

**MINNESANTECKNINGAR FRÅN FÖRELÄSNING MED ANTON DOSEN, 23 - 24/10, 1997: "Diagnosticering utifrån utvecklingspsykologisk approach och behandling av psykiska störningar hos barn och vuxna med utvecklingsstörning".**

Professor Anton Dosen började arbeta med utvecklingsstörda barn för ca 20 år sedan och kan ses som pionjär i Holland när det gäller arbetet med psykiskt störda utvecklingsstörda barn. Det finns ca 140 specialiserade psykiatrer, psykologer, pedagoger som arbetar med personer med utvecklingsstörning i Holland. Det finns enbart ambulande team, ej speciella avdelningar i Holland. Man skulle eventuellt behöva en liten klinik vid behov av akuta inläggningar.

Flera gånger varje år anordnas olika symposier, utbildningsdagar m m.

Det finns akuta behov av att utveckla omhändertagandet av personer med utvecklingsstörning som även har psykiska problem. Den allmänna psykiatrin kan ej ta hand om utvecklingsstörda som har psykiska problem, de har ej kunskaper kring problematiken. De känner ej till de utvecklingsstördas livsproblem vilket är viktigt för att förstå de psykiatriska problemen. Problemen var inte synliga när de utvecklingsstörda bodde på institutioner, de psykiatriska problemen var ej så tydliga då.

Det finns institutioner för barn i Holland så inte föräldrahemmet ska bli en social inrättning, barnet kanske behöver mycket hjälp.

**Målsättning när det gäller arbetet för psykisk hälsa:**

- \* att stimulera hälsosam psykisk utveckling och skydda psykisk hälsa
- \* att förebygga beteendestörningar och psykiska störningar
- \* behandling av beteendestörningar och psykisk sjukdom

Personer med utvecklingsstörning har liknande utveckling som alla andra men den är försenad, de behöver mer tid och resultatet är lägre än bland normalbefolkningen. Barnet måste lära sig att kompensera handikappet, barnet måste lära sig att handskas med handikappet.

Det är viktigt med en stimulerande omgivning för att det ska bli ett hälsosamt resultat, ett hälsosamt liv. Det är betydelsefullt att man ser förmågorna, möjligheterna, utvecklingsbehoven, hos det handikappade barnet. Har barnet uppnått optimal utveckling?

**Psykisk sjukdom:**

*Primär störning..*

- \* störning i tänkande
- \* störning i känslor
- \* störning av motivation

*Sekundär störning..*

- \* störning i medvetandet om sig som person (jag, själv)
- \* störning i medvetandet om omgivningen
- \* störning i psykosocialt fungerande
- \* störning i interpersonella, mellanmänskliga relationer
- \* störning i motorisk aktivitet och kroppshållning
- \* störning av fysiologisk homeostas, jämvikt

### **Hörnstenar vid psykopatologi hos barn och vuxna med utvecklingsstörning:**

- \* specifika biologiska faktorer
- \* specifika psykoemotionella faktorer
- \* speciella sociala, omgivningsfaktorer
- \* specifika utvecklingsprocesser

#### ***Specifika biologiska faktorer:***

- Skada av morfologin och biokemiska strukturer under tidigt ontogenetisk utveckling
- Genetisk abnormitet
- Försenad mognadstakt
- Störningar i den biokemiska jämvikten
- Problem med sensorisk integration

#### ***Specifika utvecklingsprocesser:***

- Olika utvecklingstakter hos olika funktioner
- Disharmonisk, oförenlig varaktighet hos speciella socio-emotionella faser
- Försening av speciellt viktiga funktioner för utveckling av mer komplexa beteendestrukturer
- Svårigheter att känna igen barnets emotionella behov

#### ***Speciella psyko-emotionella faktorer:***

- Försenad kognitiv utveckling
- Skillnader mellan kognitiv, emotionell och 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

#### ***Speciella sociala, omgivnings faktorer:***

- Olämplig omgivning för utveckling
- Sekundära psykosociala brister
- Understimulering
- Överkrav
- Överbeskydd
- Samspelsproblem mellan familjemedlemmarna

Man måste tänka på alla faktorer - biologiska, specifika utvecklingsprocesser, psykoemotionella, sociala.

Hos svårt störda, psykotiska personer finns alla faktorer med.

Om man inte tar med den speciella utvecklingsprocessen hos det handikappade barnet, blir det problem vid diagnosticering och behandling.

Utveckling kan ses som ett kontinuum - det finns inga olika faser. Men för att göra det lättare att förstå kan man ändå behöva indela den psykosociala utvecklingen i olika stadier:

1. Första anpassningen, adaptationen (0 - 6 mån):
  - a. Integration av sensoriska stimuli
  - b. Integration av rum, tid, personer
2. Första socialiseringen (6 - 18 mån)
  - a. Anknytning

- b. Skapa en trygg, säker bas
- 3. Första individuationen (18 - 36 mån)
  - a. Separation
  - b. Individuation
  - c. Växande av en unik personlighet

**Utvecklingsfaser och grundläggande psykologiska utvecklingsstrukturer:**

<i>Utvecklingsfas:</i>	<i>Personlighetsstruktur</i>	<i>Utvecklingsstörning:</i>
1. Adaptions fas (0 - 6 mån)	Psykofysiologisk homeostas	Djup utvecklingsstörning
2. Socialiserings fas (6 - 18 mån)	Anknytning, självdifferentiering	Djup utvecklingsstörning
3. Individuationsfas (18 - 36 mån)	Självdifferentiering, jag-strukturering	Grav utvecklingsstörning
4. Identifikation (3 - 6 år)	Egostrukturering Överjag	Grav och måttlig utvecklingsstörning
5. Realitetsanpassning (6 - 12 år)	Moraliskt jag	Lindrig utvecklingsstörning

Andning, sömn, ätande m m är psykofysiologiska karakteristiska.

Homeostas, jämvikt är kärnan i utvecklingen, om ej detta uppnås kan man ej gå vidare i anknytningen.

Personer med utvecklingsstörning kan ej komma längre än till 12 år i den psykosociala utvecklingen.

**Kännetecken hos personer med djup utvecklingsstörning, IQ 0 - 20, utvecklingsålder 0 - 2 år:**

***Kognitiva:***

- Handling (röra, känna, lukta, smaka) är det grundläggande sättet att handskas med världen, tänkande är sekundärt
- Inläringen är reflexmässig
- Påbörjan av utveckling av minne
- Inget aktivt språk

***Sociala:***

- Framförallt upptagen med den egna kroppen

- Autismliknande tillstånd eller uppvisar anknytningsbeteende
- Lite eller inget intresse för den materiella världen, föremål

**Känslor:**

- Svårigheter att behandla speciella sensoriska stimuli eller intryck med hög intensitet
- Oro vid förändringar i omgivningen
- Separationsångest
- Grundläggande känslor: avslappning, upphetsning, ångest, ilska
- Aggression riktas fr a mot sig själv (självskadande beteende)

**Personlighetsdrag:**

- Problem med att skapa och kvarhålla psykofysiologisk homeostas (jämvikt)
- Problem med att skapa en säker, trygg anknytning
- Ofullständig självdifferentiering
- Ingen egobildning (inget överjag)

Djupt och gravt utvecklingsstörda med en begåvningsnivå under 18 mån kan uppnå anknytningsnivån.

**Kännetecknen hos personer med grav utvecklingsstörning IQ 20 - 35, utvecklingsålder 2 - 4 år:**

**Kognitiva:**

- Tänkandet är konkret
- Språket är delvis utvecklat
- Här-och-nu är viktigt, minnen är det som är närvarande
- Lär sig utifrån konkreta upplevelser

**Sociala:**

- 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 mot sig själv eller utåt men då diffust

**Personlighetsdrag:**

- Problem att skapa en säker, trygg anknytning
- Början av individuation
- Svag självdifferentiering
- Början av egoformation

**Kännetecknen hos personer med måttlig utvecklingsstörning IQ 35 - 50, utvecklingsålder 4 -7 år:**

**Kognitiva:**

- Tänkandet är företrädesvis egocentriskt och magiskt (utifrån sitt eget perspektiv)
- Logiskt tänkande är svagt
- Språk används för konkreta budskap
- Kan tänka framåt ( förvänta)
- Lär sig genom exempel och konkreta upplevelser

**Sociala:**

- Fr a 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 viktiga andra, betydelsefulla andra

**Personlighetsdrag:**

- Tvetydig individuation
- Omoget själv
- Primitivt jag (rigid överjag)

**Kännetecknen hos personer med lindrig utvecklingsstörning IQ 50 - 70, utvecklingsålder 7 - 12 år:**

**Kognitiva:**

- 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

**Sociala:**

- 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, önskningsar
- 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 personer

**Personlighetsdrag:**

- Har kapacitet att ta en annans roll
- Problem med autonomi
- "Själv" är beroende
- "Ego" är omoget (problem med internalisering av överjaget)

**Globala psykosociala brister hos en person med utvecklingsstörning jämfört med en normalbegåvad vuxen person:**

**Kognitivt:**

- svårighet att tänka abstrakt, hypotetiskt, dra slutsatser,

**Socialt:**

- oförmåga till ömsesidigt rolltagande (brist på ömsesidighet, svårigheter att förutse eller förklara andras beteende)

**Emotionellt:**

- problem med individuation och autonomi (passivt, hjälplöst sätt att lösa problem, känslor av misstro, beroende av viktiga andra)

**Personlighetsdrag:**

- ingen autonom känsla av själv
- inlärdd hjälplöshet, beroende
- omoget jag (omnipotent överjag förblir upplevd som en del av viktiga andra)

**Psykiatriska störningar:**

- Ca 30 - 50 % av personer med utvecklingsstörning har psykiska störningar (bland normalbegåvade är det ca 10%)
- Problem att diagnosticera
- Problem vid användning av ICD och DSM. DSM-IV är inte tillräckligt differentierat för personer med utvecklingsstörning. Det finns ingen signifikant skillnad när det gäller lindrigt utvecklingsstörda och normalbefolkningen vid DSM-diagnosticering, skillnaderna börjar vid måttlig utvecklingsstörning
- Traditionella psykiatriska approacher kontra nya approacher
- Den allmänna psykiatrin är marginellt intresserad av personer med utvecklingsstörning
- Integrerande approach är ett lovande perspektiv

**Problem relaterade med psykiatrisk diagnostik och behandling:**

- Betydelsen av lågt IQ: Låga IQ värden medför ökning av psykiska störningar och psykiatrisk sjukdom, medan symtomatologin kan ändras.
- Symtomens diagnostiska innebörd: Symtomen hos den utvecklingsstörde kan ha en annorlunda diagnostisk innebörd än hos icke-utvecklingsstörda.
- Art av psykopatologi: Förutom samma psykopatologi som hos icke-utvecklingsstörda är även specifika psykopatologiska mekanismer möjliga.
- Skillnad i etiologi: Etiologin kan skilja till en viss grad från de hos icke-utvecklingsstörda beroende på specifika bio-psykologiska och sociala faktorer.
- Behandlingsmetoder: Samma behandlingsmetoder som hos icke-utvecklingsstörda kan användas om det anpassas till den kognitiva nivån och till de emotionella och sociala behoven hos den utvecklingsstörde.
- Behandlingsresultat: Behandlingen kan ge bra resultat (förbättrar psykiska störningar och botar psykisk sjukdom)

Vad är meningen med symtomen? Vad står de för? Var kommer de från? Biologiska konsekvenser?

Personer med utvecklingsstörning har annorlunda livsbetingelser än andra, de är mer sårbara för psykiska störningar.

Inte förrän vid 2 års ålder uttrycks depressiv känsla. Innan dess är det en blandning mellan ilska, vrede, ångest, raseri.

Skuld känslor finns inte utvecklat hos måttligt utvecklingsstörda personer.

Skuld känslor samt projektion av skuld känslor förekommer hos lindrigt utvecklingsstörda.

Omgivningen måste anpassas bättre för att kunna ta hand om, handskas med speciella problem som finns hos personer med utvecklingsstörning.

Hos gravt utvecklingsstörda är det ett normalt beteende med anknytningsmönster, omgivningen måste anpassas istället. Beteenden ska inte medicineras bort när de är normala för utvecklingen. Skapa förståelse i omgivningen. När gravt utvecklingsstörda behöver avskärma sig kanske de lägger sig ner på golvet, ställer sig i ett hörn.

Om barnet blir frustrerat leder det till självskadande beteende. Vad skapar, orsakar frustrationen?

Det är svårt att skilja på vad som är grav utvecklingsstörning och vad som är autism. Vad är meningen med att diagnosticera, skilja ut? Vilka behov som finns är enligt Dosen viktigare att veta.

Det finns anknytning även hos personer med autism, men det ser annorlunda ut.

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 låg nivå och inte den kognitiva - något är patologiskt.

Personer med utvecklingsstörning kan reagera mycket primitivt vid stress vilket leder till blockering av den emotionella utvecklingen.

Somatisk sjukdom leder ofta till regression.

En liten orsak, förändring kan leda till massiv regression.

### **Störningar i psykofysiologisk homeostas:**

<b><i>Beteenden</i></b>	<b><i>Utvecklingsdiagnos</i></b>	<b><i>DSM-IV motsvarighet</i></b>
- Aktivt eller passivt motstånd mot kroppskontakt	Kontaktstörning	Reaktiv kontaktstörning
- Undandragande		
- Passivitet eller rastlöshet	Genomträngande utvecklingsstörning (autistiskt mönster)	Autistisk störning
- Stereotypier		
- Bristande intresse för materiella saker		
- Utbrott vid förändringar i omgivningen	Atypisk psykos	
- Hyperirritabilitet för sensoriska stimuli		
- Självstimulering genom isolerade stimuli	Depressiva störningar	
- Självskadande beteende		
- Störningar i fysiologiska funktioner ( t ex ätande, sömn)		
- Snabbt skiftande sinnesstämningar		

### **Störningar i anknytningen:**

<b><i>Beteenden:</i></b>	<b><i>Utvecklingsdiagnos</i></b>	<b><i>DSM-IV motsvarighet</i></b>
- Konstant sökande av kroppskontakt med vårdarna	Symbiotisk psykos	Separationsångest störning
- Aggression mot vårdarna		
- Självskadande beteende		
- Destruktivitet mot materiella objekt	Separationsångest	PDD atypisk autism
- Ritualer		
- Snabbt skiftande sinnesstämning	Depression	
- Utbrott vid förändring i omgivningen	Genomträngande störning av utvecklingen	
- Ångest för främmande personer		
- Tvångsmässigt hanterande av material		

**Störningar vid själv-differentieringen:****Beteenden:**

- Konstant sökande av uppmärksamhet
- Rastlöshet och hyperaktivitet
- Negativism
- Envishet
- Försenad språkutveckling
- Bristande blås- och tarmkontroll
- Bristande intresse för barn/vänner
- Inget intresse för materiella saker
- Dysforisk sinnesstämning
- Aggressivitet
- Destruktivitet

**Utvecklingsdiagnos**

Negativt, destruktivt beteende

Depressivt beteende

Specifika störningar i utvecklingen

**DSM-IV motsvarighet**

Odifferentierad uppmärksamhetsstörning

ADHD

**Störningar vid jagutvecklingen:****Beteenden**

- Ångest ( fr å ångest att misslyckas)
- Överdriven fantasi ( svårt att skilja från illusion)
- Panik vid oförutsägbara situationer
- Somatiska åkommor
- Ledsenhet
- Tvångsmässiga idéer och beteenden
- Hallucinationer
- Skuld känslor
- Social ångest
- Känslor av underlägsenhet
- Antisocialt beteende

**Utvecklingsdiagnos**

Alla diagnoser som i DSM eller ICD systemen

**DSM-IV motsvarighet**

Alla diagnoser

Vid 5 eller fler kategorier i samma fas - man räknar då den fasen som den emotionella utvecklingsnivån.

**”Utvecklingspsykologisk/psykiatrisk bedömning”:**

1. Utvecklings anamnes (såväl historik som nusituation)
2. Observation av beteenden
3. Medicinsk undersökning (somatisk, speciell neurologisk, genetisk)
4. Psykiatrisk utredning
  - a. grad av emotionell utveckling
  - b. symtom av psykopatologi
  - c. biokemisk undersökning
  - d. neurofysiologisk undersökning
5. Psykologisk utredning
  - a. kognitiv utveckling
  - b. social utveckling
  - c. personlighet



- d. neuropsykologisk utredning
- 6. Pedagogisk utredning
  - a. analys av samspelet med omgivningen
  - b. bedömning av anpassningsförmåga
  - c. bedömning av yttre omständigheter
- 7. Miljö utredning
  - a. familje/hemmiljö
  - b. allmänna bostadsområdets miljö
- 8. Ytterligare utredningar om så behövs

**Schema för att uppskatta den emotionella utvecklingen:**

***A. Hur personen handskas med den egna kroppen:***

- Fas 1 ( 0 - 6 mån): Upptäcker sina kroppsdelar
- Fas 2 ( 6 - 18 mån): Upptäcker att kroppsdelarna kan användas
- Fas 3 (18 - 36 mån): Den egna kroppen samspelar med andra
- Fas 4 (3 - 7 år): Den egna kroppen är i världens centrum
- Fas 5 (7 - 12 år): Tävlingsinriktad kropp

***B. Samspel med vårdarna:***

- Fas 1 ( 0 - 6 mån): Genom kroppskontakt
- Fas 2 ( 6- 18 mån): Genom kroppskontakt och material
- Fas 3 ( 18 - 36 mån): Genom tecken och ord
- Fas 4 ( 3 -7 år): Verbalt och genom skapande
- Fas 5 ( 7 -12 år): Genom socialt och kognitivt utförande

***C. Interaktion med vänner/andra barn:***

- Fas 1 ( 0 - 6 mån): Inget speciellt intresse
- Fas 2 ( 6 - 18 mån): Via saker
- Fas 3 (18 - 36 mån): Början av personligt samspel
- Fas 4 (3 - 7 år): Leker med barn
- Fas 5 (7 - 12 år): Samarbete, samverkan, vänskap

***D. Hanterande av materiella saker:***

- Fas 1 ( 0 - 6 mån): Inget speciellt intresse
- Fas 2 ( 6 - 18 mån): Upptäcker lukter, smak, form och ljud hos objekt
- Fas 3 ( 18 - 36 mån): Letar efter inre struktur hos objekten (destruktivt)
- Fas 4 ( 3 - 7 år): Kreativt lekande med objekt (konstruktivt)
- Fas 5 ( 7 -12 år): Produktiv - imitation av riktiga objekt

***E. Känslor-differentiering:***

- Fas 1 ( 0 -6 mån): Ångest, ilska, upphetsning, avslappning, apati, välbehag, obehag.
- Fas 2 ( 6 - 18 mån): Kärlek, ångest, ilska vid förlust av älskat objekt
- Fas 3 ( 18 - 36 mån): Avundsjuka, ledsenhet, glädje, ångest att förlora älskat objekt, fruktan för skada av den egna kroppen
- Fas 4 ( 3 - 7 år): Lycka, empati, stolthet, skam, början av skuld känsla och samvete
- Fas 5 ( 7 - 12 år): Kärlek, skuld, straff, samvete

***F. Verbal kommunikation:***

- Fas 1 ( 0 -6 mån): Skapar ljud

Fas 2 ( 6 -18 mån): Instrumentellt användande av ord (pekar)

Fas 3 ( 18 - 36 mån): Använder tal och ordet ”jag”

Fas 4 ( 3 - 7 år): Uttrycker fantasier

Fas 5 ( 7 - 12 år): Uttrycker verkligheten

### ***G. Ångest orsakas av..***

Fas 1 ( 0 - 6 mån): Okända och intensiva sensoriska stimuli

Fas 2 ( 6 - 18 mån): Separation från vårdaren

Fas 3 ( 18 - 36 mån): Hot mot den egna självständigheten eller skada av den egna kroppen

Fas 4 ( 3 - 7 år): Ångest att misslyckas

Fas 5 ( 7 -12 år): Ångest för förringande (social ångest)

### ***H. Objektpermanens.***

Fas 1 ( 0 - 6 mån): Ingen

Fas 2 ( 6 -18 mån): Letar efter gömda objekt

Fas 3 ( 18 - 36 mån): Använder övergångsobjekt

Fas 4 ( 3 - 7 år): Tar avstånd från älskade objekt

Fas 5 ( 7 -12 år): Känner sig säker utanför den egna området

### ***I. Upplevelse av själv:***

Fas 1 ( 0 - 6 mån): Reagerar på sensoriska stimuli

Fas 2 ( 6 -18 mån): Reagerar mot vårdaren

Fas 3 ( 18 - 36 mån): Kämpar för egen autonomi

Fas 4 ( 3 - 7 år): Accepterar regler satta av viktiga andra (överjag)

Fas 5 ( 7 -12 år): Accepterar omgivningens regler

### ***J. Reglering av aggression:***

Fas 1 ( 0 - 6 mån): Genom ilska eller utbrott; aggressivitet är riktat mot sig själv

Fas 2 ( 6 -18 mån): Genom frustration; aggressivitet är riktat mot yttvärlden (okontrollerat)

Fas 3 ( 18 - 36 mån): Genom frustration; aggressivitet är riktat mot speciella personer och objekt (oftast impulsivt)

Fas 4 ( 3 - 7 år): Aggressivitet är impulsivt och riktat

Fas 5 ( 7 -12 år): Aggressivitet är kontrollerad

Det är viktigt att ta med när symtomen startade (historik) samt här-och-nu situationen: vilka är krafterna som vidmakthåller det hela?

Det är viktigt att inte patologisera när beteendet beror på att personen fungerar helt adekvat utifrån sin utvecklingsnivå men där omgivningen kanske ställer för stora krav. Det gäller att bemöta, ställa krav på rätt nivå.

När känslomässig och kognitiv nivå är ”i balans” ska man inte medicinera.

Föräldrar och personal behöver stöd, föräldrarna behöver få hjälp i hur de ska bemöta sina barn. Livskvalité ska även gälla för föräldrarna!

Social utveckling kan utvecklas mer än kognitiv utvecklingsnivå.

Kognitiv utveckling kan ”växa” med 20 % under ett år, när emotionella problem löses.

Emotionella problem kan ha stor inverkan på den kognitiva nivån.

Stimulera känslomässigt samspel på den kognitiva nivån. Om den kognitiva nivån förändras fortsätta utifrån den nya nivån.

### **Behandling.**

**Störning:**

1. Disregulation
  - psykotiska tillstånd
  - autistiskt syndrom
  - psyko-organiskt syndrom
2. Grundläggande misstro
  - osäker anknytning
  - depressiva tillstånd
  - paranoidea tillstånd
3. Beroende
  - ODD (odifferentierad uppmärksamhetsstörning)
  - utagerande
4. Hämning
  - dysthymic störning
  - olämpligt sexuellt beteende
  - beteendestörning
  - tvångsmässig störning
5. Självnedvärdering
  - ångest tillstånd
  - neurotiska störningar

**Behandlingsmål:**

- Psykofysiologisk homeostas
- Tillit (säker anknytning)
- Autonomi (frihet att kunna välja)
- Initiativ (ansvar)
- Självuppskattning (meningsfullhet)

**Manifestationer av CNS-dysfunktioner:**

1. Irritabilitet: självskadande beteenden, aggression, utbrott. Aggressionen kommer ur irritabiliteten, man bör då behandla ursprunget dvs orsaken till irritabiliteten. Serotonin-återupptagshämmare, dopaminergic, neuroleptica, antidepressivt.
2. "Overarousal": impulsivitet, oro, förvirring. Hjärnan är beredd att fly eller fäkta, kroppen är inställd på det. Påverkan på cortex. Ses ofta vid ODD, Fragile X, ADHD-störningar. Alfa- och betablockerare.
3. Upphetsning: Hög sinnesstämning och självförtroende. Maniska och hypomaniska tillstånd. Olika neuroleptica fungerar, även anti-epileptikum, lithium preparat. Hos utvecklingsstörda är det svårt att avgöra om det handlar om mani, rastlöshet, upprymdhet. Kombination av anti-epileptikum och lithium kan vara bra.
4. Vrede: Våldsamhet, destruktion . Förekommer ofta hos hjärnskadade personer. Beta-blockerare fungerar bra.

Man ska inte gå på symtomen. Vad kan vara orsaken bakom symtomet?

För att kunna använda mediciner måste man ha en diagnos. Utgångsdosen ska vara låg.

Personer med utvecklingsstörning kan vara överkänsliga för mediciner.

Hjärnskadade: Man måste ha i tankarna att motsatt reaktion kan uppstå. Bieffekter kan uppkomma vid väldigt låga doser. Parkinsonism, hypersalivering, motorisk rastlöshet är vanliga bieffekter.

Att ge mediciner mot biverkningar kan vara farligt, det kan också ge sidoeffekter, biverkningar som motorisk oro, ofrivilliga tungörelser, man kan bli sned i nacken m m.

Utvecklingsstörda är mer i riskzonen för biverkningar. Man bör minska på medicineringen när förbättring sker, men omgivningen måste vara stabil.

Vid depression och psykoser (psykisk sjukdom) behöver man använda medicinering längre. Psykoser 6 mån - 1 år, depressioner ännu längre.

Det är dock bättre att använda mediciner under en längre period hos psykotiska patienter om man är osäker på om personen klarar av minskning av medicineringen.

I Holland får terapeuten och läkaren ge sin syn på medicineringen, detta diskuteras sedan i teamet och om alla tycker att det är ok kan medicineringen insättas/förändras/utsättas.

### **Behandling på olika nivåer av störningar:**

1. Behandling på somatisk nivå: psykofarmaka.
2. Behandling vid störningar av upplevelser av den inre världen: psykoterapi, kognitiv terapi, handledning, rådgivning
3. Behandling vid försämrad, skadat samspel med omgivningen: systemterapi, social och kognitiv träning, nyinlärning

### **Steg i terapin:**

1. Tolerans och acceptans
2. Att mötas och växa tillsammans
3. (Ny)inlärning

### **Principer för terapin:**

1. Struktur i tid, rum och person
2. Dagsrytm
3. Gradvis emotionell utveckling

### **Psykoterapi:**

Korttidsterapi, begränsade mål utifrån...

- \* diagnos
- \* väl beskrivna mål
- \* terapeutisk metod
- \* kortsiktiga mål

### **Symtom vid psykoser:**

- störningar i självmedvetandet
- störningar i medvetandet om verkligheten
- störningar i reglerandet av tänkande, känslor och motorik med konsekvenser som desorientering, illusioner, hallucinationer, m m

### **Behandlingsmål vid psykoser:**

Obalans - - jämvikt

Misstro - - tillit

### **Metoder:**

Medicinering, strukturering av tid, rum och aktiviteter, dosering av sensoriska stimuli, strukturering av interaktioner

### **Symtom vid depression:**

- på somatisk nivå
- på inre värld nivå
- vid samspel med andra
- störningar i motorik, sinnesstämning, tänkande, agerande

**Behandlingsmål:**

Misstro - - tillit

Beroende - - autonomi

Begränsning - - initiativ

**Metoder:**

- skapa en säker tillvaro och trygga kontakter
- förtroendefulla individuella förhållanden
- stimulering av motivationen
- medicinering (som stöd om det behövs)

**Symtom vid neuroser:**

- ångest
- problem med självförtroendet
- problem med initiativ
- somatiska problem
- problem med realitetstestning.

**Behandlingsmål:**

Begränsning - - initiativ

Självnedvärdering - - självuppskattning

**Metoder:**

- Stimulering av motivationen
- Jagstödjande terapi
- Sociala kontakter

Vid neurotiska depressioner är inte kroppsliga funktioner påverkade, ej heller tänkandet och motoriken. Inte så lång varaktighet.

Depression kan starta tidigt i livet och fortsätta genom livet.

Det är vanligt hos lindrigt och måttligt utvecklingsstörda.

Dosen har aldrig sett någon gravt utvecklingsstörd få diagnosen dystymi (depressiv neuros).

Aggression är vanligt symptom hos personer med utvecklingsstörning vid depression.

Hos normalbegåvade är de aggressiva känslorna hämmade vid depression.

Suicidala handlingar hos normalbegåvade, medan aggressivitet, självskadande beteende förekommer hos utvecklingsstörda.

Det finns mer självskadande beteende hos de som är mer handikappade än hos lindrigt utvecklingsstörda vid depression.

Lindrigt utvecklingsstörda uppvisar mer aggressivitet, måttligt och gravt utvecklingsstörda uppvisar mer självskadande beteende vid depression.

De vanligaste existentiella problemen är dödsfruktan (förlust av grundläggande resurser), ensamhet, begränsad frihet (inget ansvar, inget val), meningslöshet (fruktan för livet).

Professor Sheila Hollins, St. George's Hospital, London betonar den emotionella kontakten mellan patient och terapeut. Överföring och motöverföring är viktigt.

De tre hemligheterna är enligt Sheila Hollins död och förlust, sexualitet, handikappet.

**Handledning/Konsultation:**

Ambulerande team gör hembesök. Psykologer, läkare, sjuksköterskor, pedagoger. Man videofilmar vid hembesöket, det ses sedan i teamet. Man bestämmer sedan vem som ska stötta personen och vem som ska stötta omgivningen. Dessa rapporterar sedan tillbaka till teamet.

Rådgivning: inte så intensivt som handledning, behöver ej alltid vara högspecialiserade personal som gör det.

Systemterapi för utvecklingsstörda finns numera i Holland.

Ibland är det enbart i miljön som man ska arbeta med problemet.

Allt ska ses som en process. När man börjar diagnosticera startar processen.

Man gör ej skillnader i metoder när det gäller barn och vuxna, man ser till vad individen behöver.

Barn med autism kan ej generalisera sina erfarenheter från ett ställe till ett annat. Inte bra med för många olika omgivningar! De behöver verkligen kontakt med andra, det finns viktiga andra även för personer med autism, men det ter annorlunda.

Primär kommunikation - att ta, lukta, känna, höra, se m m.

Barnen behöver omedelbar kommunikation, kontakt.

Olika centran i hjärnan utvecklas under olika perioder fram till en viss ålder.

Före 12 -13 års ålder är man bäst på att lära sig nya språk.

Motoriska problem och hörselskador är vanliga efter hjärninflammation i tidig ålder.

De primära inlärningskanalerna är av stor nytta för utveckling av sociala färdigheter.

Man måste komma fram till hur mycket stimulans en individ klarar av. Aktivitet - vila i lagom balans. Ibland kanske det behövs att man träffar terapeuten flera gånger per dag.

Man måste komma underfund med personens behov för att hamna på rätt nivå.

Personen ska accepteras oavsett sitt beteende.

Accepterande av barnet och beteendet om barnet inte kan skilja dem åt, det krävs en hög kognitiv nivå för att klara av att man säger att man inte tycker om vissa beteenden.

Hur mycket kontakt och stimuli klarar personerna av?

Detta undersöks innan terapierna startar, man planerar dagen, strukturerar m m.

Vad är tolerensnivån?

Hjälpa personen att integrera och tolerera intryck, stimuli utifrån vilket leder till mindre utbrott, ändrade aktiviteter. Bättre kommunikation med omgivningen.

Psykoterapi är ej detsamma som pedagogiska insatser (hjälpa barnet i dess utveckling, hjälpa barnet att nå social kompetens, har ett bredare mål).

Diagnosen ändras efter hand. Man ska inte ha för långa behandlingstider då behandlingen inte kommer att överensstämja med ursprungliga diagnosen. Människor förändras. Terapin ska inte vara målet i livet.

Video används när det är möjligt, dels som hjälp vid diagnosticeringen dels som hjälp vid utvärderingen.

Att utveckla kommunikation bland det viktigaste i arbetet.

Man följer Bowlbys tankar, principer i arbetet.

Rollekar är även bra för barn som kan skilja fantasi och verklighet åt, bra även med de som kan kommunicera. Man gör upp rollerna - "nu ska vi låtsas, sedan är vi oss själva igen"

Ger bra resultat hos personer som är depressiva.

Kombinationsinsatser: psykoterapi, pedagogiskt arbete samt insatser för personal och föräldrar.

När någon förändras mycket hur klarar omgivningen av det?

I USA används mer medicinering än i Europa.

I Holland används medicinering hos 30 % av personer med utvecklingsstörning.

Hjälplösheten som vårdarna upplever gör att man vill ge de utvecklingsstörda medicinering.

Det är inte läkarna som kommer med förslaget till medicinering!

Det är sällan någon läkare vågar sätta ut, avsluta medicineringen. Till slut vet man inte varför den utvecklingsstörde har medicinering!

**Fall A:**

Gravt utvecklingsstörd man. Bodde på institution, autist, hade ofta utbrott, aggressivitet, tedde sig avskärmad.

Man började med att massera håret vid duschning eftersom det tyckte mannen om, därefter fortsatte man med massage av fötter, rygg, armar m m. Mannen klarade av att ligga på bänken efter ett tag, han slappnade av, aggressiviteten minskade markant.

Musik och massage samtidigt ledde till mindre utbrott, kunde tolerera, klara av andras närvaro, kunna tolerera ögonkontakt.

Medicineringen påverkade med all sannolikhet hans avskärmadhet, undandragande från världen.

**Fall B:**

Pojke 8 år, han var elev vid specialskola för lätt utvecklingsstörda.

Gjorde inga framsteg i skolan.

IQ-värdena låg mellan lindrigt och normalbegåvad zonen. Var destruktiv.

Föräldrarna var deprimerade, kanske barnen negligerats i sin utveckling.

Han utvecklades mycket genom rollspels terapi.

Hans depression hade lagt lock på utvecklingen, verkade mer handikappad än vad han egentligen var. Det visade sig att pojken var normalbegåvad. Fick bättre IQ-resultat efter behandlingen.

Kunde ej lära sig tidigare p g a emotionella problem.

**Fall C:**

Flicka. När morfadern dog blev hon självdestruktiv, kunde ej längre stå ut med kroppskontakt.

Autismsyndrom, talade ej. Blev deprimerad när morfadern dog. Lite medicinering samt stöd

hemma och i skolan sattes in, struktur infördes. Föräldrarna ville placera henne på institution men ändrade sig sedan. Efter 2 års insatser förbättrades hon genom att man ändrade det yttre.

Krisreaktion.

Omgivningsfaktorer samt medicinering var det man arbetade med.

**Fall D:**

Flicka 3 ½ år.

Självskadande beteende sedan hon var 1 ½ år. Många sjukhusvistelser sedan början av livet.

Det visade sig att hon led av depression. Tegretol insattes och hjälpte.

Tegretol kan användas för att minska snabba skiftningar i sinnesstämningen.

**Fall E:**

Pojke, 7 år, kaotiskt beteende, rastlöshet, aggressivitet, destruktivitet.

Neurotisk och posttraumatisk reaktion. Diagnos Oppositional defined disorder ODD, odifferentierad uppmärksamhetsstörning.

Hade varit utsatt för övergrepp.

Vid neuroser är det inte så mycket omgivningen som ska ändras, mer det inre. Inte medicinera.

Det finns med all sannolikhet många barn som blivit utsatta för övergrepp.

Stereotypier kan minska om man byter aktiviteter för barnen.

**Fall, Maria:**

17 år.

Aggressivitet (rev andra), destruktiv, vredesutbrott, ångest sedan 14 års ålder.

Observationer: Inadekvat samspel, variationer när det gällde aktivitet - passivitet, skiftande sinnesstämningar, behov av konstant kontakt med viktiga andra, inget intresse för saker, omgivningen gav henne ej adekvat stimulans, var fr a aggressiv mot sin mamma och vårdare. Om hon inte hade kontakt med omgivningen somnade hon.

Psykiatrisk diagnos: Beteendestörning

DSM IV: Ingen.

Utvecklingspsykiatrisk diagnos: Beteendestörning som en konsekvens av en negativ reglering.

Psykopatologiska mekanismer: Beteendestörningar p g a olämpligt samspel med omgivningen. Kraven, bemötandet i omgivningen motsvarade inte se hennes behov.

Kognitiv nivå: ca 2 år.

Emotionell, känslomässig nivå: 6 -18 mån, anknytningsfasen.

Personlighetsdrag: Drag från homeostas och anknytningsfasen.

Behov: Kontakt med betydelsefulla andra.

Samspelsmönster: Aggressivt och destruktivt beteende.

Existentiella problem: Ingen grundläggande trygghet, accepterade ej omgivningen.

Omgivningen, miljön: ej anpassad.

Behandling: Tillitsfull interaktion med omgivningen och främjande av anknytning.

Man hade för höga krav på henne, hon var ju gravt utvecklingsstörd.

Mål: mer säker anknytning, tillit.

Kommunikationsstörning. Det fanns behov som ej uppmärksammats tidigare. Negativ interaktion, negativt bemötande.

Basala behov. Inte patologisera! Hon behövde mer stöd än vad hon fick.

Man arbetade för att stötta föräldrar och personal för att skapa någorlunda gemensamt förhållningssätt.

Det var omgivningen som skulle ändras, hon hade ingen psykiatrisk diagnos. Känslomässig och kognitiv nivå var i balans, då ska man inte medicinera. Det är viktigt att inte patologisera.

Att ställa krav, bemöta på rätt nivå.

Man måste upptäcka individens behov.

### ***Fallet Max :***

7 år gammal. De senaste 3 månaderna försämring av psyko-socialt fungerande, var rastlös, grät, självskadande beteende, tempen gick upp och ner, hade diarré, störningar när det gällde mat och sömn.

Han var djupt utvecklingsstörd, kognitiv nivå på 15 mån i medeltal ( varierade mellan 6 och 24 mån). Autistiskt syndrom, prenatal hjärnskada.

Var överkänslig för speciella sensoriska stimuli, reagerade på dem med att bli mer rastlös. Vid kroppskontakt (hållande) blev han lugn. Reagerade positivt på välbekanta röster. Reagerade ej på främmande röster. Passiv i obekanta miljöer.

I England skulle det kallas för ”challenging behavior”. Genom strukturering av miljön kunde han återfå det gamla, trygga. Man hade överkrav på Max genom det kognitiva tränandet, TEACCH-träningen, språkträningen. Anknytning borde stimuleras istället, skapa jämvikt, balans.

Den psykiatriska diagnosen som ställdes: självdestruktivt beteende.

DSM IV diagnos: Rörelsestereotyper med självskadande beteende.

Utvecklingspsykiatrisk diagnos: Förlust av jämvikt som konsekvens av förändringar i omgivningen (reaktiv psykotiskt tillstånd).



Psykopatologiska mekanismer: Psykotisk reaktion har uppkommit p g a förändringar av omgivningen, med grund i en instabil psykofysiologisk jämvikt och begynnande anknytning. EEG var omoget, asymmetriskt

Kognitiv utvecklingsnivå på 15 mån, reflexmässigt lärande.

Känslomässig utvecklingsnivå: Var i anknytningsfasen.

Personlighetsdrag: Problem att vidmakthålla den psykofysiologiska jämvikten.

Behov: Trygg, konstant miljö.

Samspelsmönster: Kroppskontakt, ögonkontakt.

Existentiella problem: Förändrad miljö

Omgivningen: Förstod ej de basala behoven.

Sammanställt av Barbro Carlsson, psykolog, Omsorg och habilitering, Lunds kommun, projektledare Utvecklingsnämnden, MLL.