

Aggressivitet hos utvecklingsstörda

Nils-Erik Landell

Skadande eller självskadande beteende hos utvecklingsstörda är ofta uttryck för ångest men också viljan att bli sedd.

Personlig omvårdnad minskar därför aggressivitet. Psykofarmaka bör användas med stor försiktighet och som komplement till en psykologisk analys av aggressivitetens orsaker som kan vara skenbart små förändringar i miljön eller olämpligt sammansatta boendegrupper.

Autister svarar ofta relativt dåligt på neuroleptika. Alla utvecklingsstörda kräver en särskilt grannliga psykiatri eftersom de har svårt att skildra symtom och framför allt biverkningar. Risken för övermedicinering, särskilt hos den lilla gruppen långsammetaboliserande, kan motverkas med serumbestämningar av använda preparat. Cisordinol (zuklopentixol) är ett lagom sederande neurolepticum med ett tämligen snävt och väldefinierat behandlingsintervall.

Analys av skadande beteende kan kräva utredningsavdelningar. Där kan också kompetens byggas upp som stöd för Omsorgsnämndens personal.

Nils-Erik Landell, överläkare i psykiatri vid Danderyd – Vaxholm – Österåkers psykiatriska klinik. Han är också kliniken speciella omsorgskonsult.

Aggressiva handlingar – ett sätt att bli uppmärksam

Aggressivitet hos utvecklingsstörda handlar mer, än hos andra, om att bli sedd.

Våldsamma handlingar mot omgivningen eller sig själv är ett osvikligt sätt att bli uppmärksam. Men den som drabbats av handikapp har också behov att bli sedd i positiv mening. Teckningar som skildrar livets och årets gång, alla sorters avbildningar av

verkligheten eller uttryck för personlig och konsnärlig originalitet bör sparas. De kan glädja omgivningen vid den skyddade verkstadens årliga försäljningar eller smycka den utvecklingsstördes egna rum. Ju större handikapp, ju större anledning att finna de talanger som varje människa har. De saker man utträttat återverkar positivt på självkänslan. De gör verkligheten mer begriplig. De skapar kontinuitet, sammanhang i tiden och i utvecklingen. Den handikappade ska ha initiativet och omgivningen hjälpa till med positiva tolkningar. Inom en stabil ram av trygghet ska man uppmärksam följa de initiativ den utvecklingsstörde tar, uppmärksam söka tolka dem för att försiktigt och på försök återföra tolkningarna.

Men den som tycker sig få för lite uppmärksamhet blir aggressiv, hävdar sina egna behov genom att hänsynslöst skada omgivningen, ty sådant beteende kan inte tolereras och därför skyndar alltid någon till. Även om bemötandet då blir förebrående har den aggressive nått sitt syfte, nämligen att bli sedd och uppmärksam.

Personlig omvårdnad minskar risken för aggressivitet

Om uppmärksamheten, den personliga omvårdnaden från omgivningen alltid finns så minskar risken för aggressivitet avsevärt. Möjligheterna till sådan ständigt uppmärksamhet är en fråga om resurser i utbildning, mängden personal, lämpligt komponerade boendegrupper för utvecklingsstörda. Om man inte bor ensam, så bör man åtminstone själv ha möjlighet att påverka sitt boende, och markera med vilka man trivs. Annars blir man orolig, skadar sig själv eller omgivningen.

En stor grupp inskrivna inom omsorgsvården har barndomspsykosor, vilka innebär en helt avvikande verklighetsuppfattning, vilket gör att även gravt skadade beteenden överhuvudtaget inte behöver vara ut-

En stor grupp inskrivna inom omsorgsvården har barndomspsykos, vilka innebär en helt avvikande verklighetsuppfattning, vilket gör att även gravt skadade beteenden överhuvudtaget inte behöver vara uttryck för aggressivitet.

tryck för aggressivitet. På de större institutioner som fortfarande finns kvar, trots den Omsorgslag som trädde i kraft 1 juli 1986, kan omkring en tiondel vara autister. Autism, som säkert omfattar olika former av barndomspsykos och har många olika mestadels biologiska orsaker, är förenad med vissa kännetecken. De är:

1. svår störning av kontaktförmågan
2. svår störning i språklig kommunikation
3. utstuderade ritualbeteenden, märkliga rutiner eller extremt avvikande lekbeteende
4. Abnorm reaktion på sensoriska signaler

Ovanstående kriterier framför Christopher Gillberg i boken "Autism och andra barndomspsykos" (Natur och Kultur) 1988. Därvid kan man förstå, att en autist kan utföra våldsamma handlingar utan att förstå deras katastrofala konsekvenser.

Givetvis ska autister behandlas som medmänniskor, och är den enda rimliga utgångspunkten för social träning. Man kan det vara nyttigt att komma ihåg, hur en autist kan uppfatta sina medmänniskor som egendomliga tingestar. Om deras ansikten är ljusa ballonger som kommer flytande genom lufthavet inställer sig inte känslan att skada en medmänniska, om man sticker hål på dem.

Gemensamt för alla dessa utvecklingsstörda, med självskadande och framför allt skadande beteende, är att de förr eller senare förs in till den kliniska psykiatrin i förhoppningen att stoppa ett beteende som är olidligt.

Används psykofarmaka för mycket på våra vårdinstitutioner?

Här ligger den största delen till förklaringen av att sextio–sjuttio procent intar psykofarmaka på kvarvarande vårdinstitutioner. Nu stadgar den nya Omsorgslagen att vårdhemmen fullständigt avvecklas och

ersätts med framför allt sk boendeenheter, som ofta brukar innehålla fem boende. Därvid försvinner inte aggressiviteten och därmed intaget av psykofarmaka. Tvärtom kan den olämpliga sammansättningen av personer i många former av boende, leda till ökad oro och därmed aggressivitet. Självskadande beteende, som är ett uttryck för ökad oro och ofta innebär en självstimulering, ökar och likaså skadande handlingar.

Användning av psykofarmaka

Neuroleptika är samlingsbeteckning för läkemedel, som vanligtvis används på väldefinierade psykos av typ schizofrena syndrom. Eftersom i detta syndrom ofta ingår aggressivt beteende, som också svarar väl på insatt neuroleptika (se Wistedt 1989), så är det inte att förvåna, att dessa läkemedel också används på autister. Resultatet har emellertid ofta blivit för höga neuroleptikadoser under långa tider. Därför bör, i ett större perspektiv neuroleptikabehandling noggrannt vägas mot alla de biverkningar, som de handikappade kan uppleva, t ex stelhet i ansiktsmuskulatur, muskelförluster, darrningar, småtrampande (akatesi) etc. Då den utvecklingsstörde patienten inte har möjlighet att själv uttrycka de biverkningar som läkemedlet kan ge, kan detta i sin tur leda till ökad ångest. I övrigt beträffande psykofarmaka är det intressant att notera att melankoliska syndrom, dvs sjuklig nedstämdhet nästan aldrig diagnosticeras hos utvecklingsstörda. Sk tricykliska antidepressiva används därför mycket sällan inom omsorgsvården. De som är deprimerade, upplevs inte heller ha samma vårdproblem som de aggressiva. Deras hämmade och timida framtoning kommer helt att maskeras av den i boendegruppen aggressiva personen eller personerna.

Olämpligt sammansatta boendegrupper ökar aggressionsrisken

Olämpligt sammansatta boendegrupper ökar aggressionsrisken. Trots, för det mesta, fantastiskt fina insatser hos dem som sköter de utvecklingsstörda, är oron till följd av olämpligt sammansatta boendegrupper mycket stor. Kanske måste vi också finna oss i, att en lämpligare sammansättning inte tar bort all oro.

Vad gör då psykiatern åt aggressiva patienter?

Man tar först god tid på sig för att fråga kring de sociala och psykologiska omständigheter, vilka kan förklara aggressiviteten. Patienten har för det mesta svårt att ge svar och därför kräver en sådan analys oerhört mycket av personalen. Samtidigt har man, från ett stort landsting som Stockholms läns från den centrala Omsorgsnämnden, uttalat att även boendegruppernas föreståndare endast skall ses som kvalificerade anhöriga.

Alla kan vi önska oss kvalificerade anhöriga och själva söka vara så kvalificerade som möjligt. Men ändå måste man kunna begära, att varje omsorgsnämnd som har ansvaret för utvecklingsstörda, försöker få tag i högutbildad personal och i tillräcklig omfattning. Det är fullständigt barockt, att de som har ansvaret för ofta svårt sjuka människor endast rekryteras som kvalificerade anhöriga. Det kan i längden knappast ge den grannliga analys av orsakerna till aggression, som är det största och på sina håll växande problemet inom omsorgsvården.

Ofta får man inte tag i några orsaker till våldsamma aggressioner. För exempelvis autister med en helt annan begreppsvärld måste det vara oerhört svårt att finna förklaringar till våldsamheterna, även då iakttagarna är välutbildade.

Undvik övermedicinering – Utnyttja möjligheterna till läkemedelsanalys i serum.

Det är läkarens uppgift att se till att patienten blir adekvat medicinerad. Ett hjälpmedel är då blodbestämning av neuroleptika med förhoppningen att man, för de aktuella patientgrupperna, kan finna lämpliga behandlingsintervall i serumkoncentrationer.

Själv har jag på senare år försökt med cisordinol och åtföljande serumbestämningar av detta neurolepticum vars generiska namn är Zuklopentixol.

För att komma ännu närmare sanningen om psykofarmakas verkan borde man som Arvid och Lena Carlsson föreslår i boken "Hjärnans budbärare" (Allmänna Förlaget) 1988 fotografera de behandlade patienternas hjärnor med positronkamera. Sådan undersökning är dock i dagsläget inte rutin, och de utvecklingsstörda mestadels för oroliga för undersökning. Tills vidare får det räcka med blodbestämningar.

Tack vare dessa har jag, hos några mycket aggressiva patienter, drastiskt kunnat minska cisordinol-doserna i stället för att höja dem, vilket säkert många läkare skulle ha gjort. Minskningen har skett under stor oro hos den plågade personalen. Så mycket mer glädjande har det varit, då patienten blivit avsevärt förbättrad genom medicinminskningen och ibland helt fri från skadande beteende.

En tankeställare är att man för thioridazin (Mallorol, ett sk högdos-neuroleptikum), som förefaller vara det mest använda medlet mot aggressioner hos utvecklingsstörda i USA, funnit att en omsättning av detta medel, liksom de flesta andra neuroleptika, är relaterad till den genetiskt styrda förmågan att hydroxylera debrisoquin.

Ungefär sex procent av den svenska befolkningen har en, jämfört med övriga, mycket långsam ämnesomsättning av debrisoquin samt andra läkemedel (tex antidepressiva) som metaboliseras av samma enzym-system i levern.

Det här antyder att patienter behandlade med neuroleptika, om de är lågmetaboliserande och inte kan redogöra för sina biverkningar, lätt blir övermedicinerade.

Vad gäller metabolismen av zuklopentixol så är den likartad metabolismen av thioridazin och kanske metaboliseras av samma enzym-system. Det kan i så fall förklara, att jag, hos en del utvecklingsstörda som medicinerats med zuklopentixol, fått anmärkningsvärt höga serumnivåer av läkemedlet på en jämförelsevis låg ordination. Summan av resonemanget är, att man vid neuroleptikamedicinering av aggressioner hos utvecklingsstörda och givetvis på andra indikationer, bör göra blodbestämningar av läkemedlet. Risken är annars överhängande, att en del patienter blir klart övermedicinerade med åtföljande biverkningar.

En blodbestämning har också den psykologiska fördelen, att man med den i görligaste mån kan avfärda vidare spekulationer kring snabba, kemiska möjligheter att förändra situationen och kan koncentrera sig med ökad emfas på just de psykologiska och miljömässiga förhållanden som mestadels är orsak till den utvecklingsstördes aggressioner.

Vid analys av skadande beteende finner man ofta, hur patienten kan vara lugn under dagen i en välstrukturerad tillvaro med ett uppskattat arbete som

.....
Idag är risken stor att just utvecklingsstörda blir lidande av samhällets ambition att genomföra enhetliga lösningar.
.....

stärker självkänslan. Redan i middagssituationen efter arbetets slut kan situationen vara en helt annan då alla boende kommer hem och samtidigt konkurrerar om personalens uppmärksamhet. Nödvändig hänsyn till medboende kan då kännas övermäktig och uppstår skärmytslingar kan situationen snabbt bli mycket pressad för samtliga.

Den som är mest pressad i matsituationen kan då möjligen beredas chansen att äta på egen hand, men risken är samtidigt att samtliga snabbt kräver alltmer individuella favörer. Det är denna samtidiga hänsyn till individen och kollektivet som är svår att genomföra såväl för utvecklingsstörda som för alla. När de svenska funktionalisterna under början av 1930-talet sökte bygga upp det goda samhället, var det just under fältropet att såväl individen som kollektivet skulle tillfredställas. Idag är risken stor, att just utvecklingsstörda blir lidande av samhällets ambition att genomföra enhetliga lösningar.

Den nya omsorgslagen är utmärkt

De flesta får flytta ut i ett rikare liv i samhället. Men det återstår ett nödvändigt detaljarbete för dem som inte klarar gruppboendet. Risken är stor att öar av förtvivlan och inkompetens uppkommer kring många svårskötta klienter. Då finns risken att man med ett alltför instrumentellt synsätt bygger sk tunga enheter som entydigt skall lösa problemen, och det problematiska ligger just i vården av dem som framträder som aggressiva.

Lösningen kan här vara större enheter med fler trevliga småvillor där boende i grupper på förslagsvis tre, och med stor personaltäthet kan ha både den lilla enhetens fördelar och den storas. Om exempelvis larret går, kan det kännas tryggt att veta, hur personal kan skynda till även från angränsande villor. Man behöver inte känna sig så utlämnad. Sådana större enheter med arbetsplatser i närheten, och sjukgymnastik med bad, kan sägas vara en modern typ av

institutioner, som också kan göra kraftsamlingar kring särskilt problematiska patienter och bygga upp en såväl medicinsk som psykiatrisk, psykologisk kompetens.

Idag flyttar man i den nya omsorgslagens namn ut även autister i grupper vitt spridda i landskapet. Risken är då stor att öar av förtvivlan och inkompetens uppkommer kring mycket svårskötta patienter. Ännu värre blir det om helt olika typer av patienter blandas med varandra så att störningarna för samtliga blir maximalt samtidigt som utbytet blir minimalt.

En väg ut ur de här svårigheterna är alltså att bygga upp kompetens och tillförsikt i större enheter. De kan ändå integreras i samhället. Viktigt är då också att ge bra arbetsplatser i närheten, och framför allt god utbildning och handledning åt personalen, som bör ha rätt att se sig som något mer än kompetenta anhängare. Därmed ingen skugga över det sociala nätverkets betydelse, men man får inte genom en ny omsorgslag försöka definiera bort sjukdom och problem, som är en realitet. Ju mer personalen vet om exempelvis olika barndomspsykos, ju mer iakttar man. Ju mer personalen vet om medicinernas möjligheter och begränsningar, ju mer ser man av exempelvis biverkningar. Den utvecklingsstörde, som ofta saknar språk, kan inte som övriga patienter snabbt presentera sin symtomatologi för läkaren utan kräver just en kompetent personals analys och hjälp, en personal som ständigt omger den utvecklingsstörde och kan presentera dennes problemställningar.

Den decentraliserade vårdapparaten

Den decentraliserade vårdapparaten, som nu byggs upp av Omsorgsnämnden, kräver oerhört mycket stöd, handledning och utbildning. Det är viktigt att det någonstans byggs upp en kompetens för utvecklings- och forskningsarbete. Av fundamental betydelse blir då, att Omsorgsnämnderna verkligen begriper,

.....
Den utvecklingsstörde, som ofta saknar språk, kan inte som övriga patienter snabbt presentera sin symtomatologi för läkaren utan kräver en kompetent personals analys och hjälp.
.....

att många utvecklingsstörda har svåra psykiska problem. Man kan inte bara med ordets makt utrota allt vad sjukdom heter, och samtidigt skicka in dem som genom aggressioner verkar ohanterliga till någon psykiatrisk klinik, där felen skall rättas till, helst snabbt. Det föder en övertro på just psykofarmaka i sammanhang där de ofta ger större nackdelar än fördelar. Även om skadande beteende i första hand har psykologiska och miljömässiga orsaker, så har aggressioner kommit att förknippas med psykofarmaka som snabbt skall lösa en sedan länge olidlig situation.

Visst kan man skapa enheter för behandling och observation av patienter med stor benägenhet för aggressionshandlingar. Men då skall man göra klart för sig om det skall vara enheter för en kortare tids observation och renodling av de frågeställningar, som senare måste lösas mer beständigt och under lång tid, eller enheter där man från början både med hjälp av psykofarmaka och psykologiska insatser tar hand om även de svårast sjuka. Huvudsaken är att man bygger upp en kompetens någonstans, och från omsorgsvårdens sida inte försöker avhända sig alla sjuka med motiveringen, att de skall tas om hand av den vanliga sjukvården. Det är visserligen den nya omsorgslagens innebörd, men då måste man också bygga särskilda enheter för utvecklingsstörda, ty de finner sig mycket dåligt tillrätta på psykiatriska avdelningar i längden. Även om utvecklingsstörda är en mycket heterogen grupp, så finns där de gemensamma svårigheterna att

förstå sammanhang, vilket lätt gör dem till offer som utnyttjas av andra.

Den psykiatriska vård man måste diskutera, kommer i första hand att gälla just utvecklingsstörda med ett aggressivt beteende. Deras enstaka, men förödande aggressionshandlingar kan i längden sällan tacklas med psykofarmaka. Risker är bl.a. stor, att de blir trötta av preparaten, att det försvårar en social rehabilitering. Resonemanget gäller samtliga psykofarmaka, även bensodiazepiner, som dessutom vid regelbunden användning mestadels förlorar sin lugnande effekt efter något halvår.

De som med psykofarmakologisk behandling kan få sitt grundtillstånd förbättrat är patienter med klara psykosdiagnoser, som under längre tid tar neuroleptika och i några fall karbamazepin eller litium. Men svårigheterna för patienterna att berätta om sina upplevelser och sin symtomatologi måste då kompenseras med ökad observans från omgivningen inklusive blodbestämningar av läkemedlen. Det sker i ett läge där även långtidsbehandlingar måste omprövas, eftersom nyttan av behandlingen hela tiden måste vägas mot långsiktiga risker för biverkningar, där tardiv dyskinesi hör till de mest fruktade. Det sker i ett läge där, som framhållits, farmakologiska överväganden på ett komplicerat sätt blandas med psykologiska och strukturella förhållanden som ofta berör hela vårt samhälle.