

Ikke enkelt når det er dobbelt. Om psykiske lidelser hos utviklingshemmede.
Konferanse i Bergen 3. og 4. mai 2012

Rett eller slett medikamentell behandling

Overlege Ivar Mæhle

Tekst:
Sølvi Linde
Foto:
Jarle Eknes

Leger under press

Mæhle sier han ikke kjenner noen lege som ønsker å gi slett behandling. Samtidig er det vanskelig å si hva rett eller slett behandling er. Personer med utviklingshemning trenger behandling for ymse ting, som alle andre. Mæhle hevder at de får behandling! Spørsmålet er hva de da syter for? Mange blir behandlet for høyt kolesterol, høyt blodtrykk og i blant får de, etter Mæhles mening, kanskje vel mye behandling for det. Dersom du er 60 år, har Down syndrom og har litt høyt kolesterol, er det ikke sikkert at det er så lurt å starte behandling.

Mange av de alminnelige medikamentene som brukes mot blodtrykk eller kolesterol har kraftige bivirkninger. Og en del av disse bivirkningene rammer utviklingshemmede i større grad enn andre fordi bivirkningene går direkte på sentralnervesystemet. Dersom en har skade på sentralnervesystemet fra før vil en ha mye større følsomhet for denne type medikamenter.

Personer med utviklingshemning har ofte svært sammensatte problemstillinger, utviklingshemning med kjent eller ukjent syndrom, 20–50 % har epilepsi, mange har cerebral parese og blant klassiske autister er 80 % utviklingshemmet. Tourette, ADHD og atferdsvansker florerer. De har ulike problemstillinger av somatisk karakter fra topp til tå. Alt dette kombineres i unike sammensetninger.

Kommunikasjon er et problem i samhandling med utviklingshemmede. Noen snakker ikke, noen snakker bare litt. Noen er vage, upresise eller inkonsistente. Noen er snill med doktoren og svarer bare det de tror doktoren vil høre. De er gjerne ledsaget av følgepersoner som har sine vektlegginger og vinklinger. Særlig ille kan det bli dersom følgepersonene skifter ofte, da vil fokus og vinklinger gjerne skifte like ofte.



Ivar Mæhle er overlege med Psykisk helsevern for barn og unge ved Haukeland universitetssykehus. Han har lang erfaring fra Habiliterings-tjenesten for voksne og det tidligere HVPU i Hordaland. Mæhle er også aktuell med Utviklingshemning – Årsaker og konsekvenser (2011)

Sykehistorien er kanskje gjemt i gamle arkiver, umulig å få fatt i, eller den kan være ensporet og anekdotisk. Dersom noen har gjort noe eksotisk i sitt liv blir de husket for det, som for eksempel han som bet hesten. Det er få som husker at denne mannen har gjort andre ting enn å bite hester. I tillegg kan det foreligge en medisinalliste med arkaiske preparater (medikamenter som ble skrevet ut for 20–30 år siden) som andre kollega har kvidd seg for å gjøre noe med. Og opp i alt dette er det et press på at noe må bli gjort, helst i dag! Og selv om legen kan se at det kan være andre ting enn medikamenter som er løsningen, er det likevel enklere å gripe til reseptblokken. Regelen er også at det er enklere å skrive ut noe nytt enn å ta bort et medikament som personen allerede står på. 14 medikamenter hos samme person er det meste Mæhle har vært borte i de siste ukene. Medikamentlisten kan være så komplisert og sammensatt at ingen tør røre den.

Spesialisthjelp

Kommunelegen som sitter rundt omkring har kanskje to tre utviklingshemmede pasienter, det kan være ganske kompliserte saker, samtidig som deres erfaringsgrunn-



Foto: Kaja Owren.

lag er svært liten. De har bare noen ganske få timer om utviklingshemning under utdanningen. Så kommer spesialutdannede vernepleiere med tre fire års utdanning om utviklingshemmede og blir de egentlige ekspertene.

«Men er det da mulig å få litt hjelp» spør Mæhle og svarer selv: «Ja, ikke noe problem! En kan rekvirere en mengde enkeltundersøkelser og en kan henvise til spesialister. Men problemet med spesialister er at de svarer på det de blir spurt om.»

Psykiatere driver med psykiatri, men vil kanskje si at psykiske lidelser hos

utviklingshemmede har han ikke kunnskap om. Nevrologer driver med nevrologi, osv. Rådene kan slå hverandre i hjel og medikamentene går gjerne ikke sammen. Helheten er det derfor fastlegen som må stå for. Det kan være vanskelig; kanskje det vi har drevet med til nå er helt feil, vi må gjøre noe annerledes. Mer av det som ikke virker er sjeldent løsningen, men likevel er det ofte det en prøver på; har en gitt et milligram av et medikament og det ikke virker, så dobler en dosen, eller tredobler den. Og av og til blir denne eskaleringen av medikamenter, som ikke virker, det egentlige problemet.

Noen eksempler på kompliserte forhold:

Sjeldne og sære psykiske og nevrologiske bivirkninger synes å opptre hyppigere hos mennesker som allerede har en endret hjernefunksjon. For eksempel kan Keppra (Monoterapi ved behandling av pasienter over 16 år med nylig diagnostisert partiell epilepsi med eller uten sekundær generalisering. Felleskatalogen) gi ondskapsfullhet. Da en person med utviklingshemning og epilepsi sa til hjelperen; *«Jeg håper mannen din dør snart»* ble det oppstandelse og en kom ikke på at det kunne ha med medisinene å gjøre. De ondskapsfulle ytringene forsvant da en erstattet medikamentet med et annet.

Topimax er et utmerket middel mot epilepsi som ikke har bivirkninger knyttet til vektøkning. I 50 % av tilfellene der pasienten er utviklingshemmet må en likevel avslutte behandlingen fordi det oppstår store psykiske lidelser og/eller atferdsproblemer. Mæhle sier: *«Utviklings-*

hemning vil nesten være å regne som en kontraindikasjon i denne sammenhengen.»

Blodtrykksmedisiner, betablokkere, kan gi hallusinasjoner, forvirring og psykose hos utviklingshemmede. Litium, et medikament som har stemningsstabiliserende virkning, og brukes ved mani og bipolar lidelse, kan føre til ekstrem muskelsvekkelse, men dersom medikamentet seponeres kan en ta seg inn igjen. Budskapet er at en må lese felleskatalogen grundig, også der en tror en kan noe om medikamentet. Et eksempel er da Mæhle for mange år siden som overlege på Vestlandsheimen fikk en pasient som hadde epileptiske anfall. Anfallene var ofte langvarige og hun ble gitt Stesolid. Etter anfallene sov hun mellom 24 og 28 timer. De kontaktet eksperter i inn- og utland og damen ble undersøkt for de mest eksotiske ting, uten at de fant ut av det. På det tidspunktet jobbet leger i siviltjenesten på Vestlandsheimen og de, i motsetning til Mæhle selv, kunne ikke alt, og måtte derfor lese Felleskatalogen; der stod at Stesolid kunne gi søvn i opp til 24 timer under gitte omstendigheter. Da medikamentet ble tatt bort sov ikke damen så mye lenger og hadde dessuten en betydelig nedgang i epileptiske anfall.

Ofte blir Mæhle presentert for følgende problem: Aggressive utbrudd med liten foranledning, rettet mot de nærmeste og kjæreste. Innkommende lege blir sjelden eller aldri slått. Det kalles Intermitterende eksplosiv forstyrrelse, IED. Forskning har vist at dersom du har Tourette + ADHD/humørlidelse, er det 50 % sjanse for at du har IED. Abilify hadde i 90 % av tilfellene effekt på IED, med det menes redusert

antall utbrudd i 90 % av tilfellene. Medikamentet hever grenser for når personen blir så trigget at han/hun eksploderer, men det må fortsatt jobbes godt i miljøet for å utnytte virkningen best mulig.

Katatoni er en diagnose som er forsvunnet, eller? En psykiater som ble spurt hadde bare sett en pasient med katatoni de siste 10 årene, mens Mæhle sier han har sett fem i løpet av inneværende år. Tidligere forbant en katatoni med schizofreni og tilstivning, men Mæhle sier det bare er en bitte liten del av dette kompliserte bildet. I realiteten er



Foto: Kaja Owren.

tilstanden en vekslning mellom tilstivning og uro, og blir derfor ofte oversett og feil medisinert. Det kan være svært farlig dersom legen oppfatter den katatone tilstanden som en psykose og gir anti-psykotiske midler som gjør katatonien verre. Mæhle viser til det han har sagt tidligere; en tror det ikke virker og øker gjerne dosen, men i disse tilfellene kan det hende at folk dør av det.

Katatonitegn kan minne om tegn en kan se ved autisme: ubevegelighet, mutisme og tilbaketrekning (klassisk er at en nekter å spise eller drikke). Også sturring, rigiditet, posivering negativisme, ekkofenomener, voksaktig fleksibilitet, grimasering og økt muskelspenning er symptomer. Stereotype bevegelser som rugging, håndvifting eller komplekse gjentatte bevegelser av armer og eller ben. Vokalisering som synging eller repeterte ytringer. En veksler gjerne mellom agitert opphisselse og ekstrem tilbaketrekning. Lorazepam (et preparat som ligner på Valium) og elektroshokk er virkningsfullt på alvorlige tilfelle. Mennesker med kronisk katatoni er ofte behandlingsresistente, mens mennesker med akutt katatoni kan fort reagere positivt på behandlingen.

Personer med visse syndromer kan være svært vanskelig å behandle for ulike psykiske lidelser. Et eksempel er DiGeorges syndrom, som har vist seg

svært vanlig, i USA har de funnet en hyppighet på 1:800. Syndromet var tidligere beskrevet under flere navn som VCFS, CATCH22 eller Shprintzen syndrom, men etter at man fant årsaken; en delesjon på kromosom 22, brukes ovenstående navn.

Noe som kjennetegner DiGeorge syndrom er at personene er sky, tilbaketrukket, impulsive og uoppmerksomme. De er blide og milde, litt flate, mimikkfattige og har monoton stemme. Som voksne har de høy forekomst av psykiske vansker; schizofreni, ADD, personlighetsforstyrrelser og bipolar lidelse.

Mæhle avslutter med å si at når en skal gi rett behandling bør en ideelt sett lage en behandlingsplan der en begynner med å identifisere problemene. En må sile ut de problemene som sannsynligvis ikke kan behandles med medikamenter. Deretter må en velge ut ett eller to problemer som er så store at man må gjøre noe med dem. En forutsetning er at man tror problemet kan påvirkes med medikamenter. Deretter må en bestemme seg for medikament og klargjøre hva det skal virke på. Dette siste, hevder Mæhle er svært viktig. Hvis omgivelsene er i tvil om hva målatferden for preparatet er, vil meningene om det virker eller ikke, sprike. Da er en i verste tilfelle tilbake til start; en øker dosen, eller fyller på med nye medikamenter. ● ● ●



Foto: Scandinavian Stockphoto