Udviklingshæmmede og udviklingsforstyrrede med psykiatriske problemer

Tine Wøbbe, Ledende psykolog

Retspsykiatrisk afdeling

Psykiatrisk Center Sct. Hans

- **Klinisk psykolog og neuropsykolog**
- **Specialist og supervisor i psykopatologi**
- **Specialist i psykoterapi**
- **Specialpsykolog i psykiatri**

Retspsykiatrisk afdeling
Sct. Hans Hospital

7.Oktober 2013

Ledende psykolog Tine Wøbbe,
Psykiatrisk Center Sct. Hans

Retspsykiatrisk afdeling R er landets største afdeling og en af 2 afdelinger i Region Hovedstaden, der varetager regionsfunktionen for retspsykiatrisk behandling.

Afdelingen varetager behandling og pleje af den gruppe retspsykiatriske patienter, som har svære psykoser, som har et særligt behov for retspsykiatrisk ekspertise og som kræver høj grad af sikkerhed i forhold til sig selv og det omgivende samfund.

Sigtet med behandlingen og plejen er, at patientens mulighed for et selvstændigt liv udvikles, og risikoen for ny kriminalitet forebygges.

Afdelingen består p.t. af 2 flugtsikrede lukkede patientafsnit, 5 sikrede lukkede patientafsnit, 1 integreret afsnit for målrettet misbrugsbehandling og et åbent afsnit til i alt ca. 104 patienter.

Derudover er der tilknyttet et opsøgende team i København, ligesom der netop er etableret et retspsykiatrisk kompetencecenter.

PATIENTERNE:

- HAR ALLE DOM TIL BEHANDLING
- ER OVERVEJENDE PARANOIDE SKIZOFRENE
- 70-80% HAR MISBRUGSPROBLEMATIK
- LANGT STØRSTEDELEN HAR BEGÅET ALVORLIG PERSONFARLIG KRIMINALITET
- EN BETRAGTELIG DEL AF PATIENTERNE HAR PSYKOPATISKE TRÆK
- FLERE AF PATIENTERNE HAR BORDERLINE PROBLEMATIK

Dobbeltdiagnose?

- **Når der er mere end én på samme tid komplicerende problemstilling…**

Dobbeltdiagnose?

- **Det kan fx være en psykiatrisk lidelse og et samtidigt misbrug**

Dobbeltdiagnose?

- **Eller en med hjerneskade, der har en samtidig psykiatrisk lidelse….**

Men det bliver hurtigt (meget) mere kompliceret…

Ledende psykolog Tine Wøbbe,
Psykiatrisk Center Sct. Hans

- **F.eks. kan der skelnes mellem personer, der forud for hjerneskaden var velfungerende - og som følge af skaden har udviklet psykiatriske symptomer**

- **OG personer, der siden barndom/ungdom har haft psykiatriske problemstillinger, men som derudover har pådraget sig en hjerneskade.**

Ligesom man kan have en grundlæggende udviklingsforstyrrelse eller udviklingshæmning med tilstødende - eller eksisterende- psykiatrisk problemstilling…

Gennemgribende udviklingsforstyrrelser (F84)

”En gruppe af lidelser karakteriseret ved kvalitative forstyrrelser af sociale samspil og kommunikationsmønstre samt ved et begrænset, stereotypt og repetetivt repertoire af interesser og aktiviteter. Forstyrrelserne er gennemgribende og præger individets udfoldelse i alle situationer”

Autisme giver sig udslag i begrænset eller forstyrret udvikling af sprog og kommunikation, af evnen til social interaktion, og i begrænset, stereotyp og repetetiv adfærd.

Mennesker med autisme udviser ofte en række andre, mindre specifikke problemer som overfølsomhed over for sanseindtryk, fobisk angst, søvnforstyrrelser, raserianfald og selvskadende adfærd.

Autismens ætiologi er ukendt, men har en klar genetisk komponent.
For familier som allerede har et autistisk barn, kan sandsynligheden for at det næste barn også bliver autistisk være op mod 5 %, mod omkring 0,6 % for befolkningen i almindelighed.

For at diagnosen autisme kan stilles, skal symptomerne have vist sig, inden barnet fylder 3.

Omkring 3 ud af 4 børn med autisme er drenge.

<u>Mellem 2/3 og 3/4 af mennesker med autisme er mentalt retarderede</u>.
Nogle mener at autisme ikke er én lidelse, men en paraplydiagnose for flere forskellige tilstande.

Der har de sidste årtier været en voldsom stigning i antallet stillede autismediagnoser. Årsagerne til dette debatteres både inden og uden for forskningen.
Nogle mener at stigningen skyldes en reel vækst i lidelsens forekomst, andre at stigningen blot skyldes at disse mennesker tidligere fik andre diagnoser....

Med tidlig, intens terapi og undervisning kan nogle børn med autisme forbedre deres sociale og andre evner til et punkt, hvor de kan integreres fuldt i det omgivende samfund, men der er ingen helbredende kur for autisme.

Antallet af autistiske træk bestemmer hvor voldsom en personens autisme er..

Ledende psykolog Tine Wøbbe,
Psykiatrisk Center Sct. Hans

Social forringelse:

- Mangel på observeret ønske om venskaber
- Dårlig evne til at få venner
- Ligeglad med andres følelser
- Socialt akavede
- Vilkårlig social interaktion
- Mangel på øjenkontakt
- Korte svar på spørgsmål

Sproglige forringelser

- Underlig eller monoton prosodi i talen
- Overformelt og pedantisk sprogbrug
- Ekkolali, stedordsombytning
- Sen eller ingen udvikling af sproget
- Besværlighed eller manglende evne til at omsætte tanker til ord
- Dårlig brug og forståelse for ikke-verbale kommunikationsformer (ansigtsudtryk og kropssprog)
- Forstå ting for bogstaveligt (f.eks. "tag benene på nakken")

Repetitiv adfærd og svækkelse i abstrakt tankegang

- Dårlig forståelse af tanker, metaforer og symbolisme
- Foretrækker rutiner
- Optaget af detaljer; ude af stand til at forstå meningen eller hele begrebet

Sanseintegrativ dysfunktion

- Hyper- eller hypofølsomhed i de forskellige sanser
- Spøjse valg af tøj eller mad
- Selvstimulerende manerer
- Motoriske problemer

OBS: man skelner diagnostisk mellem infantil autisme og atypisk autisme…

Ledende psykolog Tine Wøbbe,
Psykiatrisk Center Sct. Hans

Aspergers syndrom er en mild variant inden for autismespektret. Syndromet viser sig primært i form af manglende evner og forståelser for det dagligdags sociale samspil mellem mennesker.

Dertil kan forekomme en række andre karakteristiske træk som motoriske problemer, meget snævre interesser og speciel sprogbrug.

De forskellige træk kan dog vise sig med mere eller mindre intensitet hvor nogle børn med Aspergers syndrom faktisk kan opføre sig næsten som børn uden Aspergers.

Personer med Aspergers syndrom viser opførsel, interesser og udøver aktiviteter, som er begrænsede og gentagende og er nogle gange abnormt intense eller fokuserede. De kan hænge fast ved ubøjelige rutiner eller ritualer, forholde sig til stereotype og gentagende sager, eller lade sig besætte af dele eller objekter.

Bestræbelse efter specifikke og snævre områder ved interessen er et af de stærkeste træk. Personer med AS kan samle mængder af detaljeret information på et relativt snævert emne som f.eks. dinosaurer eller friturepander, uden nødvendigvis at have kendskab til det bredere emne (f.eks. kan et barn huske en kameramodels numre, mens det er ret ligeglad med fotografi)

Stereotyp og gentagende motorik ses hyppigt, bevægelserne består af håndbevægelser som klasken og vriden, der ofte gentages i længere tid og ligner mere frivillige eller ritualske end nervøse trækninger.

Personer med Aspergers syndrom vil ofte have de fleste af følgende adfærdsmønstre:

Sprog:

Flydende tale inden fjerde leveår (stort ordforråd, korrekt grammatik).

Dårlig anvendelse af kropssprog (mangler øjenkontakt).

Opfattelse:

Er ofte besat af komplekse emner (f.eks. astronomi, historie, religion, samfundsfag, geografi, fysik, biologi, maling og tegning på et højt niveau, eller computer / it).
Nogle af dem kan opfattes som excentriske.

OBS!! Søger sjældent hjælp / trøst hos andre.

Fra Szatmari, Bremner og Nagy (1989)

1. Social isolation (mindst to af følgende):
a) ingen nære venner.
b) undgår andre.
c) uinteresseret i at få venner.
d) en enspænder.

2. Mangelfuldt socialt samspil (mindst en af følgende):
a) nærmer sig andre udelukkende for at få egne behov tilgodeset.
b) klodsede forsøg på socialt samspil.
c) ensidig reaktion over for jævnaldrende.
d) problemer med at fornemme andres følelser.
e) ligeglad med andres følelser.

3. Mangelfuld nonverbal kommunikation (mindst en af følgende):
a) begrænset ansigtsmimik.
b) det er svært at aflæse barnets/personens følelser gennem ansigtsudtrykket.
c) kan ikke udtrykke hensigt med blikket.
d) ser ikke på andre.
e) bruger ikke hænderne til at udtrykke sig med.
f) gestus er grov og klodset.
g) kommer for tæt på andre.

4. Mærkelig tale (mindst to af følgende):
a) afvigende tonefald.
b) taler for meget.
c) taler for lidt.
d) mangel på evne til at indgå og skabe sammenhæng i samtale.
e) særegen og privat brug af ord.
f) repetitive mønstre i talen.

Udviklingshæmmet?

- Mental retardering/oligofreni….

Udviklingshæmmet?

- Verdenssundhedsorganisationen (WHO) definition er "*ufuldstændig eller utilstrækkelig udvikling af den mentale kapacitet*".

Ifølge 'American Association of Mental Retardation':

- Den intellektuelle kapacitet skal være klart under gennemsnittet
- Der skal være reduceret selvstændighed og social funktion - i forhold til den aktuelle alder og kulturelle gruppe
- Tilstanden skal være tilstede i løbet af barn- og ungdommen

- **Udviklingshæmning er blandt de hyppigst forekommende kroniske handicap i samfundet.**
- **Undersøgelser viser, at 2% af befolkningen har en moderat form for udviklingshæmning, mens 0,3-0,5% har svær udviklingshæmning.**

- **Der er flest drenge/mænd, som er udviklingshæmmede**

- **Udviklingshæmning er blandt de hyppigst forekommende kroniske handicap i samfundet.**
- **Undersøgelser viser, at 2% af befolkningen har en moderat form for udviklingshæmning, mens 0,3-0,5% har svær udviklingshæmning.**

- **Der er flest drenge/mænd, som er udviklingshæmmede**

- **Udviklingshæmning er en livslang funktionshæmning.**

- **Udviklingshæmningen er oftest et resultat af en diffus hjerneskade, og frontallapperne i hjernen er altid ramt.**

- **Konsekvensen af hjerneskaden vil særligt ramme opmærksomhed, hukommelse og psykomotorisk tempo.**

- **Samlet bevirker det ofte svigt i den generelle indlæringsevne.**

Hvordan stilles diagnosen?

- **På baggrund af sygehistorien, kortlægning af tilpasnings(adaptive) færdigheder og intelligenstest.**

Udviklingshæmning foreligger når følgende betingelser er opfyldt:

- Klart nedsat intelligens, tilsvarende IQ 70 eller lavere
- Tilstanden opstår før fyldte 18 år
- Væsentlige afvigelser indenfor tilpasningsfærdigheder i dagliglivets funktion

Typisk inddeling af mental retardering efter IQ:

Udviklingshæmning	IQ-niveau	Mental alder (år)
Let	50 - 69	9 til under 12
Moderat	35 - 49	6 til under 9
Svær	20 - 34	3 til under 6
Dyb	under 20	mindre end 3

Let udviklingshæmning fører normalt til indlæringsproblemer i skolen.

- Det er ofte først der, at barnets intellektuelle begrænsninger bliver opdaget. Det kan være vanskeligt at skelne let udviklingshæmning fra specifikke indlæringsproblemer eller adfærdsproblemer. Mange voksne er i stand til at arbejde, have gode sociale forhold og opnå selvstændighed. Nogle bliver af nærmiljøet set på som 'lidt træge' snarere end udviklingshæmmede.
- Denne gruppe udgør den største gruppe af udviklingshæmmede (ca. 85 %).

- **Moderat** udviklingshæmning fører almindeligvis til markant udviklingshæmning i barndommen. De fleste kan dog læres op til at udvikle nogen grad af uafhængighed. De kan sørge for sig selv, har tilstrækkelig evne til at kommunikere og nogle skolefærdigheder.

- Denne gruppe udgør ca. 10%.

- **Svær** udviklingshæmning medfører almindeligvis et vedvarende behov for omsorg. Disse personer udgør udgør 3-4% af udviklingshæmmede.

- **Dyb** udviklingshæmning medfører alvorlige begrænsninger i egenomsorg, kommunikation og bevægelighed. Personen er ikke testbar på standard intelligenstests, men antages at have en IQ lavere end 20. Disse udgør 1-2%.

Årsagen (ætiologi)?

- **Før fødslen (**70% af tilfældene med svær udviklingshæmning og 40-50% med moderat udviklingshæmning)
- **Under fødslen (**usikkerhed, men ca. 5-20%).
- **Årsager efter fødslen** (igen usikkerhed, men 1-12%)

Så ift. udviklingshæmning taler vi aktivt om hjerneskade (og det gør man ikke nødvendigvis altid om udviklingsforstyrrelse)

Ledende psykolog Tine Wøbbe,
Psykiatrisk Center Sct. Hans

- **Der kan være tale om meget forskellige livsstadier at pådrage sig hjerneskader i, og efterfølgende udvikle psykiatriske problemstillinger.**
- **Der er stor forskel på den medfødte skade, den næsten nyfødte hjerne, der pådrager sig en skade (og som siden får psykiatriske problemstillinger), og den voksne hjerne, der får en skade (og som siden udvikler psykiatriske problemstillinger).**

- **Der indimellem tale om tredobbelte eller firdobbelte diagnoser medfødt og/eller pådraget hjerneskade, tidligt eller senere i livet, personlighedsforstyrrelse, sindslidelse og misbrug, og måske dertil kontaktforstyrrelse som følge af tidlig følelsesmæssig skade.**

Og så er der de psykiske lidelser, hvor adfærden derfra ligner det, men 'typisk' ser hos en hjerneskadeproblematik…

Så for at forstå hjerneskade, udviklingshæmning og udviklingsforstyrrelser mere præcist, må man have en god viden om psykiatriske symptomer og psykiske lidelser også….

(og vice versa!!!)

Psykiske lidelser og udviklingsforstyrrelser er listet i diagnosesystemet IDC-10 (WHO); mere specifikt i udgaven 'Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser'

Ledende psykolog Tine Wøbbe,
Psykiatrisk Center Sct. Hans

Kategorierne er følgende:

- **F00-09 Organiske (inkl. symptomatiske) psykiske lidelser**
- **F10-19 Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser forårsaget af brug af alkohol eller andre psykoaktive stoffer**
- **F20-29 Skizofreni, skizotypisk sindslidelse, paranoide psykoser, akutte og forbigående psykoser samt skizoaffektive psykoser**
- **F30-39 Affektive sindslidelser**
- **F40-49 Nervøse og stress-relaterede tilstande samt tilstande med nervøst betingede legemlige symptomer**

Kategorierne fortsat:

- **F50-59 Adfærdsændringer forbundne med fysiologiske forstyrrelser og fysiske faktorer**
- **F60-69 Forstyrrelser og forandringer af personlighedsstruktur og adfærd**
- **F70-79 Mental retardering**
- **F80-89 Psykiske udviklingsforstyrrelser**
- **F90-98 Adfærds- og følelsesmæssig forstyrrelser opstået i barndom eller adolescens**

Organiske psykiske lidelser er tilstande, som skyldes beskadigelse af hjernen eller sygdomme, som påvirker hjernens funktion.

Udviklingshæmmede har, som nævnt, ofte hjerneskader, men da der er tale om medfødte eller tidligt erhvervede tilstande, henføres selve udviklingshæmningen til anden diagnostisk hovedgruppe (mental retardering).

Når der tales om organiske lidelser tænkes derimod på tilstande, der påvirker veletablerede færdigheder og funktioner.

Det betyder ikke, at udviklingshæmmede ikke kan have organiske psykiske lidelser – nærmest tværtimod.

Demens - som er en tilstand præget af tiltagende svækkelse af åndsevnerne, især hukommelse og indprentning - optræder oftere og tidligere hos udviklingshæmmede end blandt normaltbegavede jævnaldrende ældre.

Den form for demens, som kaldes Alzheimer's sygdom er særligt hyppig hos lidt ældre med Down syndrom.

En organisk delirøs tilstand kan optræde hos mennesker med svækket eller umoden hjernefunktion, som udsættes for fysiske eller psykiske påvirkninger som legemlige sygdomme, hospitalsindlæggelse, flytning o. lign..

Tilstanden, som også kaldes konfusion, viser sig ved samtidigt optrædende forstyrrelser af bevidsthed, opmærksomhed, opfattelsesevne, tænkeevne, hukommelse, aktivitetsniveau og søvnrytme.

Konfusionstilstanden kan optræde ret pludseligt, og forløbet vil ofte være svingende, vekslende mellem perioder med uklarhed og lyse øjeblikke. Der indtræder i reglen bedring i løbet af dage til uger, hvis den udløsende årsag kan fjernes.

Misbrugsbetingede psykiske lidelser eller tilstande

Denne diagnostiske gruppe omfatter forskellige psykiske abnormtilstande, der kan opstå i tilslutning til misbrug af medicin, narkotika og alkohol.
I de senere år har man kunnet konstatere en stigning i antallet af udviklingshæmmede med et misbrug. Der findes ikke for nuværende behandlingstilbud, der er specifikt rettet mod udviklingshæmmede med misbrug.

En undersøgelse fra 2001 viste, at op imod 6. pct. af alle udviklingshæmmede har alvorlige misbrugsproblemer. Men kun få modtager behandling inden for rammerne af det almindelige behandlingssystem. En del udviklingshæmmede og deres pædagogiske kontaktpersoner bliver afvist, når de henvender sig i behandlingssystemet.

Mange behandlere er skeptiske over for, om udviklingshæmmede kan drage nytte af behandlingen. Men udviklingshæmmede misbrugere har, som den øvrige befolkning, ret til professionel behandling for deres misbrug.

Skizofreni

Skizofreni er en sygdom i hjernen, der giver ændringer i tanker og adfærd.

Sygdommen kan være præget af perioder, hvor man er ude af stand til at skelne mellem virkelighed og egne forestillinger.

Den rammer begge køn lige hyppigt og begynder typisk i 15 til 30 års alderen.

Risikoen for at udvikle skizofreni er cirka en procent for befolkningen som helhed.

Skizofreni

Årsagen til skizofreni er ukendt, men der er dog arveligt moment; hvis man har en bedsteforælder med sygdommen, stiger risikoen til tre procent. Risikoen er cirka 10 procent, hvis den ene af ens forældre har sygdommen, og stiger til cirka 40 til 50 procent, hvis begge forældre er ramt. Risikoen for at udvikle skizofreni, hvis ens enæggede tvilling har sygdommen, er 40 til 50 procent.

Sygdommen veksler mellem akutte faser, præget af såkaldte produktive symptomer og faser præget af negative symptomer:

<u>Produktive symptomer:</u>
- **hallucinationer**
- **vrangforestillinger**
- **visse tankeforstyrrelser**

<u>Negative symptomer:</u>
- **apati**
- **man isolerer sig**
- **man forsømmer sig selv**
- **autisme, forstået som oplevelsen af ikke at føle sig forstået af andre og en optagethed af den indre verden.**

Vrangforestillinger

Paranoide vrangforestillinger – at tro, andre er ude efter én, eller at andre gør noget, selvom der ikke er ydre kendsgerninger, der støtter denne påstand

Selvhenførende vrangforestillinger – at tro, der foregår noget i det omgivende miljø, der opfattes som værende relateret til en selv, selvom det ikke er tilfældet (f.eks. at der bliver talt om én, eller en personlig besked bliver sendt via TV osv)

Vrangforestillinger (fortsat)

Somatiske vrangforestillinger - om f.eks. fysisk sygdom eller fremmedlegemer, der er i kroppen

Grandiøse vrangforestillinger – at tro man er noget specielt eller er i besiddelse af ekstraordinære kræfter eller talenter

Systematiske forstyrrelser i tankeprocesserne

Alt-eller-intet tænkning: tanker i ekstremer; der er ingen grund til at gøre noget som helst

Mentalt filter: registrerer kun de ting, som er i overensstemmelse med ens leveregler

Hoppe til konklusioner: ”*den mand så væk fra mig, så han ved, hvad jeg tænker*”

Personalisering: antager at begivenheder er møntet på mig, den person griner af mig osv.

Overgeneralisering: udvikler hurtigt nye antagelser, oftest om en selv (”*jeg er håbløs, jeg har ingen kontrol*”)

Man kan inddele skizofreni i første-rangs symptomer og anden-rangssymptomer.

Førsterangs-symptomer er forestillinger om forhold, som er usandsynlige eller urealistiske, og som ikke kan opleves af andre, men som er virkelighed for patienten - dvs. fx hørehallucinationer, oplevelsen at blive påført handlinger eller følelser udefra, tankepåvirkning (fx i form af tanketyveri), legemlige påvirkningsfornemmelser i form af stråler og lign. og bizarre vrangforestillinger (forestillinger om forhold, som er usandsynlige eller urealistiske, og som ikke kan opleves af andre, men som er virkelighed for patienten)

Anden-rangs symptomer:

- **Vedvarende hallucinationer af enhver art, ledsaget af vrangforestillinger uden depressivt eller manisk indhold.**
- **Sproglige udtryk for en disorganiseret tankegang. Ord og vendinger bruges på en usædvanlig og privat måde, undertiden med dannelse af nye, ukendte ord (neologismer). I udtalte tilfælde kan tankegangen være helt usammenhængende og uforståelig med "sort tale".**

- **Katatone symptomer, som omfatter en række ejendommelige forstyrrelser af bevægelser og holdning, herunder sære manerer, stivnen i underlige stillinger og gentagne, ensformige, tilsyneladende formålsløse bevægelser.**

- **Negative symptomer, der er udtryk for nedsættelse eller svigten af normale funktioner – dette indbefatter bl.a. omfatter træghed, sløvhed, initiativløshed, passivitet og apati. Sproget bliver fattigt på ord og indhold, kontakten overfladisk og følelsesudtrykkene afblegede. Der mangler fremdrift og interesse, adfærden bliver tom og formålsløs, eller der opstår tilbøjelighed til at synke ind i sig selv og trække sig tilbage fra omgivelserne i isolation.**

Sygdommen er meget belastende for den skizofrene og for familien, ikke mindst på grund af de medfølgende sociale problemer i forhold til uddannelse og job.

Op mod 15 procent af yngre skizofrene begår selvmord.

Skizofreni er en sygdom, der er forbundet med:

Tab

Sorg

Skam

Uvished

Angst

Ledende psykolog Tine Wøbbe,
Psykiatrisk Center Sct. Hans

Blandt udviklingshæmmede vil man hyppigt støde på "anden-rangssymptomer", men den psykiatriske betydning vil oftest være uklar.

Den lighed, som nogle udviklingshæmmedes bevægemønstre kan have med de katatone symptomer, er oftest kun tilsyneladende og man taler som regel i stedet om en adfærdsforstyrrelser i form af stereotypier.

En rimeligt sikker skizofrenidiagnose kræver, at adfærden kan sættes i relation til den tankegang, der præger patienten.

Dette forudsætter en sprogudvikling på et vist niveau, og i almindelighed vil man ikke kunne stille diagnosen skizofreni hos udviklingshæmmede med en IQ på mindre end ca. 50.

Forbindelsen mellem skizofreni og udviklingshæmning har længe været omdiskuteret....

Ledende psykolog Tine Wøbbe,
Psykiatrisk Center Sct. Hans

Da den infantile autisme, som jo ses hos mange udviklingshæmmede, blev beskrevet for et halvt århundrede siden, mente adskillige, at der var tale om en form for skizofreni, der begyndte ekstremt tidligt.

Det ved man i dag er forkert, men der er holdepunkter for, at hyppigheden af skizofrene sindslidelser er noget højere blandt udviklingshæmmede end i den øvrige befolkning.

De øvrige lidelser i F20-diagnosegruppen omfatter forskellige paranoide tilstande, der er prægede af vrangforestillinger, som ikke er så bizarre som de skizofrene.

Talmæssigt spiller disse øvrige diagnoser ikke nogen større rolle blandt udviklingshæmmede, men kan fx hyppigere ses hos udviklingsforstyrrede – og skal for en god ordens skyld også nævnes:

Ved Paranoide tilstande og psykoser skelner man mellem kroniske, vedvarende paranoide psykoser og f.eks. akutte og forbigående psykoser

Ledende psykolog Tine Wøbbe,
Psykiatrisk Center Sct. Hans

Akut indsætten er defineret som 'hurtig tiltagende udvikling af en klart abnorm klinisk tilstand indenfor 1-2 uger' – der må ikke være tegn på organisk ætiologi.

Akutte psykoser/paranoide tilstande fx som følge af:

- Stoffer/misbrug
- Voldsomt traume
- Stress/overbelastning
- Somatisk (behandlingskrævende) tilstand

Der er stor forskel på, hvor sårbar man er over for at blive ramt af en akut forbigående psykose. Nogle har en mindre robust psyke end andre og kan dårligere klare psykiske traumer. Hvis man har en personlighedsforstyrrelse, er man ofte ekstra sårbar.

Psykose

- Manglende stabilitet i begrebsdannelse og abstraktionsniveau
- Konkret og situationsbunden tænke- og handlemåde
- Egocentrisk tænkning – svært ved at se tingene fra andre synspunkter
- Tendens til opløsning af de logiske strukturer
- Vanskeligheder mellem fantasi og virkelighed
- Manglende evne til at fastholde målrettede tanker og handlinger

Paranoid tilstand

- Paranoia, eller forestilling om at blive udnyttet skadet eller forfulgt er central i flere psykiske lidelser

- De fleste kan opleve tilløb til paranoid tilstand, hvor man føler sig usikker på omgivelsernes holdning, kan have imaginær oplevelse af fjendtlighed fra andre mv. Dette ses fx ved stress hos normale mennesker, men mere udtalt gennemgående hos fx den paranoide personlighedsforstyrrelse

Paranoid tilstand

•Man ser glidende overgange fra almindelig undren over en forespørgsel til mistanke om der er noget galt til videre udvikling af forfølgelsesforestillinger og opfattelse af at være efterstræbt af alle. De, der har oplevet en uretfærdig anklage, eller selv uretmæssigt er mistænkt for en forbrydelse eller anden ugerning får ofte et vist paranoidt beredskab.

Affektive sindslidelser

I modsætning til skizofreni kan affektive lidelser diagnosticeres hos selv svært udviklingshæmmede uden sprog, især hvis der er tale om periodisk optrædende symptomer.

Depression:

- **Forsænket stemningsleje i varierende grad fra tristhed til sort fortvivlelse. Den deprimerede har svært ved at føle glæde ved noget som helst.**
- **Sædvanlige lyster og interesser forsvinder som regel også.**
- **Nedsat energi- og aktivitetsniveau**
- **Nedsat selvtillid og ringe selvfølelse. Man føler sig uduelig og egentlig burde man slet ikke have lov at leve, alle var bedre tjent med at man ikke eksisterede.**

- **Svær skyldfølelse**
- **Hypokondre vrangforestillinger**
- **Koncentrationsproblemer**
- **Tankegang og bevægelser kan være langsomme eller patienten kan gå helt i stå og blot ligge eller sidde stirrende tomt ud frem for sig.**
- **Rastløs uro, hvor patienten jamrende vandrer hændervridende omkring (agiteret depression).**
- **Søvnforstyrrelser.**
- **Nedsat appetit og vægttab.**
- **Øget appetit og vægt (trøstspisning) ses hos enkelte.**

En depression varer mindst 14 dage. Er tilstanden af kortere varighed, taler man om en depressiv episode. Ubehandlet kan varigheden af en depression være måneder eller år.

Mani

- **Ved manien er stemningslejet løftet og i lette tilfælde kan de væsentligste symptomer blot være en uforholdsmæssig glæde eller lykkefølelse.**
- **I lidt mere udtalte tilfælde ses et forhøjet energiniveau, som kan vise sig ved øget aktivitet, rastløs uro, "tankemylder" og taletrang.**
- **Øget selvfølelse, som kan vise sig ved storhedsforestillinger.**
- **Den maniske patient har som regel koncentrationsbesvær, og han afledes let af omgivelserne eller af egne indfald.**
- **Nedsat søvnbehov**
- **Normale hæmninger svækkede, således at en forringet selvkontrol i forbindelse med forstærkede drifter kan føre til uheldige handlinger.**
- **Ikke sjældent optræder en mani i form af en tilstand med utålmodig og vredagtig irritabilitet, og da manikeren som regel ikke har nogen som helst sygdomserkendelse, kan tilrettevisninger eller modsigelse udløse aggressivitet.**

Bipolar affektiv sindslidelse

Nogle har kun ganske få sygdomsanfald, mens andre kun har korte perioder mellem anfaldene. En del patienter har kun depressioner og enkelte (ca. 2 procent) oplever kun manier.

De affektive sindslidelser er overordentlig almindelige. Man regner med, at omkring hver 5. på et eller andet tidspunkt får depressive symptomer. Medregner man de lettere tilfælde, har 4-5 procent af befolkningen til enhver tid en affektiv lidelse, væsentligst i form af depression.

Blandt udviklingshæmmede er hyppigheden af samme størrelsesorden, men alt andet lige kan det forventes, at det kun er de sværere tilfælde, der diagnosticeres.

Nervøse og stress-relaterede tilstande eller lidelser

Angst er kernesymptomet..

Talmæssigt udgør de såkaldte fobiske og andre primære angsttilstande den største gruppe. I alle tilstandene indgår angst som et kernesymptom. Angst er en ubehagelig og vanskeligt definerbar følelse.

I ICD-10 kræver man, at angstfølelsen er ledsaget af mindst ét legemligt angstsymptom som f. eks. hjertebanken, sveden eller rysten.

Andre angstsymptomer kan bl.a. være vejrtrækningsbesvær og hyperventilation, svimmelhed, uro i maven, dødsangst og frygt for at miste selvkontrollen.

Man skelner mellem fobiske angsttilstande og generaliseret angst:

Fobiske angsttilstande - hvor angsten optræder i forbindelse med specielle situationer.
De almindelige kendte er:
Klaustrofobi (angst for lukkede rum)
Araknofobi (angst for edderkopper)
Agorafobi (angst for åbne pladser).
Agorafobi er ikke ualmindelig blandt mennesker med panikangst, som er en særlig form for anfaldsvis angst, der kommer pludseligt og uden kendt foranledning. Angsten for anfald kan medføre en socialt invaliderende frygt for at være alene eller at færdes uden for hjemmet.

Angst kan være både en almenmenneskelig reaktion på belastninger og et symptom på mange forskellige sygdomme, både legemlige, men især psykiske.

Angst ses således hyppigt ved f. eks. skizofreni, organiske sindslidelser og depression. Sådanne lidelser må derfor udelukkes, før en angsttilstand diagnosticeres. Dette vil oftest være vanskeligt eller umuligt hos udviklingshæmmede med lidt eller intet sprog.

Angsttilstande er meget udbredte, idet man regner med, at ca. en fjerdedel af befolkningen på et eller andet tidspunkt får generende symptomer.

Hyppigheden blandt udviklingshæmmede er ukendt, men må antages at være af betragtelig størrelse.

Obsessiv-kompulsive tilstande - er karakteriseret ved tvangsfænomener i form af tvangstanker (obsessioner) eller tvangshandlinger (kompulsioner).

Tvangstanker **er tilbagevendende generende tanker, som man ikke kan frigøre sig fra. Det kan dreje sig om ord eller sætninger af ubehageligt indhold.**

Tvangshandlinger **udspringer af tvangstanken. Vi kender de almindelige, men alvorlige tvangshandling kan f. eks. være en bestandig trang til at vaske hænder på grund af frygt for smuds eller smitte.**

Det er karakteristisk, at tvangstanker og tvangshandlinger ofte ledsages af angstfornemmelser, især hvis man prøver at gå imod tvangssymptomerne, fordi man selv kan se, at de er meningsløse.

Tvangsfænomener er almindelige blandt udviklingshæmmede, hvoraf nogle skal gennemføre daglige ritualer.

Man vil imidlertid kun tale om obsessiv-kompulsive tilstande, hvis patienten kan give udtryk for det meningsløse i handlingerne.

Hos en del ritualbundne udviklingshæmmede vil man i stedet tale om autisme.

Personligheden er et individuelt og kompliceret mønster af grundliggende og stabile psykologiske egenskaber, der ytrer sig som individets typiske og vedvarende måde at sanse, tænke, føle og handle på.

Personlighedstræk udtrykker sig ofte automatisk, dvs. uden at vi tænker over dem, vi umiddelbart bare tænker, føler og handler, som vi gør

Ledende psykolog Tine Wøbbe,
Psykiatrisk Center Sct. Hans

Efter 20 års alderen er personligheden temmelig stabil, de fleste har udviklet en følelse af stabilitet i personligheden (’en sikker identitet’)

En som er mistænksom, eller genert og indadvendt, som 20-årig vil som regel også være dette som 40 og 60-årig

Ledende psykolog Tine Wøbbe,
Psykiatrisk Center Sct. Hans

Hvornår bliver personlighedsstrukturen et problem?

Ledende psykolog Tine Wøbbe,
Psykiatrisk Center Sct. Hans

Når enkelte personlighedstræk bliver (for) dominerende eller samstillingen af forskellige træk bliver problematiske

Ledende psykolog Tine Wøbbe,
Psykiatrisk Center Sct. Hans

Diagnosesystemerne ICD-10 og DSM-VI taler om personlighedsforstyrrelser når:

7.Oktober 2013

Ledende psykolog Tine Wøbbe,
Psykiatrisk Center Sct. Hans

Der er *gennemgribende utilpassede væremåder* knyttet til sansning, tænkning og handling.

Ledende psykolog Tine Wøbbe,
Psykiatrisk Center Sct. Hans

Mønstrene viser sig først i *barne- og ungdomsårene* og er stabile gennem det meste af det voksne liv, selvom de kan blive mindre fremtrædende midtvejs i livet eller i alderdommen

***Adfærden mangler fleksibilitet*, er utilpasset eller personen fungerer dårligt over et bredt felt af private og sociale situationer**

Ledende psykolog Tine Wøbbe,
Psykiatrisk Center Sct. Hans

Personer med personlighedsforstyrrelser har mindre mestringsmåder, er mindre fleksible i deres væremåde og reagerer uhensigtsmæssigt med forstærkede symptomer under påvirkning

Ledende psykolog Tine Wøbbe,
Psykiatrisk Center Sct. Hans

ICD-10 systemet beskriver otte specifikke, en uspecifik og en åben gruppe af andre forstyrrelser af personlighedsstrukturen nærmere.

F 60.0 – paranoid personlighedsstruktur

Generelle kriterier:

- Overfølsomhed for nederlag og afvisning
- Tendens til at bære nag
- Mistroiskhed og mistydningstendens
- Stridbarhed og rethaveriskhed
- Ubegrundet jalousi

F 60.1 – skizoid personlighedsstruktur

Generelle kriterier - I:

- Almen ulystbetoning
- Emotionel kølighed og fjernhed, affektaffladning
- Nedsat evne til at udtrykke følelser
- Indifference overfor ros og kritik

F 60.1 – skizoid personlighedsstruktur

Generelle kriterier - II:

- Ringe seksuel interesse
- Soloaktiviteter foretrukne
- Optagethed af introspektion og fantasier
- Manglende interesse for venskab og fortrolighed
- Manglende situationsfornemmelse

F 60.2 – dyssocial personlighedsstruktur

Generelle kriterier - I:

- **Grov ligegyldighed overfor andres følelser**
- **Manglende ansvarsfølelse og respekt for sociale normer og forpligtigelser**
- **Manglende evne til at fastholde forbindelser med andre**

F 60.2 – dyssocial personlighedsstruktur

Generelle kriterier - II:

- **Lav frustrationstolerance og aggressionstærskel**
- **Manglende evne til at føle skyld eller lade sig påvirke af erfaringer, inklusive straf**
- **Bortforklarings- og udadprojektionstendens**

F 60.30 – emotionelt ustabil personlighedsstruktur, impulsiv type

Generelle kriterier:

- Tendens til at handle impulsivt og uoverlagt
- Stridbarhed, især ved impulsfrustration
- Affektlabilitet, eksplosivitet
- Manglende udholdenhed
- Ustabilt og lunefuldt humør

Ledende psykolog Tine Wøbbe,
Psykiatrisk Center Sct. Hans

F 60.31 – emotionelt ustabil personlighedsstruktur, borderline type

Generelle kriterier:

- Forstyrret og usikker identitetsfølelse
- Tendens til intense og ustabile forhold til andre
- Udtalt tendens til at undgå at blive ladt alene
- Tendens til selvdestruktivitet
- Kronisk tomhedsfølelse

F 60.4 – histrionisk personlighedsstruktur

Generelle kriterier:

- **Dramatiseringstendens, teatralsk holdning, overdrevne følelsesudtryk**
- **Suggestibilitet**
- **Overfladisk og labilt følelsesliv**
- **Spændings- og opmærksomhedssøgende adfærd**
- **Pseudo-seduktivitet**
- **Overdreven optagethed af udseende og tiltrækningsevne**

F 60.5 – tvangspræget personlighedsstruktur

Generelle kriterier - I:

- Tendens til tvivlen og overforsigtighed
- Overdreven ordenssans og optagethed af detaljer, regler eller skemaer
- Overdreven perfektionisme
- Skrupuløs samvittighedsfuldhed
- Overdreven præstationstrang

F 60.5 – tvangspræget personlighedsstruktur

Generelle kriterier - II:

- Overdreven pedanteri og konventionalitet
- Rigiditet og stivsindethed
- Kontrolleringstendens overfor andre

F 60.6 – ængstelig (evasiv) personlighedsstruktur

Generelle kriterier - I:

- **Udbredt ængstelighed og anspændthed**
- **Mindreværdsfølelse**
- **Tendens til følelse af afvisning og kritik i sociale situationer**
- **Tilbageholdenhed overfor andre ved usikkerhed om forhåndsaccept**

F 60.6 – ængstelig (evasiv) personlighedsstruktur

Generelle kriterier - II:

- **Begrænset livsudfoldelse på grund af bekymring for fysisk sikkerhed**
- **Tendens til at undgå sociale aktiviteter af frygt for kritik eller afvisning**

F 60.7 – dependent personlighedsstruktur

Generelle kriterier - I:

- **Tendens til at overlade betydningsfulde beslutninger til andre**
- **Underordningstendens over for personer, de er afhængige af**
- **Uvillighed til at stille krav til personer, de føler sig afhængige af**

F 60.7 – dependent personlighedsstruktur

Generelle kriterier - II:

- **Hjælpeløshedsfølelse når alene, af frygt for ikke at kunne klare sig selv**
- **Overdreven frygt for at blive ladt alene**
- **Begrænset evne til at træffe dagligdags beslutninger uden kraftig støtte**

F 60.8 – anden specifik forstyrrelse af personlighedsstrukturen

Herunder:

- Narcissistisk personlighedsstruktur
- Passiv-aggressiv personlighedsstruktur

Ledende psykolog Tine Wøbbe,
Psykiatrisk Center Sct. Hans

7.Oktober 2013

Ledende psykolog Tine Wøbbe,
Psykiatrisk Center Sct. Hans

F 60.9 – Forstyrret personlighedsstruktur, uspecificeret

7.Oktober 2013

Ledende psykolog Tine Wøbbe,
Psykiatrisk Center Sct. Hans

F 61 – Forstyrret personlighedsstruktur, blandet og anden type, herunder:

F 61.0 – Blandet type

F 61.1 – Personlighedsændring ved affektiv lidelse eller angsttilstand

7.Oktober 2013

Ledende psykolog Tine Wøbbe,
Psykiatrisk Center Sct. Hans

Personlighedstræk er livslange

- og forstærkes nogle gange i alderdommen (men kan også svækkes)

Ledende psykolog Tine Wøbbe,
Psykiatrisk Center Sct. Hans

Hvis man altid har været temperamentsfuld, genert osv., så er man det som regel også i sin alderdom

Ledende psykolog Tine Wøbbe,
Psykiatrisk Center Sct. Hans

Personlighedsvurdering

- **Hvordan vurderer I den hos andre/borgerne?**

- **Alle brud, er af væsentlighed**
- **Al opstart, er interessant**
- **Al afslutning, er af betydning**
- **Alt, der har varet, er interessant**
- **Alt, der har virket, er interessant**

ADHD (’Attention Deficit Hyperactivity Disorder’)

Symptomerne på ADHD er præget af forskellige grader - herunder fravær - og kombinationer af opmærksomhedsforstyrrelse, hyperaktivitet og impulsivitet.
Den er oftest medfødt og optræder både hos børn og voksne, kvinder og mænd.
I Danmark har ADHD i almen forståelse været forvekslet med den noget mere kendte diagnose DAMP.

Betegnelsen ADD anvendes undertiden om ADHD uden hyperaktivitet og impulsivitet.

I psykiatrisk diagnostik taler man om tre typer af ADHD:

ADHD – overvejende opmærksomhedsforstyrrelse

ADHD – overvejende hyperaktivitet og impulsivitet

ADHD – kombineret type med såvel opmærksomhedsforstyrrelse som hyperaktivitet og impulsivitet.

I de senere år er det blevet klart, at ADHD ikke kun er en tilstand hos børn, omkring halvdelen af de, der får stillet diagnosen, fortsætter med at have symptomer som voksne. Der er i disse år oven i købet flere personer som først får stillet diagnosen ADHD som voksne

ADHD er kendetegnet ved (også ofte motorisk) rastløshed, hyperaktivitet, markante opmærksomhedsproblemer, koncentrationsbesvær, indlæringsvanskeligheder og problemer med eksekutive funktioner.

Hos voksne med ADHD ses typisk flere problemer med eksekutive funktioner indbefattende organisering, planlægning, hæmning, styring af tid, arbejdshukommelse, problemløsning, styring af tid, sansemæssig regulering og håndtering af stress.

kvinder med ADHD

præsenterer forskellige symptomer end mænd, hvor særligt de hyperaktive og impulsive symptomer ikke er så fremtrædende som hos mændene.

Typiske træk hos kvinder med ADHD anføres til at være som følger:

- **Sky, indadvendte og drømmende.**
- **Glemsomme, rodede og ineffektive.**
- **Overfølsomme for kritik.**
- **Ivrighed for at gøre alle omkring sig tilpas.**
- **Lavt selvværd, konfliktskyhed og bekymring for at 'fylde for meget'.**

Hertil kommer, at mange kvinder med ADHD er meget sensitive overfor lyde og synsindtryk og kan reagere med ubehag på stimuli, som andre uden problemer ignorerer.

Opsummerende skal påpeges…..

Ledende psykolog Tine Wøbbe,
Psykiatrisk Center Sct. Hans

At nogle psykiatriske problemstillinger er forbigående, mens andre er vedvarende…..

Ledende psykolog Tine Wøbbe,
Psykiatrisk Center Sct. Hans

Dvs. noget er mere ‘umiddelbart behandelbart’ end andet…..

Ledende psykolog Tine Wøbbe,
Psykiatrisk Center Sct. Hans

Men en udviklingsforstyrrelse og/eller udviklingshæmning er som udgangspunkt altid vedvarende …..

Og når vi kender vores borger rigtig godt, bliver det mere tydeligt, hvornår der er tale om en (evt. ny) psykiatrisk overbygning hos vedkommende – eller blot en evt. dårlig periode..

Fast personale, kontaktpersoner og især pårørende er guldminer af information, når man skal lave detektivarbejdet omkring evt. psykisk ændring hos borgeren.

Den pårørende har oftest kendt vedkommende hele livet (og kan dermed give 'life-span' information), mens socialpædagoger typisk er rigtig gode til at observere og beskrive adfærd og adfærdsændringer.

Det er SÅ vigtigt at erkende, når man har brug for mere hjælp end tidligere (og det kan jo være, at det bare er for en periode..!)

At varetage behandling og pleje af udviklingshæmmede og udviklingsforstyrrede er ofte en meget stor og kompleks opgave – der kræver dedikerede, engagerede og dygtige fagpersoner

Ledende psykolog Tine Wøbbe,
Psykiatrisk Center Sct. Hans

Og så bliver det jo ikke mindre komplekst af, at der kan komme – eller være - tilstødende psykiatriske problemstillinger oveni de øvrige allerede eksisterende…

Roller og forpligtigelser er forskellige fra (bo)sted til (bo)sted, men er ikke desto mindre netop også derfor uhyre vigtige at have styr på!

Ved du, hvad din rolle og forpligtigelse er ift. den eller de borgere, du har behandlingsopgave/ansvar ift.?

Ledende psykolog Tine Wøbbe,
Psykiatrisk Center Sct. Hans

Hvis der nu kommer en problematik, du ikke har set før hos vedkommende?

Ledende psykolog Tine Wøbbe,
Psykiatrisk Center Sct. Hans

Eller måske aldrig har mødt før??

Ledende psykolog Tine Wøbbe,
Psykiatrisk Center Sct. Hans

Supervision og faglig sparring er essentielt

– og faktisk et must!

Ledende psykolog Tine Wøbbe,
Psykiatrisk Center Sct. Hans

Til supervision – eller for at opnå mere nuanceret problembillede af klienten - kan man ofte med fordel anvende 'boksmodellen' (jf. Wiwe)

Ledende psykolog Tine Wøbbe,
Psykiatrisk Center Sct. Hans

Hvorfor gør Kim ikke, som personalet siger?

IQ Han er for ubegavet	**Kognition** Han kan ikke koncentrere sig om det Han kan ikke forstå det
Personlighed Han vil ikke	**Fysik** Han kan ikke
Psykiatri Han tør ikke Stemmerne siger….	**Misbrug** Han forstyrres af ”kemi” – han er fuld

Boksmodellen

IQ Tegn på IQ?	**Kognition** Hvordan ser I det?
Personlighed Nogle gange lægges for megen vægt her…	**Fysik** Har skader på hjernen. Har en medfødt problemstilling
Psykiatri Udviklingsforstyrrelser Psykiatri i øvrigt	**Misbrug** Måske kun symptom på det andet? Måske med til at farve det andet?

Retspsykiatrisk afdeling
Psykiatrisk Center Sct. Hans

Kontakt

PSYKIATRISK CENTER SCT. HANS
Retspsykiatrisk afdeling
4000 Roskilde
Tlf : 3864 2098

Ledende psykolog
Tine Wøbbe
Email: tine.woebbe@regionh.dk