

# 1. Hva er psykiske lidelser, og hva er spesielt for de med utviklingshemning?

Børge Holden

# 1. Generelt om psykiske lidelser

- Psykiske lidelser er alt fra avgrensede atferdsforstyrrelser som fobier og tvangslidelse, til brede og generelle forstyrrelser som personlighetsforstyrrelser, atferdsforstyrrelser, autismspekterforstyrrelser og schizofreni
- Psykiske lidelser omfatter alt fra forstyrrelser det går an å leve med, til klart patologiske tilstander
- Psykisk utviklingshemning er en egen diagnose, og er svært vid: Fra lett til dyp utviklingshemning
- Lett utviklingshemning er underdiagnostisert. Mange med lett utviklingshemning har ikke diagnose
- Det som hos "oss" kalles psykiske lidelser, ble tidligere ofte regnet som en direkte følge av utviklingshemningen. Det kalles *diagnostisk overskygning*: Utviklingshemningen, og det den medfører, overskygger psykiske lidelser.

- Overskygning var nok lite aktuelt for de med lett utviklingshemning, fordi de (1) har lite avvikende atferd som kan overskygge den psykiske lidelsen, og (2) ofte ikke har blitt oppfattet som å ha utviklingshemning
- Det var mest aktuelt for de med dyp, alvorlig og til dels moderat utviklingshemning, fordi de viser mer atferd som kan overskygge psykiske lidelser
- Men psykiske lidelser hos personer med utviklingshemning skal i prinsippet diagnostiseres som hos andre
- Når samme person har både utviklingshemning og psykisk lidelse, kalles det *dobbeldiagnose*. Begrepet ble lansert rundt 1980.
- Diagnostisk *forvrengning*: Å oppfatte særlig autisme og utviklingshemning som psykose og lignende, altså motsatt av overskygning. Noen med utviklingshemning og autisme ble tidligere oppfattet som å ha schizofreni og lignende
- Forvrengning har blitt uvanlig, men er ikke *helt* borte

# To viktige diagnoseverk:

- DSM-5, utarbeidet av APA. Kanskje best, og brukes mye i forskning
- ICD-10, utarbeidet av WHO. Obligatorisk i norsk helsevesen. Forenlig med DSM-5, og har nokså tilsvarende kriterier

DSM-IV-TR har et interessant forord, der det står at:

1. Forskning og kommunikasjon: Å snakke om det samme, var en viktig historisk grunn til å definere diagnoser
2. Diagnoser er ikke klart avgrensede, og overlapper ofte betydelig. (Differensialdiagnostikk, å skille mellom forskjellige diagnoser og å ende med færrest mulig diagnoser, blir derfor spesielt viktig.)
3. Diagnoser er uensartede (*heterogene*). Samme diagnose innebærer ofte svært ulik atferd hos ulike personer, altså variasjon
4. Det trengs alltid mer informasjon enn diagnose for å starte behandling

Diagnoseverkene ser også problemet med det svære og økende antallet diagnoser, og drøfter mer generelle alternativer, for eksempel internaliserende og eksternaliserende vansker.

Men så langt har de holdt på de tradisjonelle *kategoriene* (syndromer, «båser»).

# Flere begrensninger ved diagnoser

- Diagnoser forklarer i liten grad atferden de stilles ut fra, hverken bakenforliggende eller mer nærliggende: Vi vasker ikke hender *på grunn av* tvangslidelse, og er ikke triste *på grunn av* depresjon. Vi kan like godt si at det er vaskingen som er tvangslidelsen, og tristheten som er depresjonen
- Det finnes ingen biologiske markører for noen psykiske lidelser
- Diagnoser stilles kun ut fra atferd, inkludert hva vi tenker og føler, i den grad (1) vi kan fortelle om det eller (2) det er åpenbart

# Fornuftig bruk av diagnoser

- De oppsummerer atferdsproblemer. Det er så mange diagnoser at de omfatter de fleste problemer
- Diagnoser gir ikke presise nok beskrivelser av personens atferd, men vi kan supplere med individuelle beskrivelser
- Diagnoser kan være *generelle* utgangspunkter for behandling, brukt med måte
- Når det gjelder psykologisk behandling, er det ikke engang meningen at diagnoser alene skal indikere behandling
- Diagnoser er forenlige med analyser av årsaker til at atferdsproblemer forekommer hos en person. De utfyller hverandre, og det er ingen motsetning
- Problemet er ikke diagnosene, men at noen overdriver deres betydning, og som er «mer katolske enn paven»
- Vi må stille diagnoser, uavhengig av våre teoretiske ståsteder

# Diagnoser hos personer med dyp, alvorlig og til dels moderat utviklingshemning

ICD-10 og DSM-5 er laget for intellektuelt normalfungerende

Personer med lett og til dels moderat utviklingshemning kan fullt og helt eller stort sett vise atferd som inngår i diagnosekriteriene

Men hva med dyp, alvorlig og nedre sjikt av moderat utviklingshemning?

- Kriteriene er problematiske å vise for personer som knapt kan beskrive hva de tenker og føler
- Det kan også være vanskeligere å se hva de tenker og særlig føler
- Mange psykosekriterier er språklige, og krever altså et visst språk. Det samme gjelder mani, depresjon, angst
- Også ikke-verbale kriterier som tristhet ved depresjon, forhøyet aktivitet ved mani og negative symptomer ved psykose, krever et visst atferdsrepertoar
- Vanskelig å skille angstlidelser fra utviklingsmessig normal atferd hos svakfungerende: Plutselige bevegelser, skjelving og søvnevansker kan bli oppfattet som angst, uten at det har noe med angst å gjøre
- Tilsynelatende psykosesymptomer, som snakking med seg selv, fantasier og ønsketenkning kan være utviklingsmessig normal atferd

# Andre problemer

- Forholdet mellom en del syndromer som medfører utviklingshemning, og psykiske lidelser, er lite kjent
- Hva er hva ved Downs syndrom, for eksempel ved tvangslidelse og depresjon?
- Også overlapp mellom for eksempel Prader-Willi og Williams syndrom, og psykiske lidelser

## Redskaper for å diagnostisere psykiske lidelser og mennesker særlig med vesentlig utviklingshemning:

- Reiss screen\*
  - DASH-II\*
  - PIMRA\*
  - The PAS-ADD Checklist\*
  - The Mini PAS-ADD Interview Pack
  - DC-LD og DM-ID er diagnoseverk som bygger på ICD-10 og DSM-IV-TR
- \*sjekklister, screening



- Selv om redskapene er beregnet for personer med utviklingshemning, må det i hovedsak være de samme symptomer på psykiske lidelser som hos andre
- Diagnoseverk som er tilpasset personer med utviklingshemning, som DC-LD og DM-ID, har en del tilpasninger, men ikke store.

Mulighetene for å komme fram til rett diagnose er *relativt* bra, men:

- Mindre atferdsrepertoarer fører generelt til mer uklare symptomer og mer usikre diagnoser
- Psykiske lidelser hos personer med dyp, alvorlig og til dels moderat utviklingshemning må derfor jevnt over diagnostiseres på tynnere grunnlag
- Det er også usikkert om svaktfungerende personer har samme lidelse som normalfungerende med samme diagnose
- En viss «overskygning» er kanskje berettiget?

# Til slutt: Forekomst av psykiske lidelser hos mennesker med utviklingshemning generelt

- Det hevdes ofte at det er større forekomst enn ellers i befolkningen
- Men det stemmer neppe, når det undersøkes skikkelig
- I begge grupper er det trolig rundt 15 % som til enhver tid oppfyller en diagnose
- Men det kan være relativt mye blant personer med lett utviklingshemning (og hos personer med et evnenivå som ligger like over utviklingshemning)

## Hvis det er slik, hvorfor kan det være slik?

- De faller mellom to stoler, og vet det?
- De har språklige forutsetninger for å utvikle psykiske lidelser (evne til å tenke over sin situasjon, tenke på negative utfall, evaluere seg selv)
- Generelt større atferdsrepertoarer gjør det lettere å se at de har en psykisk lidelse

# 2. Forholdet mellom psykiske lidelser og utfordrende atferd

Børge Holden

# Hvis psykiske lidelser koker ned til atferd, kan vi si at psykiske lidelser dreier seg om:

- Overfølsomhet for forsterkere: Mani, dramatiserende personlighetsforstyrrelse, AD/HD, patologisk spillelidenskap, overdreven søskenrivalisering
- Følsomhet for problematiske forsterkere: Seksuelle objektvalg (som pedofili, blotting, kinking), rus, tics, pyromani, kleptomani, viljestyrt produksjon eller simulering av symptomer eller dysfunksjon, autisme/asperger (og fingersuging, neglebiting, neseplukking!)
- Overfølsomhet for ubehag: Personlighetsforstyrrelser, fobier, aggresjon, atferdsforstyrrelser, separasjonsangst
- Følsomhet for spesielle ubehag: Tics, tvangslidelse, spiseforstyrrelser, autisme/asperger, posttraumatisk stress, reaktiv tilknytningsforstyrrelse, dissociative lidelser
- Underfølsomhet for normale ubehag. Psykopati, pedofili, mani, autisme
- Hva personen tenker og sier om sin atferd: Tolkning av situasjoner, evaluering, tenke seg fram til negative utfall, betydningen av å unngå ubehag

Vi kan iverksette miljø- og læringsbasert behandling direkte på grunnlag av slike analyser

# Psykiske lidelser som forklaring på problematferd, eller 'utfordrende atferd'

'Utfordrende atferd' (UA): "Kulturelt unormal atferd av slik intensitet, hyppighet og varighet at den fysiske tryggheten for personen selv eller andre er i fare, eller atferd som sannsynligvis vil begrense personens adgang til vanlige tilbud i samfunnet" (Emerson, 2001, s. 3)

## Kan psykiatrisk diagnostikk være et bidrag til å behandle UA?

- Mange har hevdet at psykiske lidelser er årsak til UA, og at behandling av UA går via psykiske lidelser
- For at psykiske lidelser skal være årsak til UA, må de i det minste opptre sammen
- De fleste studier, blant annet Holden & Gitlesen (2003), viser at flere med enn uten tegn på psykiske lidelser har utfordrende atferd
- Men selv om en person med psykisk lidelse har UA, er ikke den psykiske lidelsen automatisk forklaring på den UA
- Vi må si noe *spesifikt* om årsaker hos *personen*

# Hvordan kan psykiske lidelser forårsake UA?

## «ÅRSÅKSTYPE I»:

- Kan være utfordrende atferd i seg selv, som pedofili, blotting og stereotyp
- atferdsforstyrrelse med selvskading. Tics *kan* være det
- (Men da snakker vi egentlig ikke om årsak, siden atferd ikke kan være årsak til den samme atferden)

## «ÅRSÅKSTYPE II»:

Et direkte forhold mellom psykisk lidelse og UA

- Vrangforestillinger og imperativ hallusinose påvirker atferd verbalt (Ganske uvanlig hos mennesker med dyp/alvorlig utviklingshemning.)
- Utfordrende atferd kan altså være et direkte resultat av blant annet hallusinose og vrangforestillinger

# «ÅRSÅKSTYPE III»: Forstyrrelser i motivasjon for å vise utfordrende atferd

Generelt er det slik at:

- Mangel på noe vi liker, kan få oss til å vise atferd som fører til det
- Å oppleve ubehag kan få oss til å prøve å bli kvitt det

Psykiske lidelser er altså langt på vei:

- Forstyrrelser i slike terskler, og
- Forstyrrelser i *hva* som er forsterkende og ubehagelig

Utfordrende atferd skjer ikke konstant, men kan oppstå når:

- Personen vil oppnå problematiske forsterkere eller unngå unormale ubehag, og
- hindres i det

# Eksempler

- Depresjon (som kan være overfølsomhet for ubehag) + krav
- Angst (bl.a. overfølsomhet for ubehag) + spesielle "krav"
- Tvangslidelse (bl.a. overfølsomhet for ubehag) + hindring i å utføre tvangshandlinger
- Tics/Tourette (trang til å utføre tics) + hindring i å utføre tics
- Mani (bl.a. følsomhet for forsterkere) + hindring i å skaffe forsterkere
- Mani (bl.a. underfølsomhet for ubehag) + krav
- Negative symptomer ved psykose + krav om sosial deltaking
- Vrangforestillinger ved psykose + krav, avvisning
- og så videre i det uendelige...

Den utfordrende atferden kan selvfølgelig også være Å NEKTE Å DELTA PÅ ULIKE ARENAER



3. Vegring mot  
deltaking på ulike  
arenaer.

Behandling

Børge Holden

# Det kan være:

- Skole
- Avlastning
- Bolig
- Jobb

Både å dra dit, være der og å delta

# For å fortsette litt med diagnoser, kan vegring være en side ved mange diagnoser

- Autisme: for eksempel motstand mot endring
- Psykose: for eksempel isolasjon og manglende vilje
- Sosial fobi: Eksponering for sosiale situasjoner er ubehagelig
- Elektiv mutisme: Frykt for krav om å snakke
- Depresjon: Lite energi, mål, mening og håp
- Tvangslidelse: Eksponering for situasjoner som utløser tvangstanker og -handlinger
- Separasjonsangst: Ubehag ved å forlate foreldre
- Tilpasningsforstyrrelser: Generelle vansker med å tilpasse seg i et nytt miljø
- Schizoid personlighetsforstyrrelse: Ønske om å være alene
- Atferdsforstyrrelse: Generell ulydighet, og tendens til asosiale handlinger
- Reaktiv tilknytningsforstyrrelse: Frykt for andre og aggresjon rettet mot andre

Miljøbehandling skjer lite ut fra diagnose, men går generelt på tvers av diagnoser, eller det vi kan kalle en «transdiagnostisk» tilnærming

- Den må i stor grad utformes individuelt
- Den må ta mer hensyn til hvorfor atferden finner sted, enn til diagnose
  - Kan noe være mer attraktivt enn å delta?
  - Kan noe være ubehagelig ved å delta, og hvorfor er det det? Manglende ferdigheter? Angst?
- Eller den må utformes ut fra hva som virker, for eksempel rene belønningsprogrammer
- Heller ikke psykotrop medikasjon skjer bare ut fra diagnose. Den virker noen ganger når den ikke skal virke, og omvendt.

# Behandling av nekting kan gå ut på å:

- Gjøre det mer attraktivt på arenaen, og belønning for å være der
- Gjøre det mindre ubehagelig på arenaen
  - Dempe sosial eksponering
  - Lettere oppgaver
  - Trygghet
  - Bedre sosiale ferdigheter
- Gjøre det mindre attraktivt der personen vil være
  - Inndra goder
- Presse eller tvinge personen, uten å ta avgjørende hensyn til nekting og protest, for å få personen til å gi opp å nekte.
  - kan føre til tilvenning, tilpasning og trivsel
- Endre språklige faktorer som fremmer "krevning" og unngåelse, gjennom samtalebehandling (ACT, kognitiv atferdsterapi)
- La personen slippe, og prøve finne annen arena
- Medikasjon (kan endre følsomhet)