder hem andra

Beskriv N när det gäller:

Kroppshållning:

.....
.....

Mimik:

.....
.....

Minnesförmåga:

.....
.....

Koncentrationsförmåga:

.....
.....

Inlärningsförmåga:

.....
.....

Tidsuppfattning:

.....
.....

Initiativförmåga:

.....
.....

Förmåga att visa sin vilja? Kan N säga/visa "jag vill inte", "jag accepterar inre"? Hur visar N det?

.....
.....

Vad är det som N uttrycker och som verkar vara det mest angelägna för honom/henne i dagsläget?

.....
.....

För personal:

Vilken/vilka känslor väcks inom er som personal när ni är tillsammans med N?

.....
.....
.....

Exempel på svårigheter, beteendestörningar, psykiska problem (kryssa för det som är relevant):

- aggressivitet
- självdestruktivitet
- motoriskt orolig, rastlös, överaktiv
- ängslig, ångestfylld
- svårighet att stå ut med ensamhet
- svårighet att bevara kontakten med andra
- problem i relation med motsatta könet
- rädsla för kroppskontakt
- yttlig kontakt med andra
- distanslöshet
- outsläckt kontaktbehov
- deprimerad, nedstämd
- manisk, forcerad
- snabbt skiftande sinnesstämningar
- synhallucinationer
- hörselhallucinationer
- magiskt tänkande
- vanföreställningar
- svårighet att skilja fantasi från verklighet
- svårighet att skilja mellan sig och andra (blandar sig samman med andra, säger andras namn om sig själv, svarar på frågor ställda till andra)
- säger "du" eller förnamnet om sig själv
- förföljelseteori
- regredierar (förlorar funktioner som personen tidigare haft, t ex börjar kissa eller bajsa ner sig, vill bli matad)
- förändringsångest (har svårt att klara av förändringar som t ex personalbyten, ommöblering, klädbyten, nya rutiner)
- avskärmat beteende (inåtvändhet, självförsjunkhet, lever i sin egen värld)
- bristande impuls kontroll (agerar ut känslor omedelbart)
- kommunikationsstörning/bristande kommunikation (kan kommunicera men gör det inte, upprepar vad andra säger m m)
- stereotypier (t ex gungar med kroppen, viftar med snören eller händerna. lägger saker i rader eller på ett speciellt sätt)
- tvångsmässigt beteende (måste gå på ett visst sätt, bär med sig speciella föremål, måste göra vissa saker i speciell turordning)
- tvångstankar
- passivitet, initiativlöshet
- tjatighet
- fobier
- hypokondriska tendenser (klagar över påhittade krämpor eller sjukdomar)
- avvikande rörelsemönster (t ex tågång, egendomlig gång)

RIKTLINJER FÖR SAMARBETE PSYKIATRIN (SEKTOR 1) - - - OMSORGEN.

- 1: Kontakta jouren på primärvård/sektor 1 mellan 8.00 - 17.00 eller respektive kontaktman.
- 2: Vid behov av inläggning:
Ta kontakt med PAL (patientansvarig läkare) alternativt kontaktperson i öppenvård eller ta kontakt med akutavdelningen på S:t Lars området.
För planerad inläggning kan man ta direkt kontakt med avdelningen (1 D).
Lämna uppgifter om aktuell medicin och namnet på behandlande läkare.
- 3: Efter inläggning skall föreståndare/kontaktperson från boendet lämna information om patienten. Detta skall ske inom de närmsta dagarna efter inläggning.
- 4: Kontaktpersonen på avdelningen (1 D) kallar till behandlingskonferens/vårdplanering. Detta bör ske 1 - 2 veckor efter inläggning. Vilka som skall delta bestäms av respektive enhet.
Vid detta tillfälle bör bl a diskuteras frågor som:
 - vårdtidens längd, behandlingsmål
 - vad skall göras av vem
 - vid behov bestämma nya tider för fortsatt planering
- 5: Vid utskrivning skall kontaktperson eller annan berörd person rapportera till boendet. Denna information skall vara en sammanfattning av vårdtiden och av de åtgärder som gjorts.
- 6: Båda parter har ansvar för att en kontinuerlig kontakt upprätthålls under vårdtiden.

PÖT - sektor 1, tel:

Kontaktman, tel:

Akutmottagningen,
S:t Larsområdet, tel:

Avd 1 D, tel: