

Hjerne – atferd – psykiatri

Angivelig forekomst av psykiatriske vansker blant utviklingshemmede varierer i ulike undersøkelser mellom 10 og 80 %!

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 uttrykker verbalt.

Mennesker med kommunikasjonsvansker står alltid i fare for å bli feil-tolket og man fristes til å ta snarveien fra et psykiatrisk liknende symptom til en psykiatrisk diagnose, med påfølgende behandling. Noen ganger har man flaks og treffer riktig, ofte er diagnosen feil, behandlingen uvirksom eller direkte skadelig. På grunn av behandlingens uspesifikke karakter, tar det tid før feilene avdekkes. Konsekvensen er at plager forlenges og mye tid og ressurser går med for å rette opp følgene av snarveien som viste seg å være en blindvei.

Frontallapp-modellen

Frontallappene utgjør ca 40 % av hjernens volum og har med kontroll, vurderinger, valg og iverksettelse av programmer for atferd. Frontallappene har dermed med vår oppførsel å gjøre og er målområde for oppdragelse og sosial læring. Her dannes styre-programmer for iverksettelse av riktig atferd til rett tid og i rett situasjon. Frontallappene er den del av hjernen som senest er ferdig utviklet, noe som forklarer at vi kan «vokse av oss» en god del umoden og ukontrollert atferd etter hvert som årene går.

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 særlig i ustrukturerte sammenhenger, 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 hjerneskade, og det skal derfor godt gjøres om frontallappene ikke har fått en symptomgivende funksjonsnedsettelse.

Frontallappene er involvert ved psykiatriske tilstander som depresjon, schizofreni, manisk depressiv lidelse, tvangslidelser, hyperaktivitet og demens.

Dette medfører at det foreligger en betydelig overlapping av symptomer som skriver seg fra nokså ulike prosesser.

Frontallappene skal gjøre balanserte vurderinger og valg i forhold til

indre og ytre impulser og stimuli. Blir de ytre stimuli for sterke som ved overstimulering, kan frontallappene ikke holde denne balansen og kan da begynne å svinge mellom forskjellige sinnsstemninger og eventuelt iverksette et uhensiktsmessig atferdsprogram, jamfør barn på julaften etter gave nr 20. Her må en huske at i stress-sammenheng er summen av en glede styrke to og en sorg styrke minus to ikke lik null, men fire. Ukjente og uforutsette hendelser teller

„ Mennesker med kommunikasjonsvansker står alltid i fare for å bli feil-tolket.

„ Atferden kan da lett bli bisarr og uforståelig for andre.

dobbelt i stressregnskapet. Det vil også være slik at 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 helt forstår. Atferden kan da lett bli bisarr og uforståelig for andre.

På den annen side kan en understimulert frontallapp koble ned, og personen hengir seg da til indre atferd som for eksempel selvstimulering i form av repeterende atferd som rugging etc.

Differensialdiagnose steg for steg

Noen stikkprøver i felleskatalogen viser at det knapt finnes det medikament som ikke kan ha bivirkninger som påvirker sentralnervesystemet. En rekke sykdommer har direkte og indirekte påvirkning på hjernen og mange 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 og finne mer adekvate løsninger på ubehag.

Det er derfor rimelig å starte med en nøyaktig biologisk gjennomgang, også fordi dette ikke trenger å ta så lang tid, og fordi et funn her kan være løsningen som gjør videre utredning unødvendig. Hopper en forbi dette trinn, kan en arbeide i årevis med å atferdsendring eller psykiatrisk medisinere en betennelse, en svulst, epilepsi, forstoppelse eller dårlig tilpasset fottøy, for bare å nevne noen tilstander.

Som en hovedregel finner man bare det man leter etter, og ovenstående er ment som en veiledende liste. På de enkelte underpunkter finnes der sjekklister hvor man kan ta standpunkt til om en tilstand er utelukket, mulig, bør utredes eller sikker, og om tilstanden i så fall kan forklare hele eller deler av symptomene.

Dersom biologiske forhold ikke gir svaret, blir neste punkt en nøyaktig 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 bør en gå videre med en psykiatrisk vurdering.



Ivar Mæhle er avdelingsoverlege ved Habiliteringstenesta for voksne funksjonshemma i Hordaland og har siden 1981 arbeidet med mennesker med psykisk utviklingshemning. Han har i de senere årene særlig vært opptatt av en differensialdiagnostisk og flerfaglig tilnærming til metodisk habiliteringsarbeid.

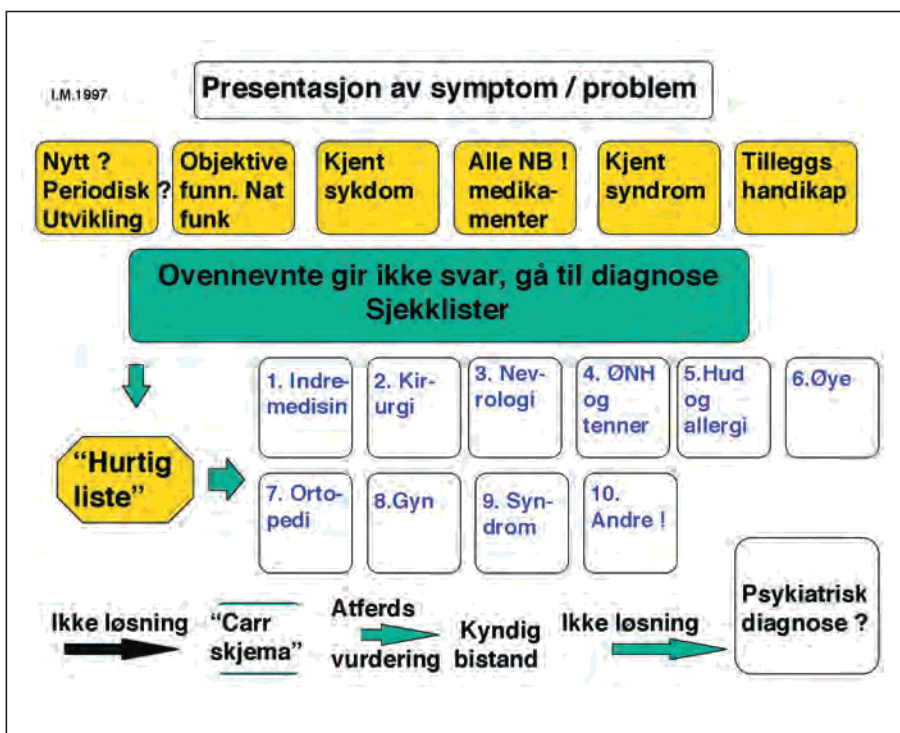
Hos lett utviklingshemmede bør en kunne ha nytte av vanlig psykiatrisk diagnostikk i forhold til vurdering av hva personen sier og hvordan det sies. Tilsvarende kan en få frem eventuelle hallusinasjoner eller vrangforestillinger, men noen fallgruver er der.

Enkelte symptomer ved autisme kan ha en ytre likhet med schizofreni men med helt forskjellig funksjon. Synshallusinasjoner er nesten alltid uttrykk for en organisk tilstand og krever vurdering etter egne sjekklister, mens hørselshallusinasjoner har en større diagnostisk verdi i forhold til psykiatrisk sykdom selv om det også her er flere organiske alternativer. Eksempelvis opplever alle døve hørselshallusinasjoner og alle blinde synshallusinasjoner i blant. Psykose foreligger når du ikke klarer å skille mellom hallusinasjoner/vrangforestillinger og virkelighet. Normalt fungerende voksne kan, dersom de blir synshallusinert, for eksempel som følge av en antibiotikakur (!), oppklare situasjonen ved at hallusinasjonen kommer og går når en lukker eller åpner øynene. Mangler du resonerende kraft kan en slik situasjon gjøre deg vett-skremt.

En annen feilslutning er at når det foreligger psykose betyr dette at det dreier seg om schizofreni, og pasienten blir da medisinerert med neuroleptika, gjerne i årevis. Imidlertid kan en bli psykotisk også ved affektiv lidelse som depresjoner eller manisk depressiv sykdom.

I forhold til depresjoner og manier hos utviklingshemmede har Sovner (oversatt i boka Nevropsykiatri) utarbeidet nyttige kriterielister. Dette er tilstander med et arvelig element slik at familieanamnese er viktig, samt biologiske variabler som søvn-mønster, spise og apetittendringer, endringer i motorisk og verbal aktivitet, nyoppstått eller endret selvskadning som ikke har latt seg forklare av tidligere nevnte undersøkelsesprogram og mer vanlige psykiatriske symptomer som gråt, tilbaketrukkethet etc.

Hebefreni schizofreni arter seg som en progredierende hjernesykdom hvor det med årene utvikles reduksjon av hjernevekt og nedsatt blodgjennomstrømning av frontallapp, særlig på høyre side. Når sykdommen har vart noen år fungerer pasi-



” Som en hovedregel finner man bare det man leter etter.

” Pasienten føler seg miserabel og ulykkelig og atferden beskrives ofte som psykotisk.

enten ofte på et nivå som en lett psykisk utviklingshemmet med dårlige dagligdagse ferdigheter. De «negative» symptomer ved en «utbrent schizofreni» er en følge av frontallappskaden. En ser henvisninger hvor det spørres om en person med schizofreni i denne fasen

«egentlig» er utviklingshemmet, eller omvendt om en kan bruke listen over «negative» symptomer til å anta en schizofrenidiagnose hos utviklingshemmede. Kjennskap til personens forhistorie er nødvendig for meningsfull diagnostikk.

Mange undersøkelser har vist at opptil 30–50 % av den voksne befolkning med utviklingshemming får medikamenter mot psykose / schizofreni, såkalte neuroleptika.

Mye tyder på at svært mange ikke har en diagnose som tilsier slik behandling.

Neuroleptika reduserer ytterligere kognitive ferdigheter og pasifiserer folk unødig. Samtidig gir de risiko for nye hjerneskader i form av tardive dyskinesier og tardive akatisier. Tardive akatisier er en atferdsmessig senbivirkning av neuroleptika med svær motorisk uro, kribling i beina, pasienten føler seg miserabel og

ulykkelig og atferden beskrives ofte som psykotisk eller hyperaktiv. Tilstanden dekkes over av neuroleptika og framkommer gjerne kort tid etter dosereduksjon eller seponering og kan være irreversibel. Ofte blir tilstanden misforstått som en bekræftelse på psykiatrisk sykdom og nødvendigheten av neuroleptikabehandlingen, mens det i virkeligheten er en neuroleptikaskapt bivirkning som avdekkes.

Også psykisk utviklingshemmede kan få psykiatrisk sykdom, og det er av vital betydning at diagnoser og behandling

kvalitetssikres ved at en tar høyde for de kognitive vansker som gjør at det tradisjonelle psykiatriske verktøy bare delvis fungerer, og den diagnostiske forvirring som oppstår på grunn av lignende symptomer fra en rekke tilstander som alle har sitt utgangspunkt i frontallappene.

” Eksempelvis opplever alle døve hørselshallusinasjoner og alle blinde synshallusinasjoner i blant.

Det foreslås en systematisk screening av differensialdiagnostiske muligheter og at eventuell behandling kvalitetssikres i alle ledd, medikamentvalg, bivirkning screening med jevne mellomrom og at effekt dokumenteres gjennom bruk av egnede evalueringsverktøy og at diagnosen revurderes med jevne mellomrom.