



Bacheloroppgave

VPL05 Vernepleie

Hvordan kan angst og depresjon arte seg hos mennesker med moderat og lett psykisk utviklingshemming /

How can anxiety and depression be manifest in humans with moderat and light retardation

Sortehaug, Monica Iren

Totalt antall sider inkludert forsiden: 36

Molde, 20.05.2016



Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

Den enkelte student er selv ansvarlig for å sette seg inn i hva som er lovlige hjelpemidler, retningslinjer for bruk av disse og regler om kildebruk. Erklæringen skal bevisstgjøre studentene på deres ansvar og hvilke konsekvenser fusk kan medføre. Manglende erklæring fritar ikke studentene fra sitt ansvar.

Du/dere fyller ut erklæringen ved å klikke i ruten til høyre for den enkelte del 1-6:		
1.	Jeg/vi erklærer herved at min/vår besvarelse er mitt/vårt eget arbeid, og at jeg/vi ikke har brukt andre kilder eller har mottatt annen hjelp enn det som er nevnt i besvarelsen.	<input type="checkbox"/>
2.	Jeg/vi erklærer videre at denne besvarelsen: <ul style="list-style-type: none">• ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands.• ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt.• ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt.• har alle referansene oppgitt i litteraturlisten.• ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse.	<input type="checkbox"/>
3.	Jeg/vi er kjent med at brudd på ovennevnte er å <u>betrakte som fusk</u> og kan medføre annullering av eksamen og utestengelse fra universiteter og høgskoler i Norge, jf. Universitets- og høgskoleloven §§4-7 og 4-8 og Forskrift om eksamen §§14 og 15.	<input type="checkbox"/>
4.	Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiatkontrollert i Ephorus, se Retningslinjer for elektronisk innlevering og publisering av studiepoenggivende studentoppgaver	<input type="checkbox"/>
5.	Jeg/vi er kjent med at høgskolen vil behandle alle saker hvor det forligger mistanke om fusk etter høgskolens retningslinjer for behandling av saker om fusk	<input type="checkbox"/>
6.	Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av kilder og referanser på biblioteket sine nettsider	<input type="checkbox"/>

Publiseringsavtale

Studiepoeng: 15

Veileder: Stokke, Gunn

Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten (Åndsverkloven, §2).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage HiM med forfatter(ne)s godkjenning.

Oppgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

Jeg/vi gir herved Høgskolen i Molde en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:

ja nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

ja nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja nei

Er oppgaven unntatt offentlighet?

ja nei

(inneholder taushetsbelagt informasjon. Jfr. Offl. §13/Fvl. §13)

Dato: 20.05.2016

1.0 Innledning	1
2.0 Presentasjon av tema og problemstilling	3
2.1 Tema	3
2.2 Problemstilling	4
3.0 Begrepsavklaring	5
3.1 Bruker	5
3.2 Psykisk utviklingshemning	5
3.3 Psykiske lidelser	6
3.4 Diagnostisering	6
3.5 Komorbiditet	7
3.6 Diagnostisk overskygging	7
3.7 Kognitiv overbelastning	7
4.0 Min forståelse	8
4.1 Forutsetninger, forforståelse og antagelser	8
5.0 Metode	10
5.1 Litteratursøk	10
5.2 Kildekritikk	11
5.3 Inklusjons kriterier	12
6.0 Teori	13
6.1 Psykisk utviklingshemning	13
6.1.2 Lett psykisk utviklingshemning	17
6.1.3 Moderat psykisk utviklingshemning	20
6.1.4 Årsak og forekomst	21
6.2 Psykiske lidelser	22
6.2.1 Affektive lidelser (stemningslidelser)	23
6.2.1.1 Depressiv episode	23
6.2.2. Nevrotiske, belastningsrelaterte og somatoforme lidelser	25
6.2.3 Årsak og forekomst	26
6.2.4 Kognitiv overbelastning	27
7.0 Drøfting	29
7.1 Angst og depresjon ved lett og moderat utviklingshemning	29
8.0 Konklusjon og avslutning	32

Forord

Evaluering



*Hvis du er glad i målinger
så kan du måle neser
den er litt lang på svenskene
og kort på en kineser
Men vil du prøve målinger
på gleden i et sinn
så får du ikke gjort det
for du slipper ikke inn
Du kan komme uten mål
for det kan hjerte tåle
men når du slik har bedt deg inn
så kan du ikke måle ...*

(Hilchen Sommerschild: *Såre sinn*, Oslo 1999)

Sammendrag

Mennesker med psykisk utviklingshemning er en stor og sammensatt gruppe som har større individuelle ulikheter enn den øvrige befolkningen. Graden av utviklingshemning er svært variabel og behovet for støtte og hjelp vil være varierende. Fellestrekkene for gruppen psykisk utviklingshemmede er kognitive vansker på ulike områder og av forskjellig grad.

Undersøkelser viser at det trolig er ca. 40 000 av befolkningen som har en psykisk utviklingshemning, men det er grunn til å tro at tallet kan være høyere. Noen av årsaken til dette er at personer som har lett utviklingshemning er vanskelig å oppdage. Dette har sammenheng med at de kan klare seg forholdsvis greit i hverdagen uten større hjelpetiltak.

Studier har vist at mennesker med lett og moderat utviklingshemning i mange sammenheng kan bli overvurdert, noe som kan medføre et misforhold mellom det person kan mestre og kravene samfunnet stiller. Over tid vil dette misforholdet bli svært belastende og person vil være sårbar med tanke på å utvikle psykiske lidelser som depresjoner og angst.

De siste årene har både forsknings- og fagmiljøene hatt større fokus på dette noe som gjør at kunnskapen i hjelpeapparatet kan økes og tilpassede hjelpetiltak kan tilbys.

1.0 Innledning

Denne bacheloroppgaven omhandler sårbarheten mennesker med moderat og lett psykisk utviklingshemning har for å utvikle psykiske lidelser som angst og depresjon, og hvordan disse lidelsene kan arte seg.

Gjennom sosialpolitiske endringer og nye samfunnstrender, både internasjonalt og nasjonalt, ble det på slutten av 1900 tallet satt større fokus på at mennesker med psykisk utviklingshemning også kan ha psykiske lidelser (Eknes 2000:9).

I følge Fletcher (1993) mener noen at psykisk utviklingshemning kan ses på som en egen psykiatrisk lidelse, mens andre har betraktet problemer hos personer med utviklingshemning som atferdsforstyrrelser, og har oversett at det også kan være en psykiske lidelser (Eknes 2000:33).

I litteraturen finner jeg forskjellige definisjoner på psykisk utviklingshemning, men det er verdens helseorganisasjon (WHO) sin diagnosemanual ICD-10 som er den gjeldende. I følge NFU (Norsk forbund for utviklingshemmede) så hersker det mange meninger og uklarheter rundt både begrepet utviklingshemning og antall personer dette omfatter. Dette avhenger av hvilke tester og undersøkelser som blir brukt for å stille diagnose. De som har en lettere utviklingshemning vil være vanskeligere å «identifisere» (nfu.no).

I følge Gjørnum (1993) så viser det seg for eksempel at elever som skolen oppfatter som svake, men ellers rolige og uten nevneverdige atferdsvansker, kan stå i fare for å ikke bli utredet og dermed mangle nødvendig støttetiltak. Konsekvensene av dette kan være at disse barna får følelsen av å være tapere som igjen kan gi lav selvtillit og selvfølelse. (Snoek og Engedal 2008:141). Disse faktoren kan samlet sett gi risiko og sårbarhet for å utvikle psykiske lidelser. For disse barna vil det være viktig med tidlig intervensjon for å forebygge psykiske lidelser.

Interessen og inspirasjon for temaet har kommet gjennom mange års erfaring i å yte tjenester til mennesker med psykisk utviklingshemning. Gjennom arbeidet har jeg ved flere anledninger opplevd brukere som har fått psykisk vansker. Vanskene har i noen tilfeller utviklet seg til å bli svært alvorlig, og hjelpeapparatet har hatt utfordringer med å finne effektiv behandling. I andre tilfeller har det blitt avdekket dobbeltdiagnoser og person har trolig gjennom flere år vært underdiagnostisert og gjennomgått mye lidelser på grunn av manglende behandling.

Både fagmiljøene og myndigheten har kommunisert at dette er viktig fokusområde og flere utdanningsinstitusjoner har tatt signalene på alvor og tilbyr videreutdanninger innenfor fagområdet.

Uavhengig av diagnose så har alle borgere samme rettigheter til helsehjelp, noe som er hjemlet i lov om kommunale helse- og omsorgstjenester.

Gjennom helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 3.§ 3-1. *Kommunenes ansvar for helse- og omsorgstjenester*, har kommunene overordna ansvar for helse –og omsorgstjenester. Det står videre: «*Kommunen skal sørge for at personer som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester*» (lovdata.no).

«*Kommunens ansvar omfatter alle pasient- og brukergrupper, herunder personer med somatisk eller psykisk sykdom, skade eller lidelse, rusmiddelproblem, sosiale problemer eller nedsatt funksjonsevne*» (lovdata.no).

Jeg mener at temaet er svært relevant for helsearbeidere og deriblant vernepleiere som tradisjonelt sett har vært sentrale aktører og bistandsyttere for mennesker med psykisk utviklingshemning.

2.0 Presentasjon av tema og problemstilling

«Psykiske lidelser hos mennesker med psykisk utviklingshemning er et relativt nytt fagområde. Selv om enkelte fremtredende fagpersoner innen psykisk helsevern har vært kjent med fenomenet i mange årtier, er det først de siste 15-20 årene at oppmerksomheten omkring psykisk helse hos utviklingshemmede har økt kraftig. Dette har ført til at fagpersoner i kommunene som gir miljøbehandling for personer med utviklingshemming, i økende grad interesserer seg for sine brukeres psykiske helse. Psykiske lidelser er lite studert hos personer med utviklingshemning og er foreløpig et lite påaktet område innen psykiatrisk spesialisthelsetjeneste» (Bakken 2011:16).

2.1 Tema

Som hovedtema har jeg valgt: *«Hvordan kan angst og depresjoner arte seg hos mennesker med moderat og lett psykisk utviklingshemning».*

Dette temaet er stort og komplekst og reiser mange spørsmålstillinger som kunne vert interessante å fordype seg i. For eksempel så kunne jeg å sett på er hvilke behandlingsformer hjelpeapparatet tilbyr og anvender, overfor mennesker med utviklingshemning, når det oppstår psykiske lidelser. Det kunne også vert interessant å sett på hvordan psykiske lidelser påvirker brukermedvirkning hos en allerede sårbar gruppe. Jeg har valgt å begrense temaet ved å fokusere på hvordan angst og depresjon kan arte seg hos mennesker med moderat og lett utviklingshemming. Jeg har også sett på sårbarheten og hvordan disse psykiske lidelsene kan fremstå for omgivelsene.

Ut fra tema og valgt problemstilling har jeg fokusert på å finne teori på hvordan psykisk utviklingshemming defineres, diagnostiseres, og hvilke vansker diagnosene kan medføre. Fordi diagnosen psykisk utviklingshemning er et stort område og et samlebegrep på flere forskjellige underdiagnoser, har jeg valgt å avgrenset det til diagnosene *lett og moderat psykisk utviklingshemning*. Det samme gjelder for psykiske lidelser. Fordi dette også er et stort tema med mange forskjellige diagnoser har jeg også her avgrenset det til å skrive om *angst og depresjoner*.

Jeg har i all hovedsak brukt Norsk forskning og litteratur i oppgaven selv om utenlandsk litteratur innenfor temaet også er anerkjent i Norge. Bakgrunnen for dette valget er at Norsk forskning og fagmiljø de senere årene har gjort mange interessante undersøkelser som gir tilstrekkelig litteratur til en begrenset oppgave som dette.

En annen begrunnelse er også at det kan være store forskjeller på hvilke holdninger man har både til mennesker med psykisk utviklingshemning og psykiske lidelser i andre land og kulturer.

2.2 Problemstilling

På bakgrunn av temaet har jeg valgt følgende problemstilling: «*Hvordan arter angst og depresjon seg hos mennesker med moderat og lett utviklingshemning?*»

«Mennesker med psykisk utviklingshemning kan rammes av hele spekteret av psykiske lidelser, og forekomsten av andre psykiske lidelser er minst tre til fire ganger større i denne gruppen enn i befolkningen ellers» (Finnkode.ehelse.no).

3.0 Begrepsavklaring

I dette kapittelet har prøvd å definere og forklare hva jeg legger i de ulike begrepene som jeg har brukt i oppgaven.

3.1 Bruker

I lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (helse- og omsorgstjenesteloven) anvendes både begrepene *pasient* og *bruker* om personer som mottar tjenester i kommunene (lovdata.no). Når jeg anvender begrepet *bruker* i oppgaven så mener jeg person som har rett på tjenester, og som mottar tjenester både i kommunalsektor og i spesialisthelsetjenesten. I denne oppgaven omhandler dette mennesker med moderat til lett utviklingshemning som har tilleggsvansker med psykiske lidelser som angst og depresjon.

3.2 Psykisk utviklingshemning

Psykisk utviklingshemning er en samlebetegnelse som i grove trekk sier noe om at personen fungerer under det som regnes som snittet for normalområde både intellektuelt og i praktisk fungering, men sier ikke noe om årsaken. I tillegg til kognitiv svikt vil personen også ha nedsatt evne med tanke på adaptive fungering, noe som gjør en vil ha vansker med å ta vare på seg selv. Evne til sosial fungering vil også være begrenset. For å stille diagnosen psykisk utviklingshemning er hovedsymptomet at person har svake resultat på tester (IQ under 70) før fylte 18 år. Det er viktig å påpeke at personer med utviklingshemning ikke er en ensartet gruppe men har større variasjon i væremåte og fungering enn «resten av befolkningen» (Bakken 2011:17). Det internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer (ICD-10) har delt opp de forskjellige gradene av psykisk utviklingshemning i ulike koder fra F70 til F79 (Finnkode.ehelse.no).

Gjennom historien har det blitt brukt forskjellige betegnelser på mennesker med psykisk utviklingshemning. Det ble sett på som en gruppe mennesker og man brukte betegnelser som *åndssvake* eller *evneveike*. Norge har i dag anerkjent betegnelsen «mennesker med psykisk utviklingshemning som en god betegnelse fordi man mener at det beskriver det

sentrale ved tilstanden, nemlig at det er forstyrrelser og hemninger i utviklingen av mentale og psykiske funksjoner. Internasjonalt har man brukt betegnelser som «mental retardation», «mental deficiency», men har i de senere år valgt å bruke begrepet «Intellectual disability» (Gjærum og Grøsvik 2010:209).

3.3 Psykiske lidelser

For å definere begrepet psykiske lidelser bruker jeg Bakken og Olsen (2012). Her betegnes psykisk lidelse slik:

«Psykiske lidelser er en fellesbetegnelse på en gruppe lidelser som i hovedsak rammer tenkning og følelser».

Videre sies de at «Psykiske lidelser omfatter psykoser, stemningslidelser, angst- og belastningslidelser, og atferdsforstyrrelser» (Bakken og Olsen 2012:17).

3.4 Diagnostisering

For å stille diagnoser brukes WHO (verdens helseorganisasjon) sitt diagnosesystem ICD – 10, som er den internasjonale statistiske klassifikasjon av sykdommer og beslektede helseproblem. Kodelisten har flere kategoriblokker fra F00 til F99 som gir mer spesifikke symptomer og diagnoser (Finnkode.ehelse.no).

Diagnostisering kan være viktig for person selv, men også for familien og hjelpeapparatet. Mange foreldre føler skyld overfor egne barn som er født med en psykisk utviklingshemning og en diagnostisering kan avhjelpe denne følelsen. Foreldre og familien for øvrig, kan ha behov for en årsaksforklaring med tanke på eventuelle genfeil og videre ha behov for genetisk veiledning. I følge Gjærum (1993) kan noen av de mer sjeldne diagnoser, som for eksempel Følling sykdom, behandles med en spesiell diett slik at man hindrer at barnet blir psykisk utviklingshemmet (Melgård 2000:25).

3.5 Komorbiditet

Komorbiditet kan forklares ved at en person som lider av depresjonsvansker ofte har flere tilleggslidelser. Dette kan man se spesielt ved at deprimerte ofte har angstvansker.

Komorbide lidelser forekommer hyppigere blant de som er nye plaget av depresjoner, enn blant de som har mindre og mer avgrensede plager. (Eknes 2006:160).

3.6 Diagnostisk overskygging

Diagnostisk overskygging forklares med at for eksempel atferdsendringer som følge av psykiske lidelser blir tillagt utviklingshemningen hos personer med psykisk utviklingshemning. Dette er en av årsakene til at psykiske lidelser blir oversett hos denne gruppen (Bakken 2015:15).

3.7 Kognitiv overbelastning

Kognitiv overbelastning er når hjernen er sliten som følge av vanskelige og krevende oppgaver over tid, eller ved emosjonelle belastninger som for eksempel frykt, redsel eller nedstemthet over en lengre periode. Det er ikke uvanlig at tilstanden medfører funksjonsfall som igjen kan føre til dårlig selvtillit fordi man ikke får til det man tidligere mestret.

Personer med psykisk utviklingshemning er spesielt utsatt for kognitiv overbelastning (Wigaard 2015:42).

4.0 Min forståelse

Når en arbeider med mennesker er det viktig å ivareta både forståelsen og forklaringen. For eksempel så går det an å forklare enkelte psykiske lidelser med bruk av genetikk eller gjennom andre biologiske årsaker. Selv om lidelsen blir bekreftet gjennom biologiske tester og prøver så er dette ikke nok til å kunne møte mennesker med psykiske lidelser på en god måte (Røkenes og Hansen 2012:14).

4.1 Forutsetninger, forforståelse og antagelser.

Gjennom erfaring så har jeg erfart at behandling av psykiske lidelser blant psykisk utviklingshemmede krever tverrprofesjonelt samarbeid. Dette mener jeg er svært viktig for å kunne gi en god og helhetlig behandling. Slikt samarbeid krever at en åpner opp for andres meninger og synspunkt, og ikke lar egen forforståelse stå i veien for samarbeidet. For å møte mine egne fordommer må jeg ifølge Dalland (2007) være objektiv og nøytral samt være bevisst egne verdier både på det menneskelige, faglige og politiske plan. Vi møter andre gjennom egne forutsetninger, det vil si at vi har fortolket den andres beretning og ser det fra vårt eget ståsted og perspektiv. Habermas(1968) kan kaller dette fordommer, eller forforståelse (Røkenes og Hansen 2012:14).

I arbeidet med temaene i oppgaven tar jeg med meg, mer eller mindre bevisst, min egen forforståelse i det jeg skal undersøke.

Som nevnt i innledningen har jeg lang erfaring i arbeid med mennesker med psykisk utviklingshemning og har ved flere anledninger opplevd at brukere har utviklet psykiske lidelser og at hjelpeapparatet i varierende grad har bistått. På bakgrunn av lange erfaringen har jeg tanker og meninger som kanskje farger valget av litteratur og hva jeg vektlegger i av det jeg leser.

Disse erfaringene tenker jeg har gitt meg forforståelse på flere måter. Blant annet kan det resultere i at jeg for eksempel ser mer etter begrensninger enn muligheter innenfor behandlingsteorien ved at jeg knytter behandlingen opp mot brukere der metoden ikke har hatt positiv effekt? Kulturen innenfor fagfeltet i den organisasjon en arbeider i antar jeg også vil være med å påvirke vår forforståelse.

Arbeid med mennesker handler om å gå inn i en hjelperelasjon. I følge Heidegger (1927) blir fagperson en del av det som kalles *hermeneutisk sirkel*.

«Heidegger definerer hermeneutikk som utlegg av forståelse, med-deling av det forståtte gjennom tale. For å forstå en annen person må vi ha innblikk i hvordan denne opplever verden, hvilke meningskontekster den andres atferd eller mening hører til i» (Røkenes og Hansen 2012:14)

5.0 Metode

I følge Dalland (2007) er metode å se på som «*en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskaps. Et hvilket som helst middel tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder* (Dalland 2007:83).

I denne oppgaven har jeg valgt litteraturstudie som metode. Bakgrunnen for dette er blant annet det begrensede omfanget på oppgaven samt etter anbefaling fra undervisningsinstitusjon så er trolig dette den best egnede metoden.

5.1 Litteratursøk

I løpet av de siste årene har det blitt et større fokus på psykiske lidelser blant psykisk utviklingshemmede og det finnes etter hvert en del Norsk forskningsbasert teori på området som er anerkjent.

Noe av de mest fremtredende forfatterne innen dette fagområdet i Norge er blant annet Jarle Eknes, Trine Lise bakken og Ivar R Mæhle for å nevne noen.

Jeg har startet litteratursøket med å se på anbefalt litteratur fra pensumet vi har gjennomgått under vernepleieutdannelsen.

For å finne annen relevant og forskningsbaserte teori så søkte jeg i databasen BIBSYS og Oria.no. Dette er en database der man finner både bøker, forskningsartikler og fagartikler. Jeg har også valgt å bruke Idunn.no som utgir nordiske tidsskrifter og artikler på internett. Utover dette så har jeg brukt søkemotoren Goggle.no.

Ved å bruke søkeord som: *Psykisk utviklingshemning, Psykiske lidelser blant mennesker med utviklingshemning, utviklingshemning psykisk helse, Psyk **, *Utviklingshem**, *Angst utviklingshemning, Depresjoner og angst*, fikk jeg frem flere forslag til litteratur på området. Blant annet fikk jeg opp tre bøker av Trine Lise Bakken der hun har med medforfattere som er kjente navn innenfor fagfeltet. Disse bøkene har jeg valgt å bruke bredt i oppgaven. Jeg fikk også opp Jarle Eknes og valgte å bruke boken *Depresjon og mani, forståelse og behandling*.

Gjennom vernepleiestudiet har jeg tilegnet meg noe kunnskap om psykologi og utviklingspsykologi gjennom pensumlitteraturen. Utover litteratur som omhandler psykisk utviklingshemming og psykiske lidelser har jeg valgt å bruke: *Utviklingspsykologi* av Vigdis Bunkholdt (2000), *Menneskets dimensjoner* av Leif A. Helgesen (2011), samt *Hjerne og atferd* av Bente Gjørum og Bjørn Ellertsen (2002). Ved å bruke teori på dette område vil det være med å gi en forståelse av årsakssammenhenger og utvikling.

Jeg har også brukt teorier om kommunikasjon og kommunikasjonsvansker. Dette er et viktig område som er helt sentralt både med tanke på vansker som kan oppstå ved psykisk utviklingshemming og psykiske lidelser. Her har jeg valgt å bruke boken *Samhandling med og uten ord. Miljøbehandling for mennesker med utviklingshemming og psykiske lidelser* av Trine Lise Bakken (2011).

Jeg har som tidligere nevnt også søkt etter informasjon gjennom å bruke google.no på internett. For å finne det internasjonale kodeverket ICD-10 så brukte jeg søkeordet *ICD-10* og fikk opp *Finnkode – Helsedirektoratet medisinske kodeverk* der kodeverket i sin helhet er lagt ut elektronisk.

5.2 Kildekritikk

Kildekritikk kan i følge Dalland (2007) defineres slik: «Kildekritikk er de metodene som brukes for å fastslå om en kilde er sann. Det betyr å vurdere, og karakterisere de kildene som benyttes» (Dalland 2007:66).

Ved å ha bestemt meg for å bruke litteraturstudie som metode har jeg lagt noen begrensninger i undersøkelsesmetoder i arbeidet med tema og oppgaven.

Et av kriteriene i utvelgelsen av litteratur var at det skulle være Norsk litteratur. I etterkant ser jeg at det er mye utenlandsk forskning som også er anerkjent i det Norske fagmiljøet og blir ofte gjengitt og referert til i Norsk litteratur. Det er tidligere foretatt begrenset med studier på psykiske lidelser blant mennesker med utviklingshemning i Norge. De senere årene har dette endret seg og det finnes i dag mye god litteratur innenfor området og jeg opplever at det har gitt meg svar på en del av det jeg ønsket å undersøke i oppgaven.

Forfatterne av litteraturen jeg har brukt i oppgaven er å regne som anerkjente fagpersoner i

Norge og har bidratt sterkt til at det bli satt fokus på psykiske lidelser blant mennesker med psykisk utviklingshemning.

5.3 Inklusjons kriterier

Når jeg skulle behandle de teorier jeg har valgt var det for det første viktig at dette var skrevet av anerkjent og sentrale forfattere innenfor temaet jeg hadde valgt. Når jeg søkte på internett så valgte jeg bevisst ut kilder som er offentlig anerkjent. Videre så måtte forfatterne være norske.

For å velge ut hva jeg skulle ta med i oppgaven fra de forskjellige forfatterne så beveget jeg meg frem og tilbake mellom de forskjellige temaene og teorien for få en sammenheng.

6.0 Teori

I følge Bunkholdt (2000) er «*teori et systematisk forsøk på å organisere informasjon, forslå forklaringer og gi retning til forskning. Ut fra teorier kan det komme hypoteser, som er antagelser eller «troer», noen vil kalle det kvalifiserte gjetninger om hva en studie vil resultere i. Forskjellige forskningsmetoder vil tas i bruk for å bekrefte eller avkrefte hypotesene*» (Bunkholdt 2000:26).

I denne delen av oppgaven har jeg lest og funnet frem teorier jeg ønsker å bruke i oppgaven. Ut fra valgt tema og problemstillingen har jeg fokusert på å lese teori om diagnosene *lett og moderat psykisk utviklingshemming* samt *angst og depresjoner*. Det har også vært viktig å lese teori om *kognitiv overbelastning* fordi jeg anser dette som relevant med tanke på problemstillingen og drøfting som jeg videre skal foreta.

6.1 Psykisk utviklingshemning

(ICD-10 F70-F79)

I følge ICD- 10 er «*utviklingshemning en tilstand med stagnert eller mangelfull utvikling av evner og funksjonsnivå, som særlig kjennetegnes av svekkede ferdigheter som viser seg i løpet av utviklingsperioden. Dette er ferdigheter som bidrar til det generelle intelligensnivået, som kognitive, språklige, motoriske og sosiale ferdigheter. Utviklingshemning kan forekomme med eller uten andre psykiske eller somatiske lidelser*» (finnkode.ehelse.no).

Psykisk utviklingshemming er et vidt begrep og med mange ulike årsaker og tilstander som gir svært forskjellige funksjonsforstyrrelser. I kodemanualen ICD – 10 er dette kategorisert med seks forskjellige diagnosekoder som beskrevet under:

F70 Lett psykisk utviklingshemming

F71 Moderat psykisk utviklingshemming

F72 Alvorlig psykisk utviklingshemming

F73 Dyp psykisk utviklingshemming

F78 Annen psykisk utviklingshemming

F79 Uspesifisert psykisk utviklingshemming

(finnkode.ehelse.no).

Psykisk utviklingshemming er ikke å regne som en sykdom men «*en utviklingsmessig konsekvens av en heterogen gruppe av medisinske tilstander, genetisk og/eller sosiale faktorer*». De intellektuelle og adaptive vanskene starter som oftest tidlig i livet og alltid i løpet av utviklingen (Gjærum og Grøsvik 2010:206)

6.1.1 Diagnostisering og kartlegging

For å finne tilpasset krav og hvilke forventninger man kan stille til den enkelte bruker er det viktig å kjenne til personens forutsetninger. Diagnosen alene sier ikke noe om funksjonsnivå så det er derfor viktig at brukeren blir utredet og testet med tanke på funksjonsnivå innenfor flere områder.

WHO sitt diagnosesystem ICD-10 har en intelligensbasert inndeling der en skiller mellom mild, moderat, alvorlig og dyp psykisk utviklingshemming der de tre sistnevnte nivåene samlet betegnes som alvorlig psykisk utviklingshemming. Norge bruker ICD-10 i diagnostisering der en fokuserer på psykometrisk måling av evnenivå som grunnlag for diagnose. På denne måten klassifiserer man tilstanden basert på intelligensnivået. Denne metoden for diagnostisering blir fortsatt mye brukt i klinisk arbeid (Gjærum og Grøsvik 2010:209).

Tabellen viser inndeling av psykisk utviklingshemning etter intelligens (IQ).

ICD- 10 Betegnelser	IQ	Vanlig todeling
Lett	50 – 69	Lett
Moderat	35 – 49	Alvorlig
Alvorlig	20 – 34	
Dyp	< 20	

(Gjærum og Grøsvik 2010:210)

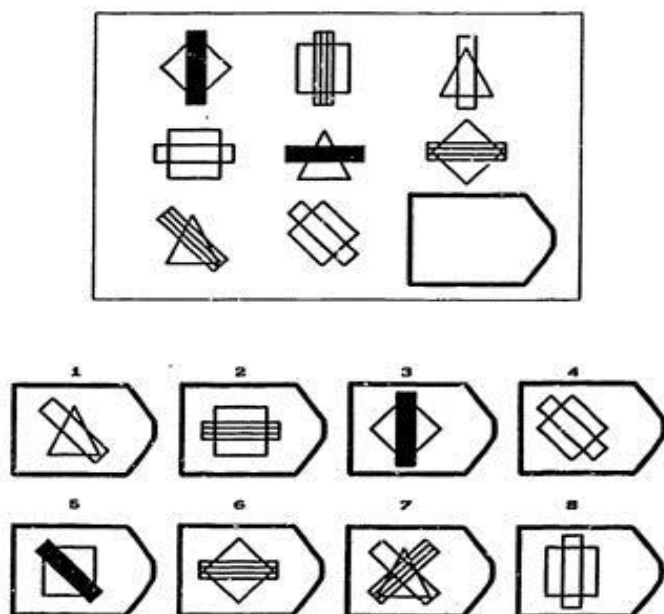
De påpekes fra flere hold innenfor fagmiljøene at en skal være forsiktig med tolkningen av intelligensprøver. Blant annet sier Bukatko og Daehler (1998) at testperson kan skåre lavt dersom en har er lite motivert, er engstelig, dårlig selvtillit eller kommer fra en annen kultur enn den testen er standardisert på. Det sies videre at en bør unngå å sette «merkelapper» på de som skårer lavt da dette kan medføre at forventningene fra omgivelsene blir for lave (Bunkholdt 2000:160).

Det er ulike måter å måle adaptive atferd (daglige aktiviteter som kreves for å klare seg i dagliglivet både personlig og sosialt) og kriteriene kan være forskjellige. En mye brukt kartlegging er Vineland Adaptive Behaviour Scales (Vineland ABS). Den som brukes i Norge er Vineland II som ble publisert i 2005 med skandinaviske tilpasning og normering. Testen er utgitt i tre versjoner med et intervju skjema, spørreskjema for foreldre og et lærerskjema. Det blir videre gjort vurderinger av adaptiv atferd innenfor fire brede domener for aldersgruppen 2 til 21 år på områdene *kommunikasjon, dagliglivets ferdigheter, sosiale ferdigheter og motorikk* (psyktestbarn.no).

Psykolog David Wechsler utviklet på 1930 tallet en intelligenstest som var beregnet for voksne mennesker. Testen ble svært anerkjente og senere revidert og videreutviklet for å nå flere aldergrupper. Disse testene kjenner vi i dag som intelligenstestene WICH (Wechsler Intelligence Scale for Children) og WAIS (Wechsler Adult Intelligence Scale). Deler av begge disse testene krever verbale evner til å forstå og løse oppgaver samt en del praktisk pregede oppgaver. Når man sammenfatter resultatet av de to oppgavene får man

personens IQ (Bunkholdt 2000:159). I senere tid har det kommet en tredje utgave som kalles WPPSI (Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence). Denne testen er beregnet på småbarn og barn i forskole/barnehage.

En annen kjent test er den non-verbale prøve som kalles *Ravens Progressive Matriser*. Dette er prøver som består av å fullføre matriser der alle firkantene bortsett fra en er fylt etter et bestemt system. Når testperson har forstått hvilke prinsipp som er brukt på de enkelte arkene kan person velge den firkanten som mangler ut fra flere alternativ (Bunkholdt 2000:159).



Et eksempel på *Ravens Progressive Matriser*.

Bildet er hentet fra internett (highiqpro.com)

Fordelen med non-verbale prøver er i liten grad er betinget kulturen det testes i og den favorittseirer ikke de som er skoleflinke (Bunkholdt 2000:160).

Tabellen viser inndeling av psykisk utviklingshemning etter intelligens (IQ) og hvilke mental alder inndelingen gir.

ICD -10 betegnelse	IQ	(MA) Mental alder
Lett mental retardasjon	50 – 70	9 - 12 år
Moderat retardasjon	35 – 50	6 – 9 år
Alvorlig retardasjon	20 – 35	3 – 6 år
Dyp retardasjon	< 20	< 3 år

(Universitetssykehuset i Nord- Norge HF – Harstad. 2009. Arve Kristiansen)

6.1.2 Lett psykisk utviklingshemming

(ICD -10 F70)

Diagnose: *Lett utviklingshemming.*

IQ nivå: Mellom 50 - 69

MA: Mellom 9 – 12 år

Noen av retningslinjene for å stille diagnosen:

- Forståelse og bruk av språket synes å være forsinket i skiftende grad
- Taleproblemer som forstyrrer selvstendighetsutviklingen.
- En organisk etiologi er identifiserbar hos bare et mindretall av individene.
- Tilknyttede tilstander som opptrer sammen med psykisk utviklingshemming, som autisme, andre utviklingsforstyrrelser, epilepsi, atferdsforstyrrelser eller alvorlig fysisk uførhet, blir funnet i varierende grad. Hvis slike lidelser foreligger, skal de kodes for seg (finnkode.ehelse.no).

Kognitive utfordringer og vansker

Ut fra de kliniske beskrivelsene og diagnostiske retningslinjene i ICD -10 vil mennesker med lett psykisk utviklingshemming ha en senere språkutvikling enn gjennomsnittet. De fleste oppnår likevel tilstrekkelig språk til å kunne delta i samtaler og engasjere seg i klinisk intervju. De kan allikevel ha vansker med det som blir kalles *overflatespråk*, som innebærer at de har bedre ekspressivt språk enn reseptivt. Brukeren kan være aktivt med i samtaler men har ofte mistet viktig informasjon underveis fordi en ikke har forstått begrep og ord som har blitt brukt. Dette kan medføre vansker i kommunikasjon fordi omgivelsene overvurderer brukerens evne til å forstå det som blir formidlet og det kan dermed oppstå misforståelser. (Melgård 2000:23). Overvurderingen av språkferdigheter kan lett overføres til å gjelde andre områder slik at brukeren blir utsatt for en generell overvurdering. Dette kan ses på som et misforhold mellom krav og evne til mestring som videre kan ses på som en belastningsfaktor.

Når det gjelder evne til egenomsorg som å spise selv, ta vare på personlig hygiene, påkledning, kontroll over tarm og blære, samt praktiske og huslige ferdigheter er utviklingen betydelig forsinket.

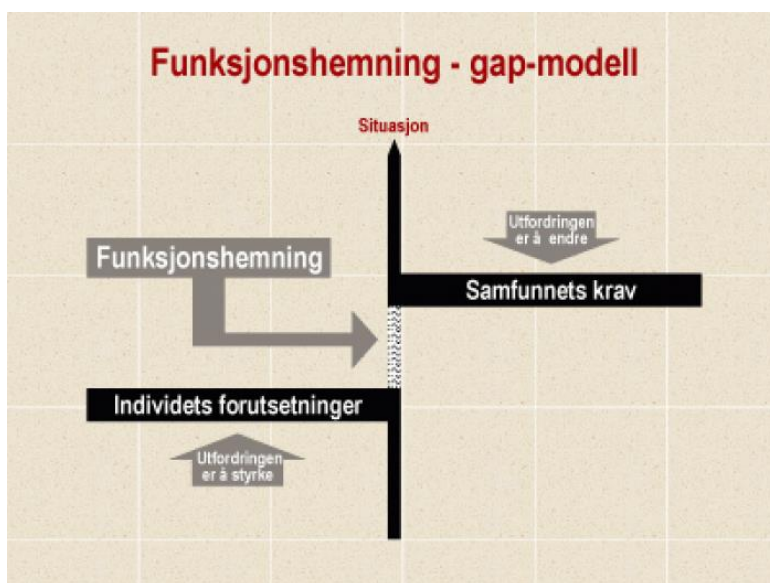
Teoretisk skolearbeid kan være utfordrende, særlig med tanke på lese- og skriveferdigheter, men tilpasset opplæring og undervisning kan gi mulighet for økt utvikling på området. De fleste med denne diagnosen vil kunne delta i arbeidslivet ved å utføre oppgaver som er mer praktisk enn teoretisk krevende.

De mest vanlige problemene som oppstår hos mennesker med lett utviklingshemming er knytt til atferd, følelser og sosialt. Følelsesmessig og sosial umodenhet vil gi vansker med å håndtere kravene som for eksempel følger med ekteskap og barneoppdragelse. Det kan også være vanskelig å tilpasse seg samfunnets forventninger og kulturelle tradisjoner (finnkode.ehelse.no).

Evnen til utholdenhet og oppmerksomhet er nedsatt hos mennesker med psykisk utviklingshemning generelt. Dette medfører vansker med å utføre oppgaver som krever vedvarende oppmerksomhet. Kapasitet og evne til å ta imot informasjon går saktere enn hos mennesker ellers og brukeren har vansker med å ta imot og bearbeide informasjon (Melgård 2000:23).

«Klinisk erfaring viser at mennesker med utviklingshemning gjennomgående blir overvurdert av kognitivt av nærpersoner de kjenner godt. Krav og forventninger som klienten ikke har forutsetninger til å møte, vil representere en stor belastning» (Bakken 2011:37).

Som en illustrasjon på dette har jeg lagt ved Gap –modellen. Denne viser kravet fra samfunnet på den ene siden og individets forutsetninger på den andre. Gapet som blir mellom disse utgjør en funksjonshemning. For å minske gapet må brukeren styrkes gjennom blant annet opplæring samtidig som omgivelsene må endre krav og rammebetingelsene (Helsekompetanse.no).



(GAP – modellen. Helsekompetanse.no)

6.1.3 Moderat psykisk utviklingshemming

(ICD -10 F71)

Diagnose: *Moderat psykisk utviklingshemming*

IQ-nivå: Mellom 35 -49.

MA: Mellom 6 – 9 år.

Noen av retningslinjer for å stille diagnosen:

- Ulike visuo-spatiale ferdighetsnivåer med varierende grad av språklige ferdigheter.
- Organisk etiologi (årsak) kan observeres hos de fleste mennesker med moderat psykisk utviklingshemming.
- Epilepsi, nevrologisk og fysisk dysfunksjon er vanlig.
- Andre psykiatriske tilstander kan forekomme, men på grunn av begrenset språknivået kan diagnostiseringen være vanskelig. Alle slike tilknyttede lidelser skal kodes for seg (finnkode.ehelse.no).

Kognitive utfordringer og vansker

Som beskrevet i ICD-10 har mennesker med moderat utviklingshemming sent utviklet språk og har vansker både med det reseptive og ekspressive språket. Noen lærer aldri å bruke språket, men kan bruke ASK (alternativ supplerende kommunikasjon) for å kompensere for språkvansken. Andre kan delta i enkle samtaler, mens noe bare kan uttrykke grunnleggende behov. Motoriske ferdigheter og evne til egenpleie er også lite utviklet og noen trenger tilsyn hele livet. Mange viser begrenset utvikling i skolearbeid, men kan gis mulighet til utvikling gjennom tilrettelagt undervisning. Andre har grunnleggende ferdighetene som trengs for å lese, skrive og telle.

Gjennom tilrettelegging av kompetente tjenesteytere kan enkelt praktisk arbeid vanligvis utføres. De fleste er fullt mobile og fysisk aktive, og har ferdigheter til å kommunisere, viser evne til å utvikle relasjoner og delta i enkle sosiale aktiviteter (finnkode.ehelse.no).

6.1.4 Årsak og forekomst

Det er estimert mer enn 200 forskjellige årsaker til organisk betinget utviklingshemning men det er ikke alltid man finner årsaken. Ved årsakestudier til utviklingshemning skiller man mellom lett og alvorlig psykisk utviklingshemning. Det er også interessant å vite om skaden oppstod før, under eller etterfødsel (Gjærum og Grøsvik 2010:215)

Anslagsvis tror man at ca. 25 til 50 prosent av alle utviklingshemmede har kjent organisk årsak, mens 50 til 75 prosent er av ukjent etiologi. Noen ganger ser man at flere i samme familie har psykisk utviklingshemning av ukjent etiologi. I følge Zigler og Hodapp (1991) kan utviklingshemningen henge sammen med polygenetiske faktorer (knyttet til flere gener) eller av miljømessige faktorer (Melgård 2000:18).

I ca. 60 prosent av tilfellene med alvorlig psykisk utviklingshemning har skaden oppstått som følge av uheldig påvirkning i sentralnervesystemet i løpet av de 28 første ukene av svangerskapet. Disse såkalte prenatale (tidlig i hjernens utvikling) årsaksfaktorene kan være genetiske som kromosomfeil, enkeltgenfeil eller mikrolelesjoner (manglende biter av kromosomer). Andre årsaker kan være infeksjoner i svangerskapet eller at den gravide har brukt toksiske stoff som for eksempel alkohol, men også tilfeller der det er flere årsaker eller er ukjent etiologi (Gjærum og Grøsvik 2010:215).

Fosteret kan også være sårbart etter uke 28. Helt frem til uke 4 etter fødsel kan det blant annet oppstå infeksjoner i sentralnervesystemet, underernæring av fosteret, surstoffmangel (hypoksi), for tidlig fødsel (prematuritet) som kan medføre ulike grader av psykisk utviklingshemning (Gjærum og Grøsvik 2010:216).

I en oversiktsartikkel av McLarens og Bryson (1987) fremkommer det at en kunne påvise etiologien hos 20 til 40 prosent de med lett utviklingshemning og 60 til 80 prosent av de med alvorlig utviklingshemning. En annen undersøkelse av barn født rundt 1970, utførte i Finland av Matilainen og Airaksinen m.fl (1995) viste at etiologien kunne påvises hos 77 prosent av barna med en alvorlig utviklingshemning mens hos de som var lettere utviklingshemmet kun 28 prosent (Gjærum og Grøsvik 2010:215)

Det er vanskelig å fastsette hvor stor prosent av befolkningen som har en eller annen form for psykisk utviklingshemning og særlig er diagnosen lett utviklingshemning vanskelig å fastslå. Undersøkelsene som har blitt gjennomført har gitt ulike prevalenstall på grunn av ulik populasjon og ulik undersøkelsesmetoder, men når man ser på gruppen mennesker

psykisk utviklingshemmede i sin helhet er der en overrepresentasjon av de som har IQ mellom 50 til 70 av ukjent etiologi (Melgård 2000:18).

I følge rundskriv fra helse –og sosialdepartementet i 1999, var antall registrerte psykisk utviklingshemmede i Norge da på 19 699 personer som utgjorde 4,4 promille av Norges befolkning. Hvor mange som faktisk har en psykisk utviklingshemning er vanskelig å kartlegge fordi flere av de som er lett utviklingshemmet klarer seg uten større hjelpetiltak og dermed ikke blir registrert som vesentlig hjelpetrengende. Det sannsynlige tallet på personer med psykisk utviklingshemning, med vesentlige hjelpebehov, er estimert til ca. 40 000 personer (Melgård 2000:14). Ulike studier viser at andelen av moderat til dyp utviklingshemning ligger på jevnt ca. 3 til 4 promille av befolkningen, mens andel personer med lett utviklingshemning gir svært variable tall. Dette henger kanskje sammen med at ulike miljøer har ulike tradisjoner og behov for å diagnostisere mennesker som skiller seg ut fra resten av befolkningen eller forskjeller i krav og forventninger i miljøet person ferdes i (Melgård 2000:15).

6.2 Psykiske lidelser

Ved diagnostisering innenfor psykisk helse brukes diagnosemanualen ICD - 10 (Eknes 2000:35).

Det finnes ingen god forklaring på hva psykiske lidelser er og hvordan det skiller seg fra, eller ligner på, fysiske sykdommer. Kropp og sjel kan ses på som en helhet som er uløselig vevd sammen og utgjør hele mennesket (Snoek og Engedal 2012:26).

Mennesker med psykisk utviklingshemning er ikke skånet for psykiske lidelser, heller tvert imot. Undersøkelser viser at de er tre ganger mer utsatt for å utvikle psykiske lidelser enn resten av befolkningen (Eknes 2011:93)

I følge Dosen (1993) og Meins (1994) har de med alvorlig utviklingshemning størst risiko for å utvikle psykiske lidelser. Der finnes noen få motstridende undersøkelser som hevder det motsatte (Eknes 2011:94).

6.2.1 Affektive lidelser (stemningslidelser)

(ICD-10 F30- F39)

Affektive lidelser er en samlebetegnelse på flere ulike tilstander og omhandler forstyrrelser med endringer i stemningsleie eller affekter. Dette viser seg som oftest som depresjoner, med eller uten angst, eller hevet stemningsleie og aktivitetsnivå. Vanskelige og krevende hendelser kan utøse enkeltepisoder men man ser også at disse lidelsene kan være tilbakevendende (finnkode.ehelse.no).

F30 Manisk episode

F31 Bipolar affektiv lidelse

F32 Depressiv episode

F33 Tilbakevendende depressive lidelse

F34 Vedvarende affektive lidelser

F38 Andre affektive lidelser

F39 Uspesifikke lidelser

(finnkode.ehelse.no).

6.2.1.1 Depressiv episode

(ICD-10 F32)

Depressive episoder er inndelt i tre de tre typene *mild, moderat og alvorlig*, og gir lidelser som depressivt stemningsleie, interesse- og gledesløshet. Energitap som gir tretthetsfølelse selv ved lette anstrengelser og redusert aktivitetsnivå er også vanlig (finnkode.ehelse.no).

Andre symptomer er:

- redusert konsentrasjon og oppmerksomhet
- redusert selvfølelse og selvtillit
- skyldfølelse og mindreverdighetsfølelse (også ved milde episoder)

- triste og pessimistiske tanker om fremtiden
- planer om, eller utføring av, selvskaade eller selvmord
- søvnforstyrrelser
- redusert appetitt

(finnkode.ehelse.no).

Personer med depressiv episode har som oftest et jevnt senket stemningsleie som i liten grad påvirkes av omstendighetene, men kan ha et fast variasjonsmønster gjennom en dag. Særlig hos yngre mennesker er det ikke uvanlig at det kliniske bilde viser tydelige individuelle variasjoner og atypiske sykdomsbilder. Det kan også forkomme at angst og bekymringer blir mer tydelig enn depresjon, og stemningslidelser blir tilslørt av annen atferd som at person er irritabel, bruker rusmidler, opptrer dramatisk og teatralsk. Andre symptomer er tap av interesse for aktiviteter som før var forbundet med glede, sterkere depresjon tidlig på dag og man våkner minst to timer tidligere enn det som har vært vanlig. Det er heller ikke uvanlig at brukeren taper psykomotoriske funksjoner og blir mer passiv. Tap av matlyst gjør at en kan gå merkbart ned i vekt på få uker. Følelser og lyster knytt til begjær og seksuell aktivitet blir svært redusert. Når man skiller mellom milde, moderate og alvorlige depressive episoder blir det foretatt ut fra en komplisert klinisk vurdering av antall symptomer og hvilke type og alvorlighetsgrad disse har (finnkode.ehelse.no)

Et viktig poeng er at *«psykisk utviklingshemming ekskluderer ikke av diagnosen depressiv episode som kan behandles, men kommunikasjonsproblemer gjør at det ofte blir nødvendig å stole mer enn vanlig på diagnosen ut fra objektivt observerte somatiske symptomer, som psykomotorisk retardasjon, appetittmangel og vekttap, og søvnforstyrrelser»* (finnkode.ehelse.no).

6.2.2. Nevrotiske, belastningsrelaterte og somatoforme lidelser

(ICD – 10 F 40 – F48)

Nevrotiske, belastningsrelaterte og somatoforme lidelser er samlet innenfor en stor gruppe. Grunnene til dette er at de tidligere ble forbundet med nevroser, men med stor sannsynlighet har mange av disse lidelsene også en psykologisk årsak. Ved de mindre alvorlige variantene av disse lidelsene er det vanlig med blandede symptomer som for eksempel angst og depresjon (finnkode.ehelse.no).

F40 Fobiske angstlidelser

F41 Andre angstlidelser

F42 Obsessiv-kompulsiv lidelse (tvangslidelse)

F43 Tilpasningsforstyrrelser og reaksjon på alvorlig belastning

F44 Dissosiative lidelser (konversjonslidelser)

F45 Somatoforme lidelser

F48 Andre nevrotiske lidelser

(finnkode.ehelse.no).

6.2.2.1 Fobiske angstlidelse

(F40)

Fobisk angstlidelse blir hovedsakelig fremkalt i visse situasjoner eller av objekter som er utenfor person selv, men som ikke er virkelig farlig. Andres overbevisning om at situasjon er ufarlig har ingen effekt, og bare tanken på å gå inn i situasjon kan fremkalle angst. Konsekvensen blir at person unngår disse situasjonene eller objektene og motsetter seg også å bli eksponert for disse.

Man kan ikke skille mellom fobisk angst og andre angsttyper hverken subjektivt, fysiologisk eller atferdsmessig, og alvorlighetsgraden kan være alt fra lett ubehag til følelsen av skrekk. Person opplever ofte bekymringer på grunn av symptomer som hjertebank, følelsen av å ville besvime, dødsangst, redsel for tap av kontroll eller for å «miste hode å bli gal». Fobisk angst og depresjon henger ofte sammen og under en depressiv episode vil angsten som oftest forverres. Kvinner er overrepresentert på de fleste fobiske lidelser, bortsett fra når det gjelder sosiale fobier (finnkode.ehelse.no).

Angstsymptomer kan deles i tre kategorier *subjektiv opplevelse, kroppslige symptomer og atferdssymptomer*. De subjektive symptomene kan være alt fra følelsen av ubehag til dødsangst, eller at man følelser seg desorientert eller har uvirkelighetsfølelse. Hos utviklingshemmede som har vansker med verbalt språk vil disse symptomene være mer skjult for omgivelsene fordi brukeren ikke har evne til å formidle det man føler (Bakken 2015:127). Kroppslige symptomer som svette, rødming, skjelving, munntørrehet, bekymret eller redsel i ansiktsuttrykket, hyperventilering, utvidede pupiller, kvalme og oppkast kan i noen tilfeller være observerbare, mens noen av symptomene kan også være skjult. Eksempel på mer skjulte symptomer kan være hjertebank, svimmelhet, spenningshodepine og muskelsmerter i skuldre og rygg. Atferdssymptomer som uro, vandring, irritasjon, sinne kan være et uttrykk for angst. Dersom person viser atferd som *flukt, unngåelse* og *fastfrysing* (stivner og klarer ikke å røre seg) er det et uttalt behov for utredning med tanke på indikasjoner på angstlidelse (Bakken 2015:127).

6.2.3 Årsak og forekomst

Depresjon

Det er flere fellestrekk mellom årsaker og sammenhenger til psykiske lidelser blant mennesker med utviklingshemning og den øvrige befolkningen. Arv og miljø ser ut til å ha en viss påvirkning. Blant annet så er det registrert oftere stemningslidelser i familiene til de som har autisme enn hos andre (Eknes 2006 :162). Andre vesentlige faktorer som kan gi depresjoner er miljøfaktorer som for eksempel dødsfall, brudd eller konflikter i nære relasjoner og/eller misforhold mellom krav og kompetanse/mestring.

Mest uttalte sårbarhetsfaktoren er allikevel ensomhet og kvalitet på sosiale relasjoner. Reiss og Benson (1985) gjennomførte en undersøkelse blant voksne med psykisk utviklingshemning og fant en signifikant sammenheng mellom mangel på sosialt nettverk og utviklingen av depresjoner (Eknes 2006 :163). Brukere som hadde gode og nære relasjoner hadde dermed bedre tilgang på støtte i vanskelige situasjoner, noe som gav opplevelsen av bedre livskvalitet. Undersøkelsen viste også at brukerne som opplevde sosial støtte ble mer robuste og tålte mer belastning uten at de utviklet psykiske vansker (Eknes 2006 :164).

Andre faktorer som kan påvirke psykisk helse er selvbilde. Det er foretatt undersøkelser blant mennesker med lett og moderat utviklingshemning og depresjoner der resultatet viser en økt forekomst av depresjoner hos de med lavt selvbilde. (Eknes 2006 :164).

Lært hjelpeløshet er også en årsak til depresjoner blant mennesker med psykisk utviklingshemning. Studier viser at brukere som gjentatte ganger hadde erfart at de ikke kunne gjøre noe hverken positivt eller negativt i en vanskelig situasjon i livet, ble passive med tanke på å forebygge eller påvirke utviklingen av depresjoner (Eknes 2006 :165).

Somatiske sykdommer som enkelte epilepsiformer og andre nevrologiske plager kan gi økt risiko for depresjoner. Dette er viktig å være klar over med tanke på at mennesker med psykisk utviklingshemning er utsatt for tilleggs lidelser som epilepsi (Eknes 2006 :166).

Angst

I følge Lepine (2002) viser undersøkelser at 5 prosent av befolkningen har angstlidelser og at andre psykiske lidelser som for eksempel depresjoner ofte opptrer samtidig. Personer med psykisk utviklingshemning er overrepresentert, og rapporter viser til at mellom 10 og 30 prosent har angstlidelser (Bakken 2015:126). Hos denne gruppen kan angst komme til uttrykk på en annen måte enn hos resten av befolkningen, noe som henger sammen med den kognitive funksjonshemningen. Uvanlig og spesiell atferd og atferdsmønstre hos en person kan for eksempel oppfattes som nedstemthet, stahet eller manipulerende atferd mens det egentlig er et uttrykk for angst. Slike atypiske angssymptomer som dette kalles *idiosynkrasier* (særegent for personen eller gruppen) og gjør at angst kan bli vanskeligere å oppdage (Bakken 2015:128). Andre uttrykksmåter for angst kan være aggressivitet, roping, gråt, selvskading, tilbaketrekning eller klengete væremåte (Bakken 2015:127).

6.2.4 Kognitiv overbelastning

Mennesker med psykisk utviklingshemning er sårbare for kognitiv overbelastning. Dette henger sammen med at omgivelsene ikke tar tilstrekkelig hensyn til at de ofte har svekkelser i *eksekutive funksjoner* og *oppmerksomhetssystemet*.

Eksekutive funksjoner kan forklares som: «*en form for overordnet tenkesystem som skal koordinere og regulere tidligere erfaringer, nye inntrykk, gjøre vurderinger og ta i bruk ressurser fra systemer som trengs i øyeblikket*» (Wigaard 2015:44).

Oppmerksomhetssystemet, også kalt *oppmerksomhetsfunksjon*, handler blant annet om arbeidsminne og arbeidshukommelse. Dette er viktige funksjoner med tanke på å kunne ta raske vurderinger på hva som er relevant og ikke, hente frem det en kan fra før og klare å fokusere på det man skal gjøre i en situasjon (Wigaard 2015:44).

Personer med utviklingshemning har som tidligere nevnt kognitive vansker av ulik grad. Med stor sannsynlighet opplever flere å daglig stå i situasjoner de ikke forstår eller klarer å vurdere. Mange har også språkvansker som gjør at de ikke klarer å si ifra om hva de trenger. Slike situasjoner kan medføre tap av kontroll og oversikt som igjen danner grunnlaget for angst. Krav og forventninger som ikke er tilpasset funksjonsnivået kan føre til overbelastning, det samme gjelder stress som går over tid (Kaggestad og Wigaard 2011:80). I følge Wigaard (2015) er «både det å trene på noe, og å skulle bruke det en har trent på er kognitiv belastende og øker sårbarheten for overbelastning» (Wigaard 2015:48).

Kognitiv overbelastning kan oppdages ved at brukeren har funksjonsfall og ikke lenger klarer å utføre oppgaver som tidligere gikk greit (Wigaard 2015:49). Andre tegn på overbelastning kan være økt aktivitet, uro, nedstemthet, energitap, hodesmerter eller vegring. Det er viktig at brukeren blir nærmere utredet dersom man har mistanke om kognitiv overbelastning.

7.0 Drøfting

I denne delen av oppgaven skal jeg forsøke å svare på problemstillingen min: «*Hvordan kan angst og depresjoner arte seg hos mennesker med moderat og lett psykisk utviklingshemning*». Dette vil jeg gjøre ved å trekke inn teori som jeg har presentert i teoridelen av oppgaven.

Jeg vil se på funksjonsvanskene diagnosene lett og moderat psykisk utviklingshemning kan medføre og drøfte dette opp mot hvordan angst og depresjon kan komme til uttrykk.

Jeg vil understreke at jeg er bevisst på at denne oppgaven ikke kan påvise noen klare årsakssammenhenger. Det vil være individuelle forskjeller på i hvilken grad mennesker er sårbare for å utvikle psykiske vansker, uavhengig av intelligensnivå. Påvirkning av andre ulike sykdommer eller livshendelser kan også gi psykiske vansker som ikke er nevnt i oppgaven.

7.1 Angst og depresjon ved lett og moderat utviklingshemning.

Mennesker med lett psykisk utviklingshemning kan være vanskelig å «identifiserer» fordi de kan klare seg selv tilsynelatende greit i hverdagen. I følge Melgård (2000) er spesielt lett utviklingshemning en stor gruppe som er overrepresentert når man ser på forekomst av psykisk utviklingshemning generelt, og mange er overvurdert eller kan mangle diagnose. Undersøkelser viser at hos de med lett utviklingshemning kunne etiologien påvises bare hos ca. 30 prosent (Melgård 2000:18).

Den kognitive svikten lett utviklingshemning medfører, kan gi vansker med å håndtere de krav og forventninger samfunnet stiller til de. Utfordringene vil være individuelle, men ulike tester og undersøkelser viser at de mest uttalte vanskene oppstår i forhold til teoretiske skolefag, manglende språkferdigheter, samt sosial og følelsesmessig umodenhet. Språkvanskene omhandler både det å forstå begrep og ord, samt kapasitet og evne til å ta imot informasjon og bearbeide det som blir formidlet til en (Melgård 2000:23).

Hos de fleste viser vanskene seg tidlig i barneårene og blir mer fremtredende etter skolealder, og øker ofte i takt med alder og skoletrinn. Som det fremkommer i diagnosekriteriene i ICD-10 har personer med lett utviklingshemning vansker i blant annet teoretisk fag, som for eksempel i lese- og skriveferdigheter.

Selv om barnet er svak faglig er det ikke dermed sagt at det blir satt i gang tiltak. Som Gjærum (1993) skriver så viser det seg at elever som oppfattes som svake, men ellers rolige og uten nevneverdige atferdsvansker, kan stå i fare for å ikke bli utredet og dermed ikke få den støtten de trenger. Konsekvensene av dette kan være at disse elevene får følelsen av å være tapere som igjen kan gi lav selvtillit og selvfølelse (Snoek og Engedal 2008:141). Dette er viktig å legge merke til nettopp fordi selvtillit og lav selvfølelse gir «grobunn» for å utvikle blant annet depresjon og angst.

Dette underbygges gjennom studier utført av Dagnan og Sandbu (1999) der de undersøkte selvbilde hos mennesker med lett og moderat psykisk utviklingshemning som hadde depresjon. Resultatet viste at det var langt høyere forekomst av depresjoner hos de med lavt selvbilde (Eknes 2006 :164). Dersom man også tar med i betraktningen at depresjoner også kan gi vansker med konsentrasjon og oppmerksomhet så vil elever som er i denne situasjon ha en vanskelig skolehverdag.

Disse faktoren kan samlet sett gi risiko og sårbarhet for å utvikle flere psykiske vansker. For elevene dette måtte gjelde vil det være viktig med tidlig intervensjon for å forebygge slike lidelser. Både helsesøstre, barnehager og skolene vil være viktige aktører som kanskje trenger å øke kunnskap om hvordan man kan oppdage slike vansker.

Andre faktorer som kan føre til depresjoner er miljøfaktorer som for eksempel brudd i nære relasjoner (ICD-10). I den kommunale tjenesten tilstreber man ofte å organisere mindre team rundt hver enkelt bruker slik at de skal forholde seg til færrest mulig tjenesteytere. Dette er med å legge forholdene til rette for bedre tilknytning og mulighet for å bygge nære relasjoner mellom brukeren og tjenesteyterne. De aller fleste brukere har også en primærkontakt som skal ha oversikt og ivareta behovet til bruker spesielt. Det er lett å tenke seg at primærkontakten har stor innflytelse på brukerens liv noe som gjør at det kan oppstå nære relasjoner og sterk tilknytning. Dette kan også handle om at brukeren er prisgitt tjenesteyteren og føler et avhengighetsforhold. Hva når primærkontakt avslutter arbeidsforholdet med arbeidsgiver? Trolig vil brukeren oppleve dette som brudd i nære

relasjoner og kan dermed bli sårbar for å utvikle depresjon. Slike miljøfaktorer er utfordrende å gjøre noe med når brukeren er avhengig av hjelp fra andre.

Mennesker med lett utviklingshemning kan ha et tilsynelatende normalt utviklet språk og kan delta aktivt i en samtale. Fordi det ekspressive språket ofte er bedre enn det reseptive kan det resultere i en overvurdering av brukeren. I følge Melgård (2000) kan en slik overvurdering gjøre at viktig informasjon blir borte underveis i samtalen.

Fordi person kanskje er usikker og har lavt selvbilde så spør man kanskje ikke hva det betyr og later heller som man forstår. I etterkant kan det oppstå misforståelser som kan gjøre at brukeren opplever kritikk og negative tilbakemeldinger fordi en har «gjort feil». Dette vil igjen påvirke selvbilde i enda mer negativ retning.

Lignende vansker kan oppstå dersom brukeren har depresjon eller angst. Mangel på ordforråd og forståelsen av begrep kan gjøre at brukeren har vansker med å fortelle hva man føler eller er redd for. Konsekvensen kan bli at følelsene kommer til uttrykk på andre måter som for eksempel aggressivitet, roping, gråt, selvskading, tilbaketrekning eller klengete væremåte (Bakken 2015:127). Det er svært viktig at omgivelsene er observant med tanke på atferdsmessige – eller kroppslige symptomer.

Overvurderingen av språkferdigheter kan lett overføres til å gjelde andre områder slik at brukeren blir utsatt for en generell overvurdering. Dette kan føre til at kravene fra omgivelsen blir for store i forhold til både kapasitet og mestring. Dette misforholdet vil være svært belastende over tid og kan gi psykiske lidelser som både depresjon og angst.

Mennesker med moderat utviklingshemning har større språkvansker enn de med lett utviklingshemning noe som gjør at de kan ha store vansker med å fortelle hvordan de har det. Dette kan komplisere diagnostiseringen.

Psykiske utviklingshemmede har som andre mennesker et energinivå som kan variere fra dag til dag, Dette blir ofte ikke tatt tilstrekkelig hensyn til fordi man gjerne lager dags- og ukeplaner for å tilrettelegge med tanke på struktur og forutsigbarhet. Dette gjør at samme kravene blir stilt dag etter dag uten å ta hensyn til dagsform. Dersom brukeren da har en uidentifisert depresjon vil dette føre til overbelastning. Årsaken til dette er blant annet at

depresjon i seg selv fører til funksjonsfeil og når dette ikke blir tatt hensyn til belastning svært stor.

Flere av de som er utviklingshemmet kan ha vansker med å skaffe seg venner og kvalitativt sosialt nettverk, og mange er derfor ensomme. Ensomhet kan gi nedstemthet og over tid vil det trolig utvikle seg til depresjoner.

Gjennom undersøkelse har det vist seg at blant voksne med psykisk utviklingshemning er det en signifikant sammenheng mellom mangel på sosialt nettverk og utviklingen av depresjoner (Eknes 2006 :163).

8.0 Konklusjon og avslutning

Gjennom arbeidet med denne Bacheloroppgaven har jeg fått større innsikt i vanskene mennesker med lett og moderat utviklingshemning kan oppleve i hverdagen.

Under drøftingen opplevde jeg at det var glidende overganger av forekomsten mellom depresjon og angst både ved lett og moderat ut utviklingslinsghemning.

Jeg ser at mennesker med lett og moderat utviklingshemning er mer sårbare for psykiske vansker enn jeg først hadde antatt og at kunnskap om dette bør heves i hjelpeapparatet.

Litteraturliste

Boklitteratur.

Bakken, Trine Lise. (2015). *Utviklingshemning og hverdagsvansker. Faktorer som påvirker psykisk helse*. 1 utg. Oslo: Gyldendals Akademiske.

Bakken, Trine Lise og Mette Egelund Olsen. (red.). (2012). *Psykiske lidelser hos voksne personer med utviklingshemning. Forståelse og behandling*. Oslo: Universitetsforlaget AS.

Bakken, Tine Lise. (2011). *Samhandling med og uten ord. Miljøbehandling for mennesker med utviklingshemning og psykiske lidelser*. 1 utg. Stavanger: Hertervig Forlag.

Bunkholdt, Vigdis. (2000). *Utviklingspsykologi*. 2 utg. Oslo: Universitetsforlaget.

Dalland, Olav. (2007) *Metode og oppgaveskriving for studenter*. 4 utg. Oslo: Gyldendal

Eknes, Jarle (red.). (2000). *Utviklingshemning og psykisk helse*. Universitetsforlaget.

Gjærum, Bente og Bjørn Ellertsen (red.). (2010). *Hjerne og atferd. Utviklingsforstyrrelser hos barn og ungdom i et nevrobiologisk perspektiv*. 2 utg. Oslo: Gyldendals Akademiske.

Gjærum, Bente og Kjellaug Grøsvik. (2010). *Psykisk utviklingshemning/mental retardasjon*. I: Bente Gjærum og Bjørn Ellertsen (red.). *Hjerne og atferd. Utviklingsforstyrrelser hos barn og ungdom i et nevrobiologisk perspektiv*. 2 utg. Oslo: Gyldendals Akademiske.

Helgesen, Leif A. (2011). *Menneskets dimensjoner. Lærebok i psykologi*. 2 utg. Kristiansand: Høyskoleforlaget AS.

Kaggestad, Åse Albjerck og Elisabeth Wigaard. (2011). *Miljøbehandling ved angst*. I: Trine Lise Bakken (red.). *Samhandling med og uten ord. Miljøbehandling for mennesker med utviklingshemning og psykiske lidelser*. 1 utg. Stavanger: Hertervig Forlag.

Melgård, Torhild. (2000). *Utviklingshemning*. I: Jarle Eknes (red.). *Utviklingshemning og psykisk helse*. Universitetsforlaget.

Røkenes, Odd Harald og Per-Halvard Hansen. (2012). *Bære eller briste. Kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker*. 3 utg. Bergen: Fagbokforlaget.

Snoek, Jannike Engelstad og Knut Engedal. (2008). *Psykiatrici. Kunnskap. Forståelse. Utfordringer*. 3 utg. Akribe Forlag

.

Wigaard, Elisabeth. (2015). *Kognitiv overbelastning*. I: Trine Lise Bakken (red). *Utviklingshemning og hverdagsvansker. Faktorer som påvirker psykisk helse*. 1 utg. Oslo: Gyldendals Akademiske.

Selvvalgt litteratur:

Bakken, Trine Lise. (2015). *Utviklingshemning og hverdagsvansker. Faktorer som påvirker psykisk helse*. 1 utg. Oslo: Gyldendals Akademiske.

Bakken, Trine Lise og Mette Egelund Olsen. (red). (2012). *Psykiske lidelser hos voksne personer med utviklingshemning. Forståelse og behandling*. Oslo: Universitetsforlaget AS.

Bakken, Tine Lise. (2011). *Samhandling med og uten ord. Miljøbehandling for mennesker med utviklingshemning og psykiske lidelser*. 1 utg. Stavanger: Hertervig Forlag.

Kaggestad, Åse Albjerk og Elisabeth Wigaard. (2011). *Miljøbehandling ved angst*. I: Trine Lise Bakken (red.). *Samhandling med og uten ord. Miljøbehandling for mennesker med utviklingshemning og psykiske lidelser*. 1 utg. Stavanger: Hertervig Forlag.

Melgård, Torhild. (2000). *Utviklingshemning*. I: Jarle Eknes (red.). *Utviklingshemning og psykisk helse*. Universitetsforlaget

Internett:

Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)

https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30#KAPITTEL_3 (lest 22.04.2016)

Norsk forening for utviklingshemmede

<http://www.nfunorge.org/no/Om-NFU/NFU-bloggen/Omfanget-av-utviklingshemning/>

(lest 22.04.2016)

Elektronisk søkeverktøy ICD- 10, 10.revisjon- 2016, direktoratet for e-helse. Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer

<https://finnkode.ehelse.no/#icd10/0/0/0/-1> (lest 24.04.2016)

GAP- modellen. Helsekompetanse.no

<http://kurs.helsekompetanse.no/hverdagsrehabilitering/43138> - lest 02.05.2016

Regionsenter for barn og unges psykisk helse. Helseregion øst og sør. (Vineland Adaptive Behavior Scales)

<http://www.psyktestbarn.no/CMS/ptb.nsf/pages/vineland> - lest 04.05.2016

Ravens Progressive Matriser

<http://www.highiqpro.com/solve-matrices-iq-problems> - lest 05.05.2016

Universitetssykehuset Nord-Norge HF

<http://www.helse->

[nord.no/getfile.php/RHF%20INTER/Prosjekter/Kronikersatsingen/psykisk%20utvh%20A%20Kristiansen.pdf](http://www.helse-nord.no/getfile.php/RHF%20INTER/Prosjekter/Kronikersatsingen/psykisk%20utvh%20A%20Kristiansen.pdf) – lest 05.05.2016