

Udviklingshæmning

Teksten er skrevet af Kurt Sørensen, overlæge, Center for Oligofrenipsykiatri
2000

Psykisk udviklingshæmning

Psykisk udviklingshæmning er et hyppigt anvendt synonym for åndssvaghed. Lægelige betegnelser er mental retardering og oligofreni. Landsforeningen LEV (tidligere Evnesvages Vel) ønsker generelt, at betegnelsen "psykisk udviklingshæmning" eller blot udviklingshæmning anvendes. I Bistandsloven brugtes betegnelsen "personer med vidtgående psykisk/ fysisk handicap", mens man i Sterilisationsloven fortsat taler om åndssvaghed. I Lov om social service, som 1. juli 1998 afløste bistandsloven, tales om personer med "varig og betydeligt nedsat psykisk funktionsevne", mens man i den nye værgemålslov bruger betegnelsen "hæmmet psykisk udvikling".

Definitioner:

Mental retardering omfatter en tilstand med bremset eller ufuldstændig udvikling af forstanden specielt karakteriseret ved nedsat intelligens af en sådan natur eller grad, at der er behov for lægelig behandling, anden speciel service eller træning. (WHO 1974)

Den amerikanske diagnoseliste (DSM-III) opstiller følgende kriterier:

A: Væsentlig nedsat generel intellektuel funktion: IQ 70 eller lavere ved individuel IQ-test. For spæd- eller småbørn, hvor der ikke kan beregnes testværdi, bygger diagnosen på klinisk skøn.

B: Der er samtidig manglende eller forstyrret evne til at tilpasse sig omgivelserne, alderen taget i betragtning.

C: Debut før 18-års alderen.

Ifølge WHO's nyeste diagnoseliste (gældende fra 1. januar 1994) er mental retardering defineret som:

En tilstand af forsinket eller mangelfuld udvikling af evner og funktionsniveau, som normalt viser sig i løbet af barndommen, og som bidrager til det samlede intelligensniveau, dvs. de kognitive, sproglige, motoriske og sociale evner og færdigheder.

I børnepsykiatrien anvendes følgende kriterier:

1. Et foreliggende intelligensniveau under hvad man finder "normalt".
2. Den intellektuelle retardering skal være udviklingsmæssigt betinget eller opstået i tidligste udviklingsfaser, f. eks. før 30 måneders alderen (med henblik på medfødte metaboliske lidelser).

3. Afgørende for diagnosen er manglende adaptativ (tilpasningsmæssig) adfærd: D.v.s. at den intellektuelle retardering fører til, at den retarderede ikke lever op til de til enhver tid gældende krav om tilpasning.

Inddeling af psykisk udviklingshæmmede

Psykisk udviklingshæmmede kan inddeles efter graden af intelligenshandicap.

I WHO's diagnoseliste inddeles efter intelligenskvotient (IQ). Det skal understreges, at grænserne i praksis er uskarpe.

IQ ca. 70-85:

Sinke stadium (mental retardering i letteste grad, *intelligentia subnormalis levis* (borderline), *inferioritas intellectualis*)

Som sinker betegnes personer, der intelligensmæssigt er placerede mellem de normalt begavede og de psykisk udviklingshæmmede, det vil sige, at intelligenskvotienten ligger i det omtrentlige område 70-85.

Som børn har sinker ofte indlæringsvanskeligheder i skolen og må have specialundervisning (hjælpekolebørn). I et samfund med fuld beskæftigelse klarer de sig ofte på et beskedent niveau. I arbejdsløshedstider tilpasses de dårligt til arbejdsmarkedet og mange må leve af overførselsindkomster. Ved komplicerende adfærdsmæssige forstyrrelser vil sinker ofte strafferetligt være sidestillede med lettere udviklingshæmmede.

Sent udviklede er en efterhånden meget anvendt betegnelse for sinker. (WHO)

IQ ca. 50-69:

Debilitet (mental retardering af lettere grad, *retardatio mentalis levis*, *debilitas mentis*)

Selv om den sproglige udvikling oftest er forsinket, erhverver de fleste debile et talesprog, der er tilstrækkeligt til dagligdags formål og til almindelig samtale. De fleste magter selvstændigt daglige aktiviteter som spisning, påklædning og toiletbesøg og forskellige huslige og praktiske opgaver, selv om udviklingen af disse færdigheder foregår langsommere end normalt.

Derimod har den debile vanskeligt ved at klare sædvanlige skolefag som læsning og skrivning.

Imidlertid kan mange debile drage fordel af undervisning, der specielt tager hensyn til deres handicap. Mange vil være i stand til at klare ikke-teoretisk krævende ufaglært arbejde.

I sociokulturelle sammenhænge, der ikke kræver skolemæssige færdigheder, udgør debilitet i sig selv ikke noget problem. Er debiliteten imidlertid ledsaget af følelsesmæssig og social umodenhed, vil virkningen af handicappet være tydelig, f. eks. i parforhold, ved

børneopdragelse og den debile vil have vanskeligt ved at leve op til samfundets kulturelle traditioner og forventninger (til den normale).

I almindelighed ligner den debiles emotionelle, adfærdsmæssige og sociale problemer mere de problemer, der findes i den almindelige befolkning end de problemer, der findes hos mere udviklingshæmmede. En organisk årsag kan påvises i et stigende antal tilfælde, men langt fra hos flertallet.

(WHO)

IQ ca. 35-49:

Imbecilitet i lettere grad (mental retardering af middelsvær grad, retardatio mentalis moderata, imbecilitas levis)

Personer med imbecilitet i lettere grad udvikler kun langsomt forståelse og brug af sprog og de færdigheder, som de eventuelt erhverver på dette område er begrænsede.

Udviklingen af selvhjulpethed og motoriske færdigheder er også langsom og hos nogle er der behov for opsyn livet igennem.

Tilegnelsen af skolemæssige færdigheder er begrænset, men enkelte kan opnå basale færdigheder i læsning, skrivning og tælling. Særlige undervisningsprogrammer kan give de lettere imbecile personer mulighed for at udvikle deres begrænsede potentiale og for at erhverve enkelte basale færdigheder.

Som voksne er personer med lettere imbecilitet sædvanligvis i stand til at udføre simpelt praktisk arbejde, hvis opgaverne er omhyggeligt strukturerede og udføres under kvalificeret vejledning.

En fuldstændig uafhængig tilværelse opnås kun sjældent i voksenlivet. Imidlertid er disse mennesker i almindelighed mobile og fysisk aktive og hos flertallet ses tegn på social udvikling med hensyn til evnen til at etablere kontakter, til at kommunikere med andre og til at indgå i enkle sociale aktiviteter.

IQ ligger i området 35-49. Der er hyppigt betydelig variation i de præstationer, der opnås på forskellige områder, således at nogle klarer sig bedre ved praktiske opgaver end ved aktiviteter, der er afhængige af sproglige færdigheder, mens andre er udtalt kluntede men nyder socialt samvær. Den sproglige udvikling er varierende: nogle evner at deltage i simple samtaler, andre har et så beskedent udviklet sprog, at de kun kan give udtryk for basale behov. Nogle lærer aldrig at bruge sproget selv om de kan forstå simple instruktioner og forklaringer. I stedet kan de eventuelt lære at anvende et tegnsprog, som til en vis grad kan kompensere for den manglende evne til at tale.

Hos flertallet af de lettere imbecile kan der påvises en organisk årsag. Infantil autisme findes hos en betragtelig del og epilepsi samt andre neurologiske sygdomme er hyppige.

(WHO)

IQ ca. 20-34:

Imbecilitet i sværere grad (mental retardering af sværere grad, retardatio mentalis gravis, imbecilitas gravis)

De imbecile i sværere grad ligner de lettere imbecile i fremtræden og ved at der hyppigt kan påvises en organisk årsag og ved den hyppige forekomst af neurologiske komplikationer.

De færdigheder, den sværere imbecile person behersker, når ikke over de dårligst fungerende lettere imbeciles færdigheder (f. eks. på det sproglige plan). De fleste har udtalte motoriske vanskeligheder eller andre udviklingsmæssige mangler, der tyder på betydelig beskadigelse eller fejludvikling af centralnervesystemet.

IQ er sædvanligvis i området 20 til 34.
(WHO)

IQ < ca. 20:

Idioti (mental retardering af sværeste grad, retardatio mentalis profunda, idiotia)

Ved idioti skønnes iq at være under 20, hvilket i praksis sætter svære begrænsninger for personens evne til at forstå og efterkomme anmodninger eller instruktioner. De fleste er immobile eller har svære bevægehandicaps, de er som regel urenlige og formår højst meget begrænsede former for ikke-sproglig kommunikation. De har ingen eller kun meget ringe mulighed for at tage vare på egne basale behov og kræver konstant hjælp og opsyn. En organisk årsag kan påvises i de fleste tilfælde og svære neurologiske og andre legemlige komplikationer er hyppige.

(WHO)

Årsager til psykisk udviklingshæmning

Psykisk udviklingshæmning er ikke en sygdom. Derimod kan udviklingshæmning optræde som et symptom på forskellige sygelige processer eller som en følge af skadevirkninger efter sygdomme og fysiske, kemiske eller psykiske belastninger.

Her i landet har man fulgt WHO's inddeling af årsagsfaktorer. I denne skelnes mellem årsager opstået før, under og efter fødslen og mellem tilstande, der overvejende skyldes arvelige forhold eller overvejende hænger sammen med miljøpåvirkninger.

Det er i dag muligt at påvise en årsag til udviklingshæmningen hos ca. 70 procent af de sværere udviklingshæmmede (IQ under 50), mens dette kun er muligt i ca. halvdelen af de lettere tilfælde.

I 1977 opgjordes hyppigheden af de vigtigste årsagsfaktorer for 16.285 klienter under den daværende åndssvageforsorg hos hvem, der var stillet lægelige diagnoser. Resultaterne er ovenfor angivet i parentes. Det dengang eksisterende EDB-register findes ikke mere og tilsvarende store opgørelser kan ikke foretages i Danmark. En undersøgelse i dag vil, i betragtning af stærkt forbedrede diagnosticeringsmetoder, vise flere stofskifte- og kromosomafvigelses.

I WHO's klassifikation skelnes mellem:

1. Følgetilstande efter infektioner og forgiftninger (13,5 pct)
 - a. Infektioner opstået før fødslen (fx røde hunde, syfilis, toxoplasmose)
 - b. Infektioner opstået efter fødslen (fx hjernebyld, encefalitis, meningitis,)
 - c. Forgiftninger opstået før fødslen (fx svangerskabsforgiftning, føtalt alkoholsyndrom)
 - d. Følgetilstande efter andre forgiftninger og infektioner
2. Følgetilstande efter skade eller af anden fysisk årsag (11,1 pct)
 - a. Traumer før fødslen
 - b. Følger efter mekaniske fødselsskader
 - c. Følger efter skindød ved fødslen
 - d. Skader opstået efter fødslen (fx. hjernelæsioner, hjerneblødning)
 - e. Følger efter andre skader
3. Med stofskifte-, vækst- eller ernæringsforstyrrelser (2,3 pct)
 - a. Med forstyrrelser i fedtstofskiftet (fx Tay-Sachs' sygdom, Spielmeyer-Vogt's sygdom)
 - b. Med forstyrrelser i aminosyrestofskiftet (fx Følling's sygdom, argininosukcinaturi)
 - c. Med forstyrrelser i sukkerstofskiftet (fx galaktosæmi)
 - d. Med forstyrrelser i mucopolysakkaridsstofskiftet (fx Hurler syndrom, Hunter syndrom)
 - e. Med endokrine forstyrrelser (fx hypothyreoidisme, Prader-Willi syndrom)
 - f. Med andre stofskifteforstyrrelser (fx Marfan syndrom)
4. Ledsaget af udtalt hjernesygdom opstået efter fødslen (1,2 pct)
(fx Tuberos sklerose, Neurofibromatosis Recklinghausen)
5. Ledsaget af sygdom (af ukendt årsag) opstået før fødslen (5,0 pct)
(fx anencefali, mikrocefali, Cornelia de Lange syndrom)
6. Med kromosomabnormiteter (13,5 pct)
(fx Down syndrom, Cri du chat syndromet)
7. Forbundet med præmaturitet (for tidlig fødsel, lav fødselsvægt) (3,6 pct)
8. Følgetilstande efter udtalte psykiatriske forstyrrelser (0,6 pct)
9. Med psyko-social deprivation (20,0 pct)
10. Andre og uspecificerede tilfælde (27,4 pct)