Akershus universitetssykehus

UNIVERSITETET I OSLO

Psykisk utviklingshemming og psykiatri

Psykiatriveka 2018

Overlege, dr.med. 1. amanuensis Eva Malt
Avdeling voksenhabilitering, Akershus universitetssykehus

HELSE SØR-ØST

Psykisk utviklingshemming ICD-10

- Tilstand av forsinket eller mangelfull utvikling av evner og funksjonsnivå, som spesielt er kjennetegnet ved hemming av ferdigheter som **manifesterer seg i utviklingsperioden, ferdigheter som bidrar til det generelle intelligensnivået, f eks kognitive, språklige, motoriske og sosiale.** Utviklingshemming kan forekomme med eller uten andre psykiske og somatiske lidelser.
- Graden av psykisk utviklingshemming blir vanligvis vurdert ut fra **standardiserte intelligensprøver**. Disse kan suppleres med skalaer som måler sosial tilpasning i et gitt miljø. Målene gir en tilnærmet indikasjon på graden av psykisk utviklingshemming. **Diagnosen avhenger også av en samlet vurdering** av de intellektuelle ferdighetene, bedømt av en erfaren kliniker.
- **Intellektuelle ferdigheter og sosial tilpasning kan endres over tid.** Selv om de er dårlige, kan de bedres ved trening og rehabilitering. Diagnosen skal baseres på det nåværende funksjon
- **DSM-5 (og ICD-11?): Mer vekt på de adaptive ferdighetene.**

ICD-10 Grad av utviklingshemming og mental alder

ICD-10		Mental alder	IQ
Mild	F70	9-12 år	50-69
Moderat	F71	6-9 år	35-49
Alvorlig	F72	3-6 år	20-34
Dyp	F73	<3 år	<20
Uspesifisert	F79	-	-

Årsaker til psykisk utviklingshemming

- **Prenatale:** genetiske syndromer, metabolske tilstander, hjernemisdannelser, sykdommer hos mor (inkludert tilstander knyttet til placenta), miljøpåvirkning (alkohol, narkotiske stoffer, legemidler, toksiner, teratogener)

- **Perinatale:** hendelser knyttet til tiden rundt fødsel som fører til neonatal encefalopati

- **Postnatal:** hypoksisk isjemisk skade, traumatisk hjerneskade, infeksjoner, demyeliniserende sykdommer, epileptiske syndromer, alvorlig og kronisk sosial deprivasjon, toksiske metabolske syndromer, intoksikasjoner..

Skader: **Prenatal** ↓ **Perinatal** ↓ **Postnatal** ↓

HJERNE I UTVIKLING

Funksjoner	Nevrologiske	Kognitive	Psykiske
Lidelser	Epilepsi	Psykisk utviklingshemming	Psykose
	CP	Autisme	Angst
	Sansedefekter	ADHD	Depresjon
	Tics		Personlighetsforstyrrelser

Assosierte tilstander og komorbiditet

Medisinske tilstander

- Epilepsi 10%-20%, relatert til etiologi (obs. epileptiske encefalopatier)
- Andre nevrologiske tilstander, CP, skoliose
- Grov- og finmotoriske vansker
- Språk- og talevansker
- Redusert syn, hørsel eller andre sensoriske forstyrrelser
- Endokrin dysfunksjon (obs. thyroidea), redusert lengdevekst, veksthormonmangel
- Overvekt
- Strukturelle hjernemisdannelser, dysmorfe trekk
- Multiple medfødte misdannelser (f. eks. hjertefeil)
- Obstipasjon
- Smertetilstander
- Karies, periodontitt

Helseundersøkelser: helsesjekk.info

http://www.nordemens.no/startside/utviklingshemning/temasider/helse

msn

Helsesjekk - ALDRING OG HE...

Aldring og helse
Nasjonal kompetansetjeneste

Søk

Startside | Bokhandel | Tidsskrift D&A | Forskning | Bibliotek | Fagskole | Kurs og konferanser | Om oss | Kontakt | English

Du er her: < Utviklingshemning < Temasider < Helsesjekk ved utviklingshemning

Utviklingshemning

- Prosjekter/Forskning
- Temasider
  - Helse
  - Kartleggingsverktøy
  - Omsorg ved livets slutt
  - Pårørende
- Tilrettelagt tekst
- Lenker
- Kurs og konferanser
- Film
- Medarbeidere i UA

Skorpen, Stine
Fagkonsulent

Helsesjekk ved utviklingshemning

Anbefalinger for årlige helsekontroller hos fastlegen av voksne og eldre personer med utviklingshemning.

Personer med utviklingshemning har i mange tilfeller dårligere helse enn funksjonsfriske.

Studier viser at årlige helsekontroller av voksne og eldre med utviklingshemning har stor effekt. Helsekontrollene avdekker udiagnostiserte tilstander, alt fra alvorlige lidelser som kreft, hjertesykdom og demens, til tilstander som nedsatt hørsel og syn som er mer vanlig.

Regelmessige helsekontroller er et viktig helseforebyggende tiltak for personer med utviklingshemning. Det vil gi en bedre helseoppfølging av hver enkelt, og en mulighet til å fange opp tegn på funksjonsfall eller sykdommer så tidlig som mulig i forløpet. Forebyggende helsearbeid er viktig, og kan spare den enkelte for unødige lidelser og samfunnet for unødvendige utgifter.

I perioden 2009-2012 har vi gjennomført prosjektet *Helsesjekk ved utviklingshemning*. Prosjektet ble finansiert av Helsedirektoratet og prosjektgruppen har bestått av:

Astrid Edland, nevrolog og prosjektleder, astrid.edland@vestreviken.no

Stine Skorpen, spesialsykepleier og prosjektleder, stine.skorpen@aldringoghelse.no

Jarle Eknes, spesialpsykolog og prosjektmedarbeider, je@sorpost.no.

Se også

- For fastleger
- For helsepersonell
- For miljøarbeidere
- Tilrettelagt informasjon

Vurdering av psykiatriske symptomer hos utviklingshemmede

Indikator for mulige psykiatriske plager kan være atferdsendringer og /eller tap av ferdigheter. Spør ledsager om dette. Gode observasjoner forutsetter at ledsager har kjent personen over lang tid, slik at det kan skille mellom hva som er normalt for klienten og hva som representerer endring.

- Hvor lenge har ledsager kjent pasienten?
- Har det oppstått atferdsendringer siste månedene eller ukene, for eksempel

	Ja	Nei
Endret søvnmønster (mindre søvn, sover mer, ligger lenge i sengen uten å få sove)	☐	☐
Endret spisemønster (mindre eller mer)	☐	☐
Irritabilitet – aggressivitet (verbalt eller fysisk)	☐	☐
Utagering mot personer eller gjenstander	☐	☐
Selvskadende atferd (ny atferd eller økt intensitet/frekvens)	☐	☐
Klarer ikke løse innlærte oppgaver (mistet ferdigheter)	☐	☐
Annet (spesifiser)	☐	☐

Dersom det svares ja på ett eller flere av disse skal psykiatrisk sykdom vurderes som mulighet. Husk at atferdsendringer også kan skyldes fysiske forhold som tannverk,

Psykisk lidelse og psykisk utviklingshemming

- Populasjonsbasert studie (16-83 år, M= 43,9, N=1023)

- Prevalens: 15,7- 40,9% hadde en eller flere psykiske lidelser.
  - Funnene varierte om man brukte diagnosekriterier eller klinisk diagnose
  - Atferdsvansker: 22,5%
  - Autismespekterlidelser: 7,5%
  - Stemningslidelser: 6,6%
  - psykotiske lidelser: 4,4%
  - Angstlidelser: 3,8%

- Funnene var i relativ overensstemmelser med tidligere prevalensstudier.

- Økt risiko: Alvorlig/dyp PU, dramatiske livshendelser siste 12 mnd

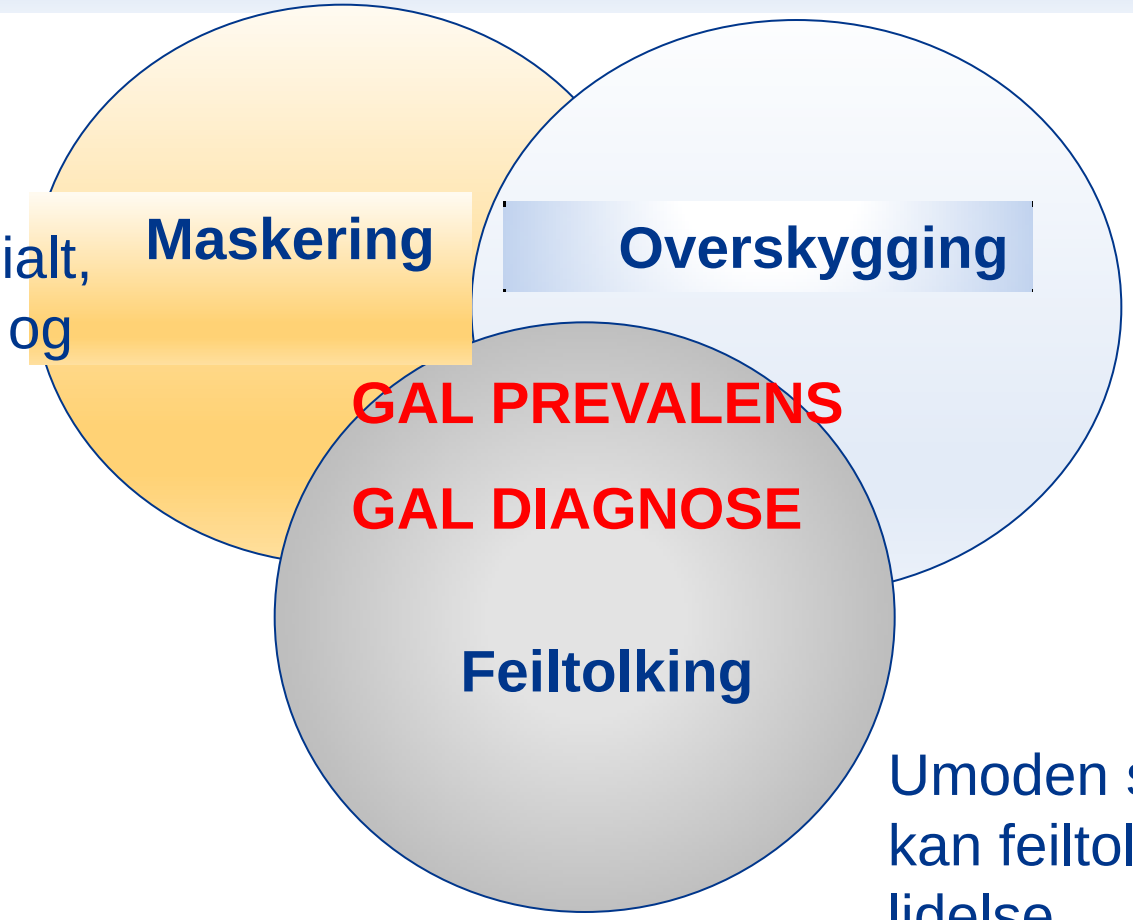
Cooper et. al (2007)

Psykiske lidelser ved PU – symptomatologi preges av:

- Etiologiske faktorer
  - Atferdsfenotyper: atferdsmønstre som er så karakteristiske at de indikerer en underliggende genetisk tilstand og endringer i hjernen.
- Kognitivt og emosjonelt utviklingsnivå
  - F. eks. defekter i eksekutivfunksjoner påvirker evnen til å ta i bruk alternative mestringsstrategier og kan øke risikoen for ”affektiv aggresjon”.
- Somatisk og nevropsykiatrisk komorbiditet
  - Spesifikke CNS defekter kan påvirke utformingen av den psykiske lidelsen

Utfordringer ved diagnostisering av psykiske lidelser ved PU

Uvanlig atferd som følge av begrenset utvikling (f. eks. sosialt, evne til abstraksjon og kommunikasjon) feiltolkes som psykopatologi



Uvanlig atferd knyttet til psykisk lidelse feiltolkes som del av det å være utviklingshemmet

Umoden stressrespons kan feiltolkes som psykisk lidelse

Stress-sårbarhet ved psykisk utviklingshemming:

Høyt nivå av kronisk og akutt stress pga

- Hjerneorganisk sårbarhet:
- Cerebral dysfunksjon pga etiologisk hjerneskade og evt epileptisk aktivitet
- Kognitiv sårbarhet
- Psykisk sårbarhet
- Sosial sårbarhet

• Vanlige livsendringer/-hendelser kan føre til atferdsavvik/ psykiske lidelser

Kontekstuelle forhold

- Helhetlig vurdering for å skille symptom på psykisk lidelse fra atferdsproblemer

- Viktig for å se symptom i sammenheng med
  - Motivasjonelle forhold
  - Omsorgsbehov (overvurdering)
  - Selvstendighetsbehov (undervurdering)
  - Bruk av tvang og makt
  - Tilgang til meningsfulle aktiviteter

- Kartlegging av kontekstuelle forhold en naturlig del at utredningsarbeidet ved psykisk lidelse os personer med PU

Utfordringer i diagnostiseringsprosessen

- På grunn av begrenset verbale evner og innsikt hos personen må utredning i stor grad basere seg på observasjoner av atferd, i tillegg til komparentopplysninger.

- Hovedkjennetegn ved mistanke om psykisk lidelse: Endring i atferd (spesielt ved svaktfungerende).

Diagnostiske instrumenter

- MINI og andre intervjuer beregnet på normalfungerende har ofte begrenset verdi
  - Selv ved lett PU er evnen til introspeksjon begrenset
  - «Eager to please» og/eller redusert selvinnsikt

- Spesialinstrumenter basert på komparentopplysninger: DM-ID (Diagnostic Manual – Intellectual Disability)
  - Bygger på DSM-IV
  - Muliggjør mer presis diagnostisering av psykiske lidelser ved PU
  - Diagnosekategorier beskrevet med tilpassede diagnostiske kriterier
  - Gir informasjon om typisk atferd
- Generelle retningslinjer for GAF-vurdering av pasienter med PU

(mini) PAS-ADD: Psychiatric Asessment Schedule for Adults with a Developmental Disability

- Semistrukturert intervju (status presens),
- Sjekkliste for nærpersoner med skolering (mini PAS-ADD)
- Rapporteringsskjema for nærpersoner uten skolering (PAS-ADD sjekkliste)

Andre kartleggingsinstrumenter

- DASH-II
  - Komparentbasert spørreskjema, spes. ved moderat-alvorlig PU
  - iatric Asessment Schedule for Adults with a Developmental Disability
  - Screening for psykisk lidelse og diagnostisk instrument
- Abberant behavior checklist (ABC)
  - irritabilitet, sosial tilbaketrekking, stereotyp atferd, hyperaktivitet, ukritisk tale
- PAC: norskutviklet komparentbasert screeninginstrument for psykiske lidelser ved autisme
  - 5 subskalaer: psykose, depresjon, angst, tvangslidelse og generelle vansker.

Atferdsproblemer

- 30-40 % av psykisk utviklingshemmede

Type atferd	%
Skader seg selv	22
Skader andre	27
Ødelegger gjenstander	22
Forstyrrende atferd	41
Uvanlig/stereotyp atferd	32
Sosialt uakseptabelt atferd	39
Tilbaketrukket/uoppmerksom	41
Negativ/lite samarbeidsvillig	44

Nyoppstått avvikende atferd

Grad av utviklingshemming og psykisk lidelse

- Lett PU
  - Tilpasningsforstyrrelser, angst, depresjon, dissosiative lidelser, psykose
  - PTSD
  - Personlighetsforstyrrelser (engstelig, tvangspreget, avhengig, ustabil):
  - sårbarhet knyttet til utilstrekkelighet/ mindreverd

- Moderat PU
  - Tilpasningsforstyrrelser (og personlighetsforstyrrelser?)
  - Ofte preget av umodne reaksjonsmønstre (utagering – regresjon)

- Alvorlig og dyp PU
  - Psykoser, atferdsforstyrrelser
  - I mindre grad lidelser der kognitive mekanismer spiller en rolle
    - (f. eks. agorafobi med panikk, eksistensiell depresjon)

Do the mentally retarded suffer from affective illness?

Sovner and Hurley; Arch Gen Psychiatry 1983

- PU påvirker den kliniske presentasjonen, men ikke utviklingen av depressive symptomer.
- Stemningslidelser (depresjon, bipolar lidelse) kan diagnostiseres og behandles ved alle grader av PU.

Utfordringer ved diagnostikk av depresjon ved lett/moderat PU

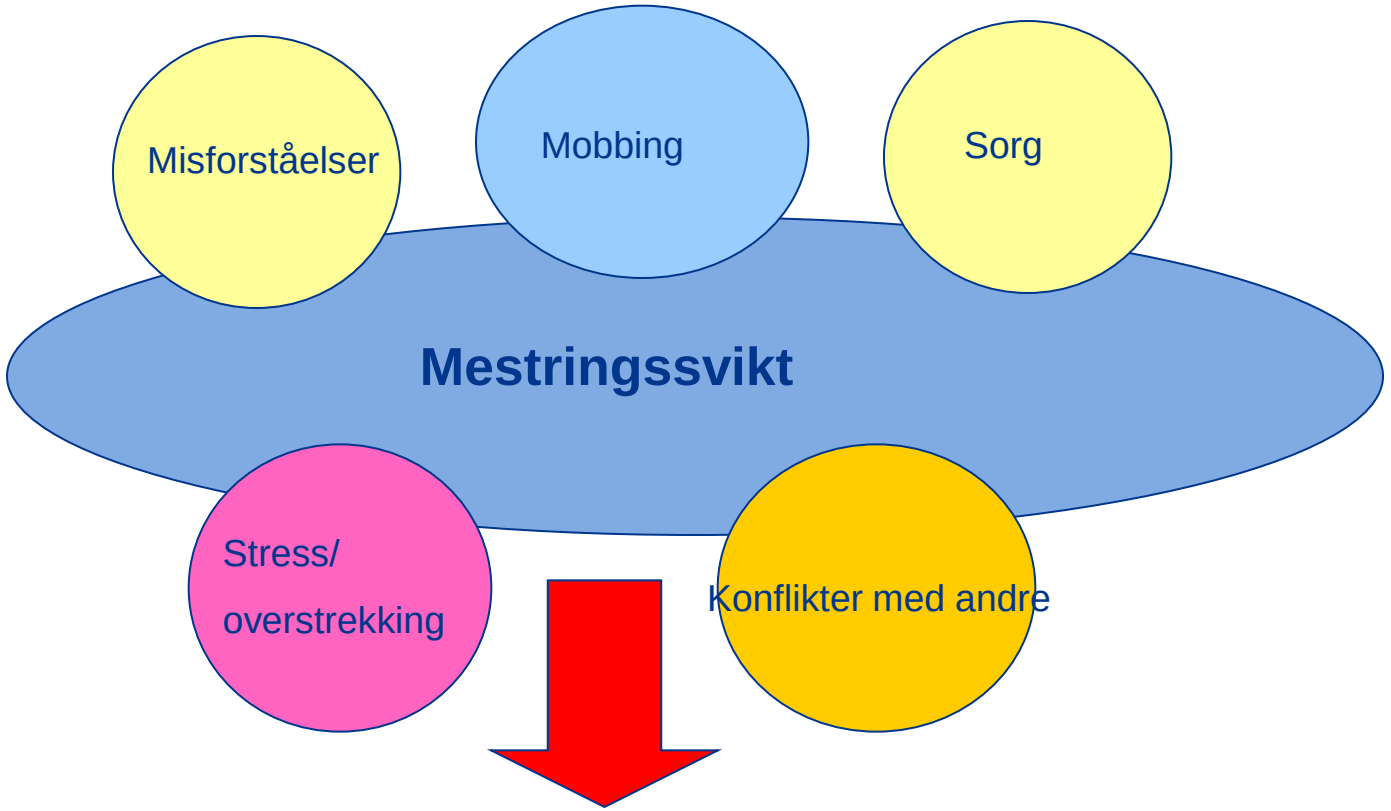
- Depresjon diagnostiseres vanligvis vha spørsmål om subjektive opplevelser, tanker og følelser som forutsetter språk og introspeksjonsevne.
- Også ved lett PU kan mange kan ha store vansker med å sette ord på følelser og beskrive sin indre verden.
- Vanskelig å vurdere ”kognitive” depressive symptomer som uttrykk for skyld, skam, håpløshet og suicidale tanker.

Utfordringer ved diagnostikk av depresjon ved lett/moderat PU

Viktig med en utviklingsmessig tilnærming. Hvordan presenterer depresjon seg hos barn med tilsvarende mental alder?

- Generelt mer irritabilitet, sosial tilbaketrekking og atferdsavvik
- Mer psykomotorisk agitasjon enn retardasjon

Unge voksne med lett PU opplever ofte mestringssvikt



Depresjon (og sosial fobi), selvskading, impulsiv suicidalitet

Line, 22 år

- Vakker jente
- «Stille på bakerste rad»
- Faller gradvis ut av skolen
- Mestringssvikt
- Suicidalitet – akutt innleggelse
- Utredning DPS- lett PU
- Familien ønsker 2nd opinion

Ny utredning ved Avdeling voksenhabilitering

- Ny kognitiv testing
- Adaptive ferdigheter (Vineland intervju)
- MR, EEG
- Etiologisk utredning (genetisk, metabolsk)
  - Fragil-X premutasjon
- Kartlegging av psykisk lidelse
  - Vurdering av depresjon og suicidalitet
  - Antidepressiv behandling
- Psykoedukasjon om PU
- Sorgprosess
- Ønsker barn og familie
  - Søster har nettopp fått barn
  - Genetisk veiledning?
- Ansvarsgruppe, IP

Utfordringer av stemningslidelse ved moderat / alvorlig PU

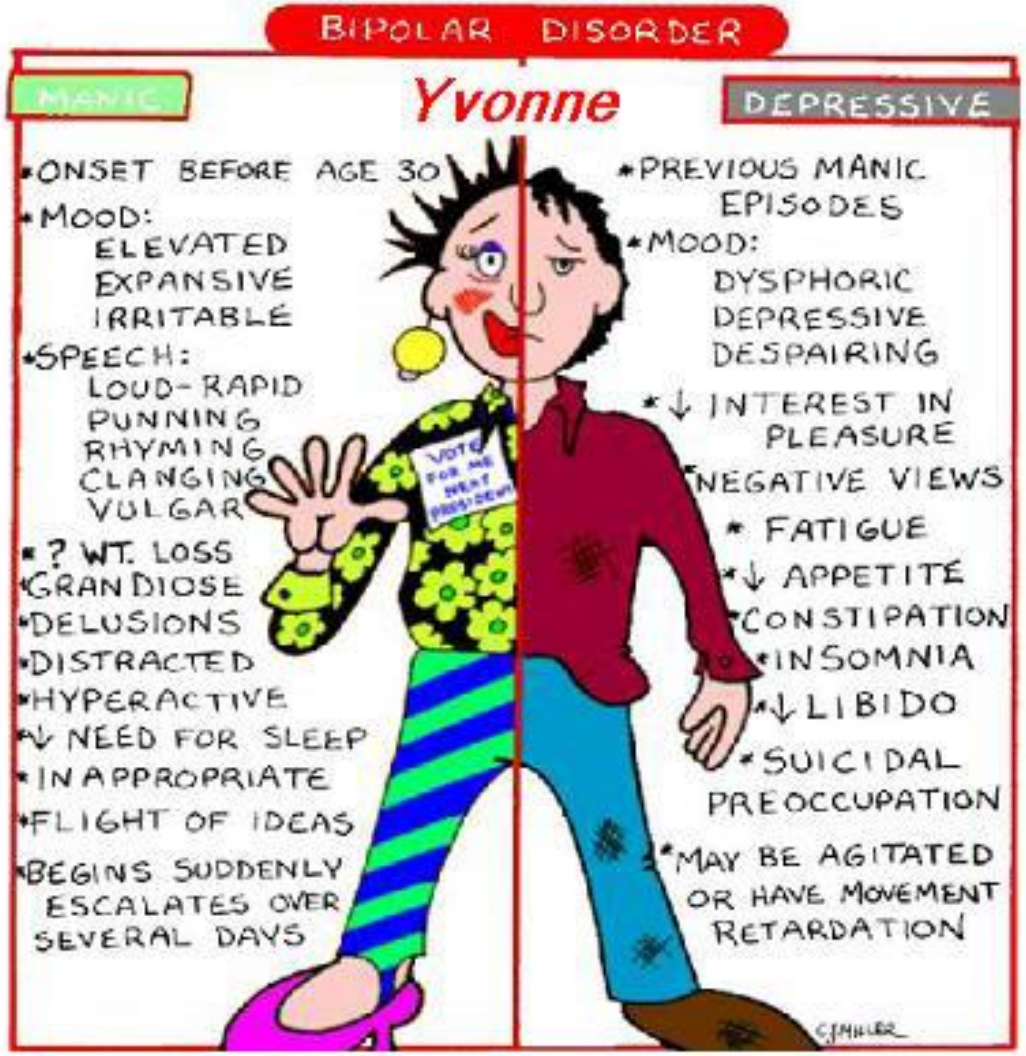
- Vanligste henvisningsårsak er endret atferd
- Mange har et atferdsmessig begrenset repertoar
- Fokus rettes i for høy grad mot dramatiske symptomer (selvskading, roping, støy, aggresjon)
- Stemningslidelse forutsetter affektive symptomer, men diagnosen må ofte baseres i stor grad på observasjoner gjort av andre

Derfor

- Må innhente informasjon fra flere informanter
- Stemningslidelse innebærer at det har skjedd en endring:
  - Bruk tid til å kartlegge og forstå baseline
  - Nøye karakterisering av det kliniske forløpet
- Husk å kartlegge mer spesifikke symptomer enn atferdsendring
  - gråt, latter, energinivå, aktivitet, døgnrytme, søvn, matinntak
- Kan symptomene være sekundært til ikke-erkjent medisinsk problem?

Andre stemningslidelser: obs medisinske forhold

- Hypothyreose
- Epilepsi
- D-vitamin mangel
- Folatmangel
- Annen medisinsk grunnlidelse


BIPOLAR DISORDER
MANIC
Yvonne
DEPRESSIVE
*ONSET BEFORE AGE 30
*MOOD:
ELEVATED
EXPANSIVE
IRRITABLE
*SPEECH:
LOUD-RAPID
PUNNING
RHYMING
CLANGING
VULGAR
*? WT. LOSS
*GRANDIOSE
*DELUSIONS
*DISTRACTED
*HYPERACTIVE
*↓ NEED FOR SLEEP
*INAPPROPRIATE
*FLIGHT OF IDEAS
*BEGINS SUDDENLY
ESCALATES OVER
SEVERAL DAYS
*PREVIOUS MANIC
EPISODES
*MOOD:
DYSPHORIC
DEPRESSIVE
DESPAIRING
*↓ INTEREST IN
PLEASURE
*NEGATIVE VIEWS
* FATIGUE
*↓ APPETITE
*CONSTIPATION
*INSOMNIA
*↓ LIBIDO
*SUICIDAL
PREOCCUPATION
*MAY BE AGITATED
OR HAVE MOVEMENT
RETARDATION

Hypomani og mani

Hypomani: opplevd velvære, fysisk og psykisk effektivitet, økt omgjengelighet, pratsomhet, overdreven fortrolighet, økt seksuell energi, redusert søvnbehov. Evt. irritabilitet, brautende atferd, innbilskhet.

Mani: Mer uttalt enn hypomani, tap av normale sosiale hemninger, funksjonsvansker

PU: Oftest irritabilitet, affektlabilitet, overaktivitet, redusert søvn

Depresjon ved bipolar lidelse

Senket stemningsleie/nedstemt: nedsatt energi og aktivitet

Redusert evne til glede, interesse, konsentrasjon. Trettbarhet, søvnforstyrrelser, redusert matlyst. *Redusert selvfølelse og selvtillit, selvbebreidelser, skyld, verdiløshet.*

Evt. melankolske symptomer: reaktivitetstap, døgnvariasjon, psykomotorisk retardasjon, *indre uro,* vekttap, *tap av seksualdrift*

PU: ofte angstsymptomer (klamring, frykt, panikk), økt rigiditet, tvang. Psykomotorisk agitasjon

Betydningen av etiologi ved stemningslidelser

- "Atferdsfenotyper" er atferdsmønstre som er så karakteristiske at de indikerer en underliggende genetisk tilstand og endringer i hjernen.

- PU og stemningslidelser/andre psykiske lidelser inngår i noen atferdsfenotyper, bl.a.

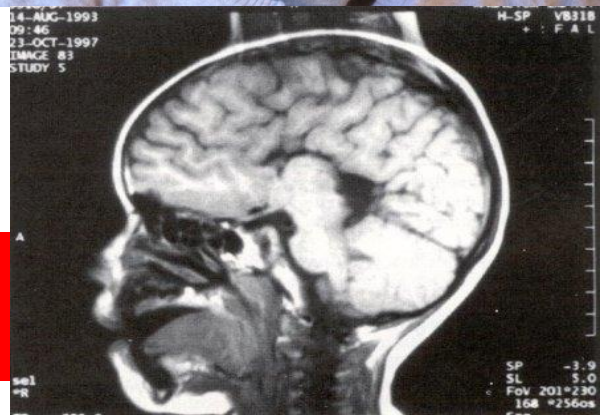
  – Down syndrom (trisomi 21)
  – Fragil-X syndrom
  – Prader-Willi syndrom (paternell 15q11-13 delesjon)
  – Rubinstein-Taybi syndrom (16p 13.3 delesjon)
  – 22q11 delesjonssyndrom

Ikke genetisk- men kan ligne:
Føtale alkohoholspektrumforstyrrelser

- Føtalt alkoholsyndrom (FAS) (60 fødsler/ år) ?
- Føtale alkohol effekter (FAE) (120-180 fødsler/ år) ?

Føtalt alkoholsyndrom (FAS):

- Vekstforstyrrelse
- Ansiktsdysmorfologi
- Strukturell eller funksjonell skade av hjernen
- Prenatal alkoholeksponering (obs adoptivbarn)



Lignende fysiognomi/ atferdsavvik ved Fenytoin-/ valproat - føtopati

Cerebral dysfunksjon ved FAS:

- Motorisk forsinket, klosset
- Epilepsi
- ADHD
  - gutter 68%, jenter 29% (ofte god effekt av sentralstimulerende)
- Kognisjon:
  - Gjennomsnitts IQ 65,
    - langsom prosessering
    - nedsatt korttidshukommelse
    - vansker med å skille fantasi/ virkelighet

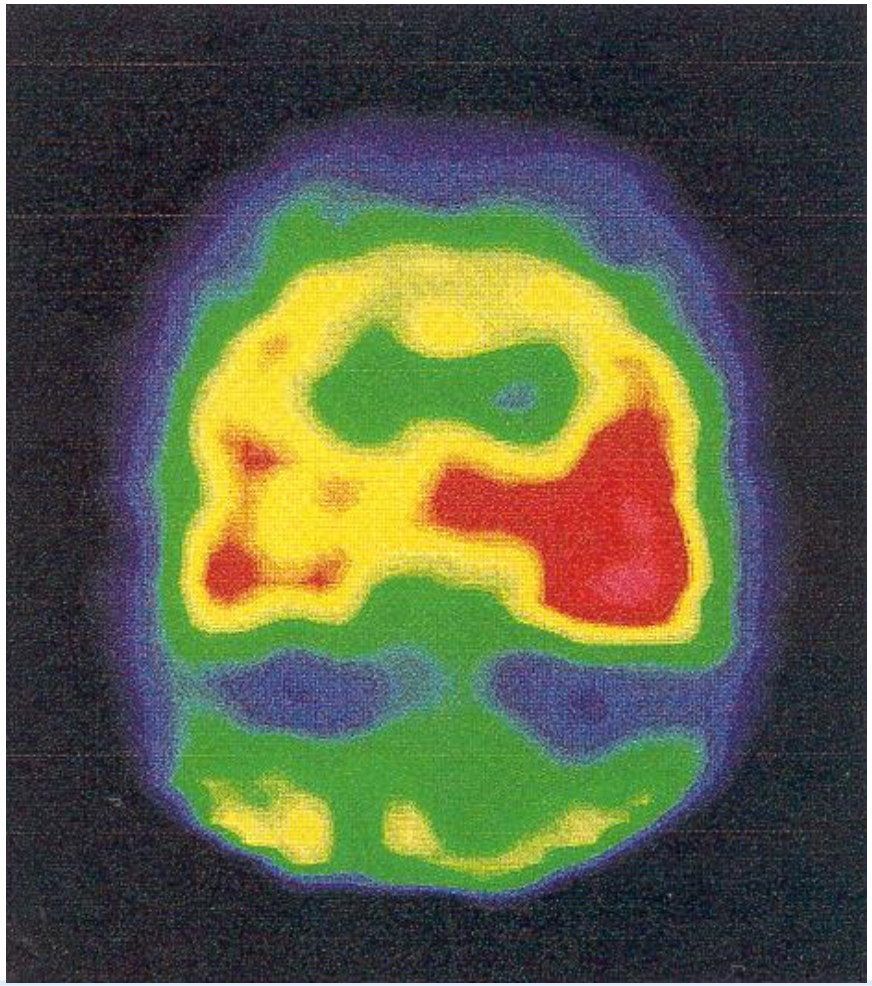
Cerebral dysfunksjon ved FAS:

- **Dårlige eksekutivfunksjoner:**
  - nedsatt vurderingsevne/ konsekvenstenkning/ regulering av aktivitetsnivå/ problemløsning/ tilpasning/ impulskontroll/ kritisk sans/ ADL funksjoner

- Nedsatte kommunikative / sosiale evner
  - konkret språkforståelse, nedsatt forståelse av konsept/ sammenhenger
  - vansker med sosiale signaler, småprater uten innhold

Kan gå riktig galt!

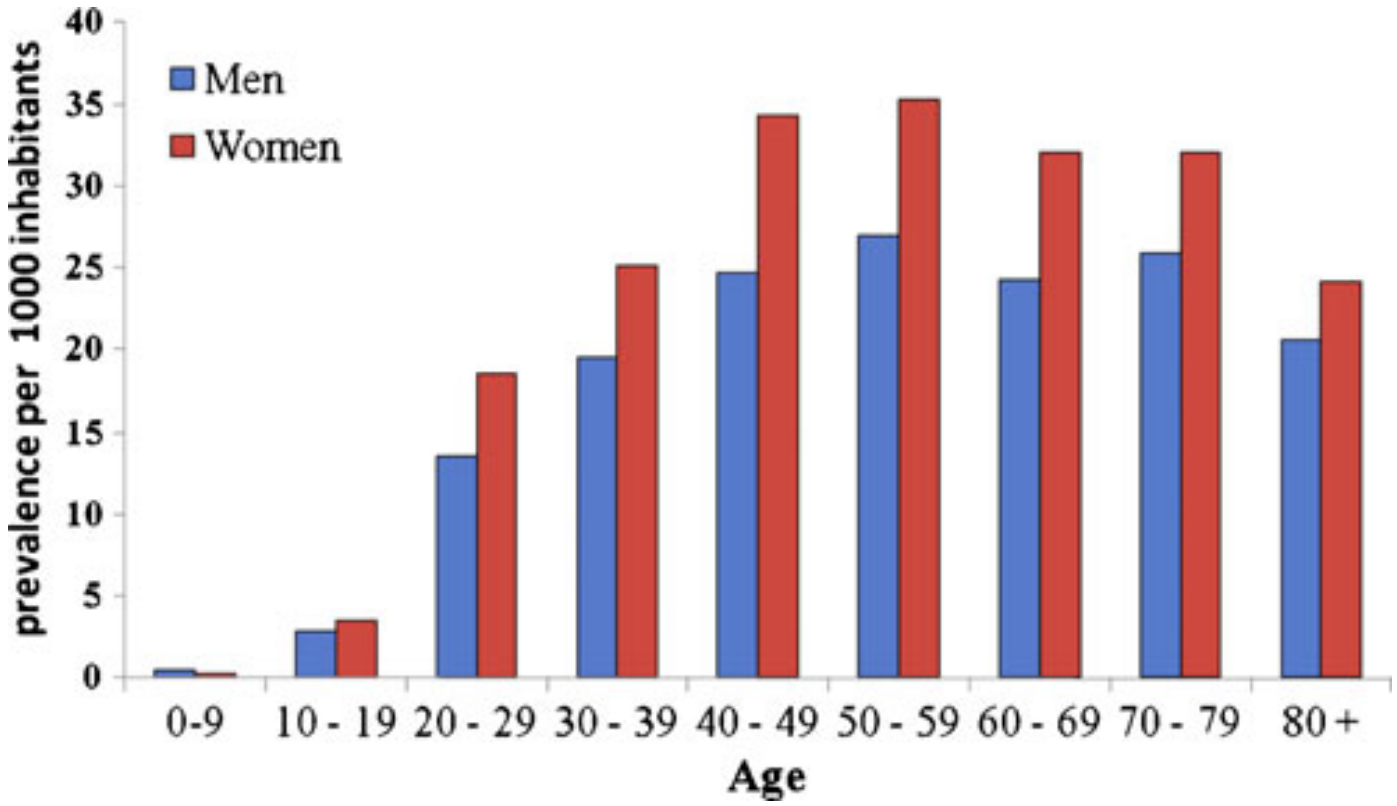
Epileptiske syndromer



Epilepsi pluss: epilepsi + komorbiditet

- PU/ lærevansker
- ADHD
- Autisme
- Psykiske lidelser

Psykiatrisk komorbiditet ved epilepsi



Karouni M, Arulthas S, Larsson PG, Rytter E, Johannessen SI, Landmark CJ. Psychiatric comorbidity in patients with epilepsy: a population-based study. Eur J Clin Pharmacol 2010 Nov;66(11):1151-60.

Psykiatriske symptomer ved epilepsi

Atferdsavvik knyttet til anfall

- preiktal: prodromer, f eks irritabilitet
- iktal: uro, angst, ”dreamy state”, sjeldent aggresjon
- nedsatt reaksjonsevne ved subklinisk epileptisk aktiv.
- postiktal: forvirring, drømmetilstand, aggressivitet, depresjon
- postiktale psykoser oppstår innen 48 – 72 timer

Psykiatriske symptomer ved epilepsi

Psykiske lidelser uavhengig av anfall (interiktal):

- depresjon (20 - 40%),
- psykoser (2 - 9%)
- seksuelle forstyrrelser
- psykiske anfall (PNES)
- autistisk atferd

Bivirkninger av antiepileptika (Veronica, 18 år)

- Epilepsi behandlet med levetiracetam (Keppra)
- Lett PU
- ADHD
- ”umoden personlighet”
- Akutt utvikling av dramatisk psykose
  - Synshallusinasjoner om brann etc. – forsøkte å hoppe ut av vinduet
  - Aggressjon, utagering
  - Panikkanfall

- Alle antiepileptika (med og uten positive psykotrope effekter) kan ha negative psykotrope effekter
  - (Keppra, Fycompa)

Behandling av psykiske lidelser ved PU:

Ekstra årvåkenhet i forhold til

- Predisponerende faktorer (biologiske, psykologiske, kontekstuelle)
- Utløsende faktorer
- Opprettholdende faktorer
- Beskyttende faktorer

- Medikamentell behandling som hos normaltfungerende
- Individuelle miljøintervensjoner tilpasset etiologi, funksjonsnivå og diagnose