

Psykofarmaka, psykisk lidelse og utviklingshemning. Et pasienteksempel

Tonje Owrenn Haugen, vernepleier

Rune Aleksander Thorbjørnsen, vernepleier

Elise Weiberg, Universitetslektor OsloMet

Trine Lise Bakken, PhD, Cand.San., førsteamanuensis OsloMet.

uxtlba@ous-hf.no

Voksne med utviklingshemning bruker ofte antipsykotiske medikamenter mot atferdsvansker uten at utredning er foretatt. Denne artikkelen belyser bruk av medikamenter mot psykose hos en voksen mann med angstsymptomer og atferdsvansker.

Mennesker med utviklingshemming har stor sårbarhet for å utvikle psykisk lidelse (Bakken og Sageng, 2016). Psykisk lidelse hos mennesker med utviklingshemming er et relativt nytt fagområde som i løpet av de siste 15–20 årene gradvis er blitt definert som et eget fagområde (ibid.). Forekomsttall spriker, men det er enighet om at angst og depresjon er mest vanlig, som i den generelle befolkningen.

Utredning av psykisk lidelse hos personer med utviklingshemming er komplisert (Bakken, 2016). Det er særlig begrenset verbalt språk og diagnostisk overskygging som er sentrale faktorer. Betegnelsen diagnostisk overskygging brukes når tilleggsvansker hos mennesker med utviklingshemming tilskrives funksjonshemmingen og ikke en tilleggsvanske, for eksempel angst (Jopp og Keys, 2001). Symptomer på angst kan tolkes som symptomer på selve utviklingshemningen. De klassiske kjennetegnene som ofte forbindes med angst er skrekkfylte forestillingsbilder, angst for å dø eller miste kontroll, dissosiasjonssymptomer, hjertebank og brystmerter, pustevansker / kvelningsfølelser, svimmelhet, kvalme, svetting (WHO, 1992). Mennesker med utviklingshemming vil svært ofte utvikle atferdsvansker som overskygger angstsymptomene (Wigaard og bakken, 2012). Dette medfører ofte at angstlidelsen ikke blir oppdaget. At symptomer på angst kan være vanskelig å skille fra generelle vansker ved å leve med utviklingshemming, vanskeliggjør arbeidet med å finne riktig behandlingsmåte. Miljøbehandling og relasjonsbygging vil uansett være sentrale elementer i

å forebygge og behandle angst hos mennesker med utviklingshemming. Et viktig element i miljøbehandling er at det utvikles en robust relasjon mellom den som skal ha hjelp og dennes tjenesteytere. Relasjoner oppstår når mennesker er sammen og hvis relasjonen er god, vil dette kunne påvirke den psykiske helsen i positiv retning (Bakken, 2016b).

Forskning viser at det har vært et stort overforbruk av antipsykotiske medikamenter for å behandle atferdsvansker hos mennesker med utviklingshemming, både i Norge og internasjonalt, selv om brukeren endrer seg i takt med økt kunnskap om psykisk lidelse hos mennesker med utviklingshemming (Tsiouris mfl., 2013; Tyrer, mfl., 2008). Ved behandling med antipsykotiske medikamenter bør det generelt foreligge en så presis diagnose som mulig og et klart mål for behandlingen (Sørensen, 2012). Omsorgsgivere bør informeres om hvilke bivirkninger man skal kunne observere. Det bør tilstrebes en så liten dose medisin som mulig og så kort behandlingstid som mulig. Bruk av flere psykotrope medikamenter samtidig (polyfarmasi) bør unngås hvis mulig. Alternativ behandling må vurderes og bruk av psykofarmaka bør ikke erstatte manglende personmessige ressurser (ibid).

Med bakgrunn i overstående, ønsker denne artikkelen å belyse følgende problemstilling:

Kan antipsykotika ha effekt på angstsymptomer hos en voksen mann med utviklingshemming?



Foto: nrllhdgrmc, Flickr

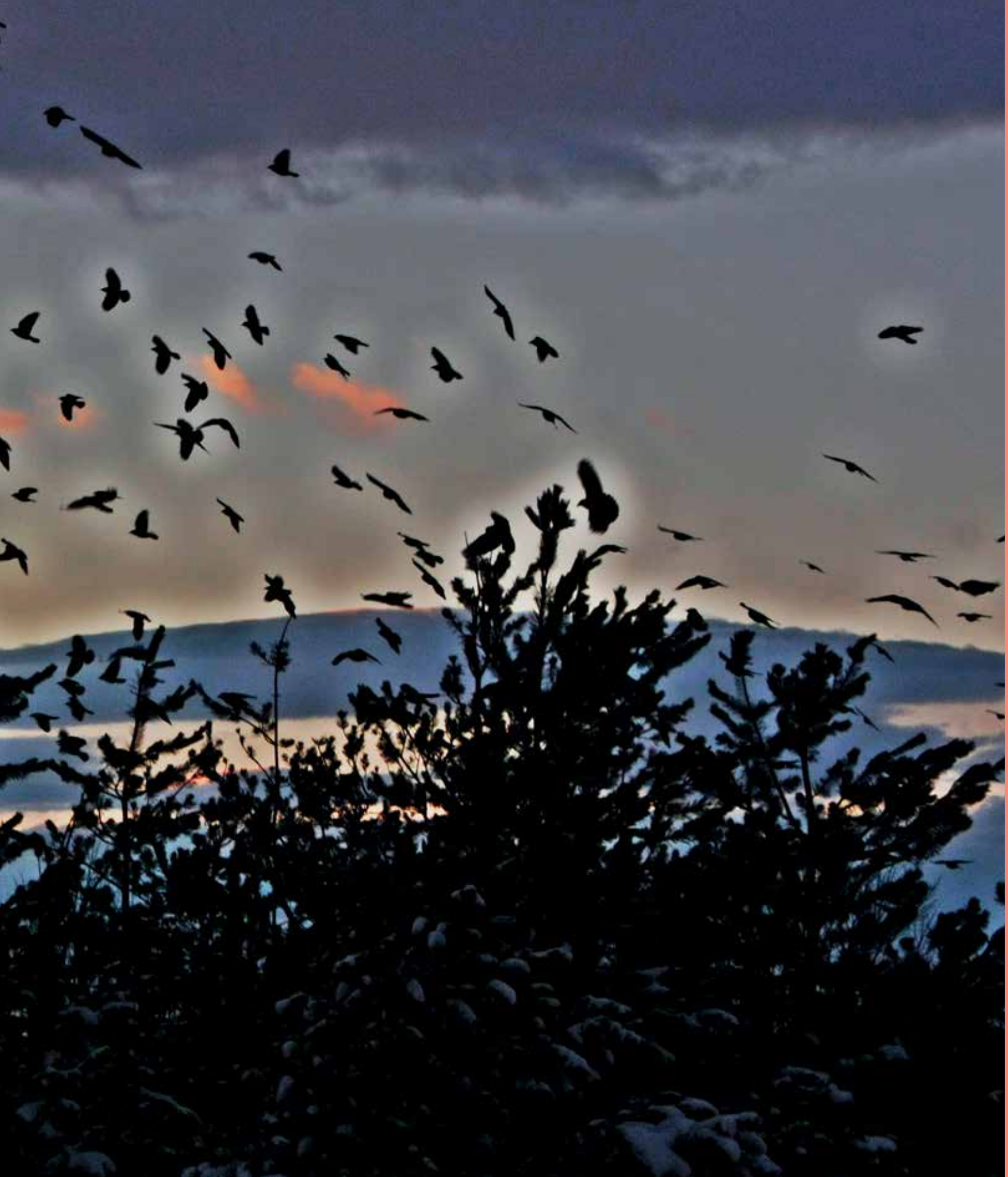




Foto: Wendelin Jacober, Flickr





Foto: Jakob Nilsson-Ehle, Flickr

Metode

Design og setting

Det er valgt en casestudie med N=1-design (Larsen, 2007). Det er gjort kartlegging før, under og etter behandling med anti-psykotisk medikasjon = ABA-design. Data som ble samlet inn ble brukt til å belyse om behandlingen hadde effekt. Studien er gjort i et kommunalt bofellesskap for mennesker med utviklingshemning i Norge. Observasjonene er gjort av ansatte i bofellesskapet.

Presentasjon av «Per»

«Per» er en voksen mann med moderat utviklingshemning. Han har et begrenset verbalspråk. Per bor i en døgnbemannet bolig med personalbase og har vedtak på

1:1 bemanning dag og kveld, samt tilsyn av nattevakt. Per har store deler av livet blitt oppfattet som engstelig. Da Per flyttet inn i boligen for omtrent 10 år siden var blant annet døgnrytme, personlig hygiene og utagering mot ansatte en utfordring. Personalet har siden arbeidet med å trygge ham. Det har vært lagt vekt på trygge relasjoner ved at Per har en liten men stabil personalgruppe, samt at aktiviteter har vært tilpasset Pers interesser og kognitivt nivå. Trygge rammer har gitt reduserte vansker for Per, men i løpet av 2016 ble det observert at Per ga uttrykk for å være engstelig overfor oppgaver han vanligvis utfører greit, som å pusse tenner, skru på lys og bruke fjernkontrollen til TV. Han var også redd for å dø. Han sov og spiste

mindre, og var rastløs og urolig store deler av dagen. Det ble gjennomført en utredning av generell helsetilstand, tannhelse og blodprøver for å se om somatiske faktorer som kunne ha utløst atferden, men det ble ikke funnet noe som kunne relateres til smerte, følelse av ubehag eller redusert allmenntilstand. Per ble henvist til voksenhabilitering med spørsmål om psykisk lidelse. Han begynte etter kort tid med et medikament mot psykose. Ansatte i bolig ble ikke informert om hvorfor eller om plan for oppfølging. Etter ca. to uker ble det observert økning av irritabilitet, aggressivitet og sinne. Voksenhabilitering ble kontaktet og etter informasjon fra ansatte i botiltaket ble medisinen seponert. Det ble senere konkludert med at Per har en generell angstlidelse.

Målemetode

Atferd ble observert i Pers bolig. Det ble utarbeidet et kartleggingsskjema med disse variablene:

- Uttrykt angst – Per gir selv uttrykk for at han er redd (ordlyd gjengis)
- Observert angst – Observerer atferd forbundet med angst (atferd beskrives)
- Irritabilitet / sinne (fra denne atferden plutselig oppsto)

Prosedyre

Registreringene startet fire uker før oppstart av antipsykotikabehandling. Samtidig ble det også etablert en mindre personalgruppe og mer tryggingsarbeid. Registreringene startet fra første dag med medisiner og i fire uker. Det ble kartlagt episoder med sinne og irritabilitet fordi dette var en ny atferd observert hos

Per. Det ble gjort registreringer etter seponering. Atferden skulle beskrives i konkrete observasjoner og hendelser. Kartleggingen ble utført dag, kveld og natt.

Analyse

Data fra dag og kveld ble analysert. Data fra natt var svært mangelfulle og ble ekskludert. Data ble telt opp pr. uke og lagt sammen og delt på antall dager. Atferder med sinne ble talt opp separat.

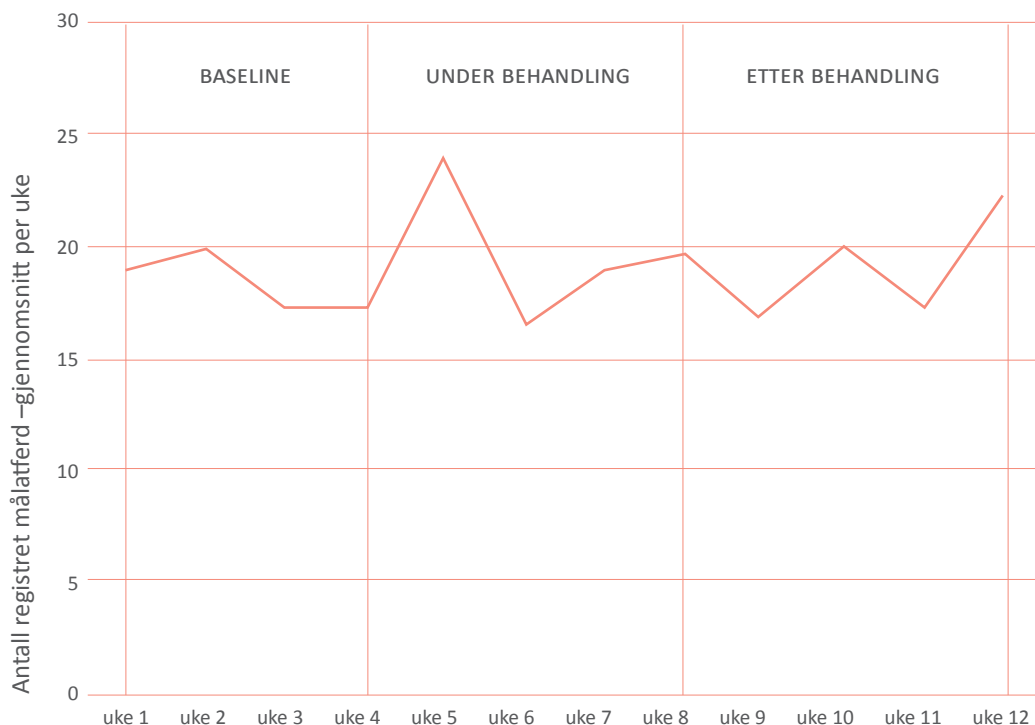
Etikk

Per er ikke vurdert til å være samtykkekompetent. Det er derfor nærmeste pårørende som har samtykket til publisering. Noen opplysninger er med vilje gjengitt noe upresist for at Per ikke skal kunne gjenkjennes. Det er for eksempel ikke beskrevet preparatnavn og dosering av antipsykotisk medikament

Resultater

Resultatene av kartleggingen er samlet i figur 1 (uttrykt og observert angst) og figur 2 (observert sinne). Som figur 1 viser, er atferden knyttet til uttrykt og observert angst relativt jevn gjennom baseline, medisiner og etter seponering. Atferden som er registrert spenner fra et minimum registrert antall forekomster på gjennomsnittlig 16,5 per dag i uke 6 (for uttrykt og observert angst) og med høyest forekomst på 24,1 per dag i uke 5.

Enkelte dager var det mangelfulle registreringer som mulig har trukket ned i enkelte uker, det er derfor en mulighet for at det reelle antall målatferder er noe jevnere eller høyere enn hva figur 1 viser.



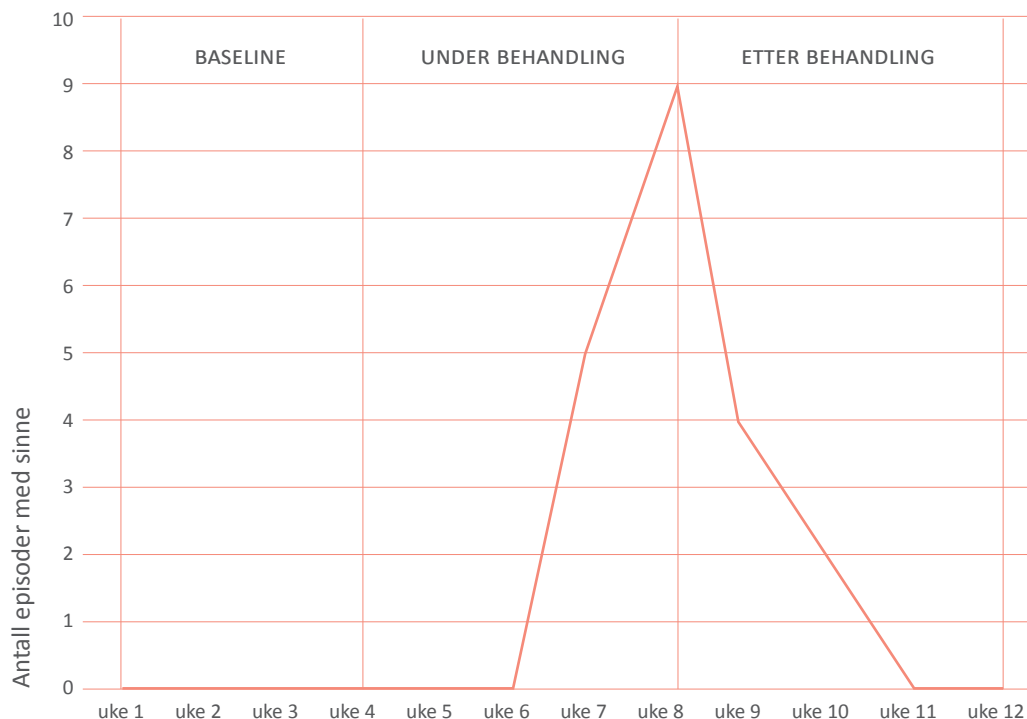
Figur 1: Antall registrert målatferd - gjennomsnitt per uke

Kartleggingen viser en økning av registrert atferd i den første uken under medisinering. I uke 6 av kartleggingen, to uker etter oppstart av antipsykotika, ble det observert en økende tendens til episoder med irritabilitet, sinne og verbal utagering. Som figur 2 viser, var denne atferden til stede fra uke 6 til uke 11, to uker etter oppstart med antipsykotika til to uker etter seponering.

Diskusjon

Det er to hovedfunn. Det første er at antipsykotika ikke hadde effekt på Pers angstsymptomer og atferdsvansker, til tross for at det parallelt med medikamenter også

var gjort miljøterapeutiske justeringer som man vet er bra for mennesker med utviklingshemming og angstplager (Albjerk Kaggestad og Wigaard, 2016). Det andre er at Per opplevde bivirkninger. Svært mange som bruker medikamenter mot psykose, opplever en rekke bivirkninger, noen til dels alvorlige (Sørensen, 2012). At medikamenter som er ment for å motvirke psykose ikke virker mot angstsymptomer så lenge det ikke ble avdekket samtidig psykose, er ikke overraskende (Sørensen, 2012). I Pers tilfelle var det et ønske om en grundig utredning av Pers atferdsvansker. Per har utfordringer med å fortelle om opplevde symptomer og plager.



Figur 2: Antall episoder med sinne

I møte med leger og terapeuter blir han usikker og tilbaketrukket. Han henvender seg sjeldent til en ukjent person og vil derfor kun snakke til personalet i konsultasjoner. Han kan svare «ja» og «nei», men svarertilfeldig og det han tror at legen eller terapeuten vil høre. Dette fører til at nærpå personer er viktige informanter under utredning av psykisk lidelse. At informantene kjenner til personen godt og kan redegjøre for nøyaktige, objektive observasjoner er vesentlig for at legen skal kunne stille riktig diagnose og finne en god behandlingsform. Fordi det er vanskelig å skille mellom angstsymptomer og generelle utfordringer ved samtidig

utviklingshemning, må det også vurderes om det kan være andre underliggende årsaker til atferdsendring som smerter, somatisk sykdom eller traume (Wigaard og Bakken, 2012).

Det kan stilles spørsmål ved om perioden Per benyttet antipsykotika var lang nok til å gi ønsket effekt i form av mindre «tankekjør» og bedret søvn (Andreassen og Steen, 2006). Flere medikamenter og dosejusteringer ofte må til før pasienten får riktig medikament og dose. For mennesker med utviklingshemning som har vansker med å fortelle om bivirkninger, kan hyppig oppstart av nye medisiner være svært inngripende.



Foto: Rubén Cañizares Jiménez, Flickr

En etisk vurdering bør gjennomføres med tanke på å utsette en person i en allerede sårbar situasjon for mulig ubehag i forbindelse med medisiner, og dette bør alltid vurderes opp mot hvor alvorlig den psykiske lidelsen er.

Svekkede kognitive ferdigheter fører til at anerkjente behandlingsmetoder kan bli for komplisert for mennesker med utviklingshemning og at miljøbehandling blir den sentrale faktoren i behandlingen (Bakken og Sageng, 2016). Å gjøre noe

med miljøet og det emosjonelle klimaet rundt Per vil med stor sannsynlighet være lettere enn å starte en annen systematisk og krevende behandlingsform. Hovedelementer ved et godt emosjonelt klima i miljøer til mennesker med utviklingshemning og psykisk lidelse omfatter et høyt nivå av støtte, praktisk orientering og hjelp, orden og organisasjon, og et lavt nivå av sinne og aggresjon, og personalkontroll. Her handler det om at å akseptere at personen ikke makter å være sosial hele

tiden, at problemer relateres til tilstanden og ikke at det er vond vilje eller latskap (Bakken mfl., 2016b).

Da Per viste angstsymptomer forsøkte boligen med akutte miljøtiltak. Personalgruppen ble redusert og det ble plukket ut ansatte med god relasjon til Per. Enkelte benyttet samhandling preget av mye støtte og lite krav, mens andres samhandling bar preg av å gi støtte, men med mål om å opprettholde dagsplanen. Det var liten forskjell på de to tilnæringsmåtene på antall forekomster av angstrelatert atferd. At det emosjonelle klimaet er støttende og har forståelse for Pers situasjoner kan likevel ha vært avgjørende, mas og krav i en ellers stressende hverdag kan føre til en mer negativ utvikling av angstsymptomene (Bakken mfl., 2017). Opplæring og økt kunnskap om samhandlingsmetoder og tilnærming innad i personalgruppen vil være en vesentlig faktor i miljøbehandlingen.

Psykisk lidelse hos personer med utviklingshemning kan være vanskelig å oppdage. Utredningen kan være tid- og kunnskapskrevende. I Pers tilfelle var det vanskelig å si om angstsymptomene ville avta med antatt riktig behandling. Det ble iverksatt et tettere samarbeid mellom lege i habiliteringstjenesten og kommunen. Det ble laget en detaljert plan for videre oppfølging og utredning. Planen forutsatte hyppige treffpunkter med lege og pårørende og hyppigere legebesøk enn tidligere.

Referanser

- Albjerk Kaggstad, Å. og Wigaard, E. (2016) Miljøbehandling ved angst. I: Bakken, T.L. (red.). *Samhandling med og uten ord: Miljøbehandling for mennesker med utviklingshemning og psykiske lidelser*. Stavanger: Hertvig Forlag. 2. opplag.
- Andreassen, O.A. og Steen, V.M. (2006) *Farmakogenetikk og skreddersydd behandling ved schizofreni*. *Tidsskrift for Den norske legeförening*, 126, 2400–2402.
- Bakken, T.L., Sageng, H., Hellerud, J.M.A., Kildahl, A.N. and Kristiansen, T. (2017). The use of validation in mental health nursing for adults with intellectual disabilities and mental illness. A descriptive study. *Issues of Mental Health Nursing*. 38:8, 619–623.
- Bakken, T.L. and Sageng, H. (2016) Mental Health Nursing of Adults With Intellectual Disabilities and Mental Illness: A Review of Empirical Studies 1994–2013. *Archives of Psychiatric Nursing*, 30(2), 286–291.
- Bakken, T.L. (2016) *Utviklingshemning og hverdagsvansker: Faktorer som påvirker psykisk helse*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS. 2. opplag.
- Bakken, T.L., Friis, S and JI Røssberg (2012) The Ward Atmosphere Scale for Psychiatric Inpatients with Intellectual Disability: A Pilot. *Advances in Mental Health in Intellectual Disabilities*. 6:5, 265–272.
- Bakken, T.L. og Eknes, J. (2009) Diagnostisering av atferdsforstyrrelser, psykiske og nevropsykiatriske lidelser. I: Eknes, J, Bakken, T.L., Løkke, J.A. & Mæhle, I.R. (red). *Utredning og diagnostisering. Utviklingshemning, psykiske lidelser og atferdsvansker*. Oslo: Universitetsforlaget. 2. opplag.
- Bygdenes, A.M., Kristiansen, A. (2007) *Psykotrope legemidler til personer med psykisk utviklingshemning*. *Tidsskrift for Den norske legeförening*, 127:8, 1028–1030.
- Jopp, A.D. and Keys, C.B. (2001) Diagnostic overshadowing reviewed and reconsidered. *A J Men Retard*, 106, 416–433.
- Sørensen, K. (2012) Medikamentell behandling. I: T.L. Bakken, og M.E. Olsen (red.). *Psykisk*





*lidelse hos voksne personer med utviklings-
hemning: Forståelse og behandling.*

Oslo: Universitetsforlaget.

- Tsiouris, J.A., Kim, S-Y., Brown, T., Pettinger, J. and Cohen, I.L. (2013) Prevalence of Psychotropic Drug Use in Adults with Intellectual Disability: Positive and Negative Findings from a Large Scale Study. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 43:3, 719–731.
- Tyrer, P., Oliver-Africano, P.C., Ahmed, Z. mfl. (2008) Risperidone, haloperidol, and placebo in the treatment of aggressive challenging behaviour in patients with intellectual disability: a randomised controlled trial. *Lancet*, 371, 57–63.
- World Health Organization (1992) *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders*. Diagnostic Criteria. Geneva, Switzerland.
- Wigaard, E. og Bakken, T.L. (2012) Angstlidelser. I: T.L. Bakken, og M.E. Olsen, M. *Psykisk lidelse hos voksne personer med utviklings-
hemning: Forståelse og behandling.*
Oslo: Universitetsforlaget.

Foto: Hild Aase, Flickr