

Utposten trykker i dette nummeret to artikler om «retardasjonsmedisin»– medisin relatert til psykisk eller intellektuell utviklingshemning. De psykisk utviklingshemmede teller som gruppe 80 000 mennesker i Norge, og en mindre del av disse er dypt mentalt utviklingshemmet, med intet eller svakt utviklet språk, og spesielle kommunikasjonsvansker. I 1991 ble ansvarsreformen gjennomført, særomsorgen for de psykisk utviklingshemmede (HVPU) ble nedlagt, og ansvaret for denne gruppa ble ført over til kommunene. Etter hvert er også de fleste av brukerne flyttet tilbake til sine primærkommuner. Dette har ført til at primærlegene har fått et større ansvar for disse pasientene. Etter innføringen av fastlegesystemet i 2001, har alle – også de psykisk utviklingshemmede – sin fastlege med en helhetsansvar for pasientens helseproblemer. De aller fleste av oss vil ha pasienter i denne gruppa på listene våre. Dette gjør at vår – fastlegenes – kompetanse i forhold til disse pasientene bør bedres. Overlege Ivar Mæhle gir i sin artikkel et innspill om hvordan man skal forholde seg ved utredning av endret atferd hos dypt utviklingshemmede og avdelingsoverlege Geirmund Skeie kommenterer hvordan helsetjenesten for denne pasientgruppa har utviklet seg i åra etter ansvarsreformen.

Ivar Skeie, red.

Neste pasient er utviklingshemmet AV IVAR MÆHLE

Der er ca. 80 000 utviklingshemmede i Norge. De fleste er utviklingshemmet i lett grad og byr ikke primærhelsetjenesten på de største utfordringene. Noen er mer utviklingshemmet, har store kommunikasjonsvansker og en betydelig variasjon og kompleksitet i funksjonsnivå, atferd og sykdomspanorama. De ledsages gjerne til konsultasjonen av nærpersoner med betydelig erfaring og innsikt i deres væremåte, men av og til også med diagnostiske hypoteser, krav om undersøkelser og behandling som kan gjøre deg uglad.

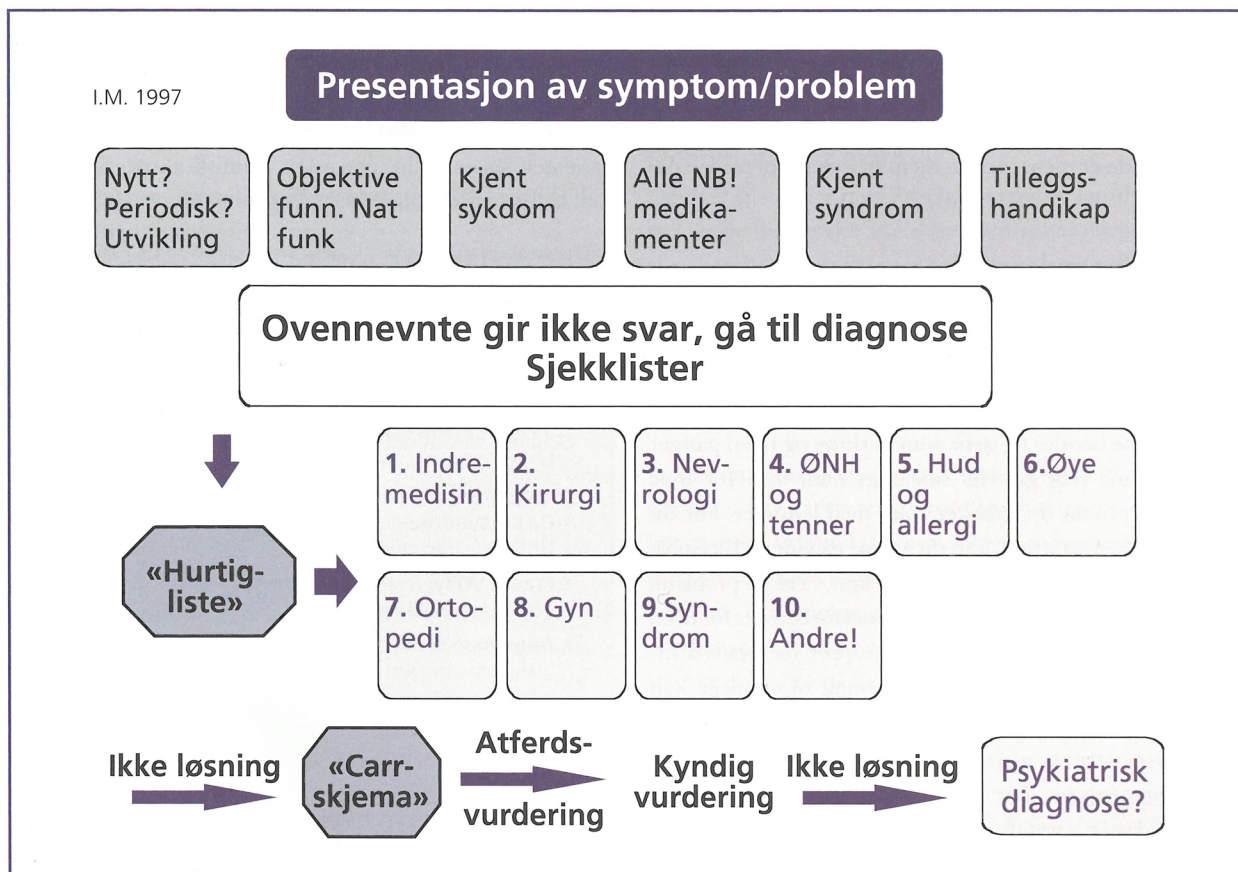
De fleste konsultasjoner gjelder enkle ting. Noen ganger er imidlertid problemet atferd som forstås som en psykiatrisk tilstand. Det er da du innimellom kan ha nytte av det som står nedenfor.

Ivar Mæhle

Ivar Mæhle er overlege i 50 % stilling i Habiliteringstjenesten ved Haukeland universitets-sykehus. Han har mange års erfaring i arbeid med utviklingshemmede og bruker den andre halvpart av sin arbeidstid som konsulent for en rekke habiliteringstjenester rundt i landet. Han har utdanning som nevrolog, men har ikke hentet ut spesialiteten, manglet administrasjonskurs.

Det finnes ingen enkle tester, blodprøver eller andre undersøkelser som direkte bekrefter en psykiatrisk diagnose. Psykiatriske diagnoser kan bare stilles når en har utelukket en rekke andre tilstander som kan gi liknende symptomer eller avvik. Det viktigste verktøy for å diagnostisere psykiatriske tilstander, er det personen selv forteller.

Mennesker med kommunikasjonsvansker står alltid i fare for å bli feiltolket. Vi blendes av førsteinntrykket og kan bli styrt inn i et spor av omgivelsenes diagnostiske vurderinger. Det er fristende å ta snarveien fra et psykiatrisk liknende symptom til en psykiatrisk diagnose, med påfølgende behandling. Noen ganger treffer vi riktig, noen ganger er diagnosen feil, behandlingen uvirksom eller direkte skadelig.



På grunn av behandlingens uspesifikke karakter, kan det ta tid før feilene avdekkes. Konsekvensen er at plager forlenges og tid og ressurser går med for å rette opp følgene av snarveien som viste seg å være en blindvei.

Frontallapp-modellen, en nyttig forståelsesramme?

Frontallappene utgjør ca 40 prosent av hjernens volum og har med kontroll, vurderinger, valg og iverksettelse av program for atferd. Frontallappene har med vår oppførsel å gjøre og er målområde for oppdragelse og sosial læring. Her dannes styreprogrammer for iverksettelse av riktig atferd til rett tid og i rett situasjon.

Skader eller funksjonsforstyrrelser i frontallappene medfører nedsatt dømmekraft og planleggingsevne, urealistiske ambisjoner og begrenset innsikt. Avhengig av lokalisasjon, sees forskjellige kombinasjoner av dårlig impuls kontroll med ukritisk eller aggressiv atferd, eller tiltaksløshet og manglende evne til å omstille seg og endre fokus og strategi når det behøves.

Utviklingshemming er oftest et resultat av en diffus hjerne-skade, og frontallappene er alltid rammet. Frontallappene er også involvert ved psykiatriske tilstander som depresjon, schizofreni, manisk depressiv lidelse, tvangslidelser, Tourette syndrom, hyperaktivitet og demens. Geografisk sam-

lokalisasjon medfører at det kan være en betydelig overlapning av symptomer som skriver seg fra nokså ulike prosesser. Frontallappens kapasitet bestemmer evnen til **psykisk likevekt**. Blir stimuli for sterke, overstimulering, klarer frontallappene ikke holde balansen og kan begynne å svinge mellom forskjellige sinnstemninger og eventuelt iverksette et **uhensiktsmessig atferdsprogram**. Om frontallappene har et utilstrekkelig antall styreprogram for atferd, kan et uegnet program bli iverksatt når personen blir stilt ovenfor oppgaver eller krav han eller hun ikke mestrer eller forstår. Atferden kan da bli bisarr og uforståelig for andre. En understimulert frontallapp kobler ned, og personen hengir seg til **indre atferd** som for eksempel selvstimulering som rugging etc.

Differensialdiagnose

Mange sykdommer har direkte og indirekte påvirkning på hjernen og tilstander som gir smerte eller ubehag kan føre til at det iverksettes programmer med uønsket atferd, særlig hos personer med nedsatt evne til å forklare eller finne mer adekvate løsninger på å fjerne ubehag.

Det er derfor rimelig å starte med en nøyaktig biologisk gjennomgang, fordi et funn her kan være løsningen som gjør videre utredning unødvendig. Hopper en forbi dette trinn, kan en arbeide i årevis med å atferdsendre eller psy-

kiatrisk medisinere en betennelse, en svulst, epilepsi, forstoppelse for å nevne noen tilstander.

Man finner bare det man leter etter, og flytediagrammet vist på forrige side er ment som en hjelp til å strukturere vurderingene.

Rammen for undersøkelse

I de fleste tilfelle går det meste helt problemfritt i en avslappet atmosfære. Enkelte ganger må du kanskje undersøke uten hvit frakk, i personens vante omgivelser, for i det hele tatt å komme i posisjon. Ofte må du de første gangene greie deg med dine hender og øyne som verktøy og noen ganger må du nærme deg gradvis sidelengs uten å ta for mye øyekontakt mens du snakker rolig med ledsager. Får du massert nakken en stund, kan du gjerne gå videre. Blodprøver

Enkelte ganger må du kanskje undersøke uten hvit frakk, i personens vante omgivelser, for i det hele tatt å komme i posisjon

kan være et problem, om det forberedes for mye. Prinsippet for gradvis tilnærming til tannlege kan brukes: Det er litt vanskelig, men du klarer det! Etterpå, uansett hvor dårlig det gikk: Det var litt vanskelig, men du var flink og klarte mye!

Nytt eller periodisk?

Mange utviklingshemmede er historieløse i forhold til egne sykdommer. Av og til er det nødvendig å innhente gamle epikriser.

Naturlige funksjoners eventuelle sammenheng med symptomene kan avdekkes gjennom bruk av **transparentregistreringer**. Dette kan nærpersonene stå for med følgende veiledning. Kopier en kalender med seks måneder over på transparenter. Ta seks til ti kopier, gjerne lasertransparenter. *Ett tema* for hver transparent, menstruasjon, avføring, søvn, humør, selvsykdom osv. *Enkle registreringer*, ett kryss er lite og fem kryss er mye. Bruk forskjellige halvtykke tusj-farger, og sørg for at de er permanente så blekket ikke sklir utover. *Fokuser på sammenhenger*. Er det sammenheng mellom atferdsproblemer og for eksempel forstoppelse eller premenstruell tensjon? Legg transparenter oppå hverandre i alle slags kombinasjoner.

Naturlige funksjoners eventuelle sammenheng med symptomene kan avdekkes gjennom bruk av transparentregistreringer

Medikamenter

Forbausende mange medikamenter påvirker sentralnervesystemet. Finles felleskatalogen på alle aktuelle medikamenter. Enkelte ganger ligger svaret i interaksjonene. Forhør deg om pasienten spiser andre potensielt kjemisk aktive substanser som naturmedisin, buskvekster, sigarettstumper og lignende.

SYNDROM

En rekke syndrom har avvikende atferd knyttet til seg. Dersom pasienten har et syndrom er det viktig å kjenne til om syndromet er forbundet med bestemte medisinske tilstander eller atferd som nevnt.

Eksempler:

- **Down syndrom:** Hjerne, hørsel, syn, hud, overvekt, stoffskifte, depresjon demens.
- **Prader Willy:** Overvekt og umettelig appetitt som må begrenses. Rigid væremåte.
- **Angelman syndrom:** Hyperaktiv, glad, få ord, ataktisk gange, fascinasjon av vann, plastikk og spill. Ofte epilepsi og autistiske trekk.
- **Williams syndrom:** Titten Tei-utseende, verbal og høflig, diverse medisinske tilstander, fare for overvurdering og utnyttelse. Mye angst.
- **Marfanoide syndrom:** lange, tynne, lange armer, uten hjerte- og synsvansker som ved Marfans syndrom. Betydelig aggressive og psykotiske med liten effekt av medikasjon.
- **Smith Mageni syndrom:** Ekstreme søvnvansker, forsinket språkutvikling, selvsykdom og aggresjon. Sære former for atferd som hår- og negleuttreking og å putte gjenstander inn i naturlige åpninger.
- **Lesch-Nyhan syndrom:** Sjeldent syndrom med urinsyregikt og ekstrem tvangsmessig selvsykdom og aggresjon, spesielt biting. De er redd seg selv.

Tilleggshandikap

20 prosent av alle utviklingshemmede har **epilepsi**. Epilepsien er ofte lokalisert flere steder i hjernen slik at de har flere typer anfall. Ofte blir de ikke anfallsfri, tross grundig medikamentutprøving.

Epilepsi er den store imitator og vi må alltid spørre om en atferd kan skyldes epilepsi. Former for frontallappsepilepsi kan gi sær atferd og ved temporallapps-epilepsiene kan vi innimellom, etter noen år, se psykotiske symptomer som bedres eller faktisk forverres når anfallskontrollen bedres.

Autisme er ingen barnesykdom og autistiske væremåter kan forvirre dersom en ikke kjenner til denne tilstanden. Autister har ofte større hjerne og flere, men mindre hjerne-celler enn andre. Vanlige mennesker klarer seg med to store hjernecellehenfall, i fem års alder og i fjorten års alder. Autisten må ha en tredje opprydning.

Noen ungdommer med autisme får en periode med betydelig psykiatrisk ustabilitet på slutten av tenårene som følge av det vi kan kalle den tredje hjernedød, opprydding av overskytende nevroner.

Cerebral parese, syns- og hørevansker gir også spesielle differensialdiagnostiske utfordringer.

Hurtiglisten 10 på topp består av de 10 vanligste tilstander som ofte er involvert i symptomer i denne pasientgruppen: Epilepsi, ørebetennelse, bihulebetennelse, tannproblemer, stoffskifte, reflux, forstoppelse, urinveisinfeksjon, akatisier og for trange sko!

De 10 sjekkpunktene består av diagnoser som jeg selv og andre leger har opplevd er blitt forvekslet med psykiatrisk sykdom. Du tar standpunkt til om en tilstand er utelukket, mulig, bør utredes eller er sikkert til stede, og om tilstanden i så fall kan forklare hele eller deler av symptomene.

Dersom biologiske forhold ikke gir svaret, blir neste punkt en analyse av atferdens forutsetninger og forsterkningsbetingelser. Blant annet MAS (Motivation Assessment Scale) kan være et nyttig verktøy her. Er atferden fortsatt helt eller delvis uforståelig går du videre med psykiatrisk vurdering.

Psykiatri ?

Angivelig forekomst av psykiatiske vansker blant utviklingshemmede varierer i ulike undersøkelser mellom 10 og 80 prosent! De store forskjellene skriver seg hovedsakelig fra om man inkluderer utfordrende atferd som psykiatrisk tilstand eller ikke.

Enkelte symptomer ved autisme kan ha en ytre likhet med schizofreni men med helt forskjellig funksjon.

Synshallusinasjoner er i 90 prosent av tilfellene uttrykk for en organisk tilstand, mens hørselshallusinasjoner har en større diagnostisk verdi i forhold til psykiatrisk sykdom. Også ved hørselshallusinasjoner er der flere organiske alternativer. Eksempelvis opplever alle døve hørselshallusinasjoner og alle blinde synshallusinasjoner. Psykose foreligger når du ikke klarer å skille mellom hallusinasjoner/vrangforestillinger og virkelighet. Vi kan, dersom vi blir synshal-

lusinert, oppklare situasjonen ved at hallusinasjonen kommer og går når vi lukker eller åpner øynene. Mangler vi denne resonnerende evne, kan situasjonen bli skremmende.

Depresjoner og mani

Dette er tilstander med arvelige element, familieanamnese er viktig. Biologiske variabler som søvnmønster, spise og appetittendringer, endringer i motorisk og verbal aktivitet, nyoppstått eller endret selvsykdom, symptomer som gråt, tilbaketrukkethet etc. gjør det mulig å stille disse diagnosene uansett funksjonsnivå. Sovner har utarbeidet nyttige kriterielister for affektiv lidelse hos utviklingshemmede.

Hebefren schizofreni er en frontallappsykdom. Når sykdommen har vart noen år fungerer pasienten ofte som en lett psykisk utviklingshemmet med reduserte dagligdagsferdigheter. De «negative» symptomer ved «utbrent schizofreni» er en følge av frontallappskaden. Kjennskap til sykdomsprosessen er nødvendig for diagnostikk. Forekomsten av schizofreni kan være tre prosent blant utviklingshemmede. Det antas at diagnosen ikke kan stilles med sikkerhet ved IQ under 45.

Mange undersøkelser har vist at opptil 30–50 prosent av voksne utviklingshemmede får nevroleptika. Mange har ikke en diagnose som tilsier slik behandling.

Nevroleptika reduserer kognitive ferdigheter og pasifiserer. Samtidig gir de risiko for nye hjerneskader i form av tardive dyskinesier og tardive akatisier. Tardive akatisier er en atferdsmessig senbivirkning av nevroleptika, med motorisk uro, kribling i beina, pasienten føler seg miserabel og ulykkelig og atferden beskrives ofte som psykotisk eller hyperaktiv. Tilstanden dekkes over av nevroleptika og framkommer gjerne kort tid (innen 14 dager) etter dosereduksjon eller seponering, og kan være irreversibel. Ofte blir tilstanden misforstått som en bekreftelse på psykiatrisk sykdom og nødvendigheten av nevroleptikabehandling. Tidsrelasjonen hjelper oss å skille mellom bivirkning og tilbakefall.

Tardive akatisier kan scores ut på et skjema som heter TDAK. Bruk av dette skjemaet under omlegging av medikasjon kan forhindre de altfor vanlige omleggingskatastrofene.

Også utviklingshemmede kan få psykiatrisk sykdom. Det er like galt å unnlate å stille en psykiatrisk diagnose når den er der som det er å behandle en psykiatrisk tilstand som ikke er der.

Har du kommentarer, reaksjoner eller spørsmål om artikkelen? Inspirerer den deg til å skrive noe selv? Ansvarlig redaktør for denne artikkelen har vært Ivar Skeie. Kontakt ham på ivskeie@online.no