

Psykatri og udviklingshæmning

af

Kurt Sørensen ©1999-2014

[Indledning](#)

[Den psykiatriske diagnose](#)

[Hyppighed](#)

[Den psykiatriske undersøgelse](#)

[De enkelte diagnosegrupper](#)

[Organiske psykiske lidelser, dvs. lidelser eller tilstande, der skyldes beskadigelse eller sygdom, der påvirker hjernens funktion](#)

[Misbrugsbetingede psykiske lidelser eller tilstande](#)

[Skizofreni, skizotypisk sindslidelse, paranoide sindslidelser, akutte og forbigående psykotiske tilstande samt skizo-affektive sindslidelser](#)

[Affektive sindslidelser \(mani-depression\)](#)

[Nervøse og stress-relaterede tilstande eller lidelser](#)

[Adfærdsændringer forbundet med fysiologiske forstyrrelser og fysiske faktorer \(spise- og søvnforstyrrelser, seksuelle forstyrrelser\)](#)

[Forstyrrelser og forandringer af personlighedsstruktur og adfærd](#)

[Mental retardering](#)

[Mental retardering af lettere grad \(debilitet, retardatio mentalis levis, debilitas mentis\)](#)

[Mental retardering af middelsvær grad \(imbecilitet i lettere grad, retardatio mentalis moderata, imbecilitas levis\)](#)

[Mental retardering af sværere grad \(imbecilitet i sværere grad, retardatio mentalis gravis, imbecilitas gravis\)](#)

[Mental retardering af sværeste grad \(retardatio mentalis profunda, idiotia\)](#)

[Psykiske udviklingsforstyrrelser \(herunder autisme\)](#)

[Adfærds- og følelsesmæssige forstyrrelser opstået i barndom eller opvækst](#)

[Psykiatrisk behandling](#)

[Psykoterapi](#)

[Sociopsykiatri](#)

[Kemisk/fysiske behandlingsmetoder](#)

[Psykofarmaka](#)

[Neuroleptika \(psykosemidler\)](#)

[Antidepressiva \(depressionsmidler\)](#)

[Anxiolytika \(angstdæmpende lægemidler\)](#)

[Hypnotika \(sovemidler\)](#)

[Psykostimulantia \(centralstimulerende midler\)](#)

[Litium](#)

[Demensmidler](#)

[Andre lægemidler](#)

[Generelt om psykofarmakologisk behandling](#)

[ECT-behandling](#)

[Andre behandlingsformer](#)

[Psykiatriens organisation](#)

[Afslutning](#)

Indledning

Psykatri er det lægelige speciale, der beskæftiger sig med de sjælelige abnormiteter. Som hørende til psykiatriens område, vil man opfatte sygdomme og tilstande, der domineres af psykiske symptomer, eller for hvis opståen sjælelige faktorer er af væsentlig betydning (Strömngren). Denne definition rejser straks spørgsmålet om, hvad der er abnormt og hvad der er normalt.

Hvis man uden instrumenter skal foretage en tilnærmelsesvis undersøgelse af højre øjes synsfelt, stiller man sig foran patienten og ser med sit venstre øje direkte på hans pupil. Fra siderne og fra oven og ned fører man en blyant ind foran patientens og ens eget øje, og han siger til, når han kan se blyanten. Ser han den samtidig med undersøgeren, går man ud fra, at synsfeltet er normalt. Men det forudsætter selvfølgelig, at undersøgerens eget synsfelt er normalt. Vi er måske tilbøjelige til at anvende samme metode, når vi vurderer andre menneskers psykiske tilstand. Det, der ikke ligner det, vi kender fra os selv, må være abnormt. Selv om grænserne mellem det normale og det sygelige kan være uskarpe, forsøger man alligevel i psykiatrien at arbejde medforholdsvis veldefinerede psykiske fænomener.

Den psykiatriske diagnose

1. januar 1994 indførtes et nyt diagnosesystem i psykiatrien. Tidligere blev psykiatriske diagnoser i vidt omfang stillede på baggrund af psykiaterens intuition, erfaring og lokale traditioner. Det betød dels, at den samme patient, i hvert fald i atypiske tilfælde, kunne iagnosticeres forskelligt af forskellige psykiatere, dels at den videnskabelige kommunikation blev besværliggjort. Når f. eks. en amerikansk psykiater talte om skizofreni, kunne han derved forstå noget helt andet end en dansk.

Mens man tidligere opererede med en inddeling af de psykiske sygdomme efter formodede årsagsforhold, bruger man i dag et diagnosesystem, hvor diagnoserne alene er defineret ud fra symptomer og forløb. Dette er sket i erkendelse af, at dettrods megen forskning alligevel kun er forholdsvis få psykiske sygdomme, som vi kender årsagerne til. Det nye system udgør en del af et samlet diagnosesystem (*International Classification of Diseases*) for alle sygdomme, som er udarbejdet af verdenssundhedsorganisationen WHO. Det er den 10. udgave af diagnosesystemet, som derfor kaldes ICD-10. Koden for hver sygdom består af et bogstav, der for psykiske sygdomme er F, og et tal. De diagnostiske hovedgrupper fremgår af tabellen:

De diagnostiske hovedgrupper af psykiske sygdomme i ICD-10.

[F00-09 Organiske psykiske lidelser, dvs. lidelser eller tilstande, der skyldes beskadigelse eller sygdom, der påvirker hjernens funktion.](#)

[F10-19 Misbrugsbetingede psykiske lidelser eller tilstande.](#)

[F20-29 Skizofreni, skizotypisk sindslidelse, paranoide sindslidelser, akutte og forbigående psykotiske tilstande samt skizo-afektive sindslidelser.](#)

[F30-39 Affektive sindslidelser \(mani-depression\).](#)

[F40-49 Nervøse og stress-relaterede tilstande eller lidelser.](#)

[F50-59 Adfærdsændringer forbundet med fysiologiske forstyrrelser og fysiske faktorer \(spise- og søvnforstyrrelser, seksuelle forstyrrelser\).](#)

[F60-69 Forstyrrelser og forandringer af personlighedsstruktur og adfærd.](#)

[F70-79 Mental retardering.](#)

[F80-89 Psykiske udviklingsforstyrrelser \(herunder autisme\).](#)

[F90-98 Adfærds- og følelsesmæssige forstyrrelser opstået i barndom eller opvækst.](#)

Som det fremgår er diagnoserne inddelt i 10 hovedgrupper, hvoraf de tre sidste omfatter lidelser og tilstande, der sædvanligvis opstår i barndommen eller den tidlige ungdom. De første syv hovedgrupper er opstillet efter den betydning, de psykiske lidelser og deres symptomer har i forhold til hinanden. Symptomer, der er karakteristiske for én lidelse, kan også forekomme ved andre. Angst er f. eks. karakteristisk ved visse nervøse og stress-relaterede lidelser, men kan også forekomme ved organiske lidelser, skizofreni og depression, og behandlingen vil være vidt forskellig. Før man stiller en diagnose i F4 gruppen må man derfor udelukke F0-F3.

Fordelen ved ICD-10 er, at de psykiatriske diagnoser bliver entydige. Systemet har været gennemprøvet i mange lande, og det har vist sig, at psykiaterne når frem til samme diagnose hos langt de fleste normaltbegavede patienter. I forhold til udviklingshæmmede er erfaringerne imidlertid ganske sparsomme. Det kan på den baggrund synes voveligt at give en fremstilling af psykiatriske lidelser hos udviklingshæmmede. Når forsøget alligevel gøres, er det fordi et ændret diagnosesystem naturligvis ikke betyder, at de lidelserne har ændret karakter og at tidligere erfaringer er værdiløse.

Hyppeghed

Ingen ved, hvor mange psykisk syge der er i Danmark. Hvert år kommer ca. 100.000 danskere i kontakt med det psykiatriske behandlingssystem, svarende til 2 procent af befolkningen, men mange behandles hos egen læge, hos psykolog eller får slet ikke nogen behandling. Der er heller ikke nogen der ved, hvor mange udviklingshæmmede der findes. Ved nedlæggelsen af Statens Åndssvageforsorg i 1980 var ca. 5.000 børn og 15.000 voksne under forsorg, svarende til 0,4 procent af befolkningen. Antallet af udviklingshæmmede er formentlig betydeligt større, idet mange, specielt blandt de bedst fungerende, ikke registreredes. I en dansk befolkningsundersøgelse fra 1950'erne vurderedes det, at 1,3 procent var "åndssvage";

Der er gennemført et stort antal undersøgelser, der kan belyse hyppigheden af psykiske lidelser blandt udviklingshæmmede. På grund af uklare diagnostiske kriterier og forskelligheden af de grupper af udviklingshæmmede, der er undersøgt, er resultaterne vanskelige at sammenligne. Således angives det, at mellem 14 og 59 procent har en psykiatrisk lidelse. Lund (u.å.) undersøgte med anvendelse af anerkendte diagnostiske kriterier en gruppe udviklingshæmmede, der var repræsentativ for dem, der i 1980 var under den nu nedlagte forsorg, og fandt at ca. 30 procent havde en psykisk sygdom eller adfærdsforstyrrelse. I en sammelignelig svensk undersøgelse (Göstason 1985) var det tilsvarende tal 34 procent. Blandt udviklingshæmmede med en IQ under ca. 50 forekom psykiske lidelser dobbelt så hyppigt som hos de debile (IQ over 52). Blandt beboere i døgninstitutioner havde mere end halvdelen en psykiatrisk sygdom eller forstyrrelse. Svarende hertil har Oligofreniklinikken i Risskov, der yder psykiatrisk betjening af døgninstitutioner i Århus Amt med ca. 900 beboere, til stadighed ca. 400 patienter i behandling.

Et kvalificeret gæt vil derfor være, at mellem 5.000 og 10.000 udviklingshæmmede danskere har en psykiatrisk lidelse. For en mere detaljeret diskussion henvises til Jansen et al. (1994).

Den psykiatriske undersøgelse

Hovedelementet i den traditionelle psykiatriske undersøgelse består i samtaler med patienten. Udover at få patientens egen beskrivelse af de symptomer, der har ført til henvisningen, vil psykiateren forsøge at få et indblik i hans tankeverden. Hos de intellektuelt bedst fungerende udviklingshæmmede adskiller undersøgelsesmetoden sig ikke fra den, der benyttes ved andre. Nok har mange udviklingshæmmede svært ved at fortælle om abstrakte ting som følelser og lign., men med tålmodighed og indlevelsessevne kan man i mange tilfælde få værdifulde oplysninger.

Man må imidlertid ofte indhente supplerende oplysninger fra pårørende, institutionspersonale, lærere og andre. Hos udviklingshæmmede, der kun har et ringe udviklet eller slet intet talesprog, er man helt afhængig af de oplysninger man kan få fra andre. Det kan derfor være praktisk, at den person, der evt. ledsager den udviklingshæmmede til undersøgelsen, kender noget til de forhold, der vil interessere psykiateren. Nogle af disse er angivet i skematisk her:

Spørgsmål, der ofte indgår i den psykiatriske undersøgelse af udviklingshæmmede

Familiær disposition: Sindslidelser i slægten, andre udviklingshæmmede, epilepsi, selvmord, misbrugere? Er forældrene beslægtet?

Social anamnese: Forældrenes stilling, nr. blandt søskende, barndomshjemmet, skolegang, evt. institutionsophold, beskæftigelse og livsløb, økonomiske forhold, familieforhold og netværk?

Barndom: Psykomotorisk udvikling, forhold til søskende og kammerater, stammen og andre talelidelser, vådliggeri, mareridt?

Legemligt helbred: Hovedtraumer, meningitis, hjernebetændelse, stofskiftesygdomme, krampeanfald, menstruation, legemlige sygdomme?

Psykisk habitualtilstand: Intelligens, sprog, selvhjulpethed, daglige færdigheder, grundstemning (glad/trist), karaktertræk, vaner, interesser, seksualitet? Opfattelse af sig selv som udviklingshæmmede?

Psykiske traumer: Flytning, sygdom, dødsfald, brudt parforhold o. lign.? Personaleændringer?

Tidligere psykiske lidelser: Symptomer, behandling, tidspunkt, varighed?

Aktuelle lidelse: Symptomer, behandling, tidspunkt, varighed?

Oversigten, der på ingen måde er udtømmende, kan hos de meget dårligt fungerende evt. suppleres med et standardiseret spørgeskema som DASH-II (*Diagnostic Assessment of the Severely Handicapped*). På baggrund af patientens egne oplysninger og de informationer pårørende og personale kan give, vil psykiateren ofte kunne stille en diagnose, der kan danne grundlag for evt. behandling. Af og til kan supplerende undersøgelser som eeg, CT eller MR scanning være nødvendige.

Det må dog erkendes, at psykiatriske diagnoser, specielt hos udviklingshæmmede med lidt eller intet talesprog, kan være behæftede med betydelig usikkerhed. Af og til kan resultatet af behandlingsforsøg være vejledende.

De enkelte diagnosegrupper

I det følgende gennemgås de enkelte diagnosegrupper med specielt henblik på forholdene hos udviklingshæmmede.

Organiske psykiske lidelser, dvs. lidelser eller tilstande, der skyldes beskadigelse eller sygdom, der påvirker hjernens funktion.

Organiske psykiske lidelser er tilstande, som skyldes beskadigelse af hjernen eller sygdomme, som påvirker hjernens funktion. Udviklingshæmmede har, i hvert fald i de udtalte tilfælde, ofte hjerneskadener, men da der er tale om en medfødte eller tidligt erhvervet tilstand, henføres selve udviklingshæmningen til den diagnostiske hovedgruppe F7 (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. Således optræder demens, som er en tilstand præget af tiltagende svækkelse af åndsevnerne, især hukommelse og indprentning, oftere og tidligere hos udviklingshæmmede end blandt normalt begavede 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. Hallucinationer er almindelige. Konfusionstilstanden kan optræde ret pludseligt, og forløbet vil ofte være svingende, veklende mellem perioder med uklarhed og lyse øjeblikke. Der indtræder i reglen bedring i løbet af dage til uger, hvis den udløsende årsag kan fjernes.

Anders er 62-årig storrygende let udviklingshæmmedet bofællesskabsbeboer, som altid har været hidsig af temperament. Under hospitalsindlæggelse p.g.a. bronkitis og forhøjet blodtryk bliver han konfus, forlader stuen og findes i forhallen, hvor han ikke kan gøre rede for, hvem han er, eller hvor han kommer fra. Han får fast vagt bestående velkendt af personale fra bofællesskabet og er efter få dage igen klar.

I øvrigt kan udtalte hjerneskadener fremkalde alle mulige psykiatriske symptomer, der til forveksling kan ligne andre psykiske lidelser. Det kan f. eks. dreje sig om sygdomme prægede af hallucinationer, vrangforestillinger, mani, depression eller angst. Hos normalt begavede kan hjerneskadener medføre personligheds- eller adfærdsforstyrrelser. Læsioner i hjernens pandelapper kan således gøre en tidligere normal person fjoget opstemt og ukritisk over for egne indfald, mens skader i det såkaldte limbiske system kan gøre fredsommelige mennesker svært aggressive. Mere diffuse skader, som det bl. a. kan ses ved demens, kan medføre irritabilitet, depression eller apati.

At udelukke sådanne tilstande hos udviklingshæmmede med hjerneskadener kan være vanskeligt eller umuligt. Er de psykiske symptomer nyttilkomne og en eventuel hjerneskade af gammel dato, taler det mod, men udelukker ikke, en organisk lidelse. De oplysninger pårørende og institutionspersonale kan give om den sædvanlige psykiske tilstand kan her i særlig grad være afgørende for diagnosen.

Olav er en 32-årig imbecil mand hvis talesprog højst omfatter 10-20 ord, deriblandt "Kæft". Gennem en årrække har han jævnligt holdt sig for ørerne samtidig med at han råber "Kæft". Der er ikke tegn på andre psykiatriske forstyrrelser og på på mistanke om, at han kan være hørehallucineret på grund af en omfattende hjerneskade indledes medicinsk behandling. I løbet af få uger ophører den beskrevne adfærd og det pædagogiske personale bemærker, at Olav virker mere nærværende og at han kan magte flere af dagligdagens gøremål.

Misbrugsbetingede psykiske lidelser eller tilstande

Denne diagnostiske gruppe omfatter forskellige psykiske abnormtilstande, der kan opstå i tilslutning til misbrug af medicin, narkotika og alkohol. Der er kun yderst få misbrugere blandt udviklingshæmmede, i hvert fald når man kun betragter institutionsboeere. Blandt de ca. 900, der bor i amtskommunale boformer i Århus Amt, har kun 2 et problematisk forhold til alkohol eller stoffer. De misbrugsbetingede psykiske lidelser skal derfor ikke omtales nærmere her.

Skizofreni, skizotypisk sindslidelse, paranoide sindslidelser, akutte og forbigående psykotiske tilstande samt skizo-afektive sindslidelser

Skizofreni var for få generationer siden bedre kendt som ungdomssløvsind. Før den psykofarmakologiske æra begyndte i 1950'erne sås hos mange skizofrene et tilsyneladende intellektuelt forfald, der gjorde, at "udbrændte" patienter ikke var til at skelne fra svært udviklingshæmmede. En del udbrændte skizofrene overflyttedes til den daværende åndssvageforsorg, og enkelte lever endnu.

Bortset fra den skizotypiske sindslidelse, som er en personlighedsforstyrrelse, der viser sig ved excentrisk adfærd og ejendommeligheder i tankegang og følelsesliv, er der i denne diagnosegruppe tale om egentlige sindssygdomme, psykoser, der påvirker patienternes forhold til virkeligheden.

Skizofreni er næppe en enkelt sygdom, men en række sygdomme med beslægtede symptomer, og man taler derfor om det skizofrene syndrom. I tidligere diagnostiske systemer kaldtes skizofreni en endogen sindssygdom, hvorved man hentydede til, at det var en sygdom, som "kom indefra", og for hvis udvikling arvelige faktorer spillede en væsentlig rolle.

Efter ICD-10 foreligger en skizofren sindslidelse, hvis der gennem en måned eller mere har foreligget skizofrene *første-rangs-symptomer* eller bizarre vrangforestillinger eller mindst 2 af 4 *anden-rangs-symptomer*; . Samtidig skal man kunne udelukke, at symptomerne er udtryk for en organisk eller stofbetinget sindslidelse eller en manisk/depressiv sygdom.

De skizofrene første-rangs-symptomer kan være hørehallucinationer, hvor patienterne hører stemmer, der f. eks. kommenterer deres adfærd, eller hvor de hører deres egne tanker udtalt højt inde i hovedet. Andre kan opleve at blive påført handlinger eller følelser udefra eller oplever tankepåvirkning, evt. i form af tanketyveri. Andre oplever legemlige påvirkningsfølelser i form af stråler o. lign.

Jens er 26-årig lettere udviklingshæmmet mand, der begynder at kaste med sten efter forbikørende biler, der angiveligt sender onde tanker efter ham. På et tidspunkt begynder han at modtage fjernsynssignaler fra en nærliggende sendemast i hovedet.

Bizarre vrangforestillinger er forestillinger om forhold, som er usandsynlige eller urealistiske, og som ikke kan opleves af andre, men som er virkelighed for patienten.

Bente er en midaldrende lettere udviklingshæmmet kvinde, der bor i egen lejlighed. På et tidspunkt begynder hun at føle sig generet af, at de andre beboere glør efter hende, hvad man ikke kan afvise, specielt da hun efterhånden klæder sig besynderligt med flere lag tøj, ligesom hun bliver efterladende med personlig hygiejne. Psykosen bliver åbenbar, da Bente fortæller om overboens seksuelle anslag mod hende. Hver nat borer han hul i loftet direkte over hendes seng og hælder smeltet bly gennem det ned på hendes kønsdele. Den omstændighed, at der ikke er spor at se i loftet, forklarer hun med, at han er en dygtig håndværker, der formår at skjule sine spor.

Det er som nævnt tilstrækkeligt, at kun ét af første-rangs-symptomerne er til stede gennem mindst en måned, men skizofrenidiagnosen kan også stilles, hvis mindst to af de følgende fire grupper af symptomer (her gengivet fra Bertelsen & Munk-Jørgensen 1998) optræder samtidigt:

1. Vedvarende hallucinationer af enhver art, ledsaget af vrangforestillinger uden depressivt eller manisk indhold.
2. 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".
3. 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.
4. Negative symptomer, der er udtryk for nedsættelse eller svigten af normale funktioner. Negative symptomer 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.

Blandt udviklingshæmmede vil man hyppigt støde på nogle af disse anden-rangs-symptomer, men den psykiatriske betydning vil oftest være uklar. F. eks. er den lighed, som nogle udviklingshæmmedes bevægelsesmønstre kan have med de katatone symptomer, oftest kun tilsyneladende og man vil i stedet som regel tale om en adfærdsforstyrrelse i form af stereotypier. En rimeligt sikker skizofrenidiagnose kræver adfærden kan sættes i relation til den tankegang, der præger patienten. Dette forudsætter en sprogdudvikling 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 været omdiskuteret. Da den infantile autisme, som 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 vi i dag er forkert, men der er holdepunkter for, at hyppigheden af skizofrene sindslidelser er noget højere blandt udviklingshæmmede end i den øvrige befolkning (Reid 1982).

De øvrige lidelser i diagnosegruppen omfatter forskellige paranoide tilstande, der er prægede af vrangforestillinger, som ikke er så bizarre som de skizofrene. Det kan bl. a. dreje sig om selvhenførende forestillinger, hvor man f. eks. kan føle, at bemærkninger i

TV-avisen er møntede på én, jalousiforestillinger, hvor alt tolkes som bevis for partnerens utroskab og forfølgelsesforestillinger, der af og til kan vise sig som frygt for at blive forgiftet. Forskellige forbigående psykotiske tilstande henføres også til gruppen. Talmæssigt spiller disse øvrige diagnoser ikke nogen større rolle blandt udviklingshæmmede.

Affektive sindslidelser (mani-depression)

Betegnelsen affektive sindslidelser omfatter bl. a. den sygdom, som tidligere kaldtes manio-depressiv psykose, og som henregnedes til de endogene sindssygdomme. Imidlertid havde en del manio-depressive patienter udelukkende eller ovevejende enten manier eller depressioner. Den mere neutrale betegnelse affektiv sindlidelse, hentyder til, at der er tale om tilstande med ændret stemningsleje (affekt).

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

Ved det depressive syndrom er stemningslejet forsænket i varierende grad fra tristhed til sort fortvivelse. Den deprimerede har svært ved at føle glæde ved noget som helst. Sædvanlige lyster og interesser forsvinder som regel også. Til det forsænkede stemningsleje hører også nedsat energi- og aktivitetsniveau, og nogle kan give udtryk for, at alt forekommer uoverkommeligt. Hertil kommer andre depressionssymptomer som 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. Vejen fra sådanne tanker til dødsønsker og alvorligt mente selvmordsforsøg kan være kort. Svær skyldfølelse er almindelig, i udtalte tilfælde således at der næsten ikke er den ulykke på jorden, som den deprimerede ikke er skyld i. Andre kan have såkaldte hypokondre vrangforestillinger med besynderlige legemlige symptomer.

Lise, en ung kvinde med Down syndrom og med familiær disposition til mani og depression, bliver sløv, trist og initiativløs. Hun forklarer grædende, at hendes hoved er ved at falde af kroppen. I forvejen er et stykke af ryggen faldet af. Det kan hun selvfølgelig ikke selv se. Hun har jo ikke øjne i nakken, siger hun, men hun mærker det tydeligt.

Den deprimerede kan have svært ved at følge med samtaler, fjernsynsudsendelser o. lign fordi koncentrationsevnen svækkes. Tankegang og bevægelser kan være langsomme eller patienten kan gå helt i stå og blot ligge eller sidde stirrende tomt ud frem for sig. Man kan omvendt også se rastløs uro, hvor patienten jamrende vandrer hændervridende omkring. Man taler da om en agiteret depression. Specielt sløvheden kan af og til mistolkes som et tegn på demens.

Hanne er en 54-årig moderat udviklingshæmmet kvinde, der i det daglige virker veltilpas og glad. I afdelingen hjælper hun med borddækning og lignende opgaver. Hun er glad for at komme i dagcenter, hvor hun bl. a. laver tegninger forestillende katte og huse med flag og blomster. I løbet af få dage ændres den psykiske tilstand radikalt. Hun bliver mut, tillukket og inaktiv. Hun er tidvis grædende og jamrende og de færdigheder, hun tidligere har haft, går tilsyneladende tabt samtidig med at hun bliver urenlig. Hendes tegninger bliver usystematiske kradserier. Der er hyppig opvågning om natten, hvor hun står op og rumsterer ligesom hun om morgenen vågner tidligere end vanligt. På forespørgsel erklærer hun, at hun har det godt, men hun kan ikke give andre oplysninger til belysning af sygehistorien.

Det pædagogiske personale oplyser, at Hanne tidligere har haft lignende episoder af måneders varighed. Det kommer tydeligere frem, at moderen har haft langvarige hospitalsindlæggelser for manio-depressiv psykose. På denne

baggrund finder man det mest sandsynligt, at Hanne har en affektiv sindslidelse og der indledes medikamentel antidepressiv behandling, der senere suppleres med ECT-behandlinger. Efter kort tid er hun i sin sædvanlige tilstand.

Dorthe er en 42-årig kvinde med Down syndrom, som tidligere har været overordentlig velfungerende og selvhjulpent. En bror har haft talrige psykiatriske indlæggelser. Faderen er på plejehjem p.g.a. demens. På aktivitetcentret har hun deltaget i korsang, amatørteater og bladarbejde. I det lille bysamfund er Dorthe kendt som en udadvendt lille solstråle. Et år før henvisningen bliver hun trist og stillestående. Hun sover kun lidt, siger ikke meget, bliver urenlig og skal mades. Da man ikke magter plejeopgaven i byens bofællesskab, tager den aldrende mor datteren hjem. Ved den psykiatriske undersøgelse konkluderes, at der må være tale om tidligt indsættende demens eller en depression, og det besluttes at lade et behandlingsforløb være afgørende for diagnosen. Efter 5 ugers behandling med antidepressiv medicin er tilstanden nogenlunde uændret, og moderen, der ikke længere kan klare plejen, accepterer overflytning til døgninstitution, hvor behandlingen fortsættes. En uge efter flytningen får Dorthe en mani, behandles og bliver helt rask.

Depressionen ledsages ofte af søvnforstyrrelser i form af indsovningbesvær, afbrudt søvn og tidlig opvågning, men tilbøjelighed til at sove både nat og dag kan også forekomme. Appetiten er som regel nedsat og ved længerevarende depression kan vægttab ses. Enkelte kan dog have øget appetit og tage på i vægt (trøstspisning).

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.

Depressionens modstykke er 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. Der er ofte 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. Søvnbehovet er nedsat og de 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 irriterbarhed, og da manikeren som regel ikke har nogen som helst sygdomserkendelse, kan tilrettevisninger eller modsigelse udløse aggressivitet.

Jørgen er 61 år og let udviklingshæmmet. Siden ungdommen har han haft talrige depressioner og manier, men ved behandling med litium er sværhedsgraden af anfaldene reduceret. Det er væsentligst hans psykiske lidelse, der nødvendiggør ophold på døgninstitution. Opræk til mani viser sig hos ham med stor regelmæssighed ved, at han står tidligt op og ringer til tilfældige telefonnumre, bestiller stort ind fra postordrefirmaer, af og til udgivende sig for, og måske menende, at være forstander.

Egon er udviklingshæmmet i middelsvær grad. Han var i 18 år indlagt som "kronisk" patient på et psykiatrisk hospital p.g.a. hyppige og svære manier og depressioner. I forbindelse med de strukturændringer, der har præget hospitalspsykiatrien det seneste årti med nedlæggelse af mange langtidspladser, overflyttedes han til en døgninstitution for udviklingshæmmede. Han blev genindlagt efter få uger, da han i en manisk fase havde forøvet et livsfarligt overfald på en pædagog, der bad ham skrue lidt ned for radioen. Efter et længere forløb, der bl. a. omfattede oplæring af personalet i psykiatrisk observation og pleje, lykkedes overflytning til en ny institution.

Når såvel manier som depressioner optræder hos samme patient taler man om *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 (Lund u.å., Corbett 1979), men alt andet lige kan det forventes, at det kun er de sværere tilfælde der diagnosticeres.

Nervøse og stress-relaterede tilstande eller lidelser

Denne diagnosegruppe omfatter bl. a. en række tilstande og lidelser, der tidligere sammenfattedes i den brede betegnelse neuroser. Efter traditionel psykoanalytisk opfattelse var neuroser oftest baseret på ubevidste psykiske konflikter, hyppigt fra den tidlige barndom. Disse konflikter mellem personens drifter og behov var patienten uvidende om, eller rettere, han havde fortrængt dem. Denne fortrængningsproces krævede et vist intellektuelt niveau, og nogle mente derfor, at udviklingshæmmede slet ikke kunne blive neurotiske. Det videnskabelige grundlag for den psykoanalytiske opfattelse er svækket meget gennem de senere år, og dette er en af grundene til, at man har valgt at bruge den mere neutrale betegnelse nervøse tilstande.

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 hurtigt åndedræt (hyperventilation), svimmelhed, uro i maven, dødsangst og frygt for at miste selvkontrollen.

Man skelner mellem fobiske angsttilstande, hvor angsten optræder i forbindelse med specielle situationer, og generaliseret angst, der er præget af anspændthed, bekymringstendens, almindelig ængstelighed ledsaget af legemlige anstsymptomer.

Blandt almindeligt kendte fobiske tilstande kan nævnes klaustrofobi (angst for lukkede rum) og araknofobi (angst for edderkopper). Agorafobi (angst for åbne pladser) 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 under alle omstændigheder af betragtelig størrelse.

Obsessiv-kompulsive tilstande er karakteriseret ved tvangsfænomener i form af tvangstanker (obsessioner) eller tvangshandlinger (kompulsioner). Tilstanden svarer i store træk til det, man tidligere kaldte tvangneurose.

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

mange til den tilbagevendende tanke, om man har husket at slukke kaffemaskinen, og nogle skal tilbage til huset flere gange for at kontrollere det. De udfører en tvangshandling, som udspringer af tvangstanken. En mere alvorlig 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 angstfølelser, især hvis man prøver at gå imod tvangssymptomerne, fordi man selv kan se, at de er meningsløse.

Morten er udviklingshæmmet i let grad og bor i bofællesskab. Fra den tidligste barndom har han været samler. Han har svært ved at smide noget væk og har efterhånden flere hundrede T-shirts, snesevis af sko og andet, som de fleste ville kalde ragelse, på sit værelse. Mortens alvorligste problem er imidlertid en voldsom bekymring for, at hans endetarmsåbning ikke er ren nok. Da han henvistes til behandling tilbragte han dagligt timevis på WC, hvor han hver dag brugte 24 ruller toiletpapir. Han kan godt se, at renligheden er overdrevet, og han har gang på gang prøvet at holde sig fra toilettet, men han siger at han simpelt ikke kan lade være.

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.

Til de nervøse lidelser henregnes også de såkaldte *dissociative tilstande*. Tilstanden kaldtes tidligere for hysteri, men dette ord har efterhånden fået en nedsættende klang, og mange vil tænke på ubeherskede og voldsomme følelsesudbrud. De dissociative tilstande, som kun sjældent diagnosticeres blandt udviklingshæmmede, kan bl. a. vise sig ved at der optræder legemlige symptomer uden organisk baggrund. Der kan f. eks. være tale om lammelser, føleforstyrrelser, kramper, døvhed, blindhed eller smerter. Det skal understreges, at symptomerne føles højst reelle for patienten, selv om der ikke er nogen organisk årsag. Der er ikke tale om, at han simulerer.

Endelig omfatter diagnosegruppen såkaldte stress-relaterede lidelser, hvorved man forstår psykiske reaktioner på exceptionelt svære belastninger og almindelige tilpasningsreaktioner på belastninger af usædvanlig eller katastrofeagtig karakter.

Adfærsændringer forbundet med fysiologiske forstyrrelser og fysiske faktorer (spise- og søvnforstyrrelser, seksuelle forstyrrelser)

Diagnosegruppen omfatter en række tilstande, der ikke kan henføres til de andre grupper. Mest kendte er nervøs spisevægring (anoreksi) og nervøse anfald af spisetilbøjelighed (bulimi) med "ædeflip" med efterfølgende fasten, opkastninger og slankekur. Ved begge lidelser, som i deres fuldstændige form er sjældne hos udviklingshæmmede, har patienten en abnorm legemsopfattelse med frygt for fedme.

Derimod er forskellige syndromer, der medfører udviklingshæmning, ledsaget af spiseforstyrrelser. I mest udtalt grad ses dette ved Prader-Willi syndrom, hvor en skrap diæt og låste køleskabe kan være nødvendig. Som nævnt er appetitforstyrrelser også almindelige ved affektive sindslidelser, og de kan ses ved legemlige sygdomme.

Gerda er en 62-årig kvinde, som er udviklingshæmmet i middelsvær grad, og som ikke har noget talesprog. Det meste af sit liv har hun boet på institution. Hun har i perioder virket ængstelig og haft dårlig appetit, men behandling med

små doser beroligende medicin har som regel haft god effekt. Ved det seneste "anfald" virkede medicinen godt på ængstelsen, men Gerda havde fortsat ingen appetit. Da hun samtidig udviklede tegn på forværring af en lidelse i hvirvelsøjlen, tog man røntgenbilleder af ryggen. Billederne viste en sodavandskapsel i spiserøret. Den fjernedes, og Gerda spiste igen.

Forstyrrelser og forandringer af personlighedsstruktur og adfærd

Personlighedsforstyrrelser er udtalte forstyrrelser af personlighedsstrukturen, som ikke er en følge af organisk eller anden psykisk lidelse, som er til stede fra barndommen eller den tidlige ungdom og som består livet igennem. Det drejer sig om forskellige afvigelser i personligheden, specielt på områder som holdning, følelsesliv, impuls kontrol og forholdet til andre. Forstyrrelserne medfører en unuanceret, utilpasset og uhensigtsmæssig adfærd, som ofte skaber vanskeligheder for personen selv eller omgivelserne.

Et eksempel er den *dyssoziale personlighedsstruktur*, som tidligere kendtes under betegnelsen psykopati. Der er her tale om, at den pågældende person er uden evnen til at føle ansvar og skyld eller vise hensyn til andre, og en del bliver kriminelle.

Andre afvigende personlighedstræk kan være overdreven mistroiskhed, overfølsomhed for nederlag og afvisning, stridbarhed, indesluttethed, perfektionisme, manglende selvstændighed og meget mere. Da det er vanskeligt at adskille intelligens fra personlighed, bruges diagnoserne i gruppen kun lidt hos udviklingshæmmede.

Det samme gælder de øvrige diagnoser i gruppen, der omfatter så forskellige tilstande som f. eks. spillelidenskab, internetomani og sadomasochisme.

Mental retardering

Mental retardering er det samme som udviklingshæmning. En anden lægelig betegnelse er oligofreni. I ICD-10 defineres mental retardering som *en tilstand af forsinket eller mangelfuld udvikling af evner og funktionsniveau, som normalt viser sig i løbet af barndommen, og som bidrager til det samlede intelligensniveau, dvs de kognitive, sproglige, motoriske og sociale evner og færdigheder.*

Man skelner almindeligvis mellem

[F70 Mental retardering af lettere grad \(debilitet, retardatio mentalis levis, debilitas mentis\). IQ ca. 50-69.](#)

[F71 Mental retardering af middelsvær grad \(imbecilitet i lettere grad, retardatio mentalis moderata, imbecilitas levis\). IQ ca. 35-49.](#)

[F72 Mental retardering af sværere grad \(imbecilitet i sværere grad, retardatio mentalis gravis, imbecilitas gravis\). IQ ca. 20-34.](#)

[F73 Mental retardering af sværeste grad \(retardatio mentalis profunda, idiotia\). IQ under 20.](#)

I de diagnostiske retningslinier har WHO (1992) beskrevet de forskellige grader af udviklingshæmning. Beskrivelserne gengives her i let bearbejdet oversættelse:

Mental retardering af lettere grad

Selv om den sproglige udvikling oftest er forsinket, erhverver de fleste debile et talesprog, der er tilstrækkeligt til dagligdags formål og til almindelig samtale. De fleste magter selvstændigt daglige aktiviteter som spisning, påklædning og toiletbesøg og forskellige huslige og praktiske opgaver, selv om udviklingen af disse færdigheder foregår langsommere end normalt.

Derimod har den debile vanskeligt ved at klare sædvanlige skolefag som læsning og skrivning. Imidlertid kan mange debile drage fordel af undervisning, der specielt tager hensyn til deres handicap. Mange vil være i stand til at klare ikke-teoretisk krævende ufaglært arbejde. I sociokulturelle sammenhænge, der ikke kræver skolemæssige færdigheder, udgør debilitet i sig selv ikke noget problem. Er debiliteten imidlertid ledsaget af følelsesmæssig og social umodenhed, vil virkningen af handicappet være tydelig, f. eks. i parforhold, ved børneopdragelse og den debile vil have vanskeligt ved at leve op til samfundets kulturelle traditioner og forventninger (til den normale).

I almindelighed ligner den debiles emotionelle, adfærdsmæssige og sociale problemer mere de problemer, der findes i den almindelige befolkning end de problemer, der findes hos mere udviklingshæmmede. En organisk årsag kan påvises i et stigende antal tilfælde, men langt fra hos flertallet.

Mental retardering af middelsvær grad

Personer med imbecilitet i lettere grad udvikler kun langsomt forståelse og brug af sprog og de færdigheder, som de eventuelt erhverver på dette område er begrænsede. Udviklingen af selvhjulpener og motoriske færdigheder er også langsom og hos nogle er der behov for opsyn livet igennem. Tilegnelsen af skolemæssige færdigheder er begrænset, men enkelte kan opnå basale færdigheder i læsning, skrivning og tælling. Særlige undervisningsprogrammer kan give de lettere imbecile personer mulighed for at udvikle deres begrænsede potentiale og for at erhverve enkelte basale færdigheder.

Som voksne er personer med lettere imbecilitet sædvanligvis i stand til at udføre simpelt praktisk arbejde, hvis opgaverne er omhyggeligt strukturerede og udføres under kvalificeret vejledning. En fuldstændig uafhængig tilværelse opnås kun sjældent i voksenlivet. Imidlertid er disse mennesker i almindelighed mobile og fysisk aktive og hos flertallet ses tegn på social udvikling med hensyn til evnen til at etablere kontakter, til at kommunikere med andre og til at indgå i enkle sociale aktiviteter.

Der er hyppigt betydelig variation i de præstationer, der opnås på forskellige områder, således at nogle klarer sig bedre ved praktiske opgaver end ved aktiviteter, der er afhængige af sproglige færdigheder, mens andre er udtalt kluntede men nyder socialt samvær. Den sproglige udvikling er varierende: nogle evner at deltage i simple samtaler, andre har et så beskedent udviklet sprog, at de kun kan give udtryk for basale behov. Nogle lærer aldrig at bruge sproget, selv om de kan forstå simple instruktioner og forklaringer. I stedet kan de eventuelt lære at anvende et tegnsprog, som til en vis grad kan kompensere for den manglende evne til at tale.

Hos flertallet af de lettere imbecile kan der påvises en organisk årsag. Infantil autisme findes hos en betragtelig del og epilepsi og andre neurologiske sygdomme er hyppige.

Mental retardering af sværere grad

De imbecile i sværere grad ligner de lettere imbecile i fremtræden og ved, at der hyppigt kan påvises en organisk årsag og ved den hyppige forekomst af neurologiske komplikationer.

De færdigheder, den sværere imbecile person behersker, når ikke over de dårligst fungerende lettere imbeciles færdigheder (f. eks. på det sproglige plan). De fleste har udtalte motoriske vanskeligheder eller andre udviklingsmæssige mangler, der tyder på betydelig beskadigelse eller fejludvikling af centralnervesystemet.

Mental retardering af sværeste grad

Her skønnes IQ at være under 20, hvilket i praksis sætter svære begrænsninger for personens evne til at forstå og efterkomme anmodninger eller instruktioner. De fleste er immobile eller har svære bevægehandicaps, de er som regel urenlige og formår højst meget begrænsede former for ikke-sproglig kommunikation. De har ingen eller kun meget ringe mulighed for at tage vare på egne basale behov og kræver konstant hjælp og opsyn.

En organisk årsag kan påvises i de fleste tilfælde og svære neurologiske og andre legemlige komplikationer er hyppige.

I ICD-10 skelner man mellem udviklingshæmmede med og uden adfærdsforstyrrelser, der kan være af meget forskellig art. I flæng kan nævnes rastløshed, ødelæggelsestrang, rapseri, neglebiden og uhemmet onani. Med betegnelsen tænkes dog først og fremmest på fænomener som aggressivitet, stereotypier og selvskadende adfærd.

Ved stereotypier forstås et ensartet og stadigt gentaget bevægelses- eller handlingsmønster, f. eks. rokken med kroppen, griben efter usynlige genstande, brølen eller råben af bestemte ord og aftagning eller iturivning af tøj. Sådanne adfærdsforstyrrelser ses hyppigst hos de mest udviklingshæmmede. Aggressivitet er ikke blot det forhold, at nogle udviklingshæmmede (og andre) kan slå fra sig i situationer, hvor de med større eller mindre ret kan føle sig provokerede. Ved en aggressiv adfærdsforstyrrelse er den aggressive adfærd uprovokeret. Det velkendte eksempel er den udviklingshæmmede, der pludseligt eksploderer, hvor aggressiviteten kommer "som lyn fra en klar himmel";. En uerkendt mani og visse former for epilepsi kan vise sig på den måde, og sådanne tilstande må udelukkes før man taler om adfærdsforstyrrelser.

Ved selvskadende adfærd (selvmutilation) forstås, at den udviklingshæmmede lemlæster sig selv. Han kan f. eks slå sig selv, banke hovedet mod væggen eller bide sig. Af og til kan den selvskadende adfærd bestå i et let slag mod ansigtet, men selvmutilation kan også antage mere alvorlige former.

Jane er en nu 30-årig middelsvært udviklingshæmmede kvinde, som ikke har noget talesprog og som fra barndommen har været beskrevet som autist. Hun er afhængig af en meget struktureret hverdag og bliver aggressiv, hvis de daglige rutiner brydes. Værst har hendes selvskaden dog været. En aften løftede hun WC-kummen af, løftede den op, og lod den falde mod hovedet. Ved en anden

Christian er svært udviklingshæmmede. Fra barndommen har han været svært selvskadende visende sig ved, at han borer fingrene ind i øjenhulerne. Han har herved pådragets sig så voldsomme læsioner, at begge øjne har måttet fjernes. Efter at han er blevet blind, er den selvskadende adfærd, besynderligt nok, aftaget kraftigt.

lejlighed bankede hun hovedet så voldsomt mod væggen, at den revnede,

Der findes endnu ikke alment accepterede diagnostiske kriterier for adfærdsforstyrrelser, og angivelserne af hyppigheder varierer derfor. I Danmark fandt Lund (u.å.), at ca. 17 procent af de udviklingshæmmede i døgninstitutioner havde adfærdsforstyrrelser, mens hyppigheden kun var halvt så stor blandt hjemmeboende.

Til belysning af den mangfoldighed af årsager, der kan være tiladfærdsforstyrrelser, skal selvmutilation omtales nærmere som et eksempel.

Enhver, der har haft et myggestik, kender den kløende fornemmelse, som får én til at klø igen, selv om man med sin forstand godt ved, at man kun får et

blødende sår ud af det. Den udviklingshæmmede vil i mindre grad lade sin kløen afhænge af intellektuelle overvejelser, og nogle tilfælde af selvskadende adfærd kan utvivlsomt forstås på denne måde.

At højtbegavede mennesker undertiden kan vise selvskadende adfærd fremgår af, at kejser Augustus, da han i år 9 fik underretning om romernes nederlag i Teutoburgerwald, bankede hovedet mod døren, mens han råbte: "Varus, giv mig mine legioner tilbage". Og når kirkefaderen Augustin overmandedes af syndige tanker, rullede han sig i glasskår. Selvmutilation kan i disse tilfælde opfattes som psykologisk indfølelige reaktioner.

Til normalpsykologien hører måske også, at man i tiden efter revolutionen i Rumænien kunne se forfærdende billeder af institutionsbørn, der bogstaveligt

vadede i deres egen urin og afføring, mens de bankede hovederne mod tremmesengen. Efter et års intensivt dansk pædagogisk arbejde, kunne man se de samme børn, som glade og tilsyneladende velfungerende. Den selvskadende adfærd udsprang her af mangelfuld stimulation.

Ved forskellige smertetilstande dannes kemiske forbindelser med morfinlignende virkning i hjernen, de såkaldte endorfiner. Det sker også, når benene "syrer" til hos langdistanceløbere, der kan få abstinenssymptomer, hvis de af en eller anden grund ikke kommer ud på den daglige løbetur. Måske er selvskaden hos nogle i virkeligheden udtryk for abstinenser?

At smerte og vellyst kan være forbundet på det seksuelle område, kendes fra sadomasochisme.

Enkelte syndromer er ledsaget af selvskaden. Det gælder f. eks. Lesh-Nyhan syndromet, som er en afvigelse i urinsyrestoffskiftet. Børn med syndromet spiser bogstaveligt talt sig selv. Her er selvmutilation et led i en legemlig sygdom.

Påvirkes bestemte celler i rottehjerner med signalstoffet dopamin, begynder rotterne at bide og kradse sig, så der opstår store sår. Giver man rotterne et medikament, der blokerer for virkningen af dopamin, ophører den selvskadende adfærd.

At selvskaden kan ses ved psykotiske tilstande som skizofreni og depression, nævnes kun, om ikke for fuldstændighedens, så dog afrundingens skyld.

Psykiske udviklingsforstyrrelser (herunder autisme)

Denne diagnosegruppe omfatter bl. a. en række specifikke eller gennemgribende udviklingsforstyrrelser, som alle har til fælles, at de begynder i barndommen og varer livet ud.

De specifikke udviklingsforstyrrelser vedrører udviklingen af færdigheder som evnen til at opfatte sprog, at udtrykke sig sprogligt, at læse, regne m.m.læsning, skrivning. Som betegnelsen antyder er der tale om specifikke forstyrrelser, som ikke kan forklares ved

en generelt forsinket eller hæmmet udvikling. Ordblindhed optræder således hos normalt begavede, mens man ikke vil tale om ordblind hos en udviklingshæmmet, der ikke kan lære at læse, medmindre der er en udtalt diskrepans mellem indlæringssevne og intelligens.

Derimod er de gennemgribende udviklingsforstyrrelser som autisme almindelige hos udviklingshæmmede. Omvendt ses udviklingshæmning i varierende grad hos ca. 75 procent af autisterne.

Autisme, som man for at undgå forveksling med skizofreni også kalder infantil autisme eller børneautisme, begynder altid før 3-årsalderen. Begynder udviklingsforstyrrelsen senere, taler man om atypisk autisme.

Hovedsymptomet ved autisme er mangelfuld udvikling af det normale socialespil, der er imellem mennesker. Blikkontakten er afvigende og evnen til følelsesmæssig respons mangler. Man siger om autisterne, at de er ude af stand til at leve sig ind i andre menneskers tankegang, og deres situationsfornemmelse kan være yderst mangelfuld. Evnen til at kommunikere med sproget er ofte tilbagestående eller slet ikke udviklet. Er der talesprog, bruges det ofte på en afvigende måde, f. eks. i form af ord og vendinger, der gentages på en ensformig måde eller som "papegøjesprog", hvor autisten gentager det man, lige har sagt (ekkolali).

Helle er en middelsvært udviklingshæmmet pige, der har et forholdsvis stort ordforråd. Hendes sprog er imidlertid ejendommeligt ved, at hun konsekvent omtaler sig selv som "du" og andre mennesker som "jeg";. I sin sprogudvikling har hun tydeligvis ikke været i stand til mentalt at "rottere" den måde, man henvender sig til hende på. Hendes sprogforstyrrelse er derfor samtidig en illustration af autistens manglende evne til at leve sig ind i andres måder at tænke på.

Mange autister er præget af "sære" og indsnævrede interesser, de kan have tvangsprægede ritualer eller ejendommelige bevægelsesmønstre, som gentages i det uendelige, f. eks. rokkende og vridende bevægelser med kroppen eller baskende bevægelser med hænderne. En række mindre specifikke fænomener som fobier, søvn- og spiseforstyrrelser, raserianfald og selvmutilation er almindelige blandt udviklingshæmmede autister.

For en umiddelbar betragtning kan autismen forekomme at være en af udviklingshæmningens manifestationsformer. At det imidlertid ikke hænger således sammen sandsynliggøres ved, at autisme er yderst sjælden hos selv svært udviklingshæmmede med Down syndrom. Ved forskellige andre tilstande, der medfører udviklingshæmning, som tuberøs sklerose, fragilt X-syndrom og røde hunde syndromet er autisme almindelig. For et mere detaljeret indblik i autisms forunderlige verden henvises til Wing (1997).

Adfærds- og følelsesmæssige forstyrrelser opstået i barndom eller opvækst

Forstyrrelserne i denne diagnosegruppe har alle til fælles, at de opstår og udvikler sig i barndommen eller opvæksten. Som ved personlighedsforstyrrelserne er det vanskeligt at adskille adfærdsmæssige og følelsesmæssige forstyrrelser fra det generelle udviklingsmæssige og intellektuelle niveau og en del af diagnoserne stilles derfor ikke hos udviklingshæmmede.

Det betyder ikke, at sådanne forstyrrelser optræder hos udviklingshæmmede. De ertværtimod ret hyppige, men optræder de i voksenalderen, vil man oftest tale om udviklingshæmning ledsaget af adfærdsforstyrrelser. Diagnosegruppen skal derfor ikke omtales nærmere her.

Psykiatrisk behandling

De psykiatriske behandlingsmetoder kan groft opdeles i behandling, der er baseret på psykologiske virkemidler (psykoterapi), socialpsykiatriske behandlingsformer og behandling med fysisk/kemiske metoder. Der er ikke nogen modsætning mellem disse behandlingsformer. I mange tilfælde vil man tværtimod bruge elementer fra alle tre.

Psykoterapi

Ved psykoterapi forstås behandling af især psykiske afvigelser ved hjælp af psykiske virkemidler. Behandlingen kan ske individuelt eller som gruppeterapibehandling.

To hovedstrømninger har præget psykoterapien gennem hele det 20. århundrede, nemlig *psykoanalysen* og *adfærdspsykologi* (behaviourisme) .

Psykoanalyse udvikledes af Sigmund Freud som en metode til at gøre psykiske forstyrrelser forståelige ved afsløring af deres ubevidste årsager og så vidt muligt fjerne dem ved at gøre disse årsager bevidste for patienten. Psykoanalysen indbefatter en omfattende teori om den menneskelige sjæl, der ifølge Freud består af 3 lag: det underbevidste (id), det bevidste jeg (ego) og overjeg (superego). Al energi stammer fra det ubevidste og er enten libido (seksualdrift), aggressions- eller dødsdrift, dvs drifter, der nedbryder. Det er jegets opgave, at etablere overensstemmelse mellem det ubevidste og den omgivende virkelighed.

Dette arbejde består i sublimering, dvs omdannelse af de seksuelle og aggressive drifter til socialt og kulturelt værdifulde handlinger. Jeget overvåges af overjeget, der bl.a. omfatter samvittigheden, og det i jeget, som overjeget ikke kan acceptere, bliver genstand for fortrængning, dvs. trænges ned i underbevidstheden. Forklædt fremtræder det i drømme og kan give anledning til komplekser og det, som Freud kaldte neuroser. Ved den psykoanalytiske behandling forsøger man at gøre fortrængningerne bevidste for patienten, der herefter vil "vælge" at blive rask.

I sin oprindelige form er psykoanalysen en overordenlig ressourcekrævende behandlingsform, der tillige kræver et vist mindstemål af intellektuelle og sproglige færdigheder hos patienten. Andre behandlingsformer, f.eks. samtalerapi baseret på bl. a. Stern's udviklingsteorier, har vist sig frugtbare for mennesker med udviklingshæmning.

Den anden hovedstrømning, behaviourismen, som blev udviklet af amerikaneren John Watson, er baseret på indlæringspsykologiske teorier. Som eksempel på en behaviouristisk behandlingsmetode skal nævnes adfærdsmodifikation.

Adfærdsmodifikation er baseret på den opfattelse, at forskellige adfærdsforstyrrelser er fejlindlæringer, som kan brydes ad terapeutisk vej, modificeres eller erstattes med en mere hensigtsmæssig indlæring. Indlæringspsykologiens store navn er Pavlov, der bl. a. viste, at hundes spytssekretion kan påvirkes gennem indlæring. Fodrede han en hund

samtidig med at en klokke ringede, ville hunden efter nogle gange begynde at savle, blot klokken lød. Der var indlært en såkaldt betinget refleks. Princippet anvendes f. eks., når man for at få et barn til at tisse, åbner for vandhanen. Lyden af rislende vand fremkalder vandladningstrang.

Ved operant betingning belønner man systematisk al ønskværdig adfærd. Belønningen kan være slik, cigaretter eller "poletter", der kan spares op og udløse noget for patienten ønskværdigt. Metoden, der er velkendt fra dyredressur, er kritiseret for i højere grad at interessere sig for symptomet end for mennesket bag. Anvendt med skønsomhed har den dog en berettiget plads i behandlingen af adfærdsforstyrrelser hos udviklingshæmmede.

Det kan af og til være vanskeligt at afgøre, om en terapiform er psykoanalytisk eller behaviouristisk. Når kunstterapi virker, er det da fordi den gentagne beskæftigelse med følelsesmæssigt belastende emner efterhånden gør disse mindre angstprovokerende, som behaviouristen vil hævde, eller er det fordi patienten får indsigt i ubevidste sider af sjælelivet, som vil være psykoanalytikerens synspunkt? Et godt eksempel på, at sådanne betragninger kan anstilles, findes i Petersen et al. (1995).

Som en behandlingsform, der er særligt egnet til udviklingshæmmede, skal også nævnes musikterapi.

Socialpsykiatri

Socialpsykiatrisk behandling omfatter hele den indsats, der sigter mod, at den psykiatiske patient, herunder udviklingshæmmede med psykiske lidelser, kan fungere optimalt i forhold til samfundet og andre mennesker. Miljøterapi indgår ofte som et vigtigt led i denne behandling.

Kemisk/fysiske behandlingsmetoder

Disse behandlingsformer omfatter først og fremmest brugen af psykofarmaka og andre lægemidler og ECT-behandling ("elektrochock").

Psykofarmaka

Psykofarmaka er lægemidler, der påvirker de psykiske funktioner. Man skelner almindeligvis mellem neuroleptika (psykosemidler), antidepressiva (depressionsmidler), anxiolytika (angstdæmpende medicin), hypnotika (sovemidler) og psykostimulantia (centralstimulerende midler). Lidt uden for denne gruppe kommer medikamenter som litium og de nye midler mod Alzheimer's sygdom. En del lægemidler, der sædvanligvis bruges i epilepsibehandling, har også psykiatrisk anvendelse.

Neuroleptika (psykosemidler)

Neuroleptika er psykofarmaka, hvis væsentligste fællestræk er antipsykotisk effekt, dvs effekt over for symptomer som vrangforestillinger, hallucinationer, usammenhængende tankegang og manisk opstemthed. Herudover anvendes neuroleptika ofte ved adfærdsforstyrrelser, men bortset fra visse former for selvskaden er virkningen ikke dokumenteret.

De fleste neuroleptika virker ved at hæmme signalstoffers, især dopamins, virkning ved overførslen af nerveimpulser.

Neuroleptikas antipsykotiske effekt indtræder i reglen efter 1-2 ugers behandling, undertiden først efter 1-2 måneder, og kan vedvare fra uger til måneder efter behandlingsophør. Den beroligende og noget sløvende virkning, som mange neuroleptika har, indtræder dog umiddelbart efter medicinindtagelsen, aftager i løbet af de første 2-4 uger og ophører straks ved behandlingens ophør.

Traditionelt gives mange neuroleptika 3 gange daglig. Mange neuroleptika nedbrydes imidlertid så langsomt, at man med fordel kan nøjes med at give medicinen én gang i døgnet, f. eks. ved sovetid. Herved kan eventuelle bivirkninger føles mindre generende i dagtimerne og behovet for sovemedicin reduceres.

Nogle neuroleptika kan gives som depotpræparat. Herved kan opnås, at virkningen af én dosis (oftest injektion) varer i 1-4 uger, idet det injicerede stof langsomt frigøres fra injektionsstedet.

Udover den sløvende effekt, der hos udviklingshæmmede kan være et alvorligt problem og som kan reducere de intellektuelle ressourcer, er mange neuroleptika tilbøjelige til at give neurologiske og/eller autonomebivirkninger.

De neurologiske bivirkninger er især parkinsonisme, akut dystoni og tardive dyskinesier.

Parkinsonisme er en tilstand præget af muskelstivhed og nedsat bevægelighed, stiv gang uden medsving af armene, rysten af specielt hænderne, nedsat ansigtsmimik og spytflåd. I tilslutning til parkinsonisme kan man hos neuroleptikabehandlede se rastløshed og øget bevægetrang. Disse bivirkninger fremkommer oftest i løbet af de første ugers behandling og svinder hyppigt af sig selv efter et par måneder.

Ved vedvarende parkinsonisme kan der behandles med forskellige typer bivirkningsmedicin.

Akut dystoni, der er ret sjælden, opstår hyppigst ved for stor begyndelsesdosis. Der ses længerevarende ukoordinerede muskelsammentrækninger, ofte således at hovedet drejes opad og patienten drejer "det hvide ud af øjnene". Der kan være krampagtig mundåbning og hivende vejrtrækning og kroppen kan være spændt som en flitsbue. Tilstanden kan behandles med omgående effekt ved injektion af bivirkningsmedicin.

Tardive dyskinesier er ufrivillige abnorme bevægelser, oftest omkring munden, der hos enkelte patienter kan udvikles under eller efter længerevarende behandling med neuroleptika. Hos nogle kan bevægelserne fortsat være tilstede selv om behandlingen afbrydes.

I meget sjældne tilfælde kan ses en tilstand præget af bevidsthedssløring, kraftigt udtalt muskelstivhed og stigende temperatur. Denne tilstand kræver øjeblikkeligt lægetilsyn og indlæggelse på neurologisk eller intensiv afdeling, idet der kan være tale om et såkaldt malignt (ondartet) neuroleptikasyndrom, der ubehandlet kan forløbe dødeligt.

Med betegnelsen autonome bivirkninger hentydes til, at der er tale om bivirkninger, der udløses fra den del af nervesystemet, der er uden for viljens kontrol (det autonome nervesystem). Denne type bivirkninger kan bl.a. vise sig ved, at patienten kan have vanskeligt ved at indstille øjnene til at se skarpt. Spytproduktionen nedsættes og der kan komme tørhed i munden (kan modvirkes ved tygning af f. eks. sukkerfrit tyggegummi). Fordøjelseskirtlernes produktion af enzymer nedsættes og tarmbevægelserne kan reduceres med forstoppelse som resultat. Der kan komme vandladningsproblemer, idet

blæren tømmer sig mindre villigt end normalt. Der kan være svedtendens. Pulsen kan stige og patienten kan have tendens til blodtryksfald ved overgang fra liggende til stående stilling, evt. med besvimelse som følge.

Kun de udviklingshæmmede, der har et veludviklet talesprog, kan give udtryk for, at de oplever bivirkninger. Til gengæld er de fleste neuroleptikabivirkninger af en sådan art, at de kan observeres af udenforstående, og det pædagogiske personale har her en vigtig opgave.

Antidepressiva

Antidepressiva er en gruppe medikamenter, der har effekt ved depression, først og fremmest af den type, som tidligere kaldte endogen. Der ses dog hyppigt virkning også ved andre depressionsformer.

Antidepressiva helbreder ikke en depression. Derimod virker de på de depressive symptomer. Afbrydes behandlingen før den depressive tilstand er overstået, vil symptomerne komme igen.

For samtlige antidepressiva gælder, at den antidepressive virkning som regel først indtræder efter 1-2 ugers behandling og fuld effekt ses ofte først efter 2-6 ugers behandling.

Antidepressiva finder også anvendelse ved behandling af panikangst, tvangstanker og tvangshandlinger (obsessiv-kompulsive tilstande) og ved visse spiseforstyrrelser.

De fleste antidepressiva er enten af en ældre type (tricykliske antidepressiva), eller de nyere såkaldte SSRI-midler (Selective Serotonine Reuptake Inhibitors), der er kendte under betegnelsen *lykkepiller*; . Denne betegnelse er uheldig, idet antidepressiva kun virker ved de nævnte lidelser. Man bliver ikke lykkelig af at spise SSRI tabletter.

Den væsentligste forskel på de to typer antidepressiv medicin er bivirkningerne. Mange patienter, der behandles med de ældre midler, oplever bivirkninger, som svarer til de autonome, der er omtalt under neuroleptika. Til gengæld får en del af de SSRI-behandlede hovedpine, kvalme og opkastninger. Af og til ses også nervøsitet, uro og søvnforstyrrelser. Bivirkningerne plejer at aftage eller forsvinde efter de første behandlingsuger.

Anxiolytika (angstdæmpende lægemidler)

Anxiolytika er lægemidler, der virker dæmpende på angst. Bortset fra to præparater (Buspar og Atarax) tilhører alle anxiolytika på det danske marked den kemiske gruppe benzodiazepiner.

Benzodiazepinerne anvendes først og fremmest til behandling af angsttilstande, der både kan være kroniske og mere situationsbetingede som forud for tandlægebesøg, flyveture o. lign.

Der er tale om relativt bivirkningsfrie lægemidler, når de anvendes i de anbefalede lave doser. Alligevel frembyder benzodiazepiner en række ulemper, der komplicerer behandlingen. Således kan der i begyndelsen af behandlingen forekomme døsighed, træthed, træghed og svimmelhed. Dette svinder dog ofte i løbet af de første uger.

Ved langtidsbehandling er de hyppigste bivirkninger nedsat initiativ, apati, øget træthedsbarhed og evt. depression. Ved høje doser kan der ses muskelsvaghed og svigtende koordination af muskelbevægelser. Hertil kommer, at benzodiazepiner svækker

opmærksomhed, hukommelse og indlæring, således at den intellektuelle formåen forringes.

Lejlighedsvis ses såkaldt paradoks effekt visende sig ved oprevethed, aggression og impulsive handlinger. Den største ulempe ved anvendelsen af benzodiazepiner er toleransudvikling, d.v.s. aftagende virkning af samme dosis og afhængighed, der kan vanskeliggøre behandlingen af det eller de grundlæggende problemer. Efter længere tids behandling kan brat behandlingsophør medføre abstinenssymptomer i form af søvnløshed, rastløshed, rysten, appetitløshed og hovedpine. Hos enkelte nogle kan udvikles en psykotisk tilstand, mens andre kan få krampeanfald i abstinensperioden. Af denne grund skal behandlingsophør ske ved langsom nedtrapning af dosis.

Hos udviklingshæmmede er man tilbageholdende med brug af benzodiazepiner. Er der behov for at bruge medikamentel angstbehandling gennem længere tid, vil man ofte i stedet foretrække buspiron (Buspar), der ikke sløver. Til gengæld indtræder virkningen først efter nogle uger, og stoffet kan derfor ikke bruges til akut opstået angst.

Hypnotika (sovemidler)

Som hypnotika betegnes en række lægemidler, der anvendes for at fremkalde søvn, sove midler.

Søvnløshed er et generende symptom, der dels kan optræde selvstændigt dels være et led i en psykisk eller legemlig sygdom. I det sidste tilfælde vil den rationelle behandling naturligvis være behandling af den til grund liggende sygdom. I andre tilfælde kan behandlingen bestå i en ændring af dagvanerne, f. eks. mere motion, afslapningsøvelser, undgåelse af middagssøvn og stærk aftenkaffe. Har dette ikke effekt, kan - helst kortvarig - anvendelse af hypnotika overvejes.

Hypnotika virker sløvende og det er denne effekt, der fremkalder søvnighed. Giver hypnotika på et tidspunkt, hvor der i forvejen er søvnbehov, er det normalt tilstrækkeligt med små doser for at fremkalde søvn.

De fleste hypnotika er benzodiazepiner, som udskilles hurtigt fra kroppen.

Psykostimulantia

Psykostimulantia er medikamenter, der fremmer vågenhed og modvirker træthed.

Træthed er i almindelighed et signal fra kroppen om, at den har behov for hvile og indtagelse af psykostimulantia modvirker derfor det naturlige og nødvendige hvilebehov.

Lægeligt indskrænker anvendelsen af psykostimulantia sig til visse sygelige former for øget søvnbehov (narkolepsi) ligesom enkelte børn (og voksne) med hyperaktivitet ledsaget af opmærksomhedsforstyrrelser (DAMP-børn) kan have gavn af behandling.

Visse psykostimulerende stoffer anvendes som speed af misbrugere.

Litium

Litium er et grundstof, der er kemisk ligner natrium. Det har vist sig, at litium kan bruges ved behandling af mani, mens det kun har ringe effekt ved depression. Ikke desto mindre kan vedligeholdelsesbehandling med litium effektivt forebygge både depressioner og manier hos patienter med tilbagevendende affektive lidelser. Enkelte

undersøgelser peger på, at litium også kan have effekt hos udviklingshæmmede med aggressive adfærdsforstyrrelser.

I for stor dosis giver litium anledning til ubehagelige bivirkninger eller endog livstruende forgiftningssymptomer, mens for lille dosis ikke forebygger sygdomsanfald. Det er derfor nødvendigt, at behandlingen styres ved kontrol af litiumkoncentrationen i blodet. Ved sædvanlig terapeutisk koncentration kan let rysten af hænderne forekomme og nogle patienter har især i starten nogen kvalme. Efter længere tids behandling kan ses øget tørst og vandladning som udtryk for, at nyrernes evne til at koncentrere urinen påvirkes. Det er derfor vigtigt, at patienter i litiumbehandling får dækket deres væskebehov.

Ved egentlig forgiftning ses grov rysten, utydelig tale, usikker gang, muskelrykninger, evt. kvalme og diaré samt sløvhed og søvnighed, der kan gå over i bevidstløshed. Denne forgiftningstilstand er alvorlig og kræver øjeblikkeligt lægetilkald.

Ved febersygdomme, hvor der afgives meget væske i form af sved og ved sygdomme med diaré og opkastninger, kan litiumkoncentrationen øges. I forbindelse med sådanne sygdomme, bør der derfor foretages ekstra blodprøvekontrol.

Demensmidler

I de seneste år er der udviklet nye lægemidler som mildner symptomerne ved demens, specielt af Alzheimer-typen.

Midlerne har ikke nogen helbredende virkning, men kan, specielt hvis behandlingen sættes ind i tidlige faser, forsinke det åndelige forfald.

Andre lægemidler

I psykiatrien anvendes forskellige lægemidler, der ellers normalt bruges i behandlingen af ikke-psykiatriske lidelser.

Således forebygger epilepsimidlet karbamazepin (Tegretol) manier og depressioner omtrent lige så godt som litium. Erfaringer tyder på, at stoffet er specielt velegnet til patienter med hjerneskader, hvoraf mange er udviklingshæmmede. Aggressive adfærdsforstyrrelser er et andet anvendelsesområde for karbamazepin. Endelig skal nævnes, at lægemidler, der sædvanligvis bruges i behandlingen af parkinsonisme (rystelammelse), også har virkning på nogle af de neurologiske bivirkninger, der ses ved neuroleptikabehandling.

ECT-behandling

Ud fra den (forkerte) antagelse, at epileptikere ikke blev skizofrene, indledtes i 1930'erne behandlinger, hvor man hos skizofrenipatienter fremkaldte krampeanfald ved injektion af kamfer.

Behandlingen havde ingen eller kun kortvarig effekt, men det viste sig hurtigt, at den var virksom ved depressioner. Få år senere begyndte man at fremkalde krampeanfaldet ved at sende elektrisk strøm gennem hovedet, de såkaldte elektrochok. Behandlingen var omgærdet med uhygge og dramatik og ikke sjældent optrådte komplikationer som f. eks. knoglebrud på grund af voldsomme kramper.

De sidste ca. 40 år har man i stedet anvendt *ECT-behandling* (**E**lektro **C**onvulsiv **T**erapi), som også kendes under betegnelsen NCE (Narkose, Curare, Elektrostimulation).

Ved denne behandling bringes patienten i en let narkose og der gives et stof, der lammer musklerne (oprindeligt curare) således, at kramperne kun bliver en svag sitren. Herved blev behandlingen uden ubehag for patienten. En del patienter havde dog forbigående hukommelsesbesvær i tilslutning til behandlingerne, men dette er kun lidt udtalt, når behandlingen udføres med moderne apparatur, der doserer minimale strømmængder.

Der er aldrig påvist varige skadevirkninger, selv efter flere hundrede behandlinger. ECT-behandling er den mest effektive og hurtigst virkende terapi ved svære depression og ofte mere skånsom hos legemligt skrøbelige patienter end behandling med antidepressiva.

Andre behandlingsformer

Her skal kun nævnes psykokirurgiske indgreb, dvs hjerneoperationer, hvor man tilstræber at afdæmpe forskellige psykiske symptomer. Metoden brugtes en del hos udviklingshæmmede i 1950'erne og 60'erne i form af "det hvide snit"; Resultaterne stod ikke mål med forventningerne, men der lever stadig adskillige opererede på danske institutioner. Selv om der er udviklet mere skånsomme behandlingsmetoder, er der tale om uigenkaldelige indgreb på hjernen, og metoden bruges ikke mere.

Generelt om psykofarmakologisk behandling

Selv om psykofarmaka er uundværlige i psykiatrien, findes der ikke nogen psykisk lidelse, der alene kan behandles med medicin. I de fleste tilfælde vil den socialpsykiatriske, pædagogiske og psykoterapeutiske behandling være mindst lige så vigtig. Psykofarmaka vil dog ofte være en forudsætning for anvendelse af sådanne behandlingsmetoder.

Forud for psykofarmakologisk behandling (og i øvrigt enhver anden behandling) skal det være klart, hvad man ønsker at opnå. I praksis vil man ofte kunne finde et antal symptomer, der kan registreres på en objektiv måde i en periode før og under behandlingen. Sker der ikke nogen bedring efter en passende observationstid, er der ikke nogen grund til, at patienten fortsat får det pågældende psykofarmakon.

Der er holdepunkter for, at psykofarmakaforbruget hos udviklingshæmmede kan mindskes væsentligt. I en række udenlandske undersøgelser er det således vist, at forbruget har kunnet mere end halveres, uden at dette har medført særlige problemer i de berørte institutioner. På denne baggrund gennemførte Oligofreniklinikken i Risskov i 1991 en gennemgang af samtlige psykofarmakabehandlede beboere på amtets to største institutioner. Det viste sig, at 55 procent af beboerne fik psykofarmaka, for mere end 90 procent vedkommende i form af neuroleptika. Langvarige behandlingsforløb, ikke sjældent med flere psykofarmaka, var almindeligt forekommende og grunden til behandlingen var ikke altid klar.

Ved tidsbegrænset tilførsel af ekstra lægelige ressourcer lykkedes det i løbet af ca. halvandet år at reducere psykofarmakaforbruget med en trediedel, uden at det medførte oplussen af adfærdsmæssige problemer. At medicinbivirkningerne også reduceredes, undertiden på dramatisk måde, viser følgende eksempel.

Grethe var en 55-årig formentlig middelsvært udviklingshæmmed kvinde. Ca. 15 år tidligere indledtes p.g.a. motorisk uro behandling med et neuroleptikum, der har sløvhed som bivirkning. Det gennemgående yngre personale i afdelingen havde aldrig hørt hende tale og betragtede hende som "sprogløs". Da begrundelsen for neuroleptikabehandling forekom

spinkel indledtes medicinbehandling. Denne gennemføres uden recidiv af urotilstanden. Til personalets overraskelse viste det sig halvvejs gennem forløbet, at Grethe havde talesprog.

Psykiatriens organisation

I Danmark varetages den psykiatriske behandling af udviklingshæmmede af de psykiatriske hospitaler og afdelinger, distriktspsykiatrien, praktiserende psykiatere og alment praktiserende læger. Desuden har enkelte privatpraktiserende psykologer interesseret sig for området.

Udviklingshæmning indgik først i uddannelsen til speciallæge i psykiatri fra 1998, og da kun med beskeden vægt, og kun få psykiatere har erfaring i behandling af udviklingshæmmede. Man regner med, at der til voksne udviklingshæmmede i Danmark kun er psykiatertimer svarende til, højt sat, 7 fuldtidsstillinger. Det betyder, at kun de færreste udviklingshæmmede med psykiske lidelser kan undersøges og behandles af særligt trænede psykiatere.

Der findes ingen sengeafdelinger, der er specielt indrettede og personalemæssigt normerede til udviklingshæmmede. Behandling under indlæggelse må derfor finde sted på almenpsykiatriske afdelinger, hvor det psykiatriske uddannede personale kun sjældent har træning i observation af udviklingshæmmede. På grund af tillægshancip er mange udviklingshæmmede så pleje- og omsorgskrævende, at deres behov af ressourcemæssige grunde kun kan tilgodeses på lukkede modtageafdelinger, hvor de erfaringsmæssigt trives dårligt. (For) tidlig udskrivning kan blive resultatet.

Til ambulant behandling af udviklingshæmmede findes små afdelinger, der ledes og betjenes af speciallæger med oligofrenipsykiatrisk erfaring, på [Psykiatrisk Center Glostrup](#), på [Odense universitetshospital](#), i [Vejle](#), [Haderslev](#), i [region Sjælland](#) og i et vist omfang i [region Nordjylland](#). I [region Midtjylland](#) varetages psykiatrisk undersøgelse og behandling af udviklingshæmmede mennesker i hovedsagen af sygeplejersker fra et fælles ambulatorium for geronto-, misbrugs- og oligofrenipsykiatri, som har mulighed for at konferere med speciallæge.

Afslutning

Det vil af det foregående være fremgået, at udviklingshæmmedes psykiatriske sygdomme og afvigelse udgør et talmæssigt stort, og for den enkelte pinefuldt, problem. Selv om vor viden på området endnu er mangelfuld, også når man sammenligner med den viden, der findes om psykiske lidelser i øvrigt, ved vi, at en kvalificeret psykiatrisk behandling i overordentlig mange tilfælde er afgørende for livskvaliteten.

Vi ved også, at utallige udviklingshæmmede ikke tilbydes en sådan behandling. En væsentlig årsag hertil er formentlig, at oligofrenipsykiatri både herhjemme og mange steder i udlandet har været et lægeligt lavstatusområde, der kun er de tilført de mest nødtørftige ressourcer. Grundene hertil kan være mange. En af de mest indlysende er måske, at psykiaterne ikke i tilstrækkelig grad har forklaret, at der foreligger et problem.

Måtte denne korte oversigt hjælpe herpå, er et væsentligt mål nået.

