

# BACHELOROPPGÅVE

**Kva behandlingstilbod får vaksne menneske med psykisk utviklingshemning for sine psykiske vanskar?**

**Av**

**Åse-Marit Nyland  
Kand.nr. 8**

Vernepleie deltid, Bachelorstudium

BSV5 - 300

20.11.2013



## Innholdsliste

<b>1</b>	<b>Introduksjon; Mi før-forståing.....</b>	<b>3</b>
1.1	Innleiing.....	3
<b>2</b>	<b>Metode.....</b>	<b>4</b>
2.1	Litteratur og kjeldekritikk.....	5
2.2	Presentasjon av artiklane .....	5
<b>3</b>	<b>Strukturen i oppgåva .....</b>	<b>7</b>
<b>4</b>	<b>Psykisk utviklingshemning .....</b>	<b>7</b>
4.1	Diagnostiske kriterier.....	8
4.1.1	Førekost av psykisk utviklingshemning.....	9
4.1.2	Årsaker til psykisk utviklingshemning .....	9
<b>5</b>	<b>Psykiske vanskar hos vaksne menneske med utviklingshemning .....</b>	<b>10</b>
5.1	Diagnostisere psykiske vanskar .....	12
5.1.1	Diagnostisk overskygging .....	13
5.1.2	Førekost av psykiske vanskar hjå befolkninga .....	14
5.1.3	Årsaker til psykisk sjukdom blant menneske med utviklingshemning .....	15
<b>6</b>	<b>Livskvalitet, subjektiv og objektiv .....</b>	<b>16</b>
6.1	Kva kan ubehandla psykisk sjukdom føre til? .....	17
6.1.1	Konsekvensar for den vaksne delen av befolkninga.....	18
<b>7</b>	<b>Presentasjon og drøfting av hovudfunn i behandlingstilbod .....</b>	<b>19</b>
7.1	Funn 1 - <i>Terapi som givande for menneske med utviklingshemning</i> .....	19
7.2	Funn 2 - <i>Høg bruk av psykofarmaka</i> .....	22
7.3	Funn 3 - <i>Store utfordringar for folkehelsa</i> .....	22
7.4	Funn 4 - <i>Store variasjonar i behandlingstilbod mellom ulike omsorgsmiljø og kommunar</i> .....	23
7.5	Funn 5 - <i>Barrierar som må takast hand om innan psykisk helsevern</i> .....	24
7.6	Funn 6 - <i>Klassifisering av normal åtferd i psykiske vanskar</i> .....	25
<b>8</b>	<b>Oppsummerande drøfting som avslutning.....</b>	<b>26</b>
	<b>Litteraturliste: .....</b>	<b>28</b>

### Vedlegg 1. Søkelogg

### Vedlegg 2. Sjølvvalt litteratur

## 1.0 Introduksjon; Mi før-forståing

Før-forståinga mi har eg frå arbeid i bufellesskap for menneske med utviklingshemning, samt frå tre ulike praksisplassar der eg jobba med barn, unge og vaksne menneske med utviklingshemning. Mange av disse har nesten ikkje verbalt språk. Kroppsspråket er i mange høve deira kommunikasjonsmiddel til omverda. Ein må kjenne disse menneska godt for å klare å tolke kva dei vil og ynskjer. Det er viktig å kunne observere slik at ein merkar endring i åtferd og situasjon så fort som råd, då tidlig behandling for helseplager og anna er minst like viktig for dei som for resten av befolkninga. Kanskje endå viktigare då dei ikkje sjølv klarar å sette ord på det som skjer, noko som ofte kan føre til frustrasjon og utagering for dei. Som fagpersonar må vi kunne formidle situasjonen til disse menneska på ein god måte, og slik at legar og spesialisthelsetenesta kan gi dei den hjelpa dei treng.

Av erfaring har eg sett at nokon får medikamentell behandling for sine psykiske vanskar, og andre viser tydelig teikn på ei eller anna form for psykisk vanske utan å få tilbod om hjelp for den. Nesten ingen eg kjenner til har fått tilbod om samtaleterapi eller kontakt med spesialisthelsetenesta. Problemstillinga *kva behandlingstilbod får vaksne menneske med psykisk utviklingshemning for sine psykiske vanskar?*, har eg valt av di eg ynskjer å undersøke om det er slik i verkelegheita. Eg vil finne ut mest mogelig for å kunne gjere ein god jobb innan feltet når eg er ferdig utdanna vernepleiar.

## 1.1 Innleiing

Fram til ansvarsreforma trådde i kraft på 1990-talet budde dei fleste menneske i Norge som hadde ei utviklingshemning i sentralinstitusjonar. Dei fekk ikkje behandling for sine psykiske vanskar då ein i dei dagar meinte at menneske med utviklingshemning ikkje hadde tankar og kjensler (intelligens) nok til å kunne utvikli psykiske vanskar. Skullerud et. al. (2000) seier at: *personer med lett psykisk utviklingshemning har doblet risiko for psykisk lidelse, mens personer med mer alvorlig utviklingshemning har en risiko som er tre til fem ganger høyere enn vanlig* (Bakken & Olsen, 2012, s. 24). Menneske med utviklingshemning har i nokon høve utfordrande åtferd der dei viser irritasjon og aggressivitet, og kan skade både seg sjølv og andre, og øydelegge alt rundt seg. Dersom ikkje disse får behandling for sine psykiske vanskar kan det i nokon høve føre til at denne åtferda blir forsterka (Eknes, Bakken, Løkke & Mæhle, 2008).

Første del av oppgåva vil eg sei litt om metoden eg har nytta for å finne fram til artiklane som er brukt som kunnskapsgrunnlag for problemstillinga eg har valt. Eg vil og sei litt om strukturen i oppgåva før eg vil gi deg som lesar eit innblikk i kva psykisk utviklingshemning er. Eg vil fortelje deg om diagnostiske kriterier, om førekomst og årsaker til utviklingshemning. Eg vil finne ut korleis psykiske vanskar hos menneske med utviklingshemning er, og korleis dei ulike psykiske vanskaner utartar seg. Eg vil finne ut korleis det er å diagnostisere menneske med psykisk utviklingshemning som har psykiske vanskar. Også her vil eg finne ut førekomst og årsaker til psykisk sjukdom, og legg til eit kapittel om livskvalitet då psykisk sjukdom i dei fleste høve fører til dårlegare livskvalitet. Eg vil finne ut kva ubehandla psykisk sjukdom kan føre til, samt konsekvensar av det å ha ein psykisk sjukdom.

I siste del av oppgåva vil eg presentere og drøfte det eg har funne ut om behandlingstilbod til menneske med utviklingshemning som har psykiske vanskar.

## **2 Metode**

Oppgåva mi er basert på litteraturstudie der eg vil prøve å finne ut kva tidligare forskning seier i høve problemstillinga eg har valt. Dette fell inn under kvalitativ metode. Eg har valt å bruke vitenskaplege artiklar og materiale frå bøker då det ifølgje informasjonsheftet for bacheloroppgåve ikkje er lov å intervju informantar om helseforhold (Informasjonsheftet for bacheloroppgåve 2013).

Dalland (2012) skriv at metode er reiskapen vi nyttar når vi vil undersøke noko, og hjelp oss å samle inn informasjonen vi treng i undersøkinga. Ein kan nytte kvalitative og/eller kvantitative metodar i innsamling av data. Den kvalitative metoden fangar opp meining og opplevingar som ikkje let seg telje eller måle. Datainnsamlinga skjer i direkte kontakt med feltet. Ein får eit nærare forhold til, og går meir i djupna på det som skal undersøkast, og ein tek sikte på å formidle forståing. Den kvantitative metoden skjer utan direkte kontakt med feltet, og tek sikte på meir målbar resultat. Ein får systematiske og strukturerte observasjonar utan direkte kontakt til feltet. Her blir ofte nytta spørjeskjema med svaralternativ (Dalland, 2012).

## 2.1 Litteratur og kjeldekritikk

Litteratur er kunnskapen eg nyttar for å finne svar på problemstillinga mi, og som problemstillinga skal drøftast i forhold til. Kjeldekritikk er metoden eg nyttar for å vurdere om det eg finn i mine kjelder er sanne (Dalland, 2012).

Den norske litteraturen eg har nytta har eg funne på databasane Idunn.no, Norart, Google scholar og Google. For å finne ut om kjeldene eg har nytta er sanne har eg undersøkt om dei er fagfelleverdert, og eg har søkt etter vitenskapelige artiklar.

Den engelske litteraturen har eg søkt etter på databasen Academic Search Premier. Eg måtte få hjelp frå biblioteket for å undersøke om artiklane eg nytta er sanne. Der informerte dei om at alle engelske artiklar ein finn i Academic Search Premier er vitenskapelige og dermed sanne.

I det fylgjande vil eg beskrive korleis eg har funne fram til dei fem norske, og dei to engelske artiklane eg har brukt. Eg har nytta så mange artiklar då eg ville sjå på førekomst av psykiske vanskar generelt og blant utviklingshemma for å finne ut om der er ulikheiter. Eg ville og finne ut om der er ulik praksis i psykisk helsearbeid generelt og blant utviklingshemma.

Presentasjon og drøfting av hovudfunna i artiklane kjem eg tilbake til i kapittel 7.

## 2.2 Presentasjon av artiklane

1. På Høgskulen hadde eg funne ein artikkel på databasen Norart som eg skreiv ut, frå Norsk Psykologforening forfatta av Lorentzen (2008) som heiter «*Psykoterapi med menneske med psykisk utviklingshemning*». Heime hadde eg ikkje tilgang til denne databasen. Eg fant den igjen på Google Scholar når eg søkte på tittelen, og fekk 40 treff, men eg måtte søke den opp på Google for å få opna den. Artikkelen fant eg igjen 19.10.2013. Lorentzen skriv at dersom ein tilrettelegge godt og imøtekjem denne gruppa har dei god nytte av psykoterapi sjølv om dei har språklige vanskar, og vanskar med å forstå. Ho legg vekt på at fokuset må vere på det emosjonelle og relasjonelle planet.

2. På databasen Idunn.no brukte eg disse søkeorda; Utviklingshemning og psykisk lidelse? Eg avgrensa søket til vitenskapelige artiklar og fekk 6 treff. Der fant eg artikkelen til Søndena og Skeie (2010) «*Psykisk helsearbeid og psykisk utviklingshemning*» som omhandla det eg ville prøve å finne ut. Søndena og Skeie beskriv psykisk helsearbeid overfor menneske med psykisk utviklingshemning, og belyse nokon av sidene som setter arbeidet med dette i ein særstilling. Begge artiklane over er fagfelleverdert til nivå 1.

Eg ville sjå på førekomst av psykiske vanskar, og prøvde på databasen Idunn.no. Der brukte eg disse søkeorda; førekomst av psykisk lidning blant utviklingshemma, utan treff. Etterpå prøvde eg forekomst av psykisk lidelse, men fortsatt ikkje treff. Eg søkte så på Google Scholar om forekomst av psykiske lidelser. Eg avgrensa søket til 2009, og sorter etter relevans og fekk 179 treff. Deretter avgrensa eg det til seinare årstal, men då mista eg to artiklar eg hadde funne og ville bruke, så eg bladde tilbake. Mange av artiklane sto om igjen fleire gangar, var spissvinkla inn mot ulike diagnosar, og om barn noko eg ikkje nytta då eg skriv om psykiske lidningar generelt, og har avgrensa til å skrive om vaksne.

3. Den første er ein rapport frå Nasjonalt folkehelseinstituttet som Mykletun og Knudsen skreiv i 2009 og heiter *Psykiske lidelser i Norge - Et folkehelseperspektiv*. Dei ser på førekomst av psykiske lidningar generelt, og konsekvensar for den vaksne delen av befolkninga. Artikkelen fant eg 14.10.2013.

4. Den andre artikkelen eg fant samtidig har og Knudsen og Mykletun skrive, men er frå 2010 og er frå Kunnskapsdepartementet, henta frå psykologtidsskriftet nr. 4. Den heiter «*Det du treng å vite om forekomst av psykiske lidelser*». Dei ser på førekomst av psykiske lidningar generelt, og på kjønnsforskjellar.

Eg søkte på Google Scholar etter «forekomst av psykiske lidelser blant utviklingshemmede i Norge» då eg ikkje fekk treff på databasen Idunn. Eg begrensa søket til artikkel, og frå år 2000 og fekk 101 treff, men også her gjekk mange av dei igjen fleire plassar. Dei fleste her og var vinkla inn mot ulike diagnosar og ikkje generelt.

5. Her fant eg ein artikkel som Skullerud, Linaker, Svenning og Torske skreiv i 2000. Den heiter «*Psykisk helse blant mennesker med psykisk utviklingshemning*» henta frå Tidsskrift for den norske lægeforening nr. 27. Der har dei gjort ein systematisk gjennomgang av personar med mistanke om psykiatriske problem, og kome fram til ei rekke forhold som kan bli betre i forhold til diagnostisere og alternative tiltak. Artikkelen fant eg på nettet 15.10.2013.

For å søke etter engelskspråklege artiklar har eg nytta databasen Academic Search Premier. Der brukte eg disse søkeorda; Mental disorders (psykisk utviklingshemning) AND mental illness (psykiske vanskar) AND mental treatment (behandling). Eg avgrensa søket til Academic journal, Full text, References available. For å finne fram til den mest oppdaterte

teorien avgrensa eg søket til 2011 – 2013. Av 67 treff var det to artiklar eg kunne bruke i forhold til studien min.

6. Den første skreiv Vikram i 2011 og heiter *Global Mental Health: From Science to Action*. Han skriv at ein av dei mest forsømte globale helseproblema i vår tid er psykisk helse. Organisasjonen har som mål å forbetre tilgjengelegheit til psykisk helsevern, og redusere ulikheiter i psykisk helsevern mellom nasjonar.

7. Den andre artikkelen som Lebow skreiv i 2013 heiter «*Editorial: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - V (DSM-V) and family therapy*» seier at DSM-V har utvida den medisinske modellen på alle menneskelige problem ved å klassifisere normal åtferd i psykiske vanskar. Begge disse artiklane fant eg 21.10.2013.

Vedlegg.

### **3 Strukturen i oppgåva**

Her vil eg gi deg som lesar ei innføring i kva oppgåva dreiar seg om. For å finne ut om behandling til vaksne med psykisk utviklingshemning som har psykiske vanskar må eg først sei litt om kva psykisk utviklingshemning er. Eg vil og først finne ut kva psykiske vanskar er før eg kan finne svar på behandling og behandlingsmetodar. Omgrepa eg vil presentere i det fylgjande er: Psykisk utviklingshemning, derunder diagnostiske kriteria, årsaker og førekomst; Psykiske vanskar hos vaksne menneske med utviklingshemning, derunder diagnostisere, årsaker og førekomst;

### **4 Psykisk utviklingshemning**

Psykisk utviklingshemning må for det første beskrivast som ein tilstand, ikkje ein sjukdom. Det er ikkje noko ein «har». Utviklingshemning er vidare ein samlebetegnelse for ei rekke forskjellige tilstandar med ulike årsaksforhold. Nokre gongar er det ikkje mogeleg å peike på årsaka. Verdens Helseorganisasjon har utvikla eit internasjonalt system for å gradere utviklingshemning. Dette systemet kallast ICD- 10, og dekker over både psykiske vanskar og somatiske lidingar (ICD-10, 2012). Hovudtrekka ved psykisk utviklingshemning er intellektuell ferdigheiter under gjennomsnittet, definert som intelligenskvotient målt til 70 eller under. Psykisk utviklingshemning utredas vanlegvis i fire nivå; lett, moderat, alvorleg og djup (Bakken & Olsen, 2012).

Det er i dag brei sosialpolitisk einigheit om at borgarar skal ha likeverdig tilgang på dei offentlege velferdsgoda som helsetenester, utdanning, folketrygd og sosialhjelp. For menneske med utviklingshemning kjem dette til uttrykk i ansvarsreforma (Stortingsmelding nr. 67, 1986-1987 og stortingsmelding nr. 47, 1989-1990) der ansvar for tenestetilbodet blei flytta frå fylkeskommunen til kommunane.

#### 4.1 Diagnostiske kriteria

For at nokon skal kunne få diagnosen psykisk utviklingshemning er det 3 kriteria som må oppfyllest: For det første skal evnenivået vere betydelig svekka, og slik at det medfører vanskar med å tilpasse seg krav til korleis ein skal fungere i det daglige og sosialt. For det andre skal ferdigheiter som sosial modning og evne til å tilpasse seg vere betydelig svekka, og for det tredje skal funksjonsvanskane ha vist seg i løpet av utviklingsperioden, og seinast før fylte 18 år (ICD-10, 2012).

*Tabellen under viser tilpassingsferdigheiter ved ulik alder og grad av utviklingshemning.*

*Djup grad er ikkje med i figuren, men beskrivast ofte saman med alvorlig utviklingshemning.*

*ADL står for aktivitetar i dagliglivet (Eknes et al., 2008, s. 20).*

Førskulealder (0-6 år)	Skulealder (6-20 år)
<b>Lett:</b> Barnet kan utvikle sosiale- og kommunikasjons ferdigheiter. Motorisk koordinering er lett svekka. Diagnostiserast ofte i seinare alder.	<b>Lett:</b> Eleven kan lære seg skuleferdigheiter tilsvarande siste del av gruntrinnet (6. klasse) i siste del av tenåra; «passande» sosiale ferdigheiter.
<b>Moderat:</b> Barnet kan snakke eller lære å kommunisere; noko vanskar med sosial forståing; noko redusert motorisk koordinasjon; har nytte av ADL-trening.	<b>Moderat:</b> Eleven kan lære nokon sosiale ferdigheiter tilpassa yrkesfag; nokon skulefaglige ferdigheiter som gruntrinnet. Eleven kan reise åleine på kjende plassar.
<b>Alvorlig:</b> Barnet kan sei nokon ord; har begrensa ferdigheiter i tale; kan lære nokon ADL-ferdigheiter; motorisk koordinering er tydelig redusert.	<b>Alvorlig:</b> Eleven kan snakke eller lære å kommunisere. Eleven kan lære enkle vanar knytt til eigenomsorg (helse); har nytte av innlæring av rutinar.

Menneske med psykisk utviklingshemning oppnår aldri meir enn 12 år i mental alder, men for dei som for oss får dei i vaksen alder ei livserfaring som tilseier at dei forstår og kan meir enn ein 12-åring.



#### **4.1.1 Førekomst av psykisk utviklingshemning**

Undersøkingar som er gjort i Norge og andre Nordiske land har vist at omkring 1% av barna har psykisk utviklingshemning, medan statistisk berekning er kome fram til 2-3%. Årsakene til disse ulike tala kan skuldast at menneske med lett grad av utviklingshemning utgjer den største gruppa og er vanskelig å diagnostisere. Alder kan påverke førekomsttala då ein finn den høgaste førekomsten i skulealder, noko som kan skuldast at mange barn merd lett grad først blir diagnostisert i skulealder. Kjønn kan virke inn på tala då det er fleire gutar enn jenter med psykisk utviklingshemning (Eknes, et al., 2008).

#### **4.1.2 Årsaker til psykisk utviklingshemning**

Psykisk utviklingshemning kan ha mange årsaker. Det er som regel medfødt, eller ein må ha vist teikn til betydeleg nedsett evnenivå og nedsette adaptive ferdigheiter før fylte 18 år. For å finne årsaker til psykisk utviklingshemning hos vaksne menneske er det viktig med ei grundig kartlegging (Eknes et al., 2008). Årsak kan vere genetisk betinga, som ved kromosomfeil der det er forandringar i tal kromosom, eller strukturelle forandringar i eit kromosom. Downs syndrom er den vanligaste. Om lag ein av 700 blir fødde med Downs syndrom, men talet er no i sterk tilbakegane grunna fostervatn diagnostikk. Downs syndrom skuldast at dei har eit ekstra kromosom 21. grunna ufullstendig kjønnsdeling, og kan ha ulik grad av utviklingshemning. Ein del blir fødde med indre misdanningar som kan gi fysisk og/eller psykiske problem. Fragilt X-syndrom er nest vanligast. Her er det ein defekt på X-kromosomet som kan gi frå mild til alvorleg psykisk utviklingshemning. Det er i hovudsak gutar som får dette, men i nokon få tilfelle kan også jenter få det, då i moderat grad. I tillegg til disse to finnast det mange andre kromosomfeil som fører til psykisk utviklingshemning (Sand, Sjaastad, Haug & Bjålie, 2006, og Eknes, 2000).

Andre årsaker til psykisk utviklingshemning kan vere at det kan ha skjedd under graviditet som infeksjonar og sjukdomar som raude hundar, rus- medikamentmissbruk av mor, eller stoffskifte sjukdomar. Skaden kan ha skjedd under fødsel som til dømes at barnet får for lite oksygen, eller for tidlig fødsel og låg fødselsvekt. Etter fødselen kan det til dømes vere skadar i forbindelse med sjukdomar som hjernehinnebetennelse, hjernebetennelse, overgrep, eller at ein ikkje kan peike på ein bestemt årsak. Dersom skaden har oppstått etter utviklingsperioden som for eksempel etter ulykke, sjukdom eller forgifting blir ikkje personen diagnostisert som

utviklingshemma sjølv om funksjonsnivået tilsvara funksjonsnivået til ein person med utviklingshemning (Eknes, et al., 2008).

### **Oppsummering om psykisk utviklingshemning:**

Som en konsekvens av kognitiv og adaptiv svikt har menneske med lærehemning reduserte meistringsevner. Evnene til å forstå konsekvensar av hendingar rundt seg, formelle og uformelle sosiale samspelsreglar, forståing av psykologiske prosessar og å handtere kvardagslige situasjonar med meir er redusert. Grundig utredning har betydning for prognose, krav til oppfølging og tilrettelegging samt legge til rette for tilpassa læring og aktiviteter. Diagnose seier noko om kva ein kan forvente av personens utvikling og mestringsnivå og den utløyser rettigheter til tenester som oftast er nødvendig.

## **5 Psykiske vanskar hos vaksne menneske med utviklingshemning.**

Menneske med utviklingshemning er overrepresentert relatert til psykiske vanskar. Utviklingshemning medføre forstyrningar i hjernen sin funksjon slik at dei ikkje klarar like godt som andre å be-arbeide informasjon og intrykk dei får, noko som gir auka sårbarheit for å utvikle psykiske vanskar (Bakken & Olsen, 2012). Psykiske vanskar er eit felles uttrykk på ei gruppe problem som i fyste rekke gir forstyrningar i tankar, kjensler og / eller veremåte.

Tabellen under viser dei mest sentrale psykiske vanskane (Bakken & Olsen, 2012 og Eknes et al., 2008):

<b>Depresjon</b>	Påverkar tankar, kropp og åtferd. Dei psykiske symptoma er trist og nedtrykt, nedsett lyst eller interesse, nedsett energi og trøytt, sjølvbebreiding og skuldkjensle, tankar om sjølvmod. Fysiske symptom er konsentrasjonsvanskar, rastlaus eller initiativlaus, forstyrning av appetitt, angst, smerter, irritabilitet, sinne og overfølsam for ytre påverkingar.
<b>Psykose</b>	Ein tilstand med alvorlig svekka oppfatning av verkelegheita.

<b>Stemningslidingar</b>	Stemningsleiet og aktivitetsnivået er vekselvis eller blanda unormalt lågt eller høgt.
<b>Angst- og belastningslidingar:</b>	
<i>Generalisert angst.....</i>	Vedvarande, intens eller urealistisk bekymring.
<i>Sosial angst.....</i>	Intens angst assosiert med sosiale situasjonar.
<i>Tvangsliding.....</i>	Forsøk på å kontrollere uynskte og konstante tankar gjennom ritual og handling.
<i>Panikkiliding.....</i>	Panikkanfall som gir ubehagelige fysiske symptom som hjertebank, svette, svimmelheit og urolig mage.
<i>Posttraumatisk stressliding.....</i>	Unngår situasjonar eller traumatiske hendingar, mareritt.
<i>Fobi.....</i>	Frykt assosiert med situasjonar eller objekt
<b>Personlegdomsforstyrning</b>	Menneske med utviklingshemning som ikkje klarar å uttrykke seg verbalt kan vise uvanlige symptom som åtferdsforstyrning som kan vere uttrykk for psykisk smerte. Dei kan sjølvskade ved å bite seg, dunke hovudet i veggen m.m., eller utagere mot personar eller gjenstandar.
<b>Autisme</b>	Alvorlige vanskar i forhold til kommunikasjon og sosialisering, begrensa og repeterande i forhold til aktivitetar og interesser. Mange ca. 80% har og utviklingshemning.

Menneske med lett grad av utviklingshemning utviklar dei same psykiske vanskane som resten av befolkninga. Menneske med meir alvorlig grad av utviklingshemning og autisme viser meir atypiske (uvanlige) symptom som kan vere sereigne for denne personen. Dei kan vise utfordrande åtferd der ein kan skade seg sjølv eller andre, rasere omgjevnadane og vere aggressive. Ein antar at begrensa verbalt språk kan vere ein av årsakene til dette. Det er gjennomført få studiar på menneske med utviklingshemning, men nyare studiar viser at dei har høgare førekomst i forhold til dei ulike psykiske vanskane enn «normalbefolkninga». Spesielt auka førekomst er det hos menneske med utfordrande åtferd (Bakken & Olsen, 2012).

## 5.1 Diagnostisere psykiske vanskar

Diagnostikk generelt av psykiske vanskar skil seg frå diagnostikk av somatisk sjukdom då omverda som regel ikkje i tidlig fase kan observere symptoma på psykiske vanskar.

Diagnostikken avheng av at personen kan formidle opplevingar og tankar, og ynskje å fortelje korleis han har det. Ein med utviklingshemning vil ha store vanskar med å klare dette.

Han/ho kan ha tankar og kjensler som er plagsame og funksjonshindrande, som ved depresjon eller tvangsliding, eller opplevingar som innebere forandring i korleis ein oppfattar realiteten, som ved psykose. Dersom dei psykiske vanskanane har vart lenge og er omfattande, oppstår åtferdsendingar som er openbare for omverda (Bakken & Olsen, 2012).

Lena Nylander skriv at: *En person med en ubehandlet depresjon trekker seg kanskje unna, gråter eller blir irritert, går ned eller opp i vekt, eller får et endret søvnmønster. Omgivelsene kan observere at han er mer passiv og mindre interessert i aktiviteter. Iblant ses selvskadende atferd* (Bakken & Olsen, 2012, s.37).

Øverland definerer sjølvskading slik: *Selvskaade er handlinger som innebærer at individet påfører seg skade og smerte uten at man har til hensikt å ta sitt eget liv. Selvskaade er en handling mennesker bruker for å håndtere smertefulle overveldende tanker, følelser eller situasjoner. Ved å skade seg selv kan man føle seg bedre for en stund og være i stand til å mestre livet sitt* (Øverland, 2006, s.17).

Diagnostikken kan vere krevjande sjølv om behandlar får vite korleis og når symptoma starta, og korleis sjukdomen har utvikla seg over tid. Forsking har vist at symptom ved psykiske vanskar kjem frå forstyrringar i hjernen sin funksjon, men det finst ingen undersøkingar av hjernen som er klinisk brukbare til å faststille ei psykisk diagnose (Bakken & Olsen, 2012).

Tilpassing av det psykiske helsevern til også å gjelde menneske med utviklingshemning har vore i betydelig utvikling gjennom dei siste 20 – 30 åra, ikkje minst etter den britiske tilpassinga til ICD – 10 gjennom DC – LD, Diagnostic Criteria for psychiatric disorders for use with adults with Learning Disabilities (diagnostiske kriterier for psykiske lidningar for vaksne med utviklingshemning). Med dette systemet kan ein finne ut meir konkrete symptom eller teikn på om ein har ei psykisk lidning (Eknes et al., 2008). Ei psykisk lidning består av fleire symptom, og to personar med same diagnose kan ha svært forskjellige plager. For å kunne velje den beste behandlinga er kjennskap til symptoma vel så viktig som sjølve diagnosane. Når ein person har ei utviklingshemning med nedsette eller fråverande språklige

ferdigheiter er dei vanskeligare å diagnostisere enn andre menneske. Det er derfor utarbeida egne diagnosemanualar for denne gruppa.

Verdens helseorganisasjon har gitt ut handboka ICD-10-MR for å sette fokus på psykiske vanskar og for å forenkle det diagnostiske arbeidet hjå menneske med utviklingshemning. Eit viktig grep der var å lage til eit system som tar hensyn til personens grad av utviklingshemning og årsaken til dette (ICD-10, 1999). Denne ideen vidareførast i DC-LD. Ulike studiar har gjennom tidene brukt forskjellige definisjonar på psykiske vanskar hos menneske med utviklingshemning, noko som kan vere ei utfordring i forskingssamanheng. Det blir av den grunn vanskelig å samanlikne resultat frå ulike studiar (Eknes et al., 2008).

På tross av at menneske med utviklingshemning i betydelig større grad utviklar psykiske sjukdomar enn funksjonsfriske er dei underrepresentert i utredning, behandling, forskning og faglig merksemd (NAKU, 2008). Det fins nokon fagmiljø med høg kompetanse, men mange plassar har dei fortsatt for lite kompetanse om disse dobbeltdiagnosane. Ifølge NAKU-rapporten (2008) er det store variasjonar i kva bistand kommunane rapportera at dei har fått frå spesialisthelsetenesta på tross av at vi veit at disse menneska som i tillegg har psykiske sjukdomar ofte har så samansette problemstillingar at det trengs spesialister for utredning og behandling. Det er ifølge NAKU *...tilfeldig om personene blir oppdaget, og tilfeldig om de får hjelp* (NAKU-rapport, 2008, s.27).

### **5.1.1 Diagnostisk overskygging**

Fram til slutten av attenhundretalet var menneske med psykiske vanskar, og menneske med meir alvorlig grad av utviklingshemning sett på som ei gruppe (Scheerenberger, 1983). Grensene mellom psykisk lidning og kognitive funksjonshemningar var vage. Uttrykk som mentalt tilbakestående blei brukt både om menneske med utviklingshemning og menneske med alvorlig psykisk lidning. Gjennom 1800-talet og også langt inn i 1900-talet har befolkninga hatt eit negativt forhold til menneske med utviklingshemning (Fjermeros, 1998). Først etter 1900-talet har interessa for ulikheitar mellom psykisk funksjonshemning og alvorlig psykisk lidning resultert i empirisk forskning (Bakken & Olsen, 2012).

Når ein ser på alle vanskane eit menneske har som ein del av funksjonshemninga og ikkje som ei tilleggsliding, omtalast det som *diagnostisk overskygging* (Bakken & Olsen, 2012). Diagnostisk overskygging aukar med aukande grad av utviklingshemning då disse har lita

mogelighet for å formidle korleis dei har det. Opplevinga av ekstremt ubehag eller angst blir hos denne gruppa formidla gjennom til dømes motorisk uro, rop og sjølvskadande åtferd. Slik væremåte får gjerne merkelappen «utfordrande åtferd», eller «utagering», og blir ofte behandla med beroligande medikament. Menneske med utviklingshemning kan oppleve å vere psykisk sjuke i fleire tiår utan at dei psykiske vanskane blir oppdaga (Bakken & Olsen, 2012).

### 5.1.2 Førekost av psykiske vanskar hjå befolkninga.

Folkehelseinstituttet rapportera at førekosten av psykiske vanskar i Norge er stabil, og er omtrent på nivå med det ein finn i andre vestlige land. I løpet av eit år vil ein av tre i den vaksne befolkninga tilfredsstille diagnostiske kriteria for minst éi psykisk lidning. Cirka halvparten vil råkass i løpet av livet. Utifrå denne rapporten er angst, depressive lidning og rusrelaterte lidningar dei vanligaste (Nasjonalt folkehelseinstitutt, 2009). Det same seier Kunnskapsdepartementet, og legg til at kvinner har litt oftare psykiske vanskar enn menn, og at psykiske vanskar vanligast debutera i ung alder (Knudsen & Mykletun, 2010).

Tabellen under viser dei vanligaste psykiske lidningane henta frå psykologtidsskriftet utg.4 (Knudsen & Mykletun, 2010).

Type psykiske vanskar	I løpet av eit år	I løpet av livet
Angstlidning	Ca. 15 %	Ca. ein fjerdedel
Alkoholmisbruk/avhengigheit	Ca. 15 %	Ca. ein fjerdedel
Depresjon	Ein av 5	Ein av 10
Åtferdsforstyringar, der dei vanligaste er unngåande og tvangsprega åtferdsforstyr..		Ca 10 %
Spiseforstyrning, anoreksi og bulimi blant kvinner, blant menn		Ca 0,9 % og Ca. 3,0 % Nesten fråverande
Alle psykotiske lidningar derav schizofreni		Ca. 3,5 % Ca. 1,0 %
Bipolar lidning		Ca. 1,6 %

Demens ved 60 års alder, aukar i førekomst ved aukande alder. Alzheimers sjukdom vanligast.		Ca. 5,4 %
---	--	-----------

Psykiske vanskar debuterer forholdsvis tidlig i livet, og er ofte kroniske med gjentekne episodar gjennom livsløpet dersom dei ikkje behandlas effektivt. Alt i alt tyder resultat frå dei fleste store studiar på at det ikkje har vore nokon vesentlig endring i førekomst av psykiske vanskar i befolkninga dei siste tiåra (Nasjonalt folkehelseinstituttet, 2009).

Menneske med psykisk utviklingshemning har høgare førekomst av psykiske vanskar enn «normalbefolkninga», men får ofte for lite hjelp for dei. Anslaga variera frå ca. 16 % til 85 %. Den store variasjonen i tala skuldast både varierende diagnostisk metode og varierende populasjonar (Skullerud, Linaker, Svenning & Torske, 2000). Av 48 utviklingshemma i ein kommune blei 28 utvalt pga. mulig psykiatrisk problemstilling. Psykiatrisk undersøking av disse blei basert på all tilgjengelig informasjon, samt kontakt med omsorgspersonar, i tillegg til den individuelle undersøkinga. Vurdering av graden av utviklingshemning blei justert for 19 personar. Det ble funne 32 nye psykiatriske diagnosar. Dette medførte omfattande rådgjeving om behandling og tiltak (Skullerud et al., 2000). Ein nyare dansk undersøking av menneske med utviklingshemning busett i kommunale bufellesskap viste at blant dei var det tre gonger så stor hyppigheit av depresjon som hos «normalbefolkninga» (Bakken & Olsen, 2012).

I forskingsbasert kunnskap frå NAKU er det teke med ein nyare skotsk undersøking der 562 menn og 461 kvinner med ulik grad av utviklingshemning deltok. Av disse blei 54 % identifisert med moglege psykiske vanskar, derav 21,1 % som fekk behandling frå før undersøkinga. Studien fant at basert på kliniske diagnosar hadde 40,9 % av dei deltakarane som var med, psykiske vanskar. Dette er eit betydelig høgare tal enn resten av befolkninga (Kittelsaa, 2008).

### **5.1.3 Årsaker til psykisk sjukdom blant menneske med utviklingshemning**

Bakanforliggende årsaker til psykisk sjukdom kan vere samansette. Sårbarheit for å utvikle psykiske vanskar er delvis genetisk betinga, men miljøfaktorar kan vere det som utløysar

sjukdomen. Dei fleste vektlegger biologiske, psykologiske og sosiale faktorar og kombinasjonar av disse (Bakken & Olsen, 2012, og Bjerke & Svebak, 1997). Kognitiv svikt gjer at dei ikkje har same forutsetningane til å forstå og be-arbeide opplevingar, eigen og andre si åtferd og livsfaseovergangar som funksjonsfriske har. Dette kan være ei forklaring på sårbarheita for å utvikle psykisk sjukdom. Ein anna faktor kan være at menneska rundt ikkje oppnår tilstrekkelig forståing for det kognitive funksjonsnivået og at dei dermed ikkje klarar å tilpasse bistand og forventningar til personens funksjonsnivå (Eknes et al., 2008). I forhold til denne pasientgruppa må ein tilrettelegge og imøtekome i større grad enn vanlig. Dei treng trulig på grunn av sine generelle lærevanskar fleire terapitimar enn «normalbefolkninga».

Ei av årsakene til at menneske med utviklingshemningar er særlig sårbare for å utvikle psykiske vanskar kan vere eit dårligare utgangspunkt, der dei som følgje av sine handikap er utsett for å oppleve problem frå første stund (Lorentzen, 2008). Ifølge Bronfenbrenner (1980) skjer kvart individs utvikling i interaksjon (samspel) med mikromiljøet (familie, barnehage, skule) og makromiljøet (kulturelle verdiar, historiske hendingar, samfunnssyn). Dette påverkar barnet og den vidare utviklinga til vaksenaldar. Eknes (2000) skriv at: *ein person med psykisk utviklingshemning har på grunn av sin reduserte kognitive funksjon færre påverkmogeligheter, og er meir prisgitt sitt miljø* (Lorentzen, 2008, s. 3). Mennesket si sjølvkjensle og evne til tilknytning er påverka av haldningar ein blir møtt med i oppveksten. For menneske med redusert evnenivå og vanskar med abstraksjon og resonnering er relasjonelle stressfaktorar og traume i større grad uforståelige og vanskelige å takle. Dette kan utløyse psykiske vanskar, noko som igjen vil gi dårligare livskvalitet for dei fleste.

## **6 Livskvalitet, subjektiv og objektiv**

Psykiske vanskar vil føre til dårlig livskvalitet for personen det gjeld, men og for personen sine aller næraste. Livskvalitet er et overordna begrep som omhandlar fleire sider ved det å leve. Først og fremst handlar det om vår subjektive oppleving; korleis menneska tenkje å føle at dei har det, for eksempel når det gjeld helse, materielt velvære og trygghet (Eknes, 2000). Verdens helseorganisasjon (WHO) har definert livskvalitet som: *Individets oppfattelse av sin posisjon i livet, ut fra sin kultur og sitt verdisystem, og i forhold til sine mål, forventninger, standarder og bekymringer* (Tetzchner, Hesselberg & Schjørbeck, 2008, s. 23). Det gode liv, eit liv der livskvaliteten opplevas som høg, er ei målsetting i omsorga for menneske med utviklingshemning. <http://helsekompetanse.no/andres-hjem/16731>



Solum legg vekt på at som borgarar i samfunnet skal utviklingshemma ha rett til same levekår og livssituasjon som folk flest. Han poengtera at livskvalitet skal beskrive korleis enkeltindividet har det og opplever sitt eige liv i forhold til seg sjølv og omgjevnadane. Han splittar det opp i fire livskvalitetsdimensjonar som sosial deltaking, verdsetting, meistring og frigjerung (Askheim, 2003). Omgrepet Empowerment avspeglar det å sette nokon i stand til å ivareta si eiga myndigheit, sjølvråderett og rettigheter. Kritkarane reagera på den sterke vektlegginga av trening til sjølvhjelp i normaliseringsarbeidet, og meina det tek så mykje tid at den enkelte tenestebukar ikkje får tid til sjølvbestemte aktivitetar (Askheim, 2003).

I ein del samanhengar er det nyttig å trekke inn objektive forhold, som levestandard, sivilstatus og helse. Det objektive set fokus på dei ytre rammene i livet. Nokon er fornøgd med disse rammene, medan enkelte aldri blir fornøgd med kva dei har (Eknes, 2000). I det norske samfunnet definerast gjerne livskvalitet som det å ha materiell trygghet, stabile familie- og venskapsforhold, meiningsfull sysselsetting, god helse, personlig fridom og interessante fritidsaktivitetar (Hylland Eriksen, 1992).

Tetzchner, Hesselberg og Schjørbeck legg vekt på at best mulig helse er eit viktig mål for å oppnå god livskvalitet. Dei legg særlig vekt på tiltak som kan redusere smerte og ubehag som opplæring, trening, formidling av hjelpemiddel og tilpassing av omgjevnadane, slik at individet kan oppleve «selvkraft og autonomi» i dagliglivet. Dei understrekar at passivitet og sosial utstøytung kan vere dei største truslane mot oppleving av tilfredsheit og glede over livet (Tetzchner, Hesselberg & Schjørbeck, 2008).

Mangel på livskvalitet er dei siste åra og blitt eit begrep som er brukt til å forklare tilstanden etter at eit menneske har lidd tap. I intervju med dei som opplevde tsunamien, jordskjelv eller andre store ulykker, uttrykkas det at deira livskvalitet ikkje lenger er den same, altså dei opplever at dei har fått ein redusert livskvalitet. Livskvalitet kan vi altså sjå på først og fremst som ein verdi som forbindas med det å ha det godt, men og som det å ha fått det dårlegare. Livskvalitet omfattar dei helsemessige, psykiske og sosiale forhold, samt den materielle standard (leveskåra).

## **6.1 Kva kan ubehandla psykisk sjukdom føre til?**

Ubehandla psykisk sjukdom aukar faren for at tilstanden blir alvorligare enn nødvendig. Konsentrasjonsvanskar, irritabilitet, spiseforstyrning, åtferdsvanskar og nedsett tempo er

vanlig ved psykisk sjukdom og dette kan føre til ein markant reduksjon av funksjons- og aktivitetsnivå (Eknes, et al., 2008). Et slikt funksjonsfall hos en person med eit allereie redusert funksjonsnivå betyr behov for ytterligare hjelp og bistand. Slike økte ressursbehov står i ganske sterk kontrast til kvadagen i bustadar og tilrettelagte arbeidsplassar for menneske med utviklingshemning. Eg har intrykk av at fokuset er ofte på å redusere økonomiske utgifter noko som primært vil sei færre fagpersonar.

### **6.1.1 Konsekvensar for den vaksne delen av befolkninga**

Psykiske vanskar har alvorlige konsekvensar i form av auka sjukefråvær, arbeidsuførheit og dødelegheit. Konsekvensar kan likevel variere over tid og mellom land. Konsekvensane kan nokon gangar være meir alvorlig enn sjølve sjukdomen. Sjølv om ein ikkje kan førebu alle psykiske vanskar, er mange av dei negative konsekvensane unødige og kan førebyggas (Nasjonalt folkehelseinstituttet, 2009).

#### ***Konsekvensar for sjukefråvær og arbeidsuførheit:***

1. Psykiske vanskar medfører fleire tapte arbeidsår ved uførepensjon enn nokon anna sjukegrube. Dette er fordi uførepensjon for psykiske vanskar innvilgast gjennomsnittlig ved 9 års yngre alder enn uførepensjon for somatiske sjukdomar.
2. Offentlige norske statistikkar rapporterte at 13,8 % av sjukefråværet i siste kvartal i 2008 skuldast psykiske vanskar, men det reelle talet er sannsynligvis høgre.
3. Uføretrygd tildelt for psykiske vanskar har auka dei siste tiåra.

Som kommentar til punkta over har eg lyst å legge til at disse truleg gjeld personar som ikkje har utviklingshemning, då min oppfatning er at dei fleste med utviklingshemning allereie er uføretrygda.

#### ***Konsekvensar for dødelegheit:***

1. Depresjon er ein sjølvstendig risikofaktor for auka dødelegheit.
2. Effekten av depresjon på dødelegheit kan statistisk samanliknas med effekten av røyking.
3. Depresjon aukar dødelegheit for dei store sjukegruppene som hjarte- kar-lidingar og infeksjonssjukdomar, og truleg og kreft.
4. Sjølv mord rammer mange unge og bidrar derfor til mange tapte leveår i befolkninga. Sjølv mord er dobbelt så hyppig som trafikkdød (som også kan være sjølv mord). Psykiske

vanskar førekjem i ca. halvparten av tilfella.

## 5. Alkoholmisbruk aukar risikoen for død som fylgje av ulykker og sjølv mord.

Disse punkta kan like godt og gjelde for menneske med utviklingshemning då dei utviklar dei same psykiske vanskane som resten av befolkninga. Menneske med utviklingshemning har eit meir sårbart nervesystem som tåler mindre stress enn ein person med «normal» intelligens, og stress er i mange høve ein utløysande faktor for å utvikle depresjon. Utløysande stressfaktorar kan vere til dømes tap av nære relasjonar, konflikhtar, flytting, tap av sosial kontakt, arbeidsløyse eller mangel på meningsfull fritid, alvorlig fysisk eller psykisk sjukdom eller einsamheit. Mange med utviklingshemning har ofte langvarige belastningar som mangel på stabile relasjonar, inkludert kjensle-messig nærleik og intimitet med andre. Dette kan og bidra til å utløyse depresjon. Alkoholinntak av personar med utviklingshemning er ikkje så vanlig og bør unngåast då det gir skade på hjernen, som er eit organ som allereie hos disse er svakt. Dei blir dårlige allereie ved moderat inntak av alkohol.

## 7 Presentasjon og drøfting av hovudfunn i behandlingstilbod

I dette kapittelet vil eg sei noko om- og drøfte kva eg har funne om behandlingstilbod for personar med psykisk utviklingshemning, som i tillegg har psykiske vanskar.

### 7.1 *Funn 1. Terapi som givande for menneske med utviklingshemning.*

I tidsskriftet *Psykoterapi med menneske med psykisk utviklingshemning* skriv Lorentzen at: *ett viktig mål med psykoterapi er å arbeide med følelser, tanker og opplevingar som har vært eller er så smertefulle at de unngås* (Lorentzen, 2008, s. 5). For mange med utviklingshemning dreiar det seg ofte om at personen har hatt spesielle behov eller opplevingar som dei ikkje har fått be-arbeida. Terapien tek hensyn til pasienten sin kognitive svikt og antar at dei psykiske vanskane kan vere eit kommunikasjonsproblem, både i forhold til andre og til seg sjølv og si livshistorie, for slik å få be-arbeida opplevingane sine (Lorentzen, 2008). Oppmerksomheit og nærvær er ein av nøklane til å få til dette.

Ei av utfordringane i terapien er dei kognitive vanskane til menneske med utviklingshemning. Dette er ikkje nødvendigvis nokon hindring, og kan minimeras ved at ein ikkje fokusera på det kognitive, men i staden fokusere på oppmerksomheit og nærvær. Nevropsykologisk blir oppmerksomheit sett på som den sentrale porten til resten av dei kognitive funksjonane, og skapar eit betre emosjonelt klima for pasienten. Menneske med utviklingshemning har i stor

grad behov for støttande og trygge menneske rundt seg. Lorentzen skriv at: *Mennesker med utviklingshemning opplever terapi som givende, at det intersubjektive møtet er betydningsfullt for ham / henne. Intersubjektivitet kan sees som eget motivasjonssystem, man ønsker at andre skal bli kjent med en, ønsker at andre skal føle hvordan det er å være en selv.* (Lorentzen, 2008, s. 6).

Terapeuten skal vere ein positiv tilknytning, eit levande menneske som lokkar fram oppmerksomheit og konsentrasjon som innbyr til livsglede, slik at det gir ein eit godt sjølvbilde. I avsnittet om utviklingshemning skreiv eg at dei har vanskar med sosial kompetanse, å skilje mellom og kjenne igjen ulike kjensler hjå andre og seg sjølv. Eit av terapiens mål er å styrke denne evna (Lorentzen, 2008).

Jarle Eknes skriv at: *Det er utbredt at klinikere har overdrevne forestillinger om hvor annerledes det vil være å behandle personer som har utviklingshemning, sammenlignet med personer som ikke har det. Men mange av prinsippene er de samme for begge gruppene. Ved tvangslidelse hos personer med utviklingshemning bør man først gjøre seg kjent med hvordan fenomenet fremstår blant personer uten utviklingshemning, og hvilken behandling som er anerkjent for disse. I neste omgang kan man sette seg inn i erfaringsmaterialet for personer med kombinasjonen tvangslidelse og utviklingshemning, og deretter forsøke å gjøre val og tilpasninger som skreddersys for den enkelte person* (Bakken & Olsen, 2012 s. 128).

Eg vil tru at denne metoden kan brukast på alle typar psykiske vanskar der personen er utviklingshemma i tillegg.

**Kontroll over eige liv:** Innstrand fortel om ei ung dame med utviklingshemning ho har behandla i halvanna år. Dama har hatt depresjon og gått på antidepressiva i 10 år. Ho opplevde at behandlarane hadde møter om ho, men skjeldan med ho. Innstrand seier at angst og depresjon har samanheng med oppleving av kontroll og meistring av eige liv. Det at denne dama ikkje fekk delta i behandlingsmøta forsterka hennar mogeligheit til kontroll, forklara Innstrand. Ho jobba difor med å få dama delaktig i si eiga behandling, noko som blei vellukka. Nå kommunisera dama sjølv med helsetenesta. Behandlinga er retta direkte mot henne. Ho er i ferd med å trappe ned på medisineringa. Før var ho ikkje orientert om sin eigen situasjon, men om ho i dag får spørsmål om sine diagnosar, kan ho forklare dette godt. Innstrand seier ho kan fortelje deg kva målet med behandlinga er, og ho formidlar stor grad av tilfredsheit over si eiga rolle. Innstrand tar dette som eksempel på kor viktig det er også for personar med utviklingshemning å ha delaktigheit i behandling av psykiske lidningar, og bli

snakka med, ikkje om. <http://helsedirektoratet.no/helse-og-omsorgstjenester/habilitering-rehabilitering/eksempler/Sider/snakk-med-ikke-om.aspx>

**Brukarmedverking.** I lov om sosiale tenester heiter det i § 8-4: *Tjenestetilbudet skal så langt som mulig utformes i samarbeid med klienten. Det skal legges stor vekt på hva klienten mener.* Svært få menneske med kognitiv svikt, som til dømes demente og dei med psykisk utviklingshemning er umyndiggjorde. Det tyder på at disse har dei same rettane til brukarmedverking som andre. utfordringa er å forstå behova deira, og kva dei ynskjer (Linde & Nordlund, 2010). På grunn av store forskjellar i personlege ressursar, kommunikasjonsferdigheiter og kognitiv svikt, blir det å kunne gi sitt samtykke eit problem for mange. Willumsen definera sjølvbestemmelse slik: *Sjølvbestemmelse er en sentral verdi innenfor brukarmedverking, retten til selv å bestemme over eget liv, selv bestemme over hvilke tiltak og hvilken hjelp som er best for å bedre ens livssituasjon. Med retten til sjølvbestemmelse ligger også retten til å ikke ønske å medvirke, til å reservere seg* (Willumsen, 2005 s. 33).

I dei tilfelle personen manglar samtykkekompetanse, kan det oppnevnas ein hjelpeverge. Oppnemninga fører ikkje til umyndiggjering, men hjelpeverge vil medføre styrking av brukars samtykkekompetanse (Linde & Nordlund, 2010).

**Til drøfting:** Mi meining er at terapi virka for å vere eit godt alternativ også for menneske med utviklingshemning. Problemet har vist seg at det er for få terapeutar som kan å behandle personar med utviklingshemning.

Psykolog Instrand hevdar helsetenesta har ein formidabel jobb å gjere med å førebu og behandle psykiske vanskar hos menneske med utviklingshemning. Ho hevdar at disse går lenge med ubehandla psykisk sjukdom og blir sjeldan lagt inn planlagt for behandling. Ho hevdar og at om dei leggas inn, blir dei gjerne skrivne ut for tidlig. Hennar erfaring er at behandlarane vegrar seg for å ta på seg ansvaret for denne pasientgruppa.

Karterud seier at ein psykoterapeut sin hensikt er ikkje alltid konfliktbearbeiding, men snarare sjølvutvikling. For å oppnå ein sunn sjølvoppleving bør ein bekrefte klienten på ho / hans behov, slik at klienten kan få «være i seg sjølv», som er målet for sunn sjølvoppleving, sjølvutvikling og sjølvregulering (Karterud, 1997).

## **7.2 Funn 2 - Høg bruk av psykofarmaka.**

I tidsskriftet *Psykisk helsearbeid og psykisk utviklingshemning* seier Søndena og Skeie at ein ynskjer betre helsevern for menneske med psykisk utviklingshemning, Det har skjedd for lite siste tiåret i forhold til måla ein har satt seg. Viktig premisse er betre kompetanse, og styrke fokuset i behova til menneske med utviklingshemning. Dei hevdar at fleire studier fra Norge den senere tiden har dokumentert svært høg bruk av psykofarmaka (37-54 %) hos disse. Der indikera dei at ei av årsakene til dette kan vere manglande kunnskap hos fastlegar. Utan tilstrekkelig støtte frå spesialisthelsetenesta står dei i fare for å velje feil medikament, og skrive ut medikament til menneske med utviklingshemning som ikkje treng det. Ei anna forklaring på den store bruken av psykofarmaka kan vere underdiagnostisering av kroniske smerter hos disse, særlig hos dei med dårleg kommunikasjon. Av 5250 menneske som budde i institusjonar før avviklinga av HVPU- reforma vil 1950 bruke psykofarmaka. 1420 av disse utan å ha fått ei diagnose for sine psykiske vanskar.

Med aukande grad av nedsett intellektuell funksjon blir symptoma vanskeligare å diagnostisere, samtidig som førekomsten av dei fleste psykiske vanskaner aukar. Betre kunnskap om, og utvikling av fagområdet utviklingshemning og psykisk helse vil auke sjansen for at fleire blir diagnostisert korrekt. Dette vil i betydelig grad bidra til meir målretta behandling (Søndena & Skeie, 2010).

**Til drøfting:** Slik eg har forstått det er gjennomgangstenen at ein ynskjer eit betre helsevern for menneske med psykisk utviklingshemning. Likevel har det ikkje skjedd mykje av betydning dei siste par tiåra. Mi meining er at betre kompetanse vil styrke fokuset og statusen i behova til menneske med utviklingshemning. Heilheitlig tenking, etisk refleksjon og erfaring vil imøtekomme behova for samansette tenester til menneske med utviklingshemning.

## **7.3 Funn 3 - Store utfordringar for folkehelsa**

I ein ny omfattande rapport frå Folkehelseinstituttet *Psykiske lidelser i Norge - Et folkehelseperspektiv* skriv dei at behandling for psykiske vanskar har auka sterkt, samtidig som stadig fleire blir uføretrygda. Rapporten viser at dei største utfordringane for folkehelsa er folkesjukdomar som angst, depresjon og rusmissbruk. Disse vanskaner rammar flest, kostar mest og kan i stor grad førebyggast og behandlast. Miljøfaktorar som akutte, kroniske og vedvarande belastningar er i mange høve avgjerande faktor for om personen utviklar ein psykisk sjukdom. Det er mange ulike risikofaktorar, og sjansen for å utvikle psykiske

vanskar aukar i takt med kor mange risikofaktorar personen utsettast for. Dei fleste psykiske vanskane debutera i forholdsvis ung alder (innan 30-års alder), med unntak av demens. Dette er langt tidligare enn dei vanligaste og alvorligaste somatiske lidingane. (Nasjonalt folkehelseinstitutt, 2009).

**Til drøfting:** Eg meina at det er avgjerande å kartlegge risikofaktorar i miljøet for å kunne førebygge at sjukdomen utviklar seg. For å klare dette er det viktig med kompetanseheving. Svært mange som arbeidar i bustadar og bufellesskap hos menneske med utviklingshemning er ufaglærde. Dei må få god opplæring og utdanning. Leiarane har eit stort ansvar her. Når sjukdommen har utvikla seg er det viktig at alle veit kva symptom dei skal sjå etter då svært mange av desse ikkje sjølv klarar å beskrive korleis dei har det.

#### **7.4 Funn 4 - Store variasjonar i behandlingstilbod mellom ulike omsorgsmiljø og kommunar.**

I ein rapport frå nasjonalt kompetansemiljø om utviklingshemning, NAKU, står det at pr. i dag finnast det ikkje systematisk oversikt over kompetanse og tilbod til menneske med utviklingshemning som har psykiske vanskar/utfordrande åtferd i Norge. Det rapporteras og store variasjonar med hensyn til det tverrfaglige kompetansegrunnlaget som bistand ytast på bakgrunn av. I rapporten skriv Kittelsaa at: *Det er bekymringsfullt store variasjoner mellom ulike omsorgsmiljø og kommuner. Disse variasjonene skuldes mange og sammensatte forhold; fra ledelse, rutiner og egenkontroll, til kompetanse, samhandling med spesialisthelsetjenesten og hvilken kompetanse som er tilgjengelig* (Kittelsaa, 2008, s. 17).

I rapporten er det teke med eit eiga avsnitt om menneske med utviklingshemning og psykiske vanskar. Der er det konkludert med at disse har same rett på spesialisthelsetenester som andre, og at den fylkeskommunale psykiatrien må kunne yte tenester til menneske med utviklingshemning. Det hevdas at menneske med utviklingshemning ofte har så omfattande psykiske vanskar at dei treng psykiatriske spesialisttenester. Det peikar vidare på at det krev spesiell kompetanse og erfaring for å kunne diagnostisere og legge opp adekvat behandling for menneske med utviklingshemning som har psykiske vanskar (St.meld. nr.25. 1996-97, Kittelsaa, 2008).

Stortingsmelding nr. 25 (1996-97) *Åpenhet og helhet*, hadde til hensikt å legge fram ein heilheitlig politikk som involverte alle sider ved tenestetilbodet til menneske med psykiske vanskar. Kommunane sitt ansvar overfor denne gruppa blei fastslått, og det blei poengtert at

institusjonstilbod i prinsippet kunn skal vere midlertidig, og at ingen skal ha ein spesialinstitusjon som varig tilbod. Under og etter ansvarsreforma er det kome gjentekne rapportar som peikar på at det allmenne psykiske helsevern innan spesialisthelsetenestene ikkje inkludera menneske med utviklingshemning. Dette på tross av at dei er meir sårbare for, og har høgare førekomst av psykiske helseproblem enn befolkninga elles (Stortingsmelding 25, 1996-1997, Statens helsetilsyn, 2000 og Sosial og Helsedirektoratet, 2005). Meldinga peika på at det er brest i alle ledd i behandlingsskjeda. Det førebyggjande arbeidet er for dårleg, det er for få kommunale tilbod og for dårleg tilgjengelegheit til spesialisthelsetenesta. I tillegg visast det til at opphald ofte blir for kortvarige, at utskriving blir for dårleg planlagd og at oppfylginga etter institusjonsopphald ikkje er god nok (Kittelsaa, 2008).

**Til drøfting:** Mi erfaring er at det er vanskelig å rekruttere kvalifisert personale til bustadar for menneske med psykisk utviklingshemning. Utdanningsinstitusjonane har ansvar her. Det er behov for kunnskap og kompetanse i alle ledd dersom helsetenestene skal verte gode nok. Ein må sikre at personale som arbeidar med menneske med utviklingshemning har kunnskap om at også dei kan ha psykiske vanskar, slik at vanskanane kan oppdagast og behandling settast i verk.

### **7.5 Funn 5 - Barrierar som må takast hand om innan psykisk helsevern**

*Global Mental Health: From Science to Action*, er ein organisasjon som prøver å gjere noko med ein av dei mest forsømte globale helseproblema i vår tid. Vikram skriv at organisasjonen har som mål å forbetre tilgjengelegheit til psykisk helsevern, og redusere ulikheiter i psykisk helsevern mellom nasjonar. Bevegelsen for Global psykisk helsevern ynskjer å bygge ein felles plattform for profesjonelle og sivile, og argumentera for deira felles mål. Dei meina dei har funne prioriteringar som i det neste tiåret kan føre til betydelig forbetringar i liva til menneske med psykiske vanskar. Dei meina det er tre store barrierar som må takast hand om framover:

- Det første hinderet er gjennomgripande stigmatisering mot dei som lever med psykiske vanskar, som påverkar nesten heile livet deira. Dei seier det er liten politisk vilje til å prioritere global psykisk helse. Dei som kjem dårlegast ut her er fattige eller mindre ressurssterke land.
- Den andre store barrieren er det relativt svake engasjementet frå spesialisthelsetenesta til å sette det globale psykiske helsevern på dagsorden. Spesialisthelsetenesta har ei viktig rolle då psykiateren ofte er den som tek viktige avgjerder i psykisk helsepolitikk og program. Dei



må engasjere seg meir for å kvalitetssikre psykisk helsevern, og tene som advokatar for menneskerettane til menneske med psykiske lidningar. Det er nødvendig å oppmuntre leदारar for psykisk helse til breiare samarbeid. I ei undersøking som leiarar i psykiatri i nesten 60 land gjorde kom dei fram til tre felles strategiar for å redusere gapet i behandling. Dei vil auke opp med psykologar og andre psykisk helsepersonell, auke involvering av kvalifisert personell utan spesialistbakgrunn, der leiarane må verte flinkare med opplæring og vegledning, og auke den aktive deltakinga av personar med psykisk lidning.

- Den siste barrieren gjeld feil i vår nåverande kunnskap om psykiske vanskar og effektive behandlingsmetodar for disse. Dei meina det er klart at vi treng fleire investeringar i forskning og behandling av psykiske vanskar, og at forskinga må gjerast i land med høg inntekt (Vikram, 2011)

**Til Drøfting:** Til å drive eit globalt fagnettverk er det behov for koordinering. Til å drifte dette må det avsettast midlar, og det trengst faste samlingar der ein utvekslar erfaringar. Sentralt her vil vere å skaffe oversikt over utviklings- og forskingsarbeid. Global Mental Health nemner ikkje menneske med psykisk utviklingshemning. Eg meina det bør vere ein føresetnad at også desse blir tekne med i eit globalt fagnettverk.

### **7.6 Funn 6 - Klassifisering av normal åtferd i psykiske vanskar.**

I juni 2013 var Amerikanske media fylt med reaksjonar på utgivinga av den diagnostiske guiden til psykiske vanskar, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - V (DSM-V). Tilhengarane meina det er eit framsteg i den vitenskapelige grunnlaget for klassifisering av psykiske vanskar, medan Lebow meina det har lite å gjere med realitetane av korleis ein skal takle menneskelige problem. Tilhengarane av DSM-V seier at 20% av den vaksne befolkning kvalifisera for ei psykiske lidning, og 20% tar medisin for den. Lebow seier at grensene for psykiatri blir utvida medan grensene for normal krympe. Folk som ikkje treng diagnose og behandling vil få det, mens folk i desperat behov, men som ikkje har råd til medisinane vil bli stengt ute. Motstandarane av legemiddelindustrien meina at familierterapi er den beste vegen å gå for ei betre psykisk helse, i nokon høve kombinert med legemiddel (Lebow, 2013).

**Til drøfting:** Tilhengarane av denne modellen set medikamentell behandling først og familierterapi sist, medan motstandarane seier det skal vere omvendt. Mi meining er og at terapi og familierterapi heilt klart må kome først. Dersom det ikkje er tilstrekkelig kan det i

nokon høve vere naudsynt med medikamentell behandling. Dette gjeld og for menneske med lett utviklingshemning, medan hjå dei med meir alvorlig grad er ikkje alltid den kognitive terapien viktigast, men nærleik og trygghet.

## **8 Oppsummerande drøfting som avslutning**

Før eg byrja arbeidet med denne oppgåva var mi oppfatning at menneske med utviklingshemning ikkje fekk den hjelpa dei treng for sine psykiske vanskar. Eg ville finne ut kva behandlingstilbod som finnast for dei. Eg har funne at det finnast gode diagnosemanualar for å kunne kartlegge psykiske vanskar hos menneske med utviklingshemning. Der er gode terapeutiske behandlingsmetodar, men det ser ut som det blir lite brukt. Diverre så er fellesnemnaren for funna eg har gjort at menneske med psykisk utviklingshemning ikkje får den hjelpa dei treng. Ein anna fellesnemnar er at det kan sjå ut som det er for lite kunnskap blant spesialisthelsetenesta i alle ledd. Menneske med psykisk utviklingshemning har ofte så samansette problem at det trengs spesialistar for å utrede og diagnostisere dei. Det psykiske helsevern har ein formidabel jobb å gjere for å utdanne nok fagpersonar til å ta seg av disse oppgåvene i framtida.

Eit anna funn eg har gjort er at det er svært høg bruk av psykofarmaka i staden for å gi terapeutisk behandling. Bivirking av slike medisinar er alvorlige for mange, og menneske med psykisk utviklingshemning kan i dei fleste høve ikkje gi tilbakemelding på slike effektar. Eg har funne at ubehandla psykiske vanskar har store konsekvensar for livskvaliteten til mennesket, og kan få store konsekvensar for helsa, både fysisk og mentalt. Sentralt i funna eg har gjort er at menneske med utviklingshemning har rett på spesialisert behandling. Det er behov for kompetanse både innanfor utviklingshemning/ autisme og psykiske vanskar. Det er behov for fleirfaglig perspektiv som er tilpassa dei med utviklingshemning sin kognitive funksjon.

Dei tilsette som arbeidar nærast mennesket er i mange høve ufaglærde og må få god opplæring og vegledning. Eg meina det er viktig å utdanne fleire vernepleiarar då vernepleiaren lærer å observere og sjå dei mest sentrale teikna på ei psykisk vanske. Det er dei som jobbar nærast mennesket som har dei beste forutsetningane til å sjå endringar i åtferd og væremåte, og lettast klara å forstå kva den enkelte ynskjer. Tilsette må sikre at dei med

utviklingshemning får regelmessige timar hos fastlegen sin for å utelukke at endringar i åtferd skuldast noko somatisk.

Etter mi meinig er det viktig med etter og vidareutdanning for å halde seg oppdatert på ny kunnskap om menneske med utviklingshemning, for slik å sikre at dei som slit med psykiske vanskar får den hjelpa dei har behov om.

## Litteraturliste:

- Askheim, O.P. (2003). *Frå normalisering til Empowerment*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Bakken, T.L. & Olsen, M.E. (2012). *Psykisk lidelse hos voksne personer med utviklingshemning*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet (1986-87). St.meld.nr.67. *Ansvar for tiltak og tenester for psykisk utviklingshemma*.
- Bjerke, T & Svebak, S. (1997). *Psykologi for høgskolen*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Bronfenbrenner, U. (1980). *Oppvekst og miljø*. København: Gyldendalske pedagogiske bibliotek.
- Eknes, J. (2000). *Utviklingshemning og psykisk helse*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Eknes, J. Bakken, T.L. Løkke, J.A. & Mæhle, I. (2008). *Utredning og diagnostisering*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Fjermeros, H. (1998). *Om hundre år er allting glemt? Emma Hjorts historie 1898 – 1998*. Bærum kommune / Emma Hjort Museum.
- Helse- og omsorgsdepartementet (1996-97). St.meld. nr. 25. *Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene*.
- Hylland Eriksen, T. (1992). *Et sosialantropologisk perspektiv på livskvalitet*. Samtiden, no 4.
- ICD-10 (1999). *Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser; kliniske beskrivelser og diagnostiske retningslinjer*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Informasjonshefte (2013). *Bacheloroppgåve, Avdeling for samfunnsfag, Vernepleie deltid*. Høgskulen i Sogn og Fjordane.
- Karterud, S & Monsen, J. (1997). *Selvpsykologi. Utviklingen etter Kohut*. Oslo: Notam Gyldendal.
- Kittelsaa, A.M. (2008). *Utviklingshemning og psykiske helsetjenester (NAKU- rapport)*. Henta frå [http://naku.no/sites/default/files/Rapport\\_psykiske%20helsetj\(1\)\(2\)\(1\).pdf](http://naku.no/sites/default/files/Rapport_psykiske%20helsetj(1)(2)(1).pdf)

- Knudsen, A.K. & Mykletun, A. (2010, Vol 47, nr. 4). *Det du trenger å vite om forekomst av psykiske lidelser*. Tidsskrift for Norsk Psykologforening
- Lebow, J.L. (2013, Vol. 52, nr. 2). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-V (DSM-V) and Family Therapy*. America: American Psychiatric Association
- Linde, S. & Nordlund, I. (2010). *Innføring i profesjonelt miljøarbeid*. (2. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Lorentzen, E. (2008, Vol. 45, nr 2). *Psykoterapi med mennesker med psykisk utviklingshemning*. Tidsskrift for Norsk Psykologforening.
- Mykletun, A. & Knudsen, A.K. (2009:8)(2013,17:26) *Psykiske lidelser i Norge - Et folkehelseperspektiv*. Nasjonalt folkehelseinstitutt
- Sand, O. Sjaastad, Ø.V. Haug, E. & Bjålie, J.G. (2006). *Menneskekroppen, Fysiologi og anatomi*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Skullerud, E., Linaker, O.M., Svenning, A.C. & Torske, H. (2000, nr. 27). *Psykisk helse blant mennesker med psykisk utviklingshemning*. Tidsskrift for Den norske legeforening.
- Solum, E. (1993) *Normalisering. Grunnlag og mål for omsorg*. Oslo: Ad Notam Gyldendal
- Sosialdepartementet (1989-90). St.meld.nr.47. *Om gjennomføring av reformen for mennesker med psykisk utviklingshemning*.
- Sosial- og helsedepartementet (2000, nr.5). *Utviklingshemmede med alvorlige atferds avvik og/eller psykiske lidelser. En kartlegging av spesialisthelsetjenestens tilbud og behov*. Statens helsetilsyn.
- Sosial- og helsedirektoratet (2005). *Et nasjonalt kompetansemiljø for utviklingshemmede*, 15-1320, Rapport.
- Søndena, E. & Skeie, G. (2010, Vol.7, nr.4). *Psykisk helsearbeid og psykisk utviklingshemning*. Tidsskrift for psykisk helsearbeid.
- Tetzchner, S., Hesselberg, F. & Schjørbeck, H. (2008). *Habilitering, Tverrfaglig arbeid med utviklingsmessige funksjonshemninger*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Vikram, P. (2011). *Global Mental Health – From Science to Action*. London: London School of Hygiene & Tropical Medicine London (United Kingdom) and Sangath, Goa (India).

Willumsen, E. (2005). *Brukernes medvirkning. Kvalitet og legitimitet i velferdstjenestene*. Oslo: Universitetsforlaget.

Øverland, S. (2006). *Selvskading. En praktisk tilnærming*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke. .

<http://helsedirektoratet.no/helse-og-omsorgstjenester/habilitering-rehabilitering/eksempler/Sider/snakk-med-ikke-om.aspx>

<http://helsekompetanse.no/andres-hjem/16731>

### Vedlegg 1. Søkelogg: Korleis fann eg dei ulike artiklane mine?

Søkeord	Database	Avgrensingar	Tal treff	Merknad	Tittel på valt artikkel
Eg hadde søkt opp denne artikkelen, og skrive den ut, men fant ikkje den igjen når eg skulle søke den opp på nytt. Søkte den derfor opp igjen på tittelen: Psykoterapi med menneske med psykisk utviklingshemning.	Google Scholar		40	Denne artikkelen seier noko om at ei utfordring i terapi med menneske med utviklingshemning er deira kognitive vanskar. Men det nære, oppmerksame samværet, og eit fellesskap basert på forståing og aksept, krev ikkje intellektuelle ressursar.  Fagfelleverdert til nivå 1.	Psykoterapi med mennesker med psykisk utviklingshemning.  Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 45, nummer 2, 2008.
Utviklingshemning og psykisk lidelse	Idunn	Vitenskapelige artiklar	6	Denne artikkelen seier noko om at ein ynskjer betre helsevern for personar med psykisk utviklingshemning, Det har skjedd for lite siste tiåret i forhold til måla ein har satt seg. Viktig premiss er betre kompetanse, og styrke fokuset i behova til utviklingshemma.  Fagfelleverdert til nivå 1.	Psykisk helsearbeid og psykisk utviklings-hemming.  Tidsskrift for psykisk helsearbeid Vol.7.Nr.4.2010
Mental disorders AND mental illness AND mental treatment	Academic Search Premier	Academic journal, Full text, References available, 2011 – 2013.	75	Dette er ein organisasjon som prøver å gjere noko med ein av dei mest forsømte globale helseproblema i vår tid. Organisasjonen har som mål å forbetre tilgjengelegheit til psykisk helsevern, og redusere ulikheiter i psykisk helsevern mellom nasjonar.  Vitskapelig artikkel	Global Mental Health: From Science to Action.
Forekomst av psykiske lidelser	Google Scholar	Artikkel frå 2009, sorter etter relevans	179	Her fant eg to artiklar som eg kunne nytte i studien min. Den første artikkelen frå Folkehelseinstituttet ser på forekomst av psykiske lidningar generelt.	Psykiske lidelser i Norge: Et folkehelseperspektiv.  Rapport om psykiske lidelser i Norge fra Nasjonalt folkehelseinstituttet publisert 06.10.2009, oppdatert 05.03.2013
				Den andre artikkelen eg har henta kunnskap frå ser og på forekomst av psykiske lidningar. Dei ser og på kjønnsforskjellar.	Det du trenger å vite om forekomst av psykiske lidelser.  Kunnskapsdepartementet, Psykologtidsskrift utgave 4 - 2010.
Forekomst av psykiske lidelser blant utviklingshemmede i Norge.	Google	Artikkel	5400	Denne artikkelen seier litt om forekomst av psykiske vanskar blant utviklingshemma i Norge.	Klinikk og forskning. Psykisk helse blant mennesker med psykisk utviklingshemning.  Tidsskrift for den norske legeförening, nr. 27, 10. november, 2000
Mental disorders AND mental illness AND mental treatment	Academic Search Premier	Academic journal, Full text, References available, 2011 – 2013.	75	Tilhengarane av DSM-V seier at 20% av den vaksne befolkning kvalifiserar for ei psykiske lidning, og 20% tar medisiner for den. Kritikarane seier at grensene for psykiatri blir utvida medan grensene for normal krympe.  Vitskapelig artikkel	DSM-V and Family Therapy. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – V.  Vol. 52, nr. 2