



Psykisk sårbarhed og lidelse

Valgmodul

Læringsmål for dagen

- Hvad er psykisk sårbarhed og psykiske lidelser?
- Hvad betyder det for den pædagogisk tilgang?

Definitioner

- Psykisk sårbarhed: Medfødt eller erhvervet risiko for at få udløst psykisk lidelse
- Psykisk lidelse: Tilstand der medfører forandring i tænkning, følelser og/eller adfærd. Psykiske symptomers indvirkning på helbredstilstand, livskvalitet og social funktionsevne

Definitioner

- Psykisk diagnose: Betegnelse for en gruppe samtidigt optrædende symptomer klassificeret i enten DSM V, ICD-10 eller ICD-11.
- ICD-11: Fra kategorial opdeling til spektrum og dimensional forståelse af symptomer
- Komorbiditet: Samsygelighed

Diagnosesystemet ICD 10

- Diagnoser defineres ud fra symptomer og forløb, klinisk vurdering, tests og gerne i et tværfagligt regi
- 10 diagnostiske hovedgrupper
- Diagnose, så længe kriterierne for diagnosen opfyldes
- **Usikkerhed i forbindelse med diagnosticering af udviklingshæmmede:**
 - Traditionel psykiatrisk undersøgelse = samtale, der giver indblik i tankeverden og symptomer
 - Behov for supplerende oplysninger fra pårørende og personale
 - Suppl.: DASH II (standardiseret spørgeskema)

ICD -10 Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser

- F00-09: Organiske lidelser (fx demens)
- F10-19: Misbrugsbetingede psykiske lidelser eller tilstande
- F20-29: Skizofreni og psykoser
- F30-39: Affektive sindslidelser (mani-depression)
- F40-49: Nervøse og stressrelaterede tilstande, angst, OCD
- F50-59: Adfærdsændringer forbundet m. fysiologiske forstyrrelser (spise, søvn, seksualitet)
- F60-69: Forstyrrelser af personlighed og adfærd
- F70-79: Mental retardering
- F80-89: Psykiske udviklingsforstyrrelser, fx autisme
- F90-98: Adfærds- og følelsesmæssige forstyrrelser opstået under opvæksten
- F99: Uspecificerede lidelser

Emergensmodel

Samfund
Gruppe
Personlighed / Identitet
Kognition / Emotion
Psykofysiologi
Nerveceller
Gener



Egenskaber, der opstår på et hierarkisk højere niveau, kan ikke reduceres til de underliggende niveauer, om end disse er det pågældende fænomens forudsætning

Forekomst

- 30% behandlingskrævende psykisk lidelse (Oligofreni-psykiatri i Syddanmark, 2003)
- Faldende prævalens ved stigende IQ (Gjærum & Ellertsen, 2005)
- Stigende prævalens ved stigende alder (Ibid.)

Nedsat funktionsevne (Jansen , 1994)

- 30% adfærdsforstyrrelser
- 12-17% psykiske lidelser

Normalbefolkningen

- 1-1,5%

Særlige forudsætninger og sårbarhed

Det kognitive funktionsniveau hos målgruppen indebærer generelt reduktion i form af:

- Opmærksomhedsproblemer
- Reduceret korttidshukommelse
- Svag sekventiel informationsbearbejdning
- Vanskeligheder med at tilegne sig indsigt og regelstyring, og med at overføre indlærte færdigheder
- Sprog og kommunikationsvanskeligheder

Kognitiv og sensorisk belastning øger sårbarheden

Hvorfor viden om psykiatri

- Symptomer kan have forskellige årsager
- Den pædagogiske tolkning af borgerens tilstand er afgørende for den rette behandling
- Det er derfor vigtigt, at kende de psykiatriske diagnoser og symptomer
- Dette kan i værste fald betyde fejlbehandling eller ingen behandling for en smertefuld sindslidelse

Andre tilstande der ligner

- Urinvejsinfektion
 - Smertetilstande
 - Forstoppelse
 - Sløvende medicin
-
- Disse tilstande kan hos sårbare mennesker udløse en forvirringstilstand, som aldeles ligner en psykose med bevidsthedsuklarhed, hallucinationer m.m.
 - Her er behandlingen ikke psykiatrisk medicinering, det forværrer kun tilstanden.

Misbrug

- Ændret personlighed og adfærd
- Afhængighed
- Depression
- Alkoholrelateret demens



Demens symptomer de 8 A'er - overordnet

Samlet ses symptomer indenfor **kognition, adfærd og motorik**

Kognitive symptomer

- *Amnesi* – svigt af hukommelsesfunktioner
- *Afasi* – svigt af sprogfunktioner
- *Apraksi* – vanskeligheder med udførelse af praktiske gøremål
- *Agnosi* – svigt i genkendelse af objekter, mønstre og mennesker
- Arosal - vågenhedstilstand

APATI

Adfærdsmæssige symptomer

- Depression, angst, hallucinationer, personlighedsændringer, rastløshed, forandret døgnrytme

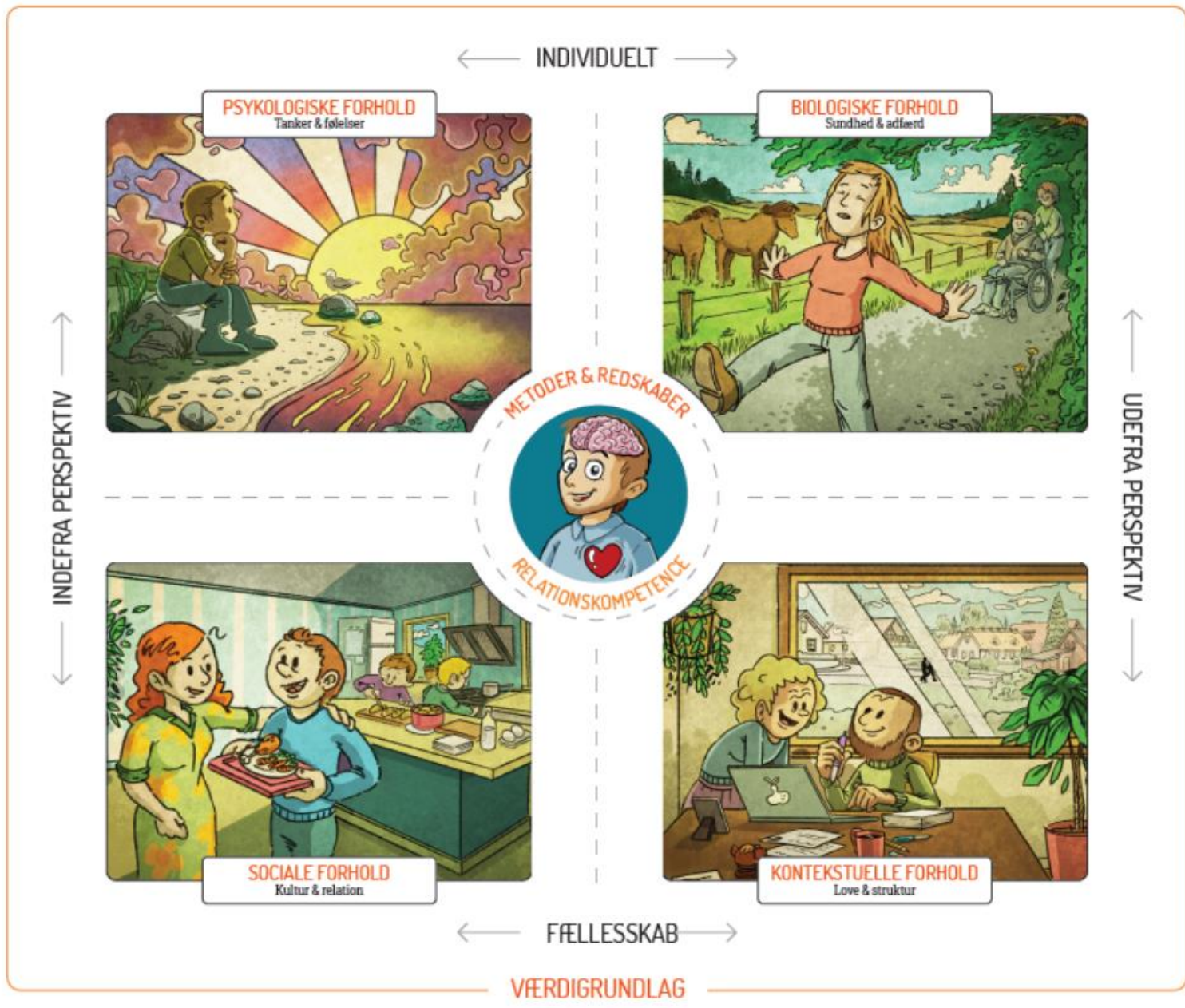
Anatomiske symptomer

- Muskelstivhed, styringsproblemer, balancesvigt, inkontinens

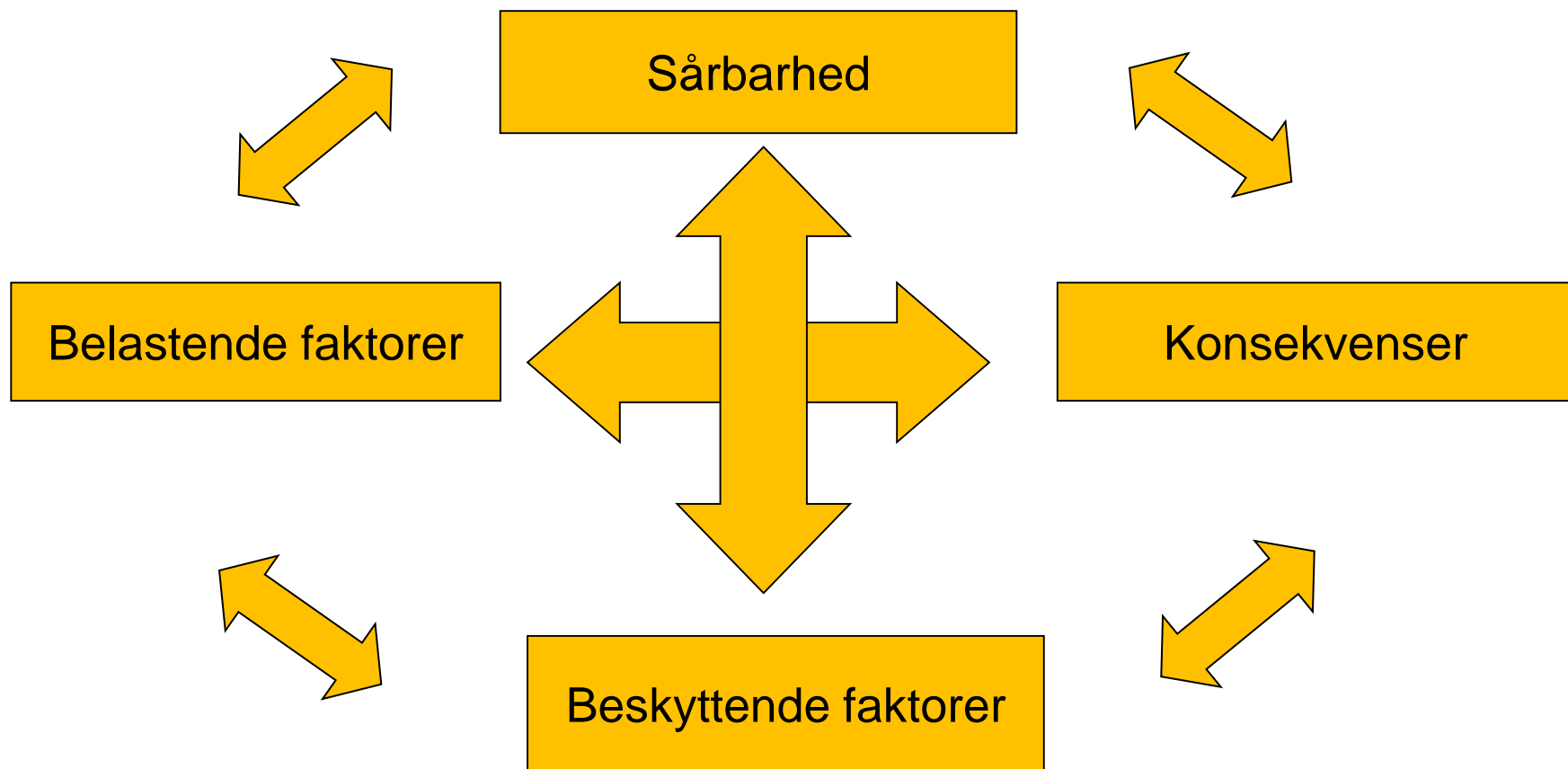


Årsagsforhold

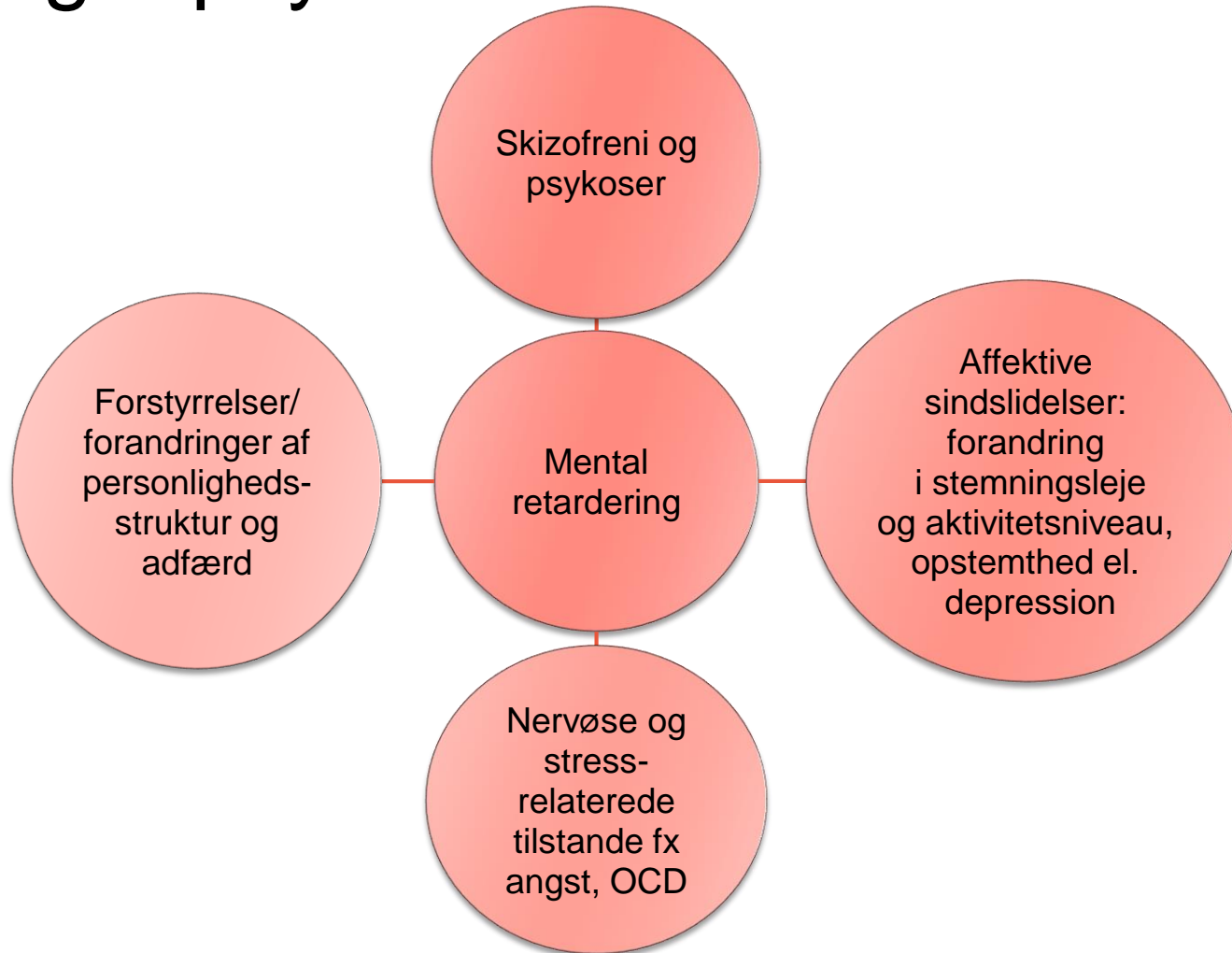
- Diskussion om arv og miljø
- Arv: udviklingsegenskaber knyttet til generne (biologi)
- Miljø: påvirkninger i familie og omgivelser
- Multifaktoriel årsagsforståelse: bio – psyko - social tilgang



Sårbarhed og mestring



Udvalgte psykiske lidelser



Skizofreni og psykoser

- Skizofreni betyder 'splittet sind', og sygdommen er kendetegnet ved en splittet opfattelse af virkeligheden med angst, depression og besvær ved socialt samvær
- Diagnosticering kræver et vist udviklingsniveau, ca. 10 år
- Kendetegnet ved fundamentale og karakteristiske forstyrrelser af tænkning og perception fx vrangforestillinger, tankepåføring, hallucinationer og affektive forstyrrelser
- Psykoser i f.m. længerevarende vrangforestillinger fx paranoia

Skizofreni og psykoser

- **Vrangforestillinger:**
 - Urigtige forestillinger om den ydre verden. Disse kan ikke korrigeres
 - Disse tillægges absolut sandhedsværdi, og personen er overbevist om, at forestillingen er sand
- **Tankepåføring:**
 - Oplevelse af ydre styring af ens tankeverden
- **Hallucination:**
 - En hallucination er en sanseoplevelse uden en ydre påvirkning af sanseorganet. Fx at man hører og ser ting, som ikke eksisterer eller er uvirkelige
- **Affektive forstyrrelser:**
 - Fx med manisk eller depressivt indhold

Skizofreni

Positive symptomer:

- Vrangforestillinger
- Hallucinationer
- Desorganiseret tale
- Desorganiseret eller kataton adfærd

Negative symptomer:

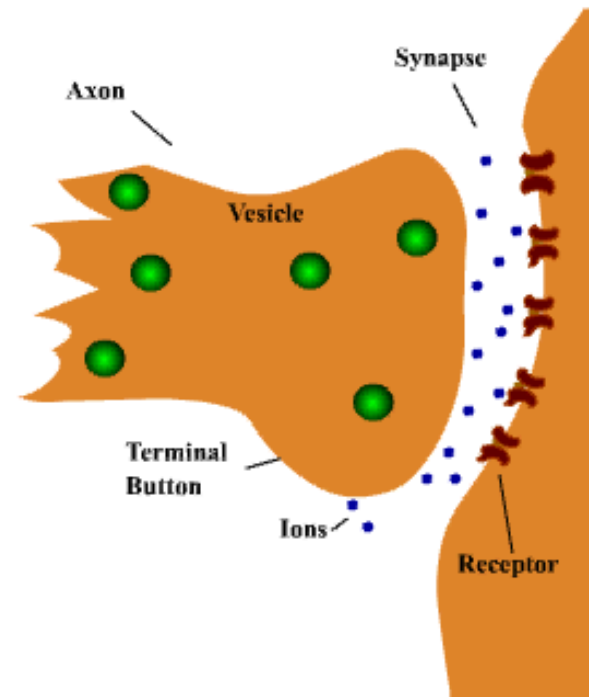
- Affektiv fladhed
- Fattigt tankeliv
- Viljesløshed

Skizofreni - neurobiologi

- Anatomisk relationsforstyrrelse med færre synaptiske kontakter, manglende fronto-temporalt samspil
- Øgede lateralventrikler, nedsat hjernevæsvolumen, neuronantal og mindskede temporallapper
- Hypofrontalitet: nedsat aktivitet i præfrontale dele af pandelappen fx initiativ, motivation, planlægning, fleksibilitet mm.
- Aktivitet i Brocas og primært auditivt område v. hørehallucinationer
- Overproduktion af dopamin ved positive symptomer og nedsat produktion ved negative symptomer

Skizofreni – medicin / psykofarmaka

- Hæmmer aktiviteten i synapser, der anvender dopamin - dopamin- antagonist
- Kan mindske vrangforestillinger og hallucinationer - positive symptomer



Skizofreni og udviklingshæmning

- Skizofreni og psykoser ses hos mennesker med IQ under 50
- Symptomerne kan være:
 - Vrangforestillinger, men angsten fylder ofte mere
 - Konstant højt beredskab, angstreaktioner med blikket fikseret på bestemt punkt
 - Mørkt blik med udvidede pupiller, trækninger i ansigtet
 - Mærkelige lyde, ord, mumlen, griner
 - Sansedrag (hallucinationer)
 - Anspændthed, irritabilitet
 - Udad- og indad reagerende handlinger
 - Klager over smerter
 - Vanskelig at opnå kontakt med for andre
 - Social isolation, apati

http://www.ted.com/talks/eleanor_longden_the_voices_in_my_head

Depression

- Depressive kernesymptomer omfatter:
 - Nedtrykthed
 - Nedsat lyst eller interesse
 - Nedsat energi eller øget træthed
- To fremtrædelsesformer:
 - En mere indadvendt form, der er kendetegnet ved tristhed, manglende lyst og initiativ og social tilbagetrækning
 - En mere udadvendt form, der er kendetegnet ved irritabilitet, vredladenhed, stridbarhed og udadreagerende adfærd
- I mange tilfælde ses en sammenblanding af de to

Depression

- Ledsagesymptomer:
 - Nedsat selvtillid og/eller selvfølelse
 - Sygelig skyldfølelse – kan medføre overdrevne selvbebrejdelser
 - Følelser af ulyst ved livet – evt. selvmordstanker
 - Koncentrationsbesvær og ubeslutsomhed
 - Hæmning af bevægelser
 - Søvnforstyrrelser
 - Appetit og vægtændringer
- Skelnen: sværhedsgrad (ledsagesymptomer) og tid (min. 14 dage)

Depression

- Forekomsten af depression i DK er 3 - 4 %
- Multifaktoriel sygdom – risikofaktorer:
 - Psykologisk stress, fx ved tab (ydmygelse)
 - Biologiske forhold, fx fysiologiske ubalancer
 - Genetisk betinget sårbarhed
- Vedvarende depression kan medføre hukommelsesproblemer og demens

Depression - neurobiologi

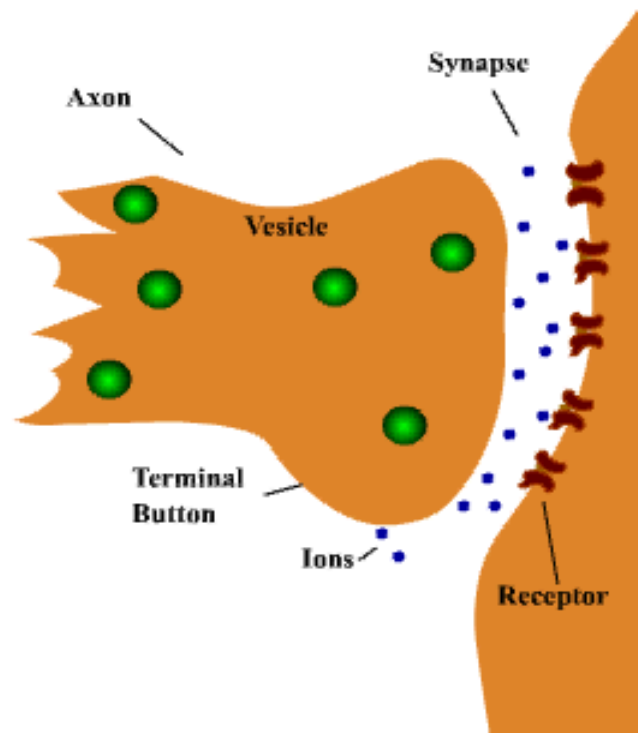
- **Hjerneaktivitetsmønstre i f.m. depression:**
 - Overaktivitet i amygdala og ventromediale præfrontale cortex, emotionelle symptomer
 - Nedsat aktivitet i dorsolaterale præfrontal cortex, adfærd og tænkning
- **Øget stressfølsomhed:**
 - Øget forekomst af stresshormonet cortisol
 - En biologisk adaptiv respons kan blive til en negativ tilstand med øget arousal, øget muskeltonus, søvnforstyrrelser, nedsat evne til at fastholde opmærksomhed, evt. hukommelsesvanskeligheder

Depression - behandling

- Kan generelt bedres gennem en øget opmærksomhed på:
 - Motion?
 - Lys
 - Søvn
 - Kost
 - Omsorg
 - Psykoedukation
- Behandling retter sig mod sværhedsgrad
 - Let depression: Samtaleterapi / kognitiv terapi, evt. medicin
 - Moderat til svær depression: Medicin, samtaleterapi, evt. elektrochock

Depression – medicin / antidepressiva

- SSRI: selektive serotonin reuptake inhibitors - hæmmer genoptagelsen af serotonin
- MAO: monoamin oxidase inhibitor - hæmmer enzymet monoamin oxidase, som normalt nedbryder serotonin



Sorg og depression

- Fastlåst eller ”patologisk” sorg kan forveksles med depression
- Sorgprocessen kan have andre udtryk og være forsinket fx vanskeligheder med at udtrykke følelser og manglende erfaring / viden om at følelser forandres igen
- Reaktion i f t. følelsesmæssig udviklingsalder og ikke kronologisk alder
- Sårbar gruppe forbundet med mange tab

To-spors-modellen

Tabsorienterede spor

- Smerten over tabet
- Accept af endelighed
- Give slip/omforme tilknytning
- Undgåelse af restaurerende forandringer

Det restaurerende spor

- Gøre nye ting
- Forholde sig til livsændringer
- Nye roller/relationer
- Undgåelse/afledning fra tabet

Forebyggelse af depression i forbindelse med sorgprocesser

- Spørgsmål: Hvad har personen mistet ved tabet af relationen? Hvordan kan færdigheder/aspekter fra relationen bruges i andre sammenhænge?
- Indsats: Erstatte gamle rutiner med nye/ aktiviteter forbundet med personen
- Hensigt: Fastholde glæde og håb – forventninger om noget
- Skelnen ml. sorg og depression: Hvis tristhed m.v. forstærkes omkring mærkedage og dage, hvor tidligere aktiviteter mangler, kan der være tale om sorg

Stressbelastningsyndrom og udviklingshæmning

- Post Traumatisk Stress Disorder
- Langvarig eller forsinket reaktion på belastning ses ofte hos mennesker med udviklingshæmning
- Symptomer:
 - Søvnvanskeligheder
 - Koncentrationsvanskeligheder
 - Social tilbagetrækning
 - Angst og depression forekommer ofte samtidigt
 - Øget vedvarende arousal
 - Dissociation
 - PNES
 - Flash-back

Hvornår skal vi være opmærksomme på stressbelastninger?

- Hos personer med udviklingshæmning, der:
 - har kronisk dysfunktionel emotionsregulering
 - har en adfærd, hvor antagelsen om psykose ikke passer helt
 - har oplevelser de ikke kan komme væk fra
 - har været udsat for overgreb, både seksuelle og andre invaderende handlinger
 - udviser alvorlig vedvarende udfordrende adfærd uden påviselig grund

PTSD og udviklingshæmning

- Psykose, paniklidelse og depression kan være vanskeligt at adskille fra PTDS, da disse tilstande kan opstå som følge af en alvorlig hændelse
- Personer med alvorlig grad af udviklingshæmning, som er psykotiske udviser en kaotisk desorganiseret væremåde
- Desorganiseret væremåde ses også ved angstanfald og høj arousal
- Personer med PTSD, som dissocierer er mindre kontaktbare, det samme er personer med psykose

OCD - Obsessive Compulsive Disorder

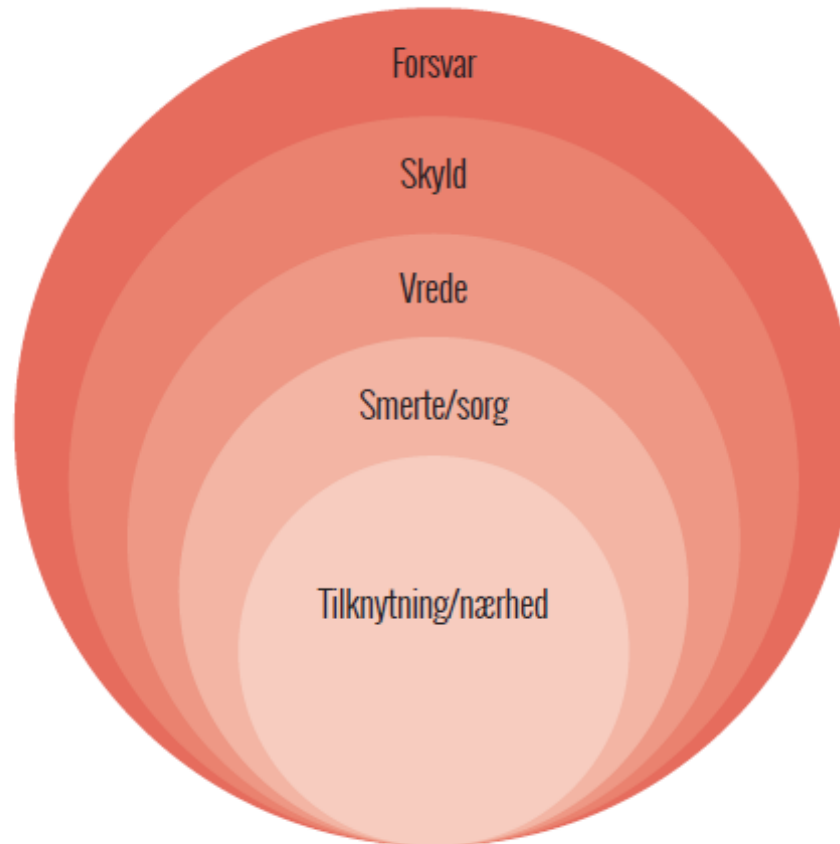
Kendetegnes ved stadige tvangstanker eller tvangshandlinger

- Tvangstanker eller obsessioner
 - Er gentagne ubehagelige tanker, følelser, idéer, fornemmelser eller billeder, man ser for sit indre blik
 - Smitte, sygdom, vold
- Tvangshandlinger eller kompulsioner
 - Er gentagne handlinger eller ritualer, som oftest umiddelbart ikke giver mening
 - Vasketvang, kontrollere døre, låse eller kogeplader eller gøre ting på en speciel måde via ritualer

OCD - eksempler på behandling

- **Medicin:** OCD kan behandles med SSRI præparater
- **Kognitiv terapi:** Anvendelig overfor OCD lidelsen. Behandlingen foregår typisk ved en psykolog / psykiater. Man bør være opmærksom på kognitivt niveau
- **Eksponeringstræning og responsforhindring:** Et af de vigtigste principper i behandling af tvangslidelser er at udfordre tvangslidelsen ved, at hovedpersonen udsætter sig for det ubehagelige

Tilknytning, forsvar og personlighed

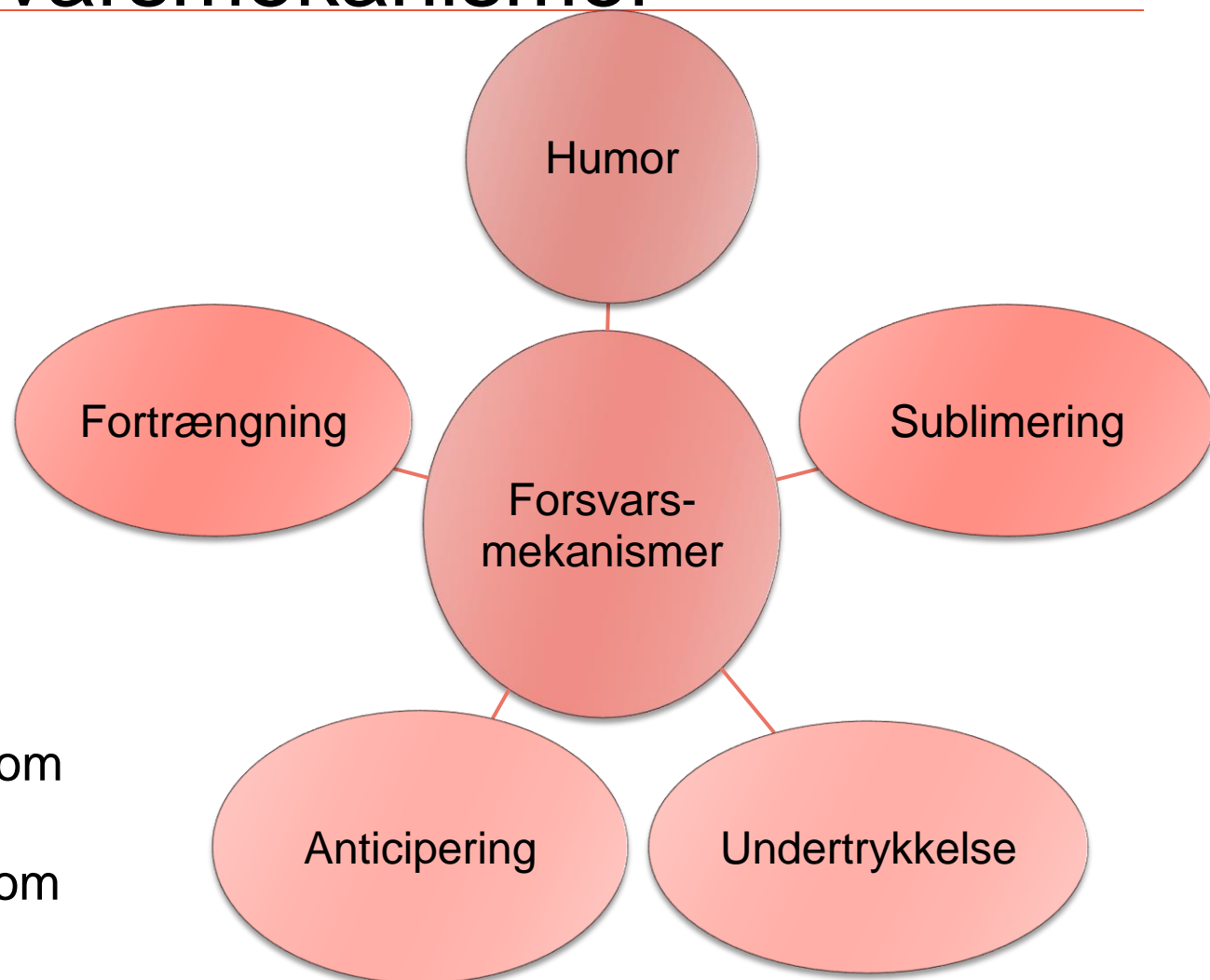


Forstyrrelser af personlighed og adfærd

Emotionel ustabil personlighedsforstyrrelse - borderlinetype F 60.31:

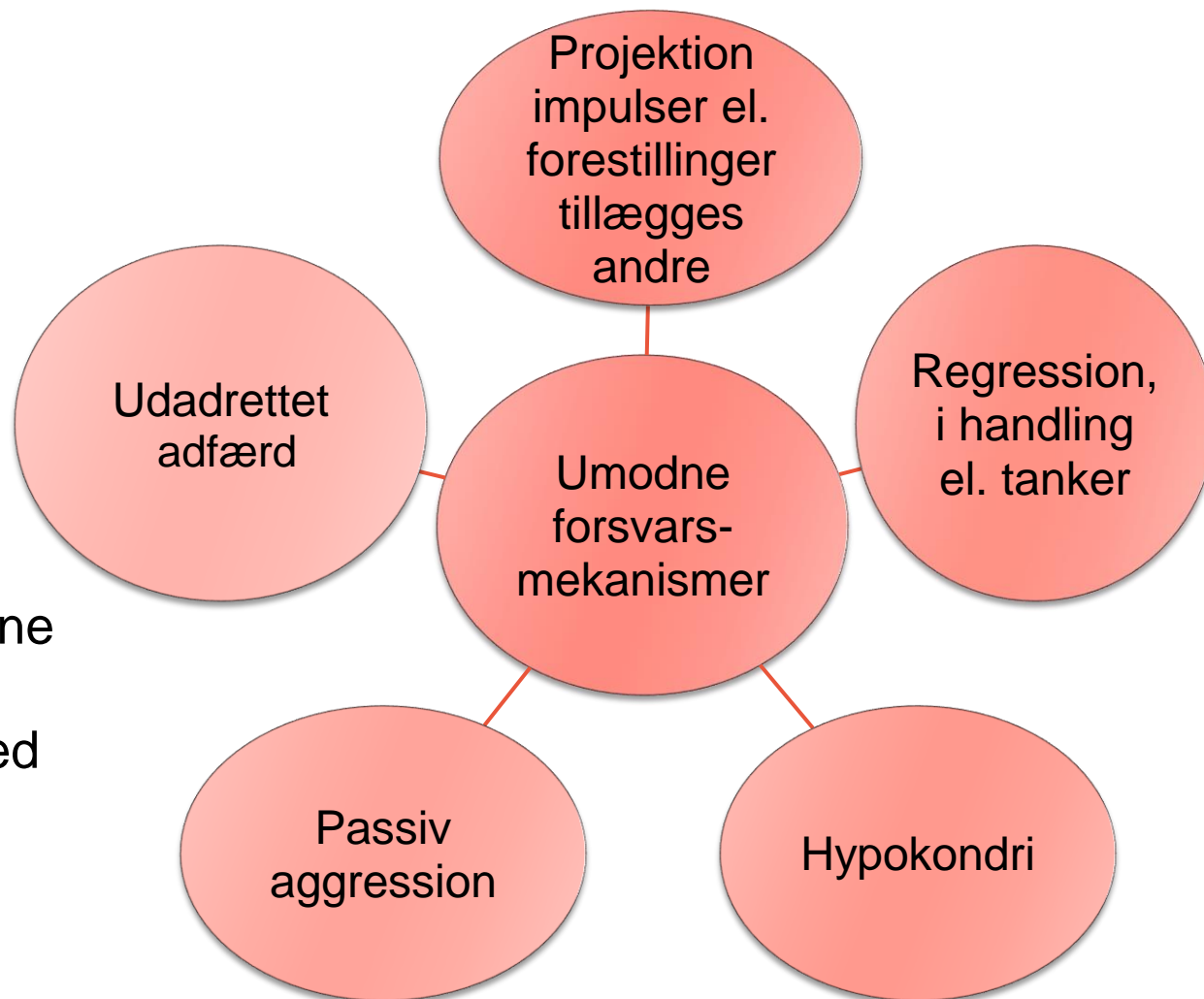
- Forstyrret og usikker identitetsfølelse (jeg –svag)
- Tendens til ustabile relationer til andre
- Tendens til at undgå at blive ladet alene
- Tendens til selvdestruktivitet
- Kronisk tomhedsfølelse

Modne forsvarsmekanismer



Eksempler på modne forsvarsmekanismer, som anvendes hyppigt ved fravær af psykisk sygdom

Umodne forsvarsmekanismer



Eksempler på umodne mekanismer, som anvendes hyppigt ved psykisk sygdom

Umodne forsvarsmekanismer

- Splitting: adskille positive og negative følelser og sider ved en selv eller andre, fordi man ikke kan klare ambivalensen
- Primitiv idealisering
- Omnipotens / devaluering
- Projektiv identifikation: at tillægge andre ens negative, uacceptable, følelser, ideer og tanker. Opfatter egne reaktioner som rimelige i f.t. andres adfærd

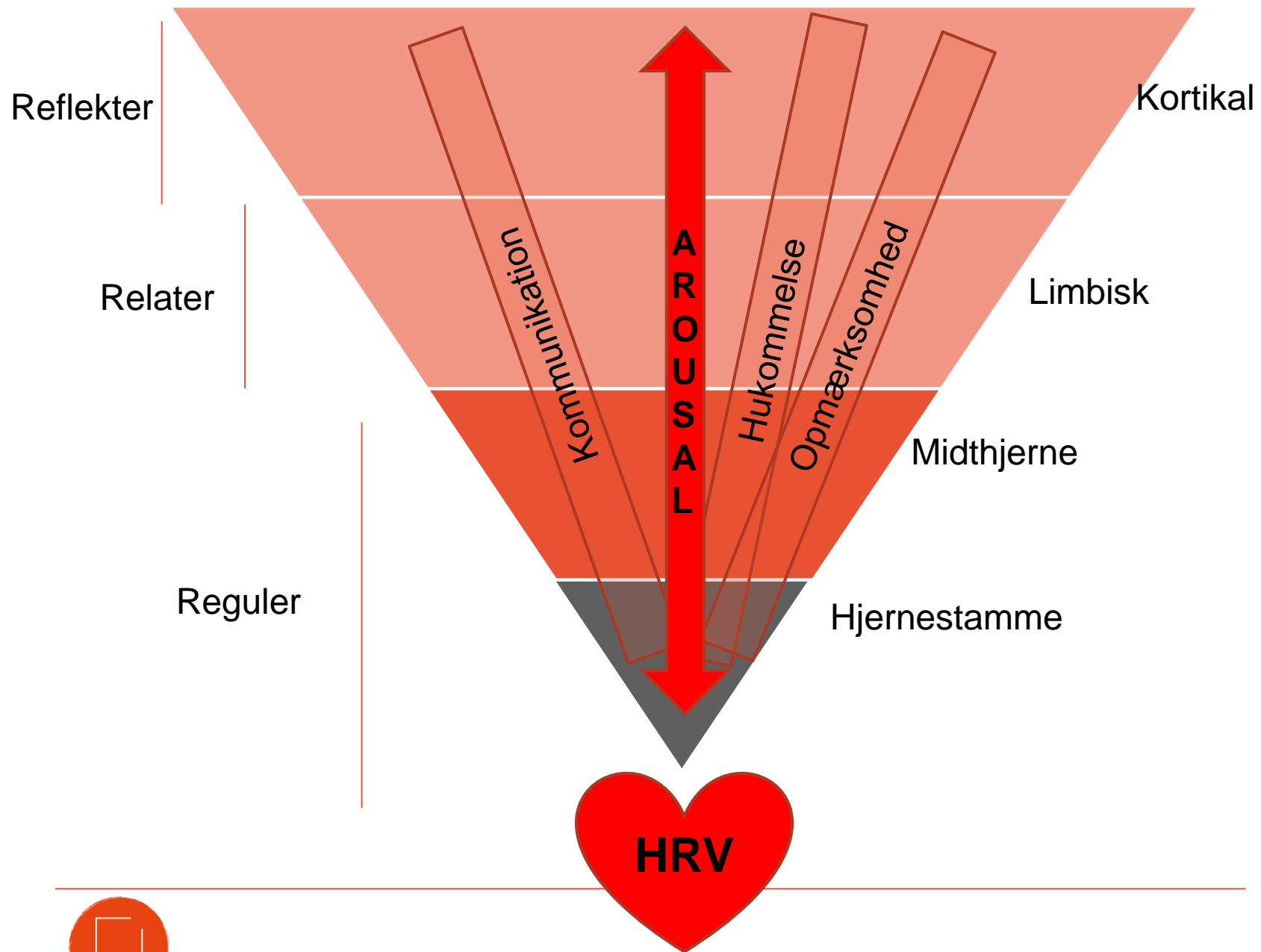
Nedsat psykisk funktionsevne og borderline lignende problematikker

Vær opmærksom på:

- Eksekutive vanskeligheder, herunder:
 - Kolde kognitioner, der omhandler ikke affektiv tænkning
 - Varme kognitioner, der omhandler affektpræget tænkning
- Mentalt udviklingsniveau, herunder udvikling af:
 - Eksekutive funktioner
 - Mentalisering
 - Central koherens

Tilgange i praksis

- Arousaltilpasset pædagogik
- Miljøterapi
- Low expressed emotion
- Salutogenese
- Gentle teaching



Tilstandsregulering på forskellige niveauer

Arousal-regulering

Borger/Navn Observationer:	Grøn Tryk/rolig – tegn og adfærd, hvad vi ser her?	Gul Arvågen/vagtsom – tegn og adfærd, hvad vi ser her?	Rød Alarmberedskab – tegn og adfærd, hvad vi ser her?
Hvad ser, observerer og oplever vi her?			
Hvilken pædagogik/tiltag ved vi, der understøtter borger til nedregulering af arousal (det ved vi virker beroligende)			
Hvilken tiltag virker optrappende/opregulerende på borgers arousal? (hvad skal vi absolut ikke gøre?)			
Hvordan er min egen stemning/arousal? Hvordan kan det ses udefra? Mærkes indefra?			
Hvad er hjælpsomt for mig ift. nedregulering? Hvad har jeg brug for at gøre selv? Hvad kan mine kolleger/leder gøre?			

Miljøterapi

- Formålet er at kompensere for det umodne jeks manglende funktioner ved at omgivelserne varetager dem
- Miljøet skal være trygheds- og udviklingsskabende fx gennem struktur, faste aftaler, tydelighed og stabilitet
- Relationen til pædagogen skal være rummelig, dvs. som en container, der opbevarer, modtager og ”afgifter” projektioner
- Relationen er udgangspunkt for udvikling af jeg-styrke, realitetsopfattelse og impuls kontrol
- Jeg – støttende samtaler

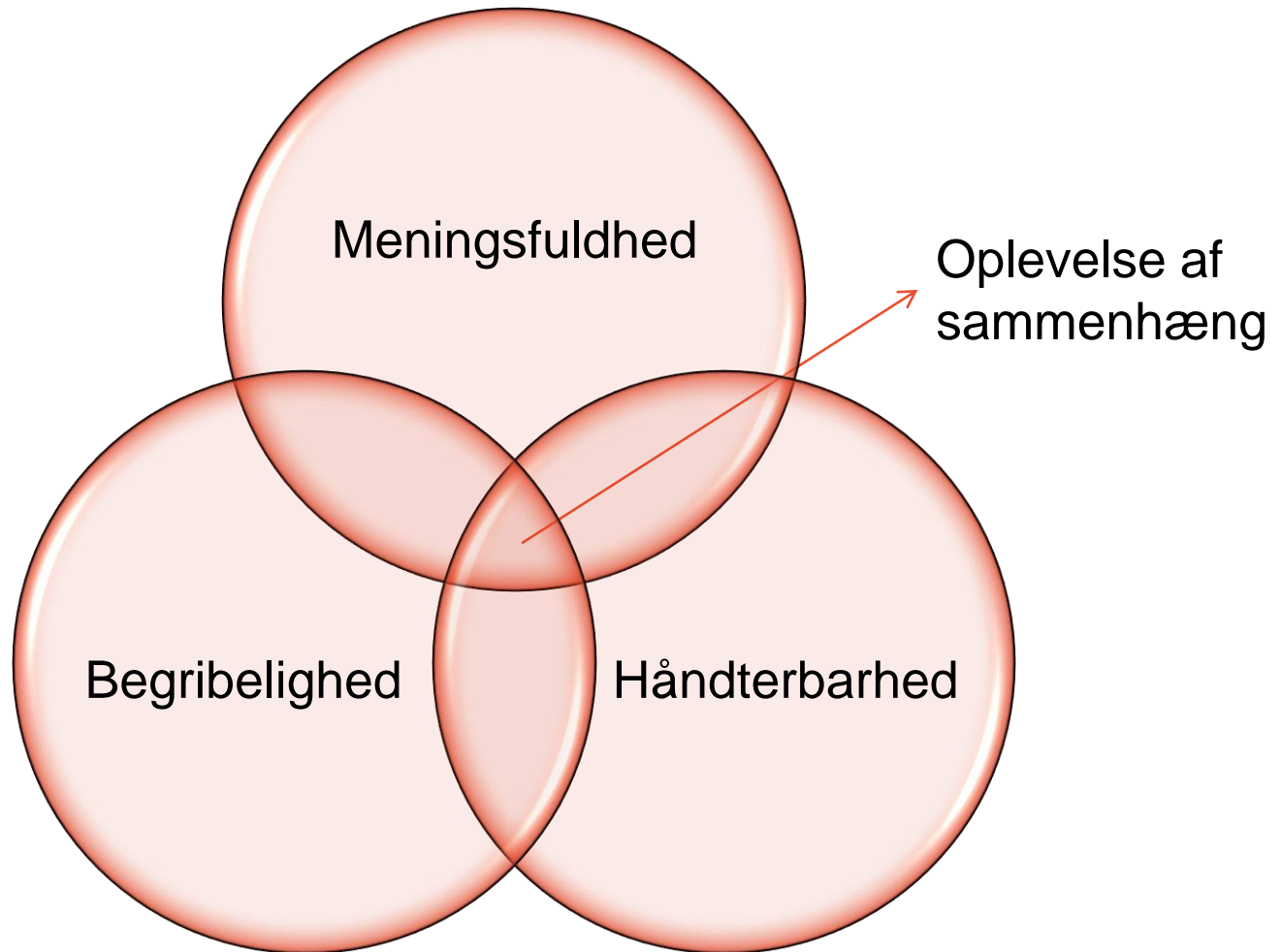
Miljøterapi

- Pædagogen er projektionsskærm for den mangel på tillid, der tidligt i livet har dannet borgerens forestilling om ”voksne”
- Borgeren kan søge, at genskabe sit tidlige livs samarbejdsmodel ved at provokere, manipulere, lyve, flygte, spille pædagogerne ud mod hinanden
- Parallelle virkelighedsopfattelser: anerkend at borgeren ser på pædagogerne i overensstemmelse med tidligere erfaringer
- Tag ansvar, når borgeren ikke lykkes i relationen eller med sine projekter

Low expressed emotion tilgang

- Accepterer, at de psykotiske forestillinger er virkelige for borgeren.
- Respekt for borgerens behov for at være alene.
- Accept af lav funktionsevne
- Tålmodighed (bedring kan vare år)
- Accept af behov for støtte og omsorg.
- Fleksibel holdning
- Engagement uden overinvolvering
- God evne til at lytte
- God problemløser

Salutogenese



Gentle teaching

- En psykologisk baseret relationel tilgang
- Den insisterer på, at den professionelle omsorgsperson skal reflektere over sin egen evne til at udvise nænsomhed, varme og være kærlig uden betingelser

Referencer

- Ekness, Jarle (2001): *Utviklingshemming og psykisk helse*. Oslo: Universitetsforlaget
- Ekness, Jarle (2004): *Tvangslidelse - forståelse, diagnostisering og behandling*. Universitetsforlaget.no
- Bertelsen, A, og Jørgensen, P.M (2002): *De psykiatriske diagnoser*. Psykiatrifondens Forlag
- Cullberg, J. (2001): *Dynamisk psykiatri*. Psykologisk bogklub
- Hansen, Stefan (2002): *Fra neuron til neurose*. Kbh.: Gads Forlag
- Center for ligebehandling af handicappede (2008): Notat om behandling af udviklingshæmmede med psykiske lidelser

Referencer

- Jansen, Helga m.fl. (1994): *Udviklingshæmmede med psykiske lidelser*. Dansk psykiatrisk selskab og landsforeningen LEV
- Perlt, Birger (1999): *Udviklingshæmmede med sindslidelser – En tværfaglig udfordring*. Socialt Udviklingscenter SUS
- Rygaard, N. P. (2000): *Børn med tilknytningsforstyrrelser*. Forfatterforlaget
- Torgersen, Svann (2000): *Personlighet og personlighetsforstyrrelser*. Oslo: Gyldendals Akademisk
- Ørnfjæld, Gudrun & Ørum, Eva (1995): *Miljøterapi*. Agripa nr. 16
- Noter i psykiatri, www.manan.dk
- VIPU viden, www.oligo.dk