

Observasjon av symptomer på psykisk lidelse

Jane Margrete Askeland Hellerud, vernepleierspesialist, Seksjon psykiatri, utviklingshemming, PUA, Oslo universitetssykehus
UXHEJC@ous-hf.no

Utredning hos mennesker med kognitiv funksjonsnedsettelse er en komplisert oppgave som krever spesialkompetanse, og skjer først og fremst i spesialisthelsetjenesten. Det finnes lite etablert kunnskap om miljøterapeutens rolle innen tverrfaglig utredning av psykisk lidelse, her beskrives noen erfaringer fra Regional seksjon psykiatri og utviklingshemming/autisme ved Oslo universitetssykehus. Artikkelen er et lite utdrag av et kapittel i *Håndbok i miljøterapi Til voksne og barn med kognitiv funksjonshemming* (Bakken, 2020). Artikkelen omfatter observasjoner knyttet til angst og depresjon hos personer med utviklingshemming.

Miljøterapeuter er hyppig i direkte kontakt med bruker eller pasient. Dette gir en unik mulighet i utredningssammenheng fordi samhandling er den suverent beste arena for observasjon og kartlegging (Hellerud, 2020). I direkte samhandling kan man for eksempel teste ut sosialt samspill, kommunikasjon, oppmerksomhet, konsentrasjon, utholdenhet, praktiske ferdigheter og også relasjonelle aspekter. Miljøterapeuter, særlig i kommunale tjenester og når brukeren er voksen, er i nær relasjon til brukeren. I en del tilfeller vil miljøterapeuten være brukerens nærmeste omsorgsperson. Miljøterapeutens kunnskap og observasjonskompetanse er i disse tilfellene avgjørende for å sikre et valid utredningsresultat. Spesifikke observasjoner gjort av miljøterapeut må alltid ses i sammenheng med resultater av validerte psykometriske instrumenter og komparentopplysninger (Bakken, 2014).

Ved psykisk lidelse er endring fra pasientens habitualtilstand og -fungering utgangspunkt for utredningen. Endring kan skje raskt eller gradvis og over kort eller lang tid. Ved utredning av psykisk lidelse vil hovedkilden til informasjon være samtale med pasienten, også hos pasienter med utviklingshemming og/eller autisme, selv om utredningen også i enkelt tilfeller må baseres vesentlig på observasjoner. For at miljøterapeuten skal kunne utnytte sin unike posisjon som observatør i daglig samhandling, må hun vite hva hun skal se etter.

Spesifikke observasjoner

Spesifikke observasjoner tar sikte på å identifisere eller avkrefte om hvorvidt pasientens vansker og atferdsuttrykk er symptomer på psykisk lidelse eller ikke. En atferd kan ha mange årsaksforhold og funksjoner. Ofte kan en type atferd ha ulike funksjoner i ulike sammenhenger. Erfaringsmessig ser man at jo snevrere repertoar av kommunikative ferdigheter en person har, dess flere funksjoner har samme type atferd.

Angst

Angst er et stort subjektivt problem og et ledsagersymptom ved nær sagt alle psykiske lidelser. For eksempel ved psykose kan det største opplevde lidelsestrykket være knyttet til angst. En som lider av depresjon vil ha mye angst, ikke minst knyttet til opplevelsen av ikke å kjenne seg selv igjen. Også fysiske sykdommer vil ledsages av angstsymptomer. Angstsymptomer kan være vanskelig å avdekke hos personer som bare i liten grad kan fortelle selv (Helverschou og Martinsen, 2011). Miljøterapeutenes observasjoner vil derfor være av særlig interesse i utredningsarbeidet. Å kunne gjenkjenne når en person er redd og dermed kunne forstå og legge til rette for lindrende samhandling er begge sentrale oppgaver for miljøterapeuten.

Fysiologiske uttrykk kan være tegn på angstaktivering, altså på angstsymptomer. Miljøterapeuten ser på ansiktet først og ser etter utvidede pupiller, hudfarge; om den er bleik, om det er rødme på hals eller blålige lepper. Det bør også observeres om det er svette-



Foto: Meg Nielson, Unsplash

perler i ansiktet, væte i hårfestet og/eller klam hud. På kroppen ser miljøterapeuten etter om pasienten er anspent, foroverbøyd, eller helt tilstivnet og om armene og beina er i bevegelse samtidig – om de rister eller skjelver. Er det svetteflekker på klærne i armhulene eller på ryggen? På stemmen hører miljøterapeuten etter om pasienten har økt volum, høyere toneleie – om ordene ikke henger så godt sammen og om pasienten stammer, stotrer eller skriker/roper. Smatting kan være tegn på munn-tørrehet som følge av angstaktivering.

Miljøterapeuten kjenner på huden inni hendene, på nakken og pannen hvis det er mulig for å finne ut om huden er klam eller kald. Det samme gjelder ansenthet – man kan for eksempel kjenne på overarmen og/eller nakken om musklene er spente. Angstsvette kan ha en skarpere og mer intens lukt en vanlig svette. Man må lytte til pusten. Er den rask eller anstrengt? Dette kan høres eller ses på frekvensen brystet hever og senker seg i. En hensiktsmessig måte å få oversikt over pasientens angstsymptomer

er å utarbeide en protokoll over personens potensielle angstatferd; en liste over fysiologiske angstsymptomer som forekommer før og samtidig med atferd man mistenker er reaksjoner på angst. Pasientens angstreaksjoner, «fight, flight, freeze», er de første tegnene som legges merke til fordi slike tegn er svært tydelige og kan innebære utfordrende atferd (Helverschou & Martinsen, 2011). Dette gjelder spesielt for pasienter som ikke klarer å uttrykke at de er redd.

Samhandlingsvansker og utfordrende atferd som er vanskelig å forklare, kan være en reaksjon på angst. Aggresjon og fluktatferd (unngåelse) er vanlig. Begynn med å kartlegge denne atferden, deretter observeres om det forekommer fysiologiske tegn på angst i forkant eller samtidig med atferden. Flere tegn må forekomme samtidig for at man kan være sikker på at det er angst. Systematiser observasjonene i angstprotokollen. Dersom man har identifisert sikre angstsymptomer, kan angstprotokollen utvides til å inneholde varighet av symptomer, situasjon, tid på døgnet, mulig utløsende faktorer etc. Dette vil kunne bidra til å identifisere om angsten vi ser er et ledsagersymptom til annen lidelse, eller/og om pasienten har en spesifikk angstlidelse.

Stemningslidelse

Stemningslidelser er «klassiske» faselidelser. Både depressive og maniske faser kjenne-tegnes som regel av funksjonsfall. Observasjon av symptomer omfatter først og fremst endringer i stemningsleiet som kan vise seg på en uvanlig måte (Bakken, Helverschou, Høidal og Martinsen, 2016).

Ved *depresjon* ser miljøterapeuten etter svekket mimikk, tempo og tonefall. I samhandling ser man etter senket tempo, forlenget responstid eller at personen ikke gir respons. Reagerer personen på henvendelser fra personalet som om tilstedeværelsen er et krav i seg selv? Spesielt kravsituasjoner bør observeres nøye da klinisk erfaring tilsier at pasienten vil kunne bli irritabel, utagere eller selvskade i kravsituasjoner. Er pasienten tregere og virker «tyngre» om morgenen? Er motvilje mot aktiviteter større enn utoverdagen? Også oppgaveløsning gir en pekepinn om depresjon; løfter pasienten ikke vekk dynen for å stå opp om morgenen? Utgår dagligdagse oppgaver som påkledning eller tannpuss? Bli person for eksempel sittende med en sokk i hånden? Er det vansker med tempo og konsentrasjon i oppgaveløsning?

Depresjon gir stor sannsynlighet for sosial tilbaketrekking. Miljøterapeuten ser etter redusert sosial interesse ved om personen tar færre sosiale initiativ og responser. Avviser pasienten besøk på kafé eller biltur? Gjengjelder han hilsninger? Spør han ikke lenger etter attraktiv aktivitet? Viser han mindre glede over ting, mindre eller ingen smil og latter? Viser han mindre interesse for mat, spiser dårligere, spiser ikke opp maten eller ber ikke om attraktiv mat? Hvordan ser kroppen ut? Ser ofte litt sammensunket og «tung» ut i kroppsholdning, viser energitap. Ansiktsfargen kan være «gusten», personen ser «dradd» og sliten ut.

Observasjoner av språk omfatter tonefall, innhold, setningslengde, antall ord og hvor ofte og mye personen snakker. Er tonefallet



Foto: Nikhita Singhal, Unsplash

mer monotont? Blir verbalspråket helt eller delvis borte? Hva sier pasienten? Er det negative utsagn om seg selv, sine evner eller negative utsagn om andres syn på personen? Reagerer pasienten negativt på å få ros eller positiv tilbakemelding? Hvis pasienten har komorbid angst, kan han fremstå som agitert, noe som ses hyppig hos deprimerte pasienter med utviklingshemming/autisme. Det kan observeres tilsynelatende formålsløs vandring – et symptom på indre uro. Til tross for høyt motorisk aktivitetsnivå virker pasienten sliten.

Ved *mani* ser miljøterapeuten etter tegn på høyt tempo. Mani er en av få tilstander hvor pasienten virker lite sliten til tross for lite søvn og hvile (WHO, 1992). Tegn på mani som sterk distraherbarhet blir tydelig i samhandling – pasienten lar seg påvirke av ørsmå impulser som en lysstrime på gulvet eller en svak lyd. Pasienten kan for eksempel «sprette opp» av stolen hvis en annen i rommet reiser seg. Miljøterapeuten merker seg om pasienten vandrer rundt, om det er stadig skiftende oppmerksomhet som for eksempel at pasienten ikke klarer å se tv-programmet



Foto: Jim Strasma, Unsplash

ferdig, skifter stadig kanal eller vil sette på en ny film. Er pasienten pågående, kan han oppleves som intens? Er det hyppige forespørsler? Blir pasienten irritert ved selv antydning til avslag eller forsiktig grensesetting? Er det utagerende atferd ved samhandling eller samtale som kan oppfattes som grensesetting, for eksempel ved at miljøterapeuten sier «Kanskje det hadde vært en god idé å spise frokost nå?». Miljøterapeuten ser etter generell ukritisk atferd som ikke er vanlig for personen, som å ta kontakt med fremmede, vil kjøpe «alt» i butikken, blamerer seg eller gjør

andre ting som er utypiske, for eksempel kler av seg eller er seksuelt pågående. Vedrørende måltider kan det være endringer i appetitten og valg av typer mat. Også endret mønster i bruk av godterier og bruk av alkohol er typiske endringer ved mani, også hos mennesker med utviklingshemming.

Pasienten kan videre ha vansker med å «finne roen» under måltider og klarer ikke å sitte ved bordet mer enn sekunder av gangen eller vegrer seg mot mat eller putter ukritisk alle typer mat i munnen. Personer med mer alvorlig

grad av utviklingshemming kan spise andre ting på bordet, som servietter. Humørsvingninger er typisk. Svinger pasienten fra høy latter og usedvanlig godt humør til sint og irritabel i løpet av sekunder? Er det kort vei mellom gråt og latter? Under oppgaveløsning kan pasienten vise springende oppmerksomhet, klarer ikke å konsentrere seg, vil bytte oppgave eller aktivitet hyppig og lar seg lett distrahere og oppmerksomheten glipper hele tiden. Pasienten begynner med en aktivitet uten å fullføre.

Egenomsorg utføres «slurvete» eller «fraværende»; alt går fort. Klær skiftes ofte. Hvordan ser omgivelsene ut? Fremstår leiligheten som kaotisk med mye rot og gjenstander spredt utover? Er det like rotete igjen dagen etter eller timer etter at det er ryddet? Forekommer hamstring av gjenstander, ofte i hauger rundt pasienten? Også språket endres: Snakker pasienten mer enn vanlig, snakker han eller hun i ett sett, med høyere volum, bytter tema ofte eller er uvanlig intens og insisterende? Er talen springende? Fremsettes grandiose ønsker sett ut fra funksjonsnivå? For eksempel uttalelser om seg selv som er usannsynlige; når en pasient med moderat utviklingshemming sier at han skal bli lege eller gifte seg med statsministeren.

Avslutning

I denne artikkelen er det gjort rede for hvordan det er mulig å observere symptomer på psykisk lidelse som angst, depresjon og mani. Angst er svært vanlig og er en tilstand alle som gir tjenester til mennesker med utviklingshemming og/eller autisme bør kjenne til.

Referanser

- Bakken, T.L. (2014). Psychosis and disorganized behavior in adults with autism and intellectual disability: case identification and staff-patient interaction. I: V.B. Patel, V.R. Preedy & C.R. Martin (red.), *Comprehensive Guide to Autism* (s. 585–600). New York: Springer Science.
- Bakken, T.L., Helverschou, S., H.idal, S.H. & Martinsen, M. (2016). Mental illness in people with intellectual disabilities and autism spectrum disorders. I: C. Hemmings & N. Bouras (red.), *Psychiatric and Behavioural Disorders in Intellectual and Developmental Disabilities* (s. 119–128). Cambridge: Cambridge University Press.
- Hellerud, J. M. A (2020). Miljøterapeutiske oppgaver i tverrfaglig utredning. I: Bakken T. L. (red.) Håndbok i miljøterapi til barn og voksne med kognitiv funksjonshemming (s. 341-354). Oslo, Fagbokforlaget.
- Helverschou, S.B. & Martinsen, H. (2011). Anxiety in people diagnosed with autism and intellectual disability: recognition and phenomenology. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 5(1), 377–387.
- WHO. (1992). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines*. Genève.



Foto: Spenser Sembrat, Unsplash