

Självd destruktivitet bland psykiskt utvecklingsstörda

Sven-Inge Windahl

Självd destruktivitet – att åsamka sig själv fysisk skada – utgör ett allvarligt problem bland utvecklingsstörda. Först under de allra senaste åren har epidemiologiska undersökningar startats i vårt land. Sven-Inge Windahl leder ett sådant projekt inom MR-gruppen i Uppsala. Man försöker identifiera vad som orsakar och upprätthåller självdestruktivt beteende för att få utgångspunkter för preventiva och terapeutiska insatser.

Det självdestruktiva beteendet (SDB) får konsekvenser såväl för den enskilde utvecklingsstörde som för personalen. Den utvecklingsstörde själv kan åsamkas svåra fysiska skador. Beteendefixeringen kan också förhindra en konstruktiv inlärning och anpassning i allmänhet. Hos personalen kan det leda till starka upplevelse av förtvivlan och till intensiva skuld känslor.

Olika förklaringshypoteser har framförts (Kebbon, 1979; Socialstyrelsen, 1985), tex att beteendet är uttryck för en funktionsstörning i CNS, att det är liktydigt med en kontakt- eller kommunikationsstörning eller att det är inlärt. Dess kraftiga koncentration i institutionsboendet har lett till att många inom omsorgsverksamheten betraktat det som en typisk institutionsskada. Det är först helt nyligen, genom en omfattande inventeringsundersökning i Socialstyrelsens regi, som man börjat få en övergripande bild över hur SDB bland utvecklingsstörda fördelar sig över boendeform, ålder, grad av utvecklingsstörning etc.

Förekomst

Socialstyrelsens inventering 1982 får betraktas som internationellt unik i den meningen att den omfattade i det närmaste hela den förtecknade omsorgspopulationen (30 000 utvecklingsstörda) och att den riktade sig till samtliga boendeformer, samtliga grader av retardation och samtliga åldrar. Vid forskningsgruppen i Mental Retardation, Institutionen för psykiatri, Ulleråker, pågår sedan 1984 ett forskningsprojekt kring självdestruktivt beteende bland psykiskt utvecklingsstörda. Det är epidemiologiskt orienterat och vill belysa frågor kring topografi, frekvens, intensitet, prevalens, kronicitet, debutförhållanden, relation till grad av utvecklingsstörning, till andra problembeteenden och till förändringar i övergripande miljöfaktorer. Inom projektet har analys och bearbetning gjorts av inventeringens rådata (Windahl, 1984). Några huvudresultat kan nämnas:

a) 1 198 identifierades som självdestruktiva. Detta motsvarar en genomsnittsprevalens på 4.2%.

b) SDB-prevalensen visade sig variera starkt med boendeform. I hemmaboendet var prevalensen 1.1% (174 personer identifierade) medan den i det traditionella institutionsboendet uppgick till 10.8% (762 personer identifierade).

c) Prevalensen varierade med grad av utvecklingsstörning. Bland de lindrigt utvecklingsstörda uppvisade endast 1 på 500 SDB medan motsvarande bland djupt utvecklingsstörda var 1 på 8.

d) Prevalensen visade också en viss relation till ålder. Särskilt frapperande vad den starka koncentrationen av SDB-fall i födelseårsklassen 1951–60 (21–30 år vid undersökningstillfället). Också inom denna åldersgrupp ökar proportionen med grad av utvecklingsstörning. prevalenstalen är fal-

lande mot högre resp lägre åldrar.

Det är rimligt att räkna med att en inventering som satsar på att relativt snabbt ta fram en översiktsbild med nödvändighet måste offra en del ifråga om identifieringskapaciteten. Täckningsgraden i Socialstyrelsens inventering har säkert inte varit hundra procentig. Särskilt stora identifieringsmissar kan ha gjorts i hemmaboendet, speciellt i de tidigaste åldrarna. Man kan knappast räkna med att de omsorgstjänstemän som fungerat som uppgiftslämnare, haft lika god överblick över de hemma-boende som över de kollektivt boende.

Internationell jämförelse

I många avseenden är det omöjligt att jämföra Socialstyrelsens prevalens-resultat med utländska sådana, eftersom de senare oftast gällt begränsade institutionspopulationer. Det visar sig emellertid att den svenska institutionsprevalensen befinner sig inom de gränser som Maisto mfl (1978) anger för en rad internationella undersökningar (7–19%). Förhoppningen att svensk omsorgsverksamhet ytterligare skulle stärka sitt goda internationella rykte genom att uppvisa en särskilt låg SDB-prevalens får således inte stöd. Möjligen skulle man kunna ta fasta på att det finns få identifierade SDB-fall i den allra yngsta födelseårsklassen (födda 1971–80). Prevalensen är här inte mer än 1.8%. Kanske är det just för de yngre åldersgrupperna som förändringen och utvecklingen inom svensk omsorgsverksamhet betytt mest? Vi känner dock inte tillräckligt väl till hur SDB-debuterna fördelar sig efter åldrar. Vi känner inte heller till inventeringens täckningsgrad i de yngsta åldrarna men förmodligen är den här som allra lägst.

Kontrollundersökningar

Genom psykologen Teut Wallner genomförde Socialstyrelsen en intensiv uppföljningsundersökning på några vårdhem i Stockholmstrakten. På dessa vårdhem besöktes varje boendeenhet och personal fick

Resultaten tyder på att i det närmaste var tredje vårdtagare vid större, traditionella institutioner uppvisar självdestruktivt beteende.

ta ställning till förekomsten av SDB utifrån samma kriterier som gällt för inventeringen 1982. Det kunde då konstateras att 28% av de institutionsboende uppvisade SDB. Resultatet ligger alltså högt över det genomsnitt för institutionsboendet som erhöles i den övergripande inventeringen (10.8%).

I samband med en pågående totalinventering i Uppsala läns landsting har varje enskilt boende besökt och uppgifter inhämtas enligt samma kriterier. Resultaten visar att drygt 30% av de institutionsboende uppvisar SDB.

Vi bör således kunna dra den slutsatsen att Socialstyrelsens inventering klart underskattat prevalens i institutionsboendet. Utifrån de nya resultaten måste vi räkna med att i det närmaste var tredje vårdtagare vid större traditionella institutioner i Sverige uppvisar SDB.

Uppsalaundersökningen ger en genomsnittsprevalens över alla boendeformer för SDB på 11% – att jämföra med 4.2% i Socialstyrelsens inventering.

Man bör i detta sammanhang konstatera, att prevalensen endast är beräknad på traditionella SDB-former (att slå sig, riva sig etc). En del beteenden, tex upprepade kräkningar eller självframkallade kramper, som i nyare epidemiologiska undersökningar ofta inkluderas i den självskadande beteendekategorin, är ej medtagna. För Uppsalainventeringens del skulle en inkludering av dessa innebära att genomsnittsprevalensen steg till ca 13%.

En korrigering av de absoluta talen föranleder dock inte med nödvändighet en korrigering av fördelningsformerna. Ingenting i den senare inhämtade informationen tyder på att huvudresultaten i Socialstyrelsens inventering, dvs SDB-förekomstens markanta samband med såväl boendeform som grad av utvecklingsstörning skulle behöva korrigeras.

När det gäller SDB-fallens fördelning över åldrar är bilden mer komplicerad. I de båda yngsta fö-

I de yngsta åldrarna har relativt få fall identifierats.

delseårsklasserna har relativt få nyidentifieringar gjorts i Uppsalainventeringen. Trots detta antyder dock resultaten att SDB-förekomsten även i de yngre åldrarna kan vara betydligt större än vad som framgick av Socialstyrelsens inventering. Resultaten från C-landstingen antyder också att en stor andel av SDB-fallen tycks vara fullt utblommade redan i 10-årsåldern och att tillskottet av ytterligare fall upp till medelåldern inte är så kraftigt som den stora inventeringen gav intryck av.

Institutionsskadehypotesen

Man kan konstatera att 174 personer – eller 14 % av de totalt 1190 identifierade SDB-personerna var hemmaboende. I den mån miljöfaktorer spelar någon roll för uppkomsten av SDB, så måste vi alltså anta att dessa faktorer kan vara verksamma i såväl hemmaboende som institutionellt boende.

Överrepresentation av SDB-fall bland gravt utvecklingsstörda återkommer för varje enskild boendeform – således även för hemmaboende. Förekomsten tycks alltså inte vara förmedlad av någon specifik boendeform. Den tycks istället vara starkt knuten till graden av utvecklingsstörning, vilket snarast talar för biologiska faktorer i den etiologiska processen.

Borde då inte det förhållandet att institutionsboendet har en mycket stark överrepresentation av SDB ändå tala för att institutionsmiljön också skapar en del av den självdesdruktiva problematiken? Detta resultat kan dock också ha uppkommit via selektionsmekanismer. Så kan ju exempelvis SDB ha debuterat redan före institutionsplaceringen och kanske rentav varit en av anledningarna till placeringen. Vi måste också räkna med den möjligheten att de som haft stor risk för institutionsplacering också kan ha haft stor risk att utveckla SDB oavsett boendeform och att debuter i institutionsmiljön inte med nödvändighet måste ha skapats av denna.

.....
Förekomsten tycks vara knuten till grad av utvecklingsstörning.
.....

I en specialstudie inom projektet har Hüllert (1986) studerat debutens tidsmässiga placering i förhållande till institutionsplaceringen. Undersökningsgruppen bestod av 30 institutionsboende i Uppsala läns landsting, vilka identifierats i Socialstyrelsens inventering. Via genomgång av journaldata kunde man visa att 39 % med säkerhet debuterat före institutionsplaceringen. För de resterande (61 %) förekom den första uppgiften om självdestruktivt beteende i institutionsboendet. I en del fall lämnades dock uppgiften på ett sådant sätt att man kunde misstänka att SDB förekommit redan före institutionsplaceringen.

Tre amerikanska undersökningar av debutens inträffande i förhållande till institutionsplaceringen är kända (Bruhl/Geyhart, 1970; Maisto mfl, 1978; Bruhl mfl, 1982). Alla tre pekar i samma riktning mot en stor andel hemmadebuter – mellan 86 och 94 %.

Den finns således idag ett empiriskt stöd för uppfattningen att överrepresentationen av SDB-fall i institutionsboendet till stor del kan förklaras utifrån selektionsmekanismer, vilket inte ger stöd åt en renodlad institutionsskadehypotes.

I Socialstyrelsens material är det också möjligt att jämföra institutionsboende och hemmaboende med avseende på frekvens av självskadande beteende. Det visar sig då att frekvensfördelningarna är i det närmaste identiska. Hemmaboendegruppen har alltså lika stor andel SDB-personer med hög frekvens som den institutionsboende gruppen.

Detta utesluter naturligtvis inte att institutionsmiljö kan ha stor inverkan på detta beteende i olika avseenden. Inom projektets ram samlas fn uppgifter som skall möjliggöra sådana analyser.

Relation till andra problembeteenden

Inom projektet har korrelationsstudier genomförts för att undersöka sambandet mellan SDB och andra problembeteenden. Det har visat sig att två problembeteenden intar en särställning när det gäller att differentiera mellan gravt utvecklingsstörda med resp utan självdestruktivt beteende: utåtriktad aggressivitet och motoriska stereotypier. Båda dessa beteenden är alltså betydligt vanligare inom den

Personal vet ofta vilka situationer som utlöser beteendet och hur man skall förebygga det.

självd destruktiva gruppen av gravt utvecklingsstörda.

Det är naturligtvis ett långt steg från identifiering av signifikanta korrelationer till identifiering av orsaker bakom beteendet. Möjligen skulle man försiktigtvis kunna anföra den spekulationen att korrelationerna avspeglar två helt olika grundfunktioner hos SDB:

1. Att hantera aggressioner i frustrerande och provocerande situationer och att vara ett sätt att avreagera sig.

2. Att utgöra ett biologiskt beteendemönster för att öka eller minska aktivitetsnivån i centrala nervsystemet.

Möjligen avspeglar dessa två presumtiva grundfunktioner två helt olika etiologiska sammanhang. Man måste också vara uppmärksam på att grundfunktionerna kan modifieras via inflytande av inlärningsfaktorer. Korrelation med utåtriktad aggressivitet ger inte stöd för den psykoanalytiskt färgade teori som hävdar att självdestruktiva personer är generellt hämmade och som därför predicerar låg grad av utåtriktad aggression och omdirigering av aggressiva impulser mot det egna jaget och kroppen.

Omsorgsinsatser

Intervjuer som genomförts inom projektet har visat att personal i kollektivt boende mestadels är ganska klar över vilka situationer som utlöser beteendet och också vet hur man skall förebygga utbrott. Man

har likaså ofta lärt sig olika sätt att effektivt avleda dessa när de väl inträffar.

I ett mindre antal fall (ca 10 %) är dock beteendeproblematiken ytterst svårhanterlig. Personalen famlar här i blindo både när det gäller att identifiera utlösande situationer och att finna fram till ett verkningsfullt bemötande. För att erhålla bättre behandlingsinsatser i de svårartade fallen men även för att förebygga uppkomsten av självdestruktivitet överhuvud taget är det av största vikt att vi genom fortsatt forsknings- och utvecklingsarbete kompletterar våra ofullständiga kunskaper om orsaker och behandlingsmöjligheter.

REFERENSER

- Bruhl, H. H. and Geyhart, J. D. (1970): Profiles of Mental Retardation with SIB. Paper presented to the Minnesota Department of Public welfare statewide self-injurious committee.
- Bruhl, H. H., Fielding, L., Joyce, M. and Peters, W. (1982): Thirty-month demonstration projekt for treatment of self-injurious behavior in severely retarded individuals. In J. H. Hollis and S. E. Myers (Eds). Life threatening behavior: Analysis and Intervention. American Association on Mental Deficiency. Washington.
- Hüllert, P. (1986): Självskadande beteende hos institutionsboende utvecklingsstörda. Forskningsrapport, Projekt Mental Retardation. Uppsala.
- Kebbon, L. (1979): Svåra beteendestörningar. Psykisk Utvecklingshämning, nr 3.
- Maisto, C. R., Baumeister, A. A., and Maisto, A. A. (1978): An analysis of variables related to self-injurious behavior among institutionalised retarded persons. J. ment. Defic. Res.
- Socialstyrelsen (1985): Självdestruktivt Beteende. Socialstyrelsens PM 113/85. Stockholm.
- Windahl, S-I. (1984): Självdestruktivt beteende bland psykiskt utvecklingsstörda. Forskningsrapport, Projekt Mental Retardation. Uppsala.