

---

## Psykiske lidelser og problematferd hos voksne med utviklingshemning

---

konseptuelle og empiriske sammenhenger

---

### Hvorfor er temaet aktuelt

- Problematferd den mest vanlige henvisningsgrunnen til spesialisthelsetjenesten
  - Stor andel har mer alvorlig utviklingshemning
  - Vanlige problemstillinger:
    - er problematferd tegn på psykisk lidelse?
    - Kan miljøterapeutisk behandling av problematferd være kontraindisert?
-

## Psykisk utviklingshemning

- IQ under 69
- Reduserte adaptive ferdigheter
- Fire grader: lett, moderat, alvorlig og dyp

## Problematferd

“Psykiske lidelser er psykologiske eller atferdsmessige mønstre som opptrer hos en person, som antas å skape umiddelbar plage, nedsatt funksjon eller signifikant større risiko for lidelse, smerte, død, svekkelse eller viktig tap av utfoldelse som ikke er forventet som en del av en normal utvikling eller kultur.”

(DSM-IV-TR)

”Problematferd er kulturelt unormal atferd, som har en slik intensitet eller varighet at den fysiske sikkerheten til personen eller andre personer kan bli satt i fare, eller atferd som kan medføre begrensninger eller utestengning fra bruk av ordinære offentlige tjenester.”

(Emerson, 1995)

## Typen av psykisk lidelse

- Depresjon
  - Nedtrykt, nedsatt lyst eller interesse, nedsatt energi eller økt trøtthet
  - nedsatt selvtilitt eller selvfølelse, selvbebreidelse eller skyldfølelse, tanker om selvmord eller død, tanke- eller konsentrasjonsbesvær, agitasjon eller hemning, søvnforstyrrelse, appetit- eller vektendring
- Angst
  - frykt for menneskemengder, offentlige steder, ferdes alene ute, ferdes utenfor hjemmet
  - frykt for å bli kritisert eller få oppmerksomhet av andre eller for å oppføre seg pinlig - eller unngåelse av slike situasjoner
  - panikkanfall som er plutselig innsettende, ikke knyttet til spesifikke situasjoner, opptrer uforutsigbart
  - All angst følges av autonome reaksjoner: hjertebank, svetting, skjelving, munntørrhet, uro i mage, kvalme, tungpusten, frykt for å dø, hetetokter eller kuldegysninger, rødming osv
- Søvnforstyrrelse
  - utilfredsstillende kvantitet og kvalitet av søvnen gjennom flere netter – slik som innsøvningsvansker, avbrutt søvn og tidlig oppvåkning, overdreven søvnbehov eller søvnanfall, søvnrhytheforstyrrelse
- Demens
  - Svekket hukommelse eller andre kognitive funksjoner som påvirker fungering i hverdagen, svekkelse av emosjonell kontroll, motivasjon eller sosial atferd som inkluderer emosjonell labilitet, irritabilitet, apati, forgrovet sosial atferd
- +++++

## Typen problematferd: DC-LD

- Verbal aggresjon
  - kjeffer, truer, banner....
- Fysisk aggresjon
  - slår, sparker, kaster.....
- Destruktiv
  - Ødelegger objekter som møbler, leker, klær.....
- Selvskadende atferd
  - dunker hode, biter, gnir hud.....
- Seksuelle avvik
  - onanerer på offentlige plasser, gnir kjønnsorgan mot personalet, ber om seksuell kontakt upassende, tar på, kjæler eller kysser en annen på en måte som er uønsket eller er krenkende.....
- Opposisjonell atferd
  - trasse regler og oppfordringer personen er i stand til å følge, protesterer på å flytte seg eller bevege seg når dette er nødvendig, nekter å delta på sosiale tilstelninger uten god grunn Krevende/masende atferd.....
  - oppmerksomshetskrevende, avbryter andre, ber om hjelp unødige, klenger....
- Vagabondering
  - rømmer, streifer, forsvinner plutselig uten å si ifra.....

## Diagnostiske krav: DC-LD

- Problematferden har en betydelig hyppighet, alvorlighetsgrad eller er kronisk på en slik måte at det kreves utredning og spesielle tiltak/oppfølging
- Atferden fører til en betydelig negativ innvirkning på personens eller andres livskvalitet. Dette kan være begrensninger i livsstil, sosiale muligheter, uavhengighet, integrering i samfunnet, tilgang på eller valg av tjenester eller tilpasningsevne
- Atferden innebærer en betydelig risiko for en selv eller andre sin helse eller sikkerhet
- Atferden er gjennomgripende og vanskelig å forandre
- Er tilstede i flere og ulike situasjoner, men kan ha varierende intensitet
- Forekommer ved minimal eller ingen provokasjon fra andre
- Har forekommet jevnlig, daglig eller ukentlig de siste 6 måneder (avhengig av type)

## Psykisk lidelse årsak til problematferd?

- Problematferd er atypiske manifestasjoner av psykiske lidelser
- Problematferd er atypiske symptomer på psykiske lidelser
- Psykiske lidelser kan skape betingelser for problematferd

## Atypisk manifestasjon

- Enkelte typer selvskading kan være tvangslidelse (Bodfish mfl, 1995)
- SSRI-preparater kan redusere tvangslidelse hos personer uten utviklingshemning og selvskading hos personer med utviklingshemning (Aman mfl, 1999)
- Syklisk problematferd kan være stemningslidelse (Emerson, 1999)
- Enighet om at aggressivitet og selvskading ikke er tilstrekkelig for å stille psykiatriske diagnoser
- Mer vanlig å betrakte problematferd som atypisk symptom som opptrer ved siden av kjernesymptomer på psykiske lidelser.

## Atypisk symptom

- Eldre studier av problematferd som atypiske symptomer eller atferdsekvaliteter til ulike typer psykiske lidelser.
- Disse studiene har blitt særlig kritisert for to forhold:
  - bruk av atferdsekvaliteter lett for å føre til såkalte tautologisk rasjonale.
  - bruk av atferdsekvaliteter en tendens til å gi såkalte falske positive diagnoser. Det vil si, at personer som ikke skal ha en diagnose likevel får det. Det er blant annet pekt på at bruk av atferdsekvaliteter har ført til overrapportering av depresjon hos personer med mer alvorlig utviklingshemning (McBrien, 2003).
- I senere år er det gjennomført flere kryss-seksjonale studier som ser på sammenhengen mellom ulike typer psykiske lidelser og problematferd. I disse studiene har man forsøkt å måle problematferd og psykiske lidelser uavhengig av hverandre.

## Problematferd ett av flere symptomer på psykisk lidelse

- Moss et al. (2000): fant en sterk assosiasjon mellom problematferd og depresjon. Det vil si at det var flere som hadde depresjon og mer alvorlig problematferd samtidig enn de som bare hadde depresjon. Det ble ikke funnet sammenheng mellom problematferd og angst eller psykose. Det ble heller ikke funnet sammenheng mellom selvskading og affektive lidelser.
- Holden (2003) replikerte Moss sin studie og fant at både angst og psykose forekom hyppigere hos personer med problematferd enn hos personer uten. I motsetning til Moss fant ikke Holden noen sammenheng mellom affektive lidelser og tilstedeværelse av problematferd.
- Rojahn et al. (2004): fant at selvskading, aggressivitet og destruktiv atferd var relatert til vansker med impuls kontroll og atferdsvansker, men ikke til affektive tilstander.
- Hemming et al (2006): fant en sammenheng mellom selvskading og i noen grad aggressivitet og affektive symptomer. Skriking (screaming) og destruktiv atferd var assosiert med autismerelaterte sosiale forstyrrelse.

## Vurderes psykiske lidelser på basis av problematferd?

### ■ PAS-ADD sjekkliste for psykiske lidelser inkluderer blant annet:

- "Rastløshet og vandring, ikke i stand til å sitte stille" - repeterende selvskadende atferd
- "Irritabilitet eller hissig temperament"- aggressiv atferd
- "Mistenksomhet, lite tillitsfull, oppfører seg som om noen prøver å skade dem" - aggressiv atferd
- "Plutselig og intens frykt eller panikk som er utløst av situasjoner eller ting" - aggressiv atferd
- "Tap av appetitt og interesse for mat" – alvorlig matavvisning
- "Unngår sosial kontakt" - flukt-motivert aggressiv atferd eller selvskading
- OSV

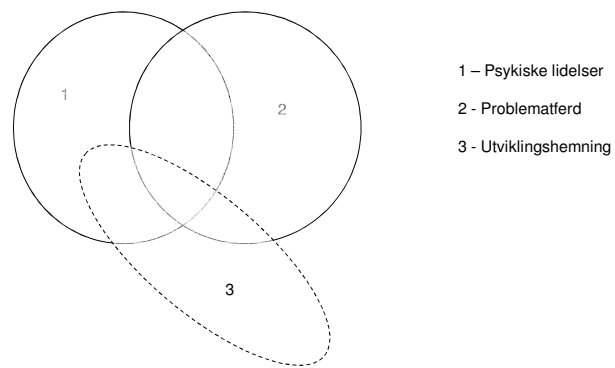
## DC-LD: diagnostisk hierarki

- Akse I: grad av utviklingshemning
- Akse II: årsak til utviklingshemning
- Akse III: psykiske lidelser
  - Nivå a: autismespekterforstyrrelse
  - Nivå b: Psykisk lidelser
  - Nivå c: Personlighetsforstyrrelse
  - Nivå d: problematferd
  - Nivå e: annet medisinsk/psykososialt

## Faktoranalyse av screeninginstrumenter

- faktoranalyse av skåringer på screeningsinstrumenter for kartlegging av psykiske lidelser og problematferd
  - ser hvordan slike symptomer grupperer seg i forhold til hverandre.
- Matson et al. (1991) og Einfeld og Aman (1995)
  - sine studier grupperte spesifikke typer problematferd seg sammen med flere psykiske lidelser. De benyttet imidlertid instrumenter som senere har vist seg å kun gi generell informasjon om psykiske plager. Validiteten av funnene er derfor noe usikre.
- Faktorstrukturen i screeninginstrumentet P-AID.
  - Ulike typer problematferd har mer tilfelles med hverandre enn de har med de ulike typer psykiske lidelser.
  - Ulike angstlidelser har mer tilfelles med hverandre enn med problematferd og andre psykiske lidelser.
  - Lidelsene demens, psykose, depresjon og mani har mer tilfelles med hverandre enn med angst lidelser og problematferd.

### Overlapp mellom forekomst av problematferd og psykiske lidelser

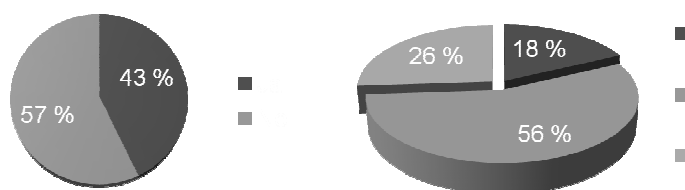


### Forekomst av psykiskhelse-relaterte vansker: DC-LD

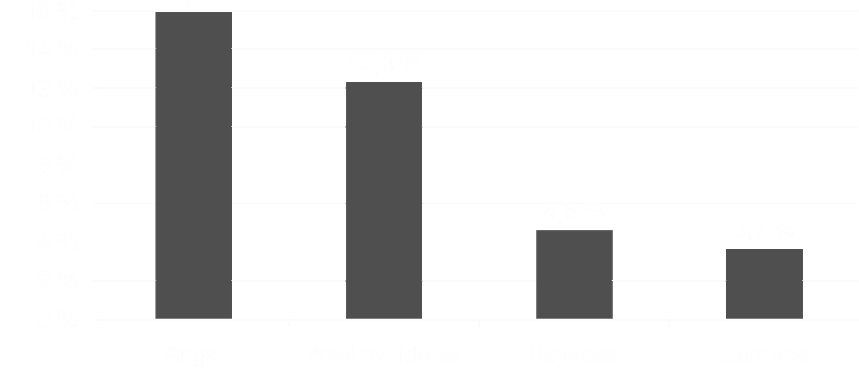
- 43% har en psykisk-helse relatert vanske
- 34,9% har en eller flere typer psykisk lidelse
- 20,2% har en eller flere typer problematferd



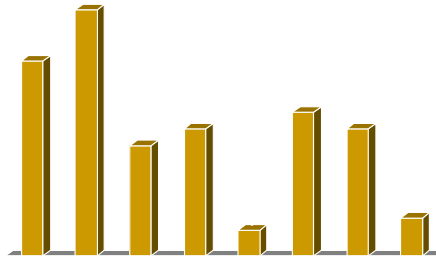
Forekomst av psykiske lidelser med og uten problematferd



Forekomst av typer psykisk lidelse



## Forekomst av typer problematferd



## Eksempler på kontekstuelle forhold som kan utløse problematferd

- Imperative psykoser – ordre om å skade andre
- Vrangforestillinger om trusler – angriper for å beskytte
- Depresjon – krav om sosial deltagelse gir problematferd
- Mani – krav om å redusere aktivitetsnivået gir problematferd
- Fobi – Krav om å bli i fryktet situasjon gir problematferd
- Tvangshandlinger – Krav om ikke å gjennomføre tvangshandlingen gir problematferd
- Osv.

## Intervensjonsstudier

- Hvis problematferd er atypisk symptom på psykisk lidelse vil den forsvinne når den psykiske lidelsen behandles
- Perry mfl (2001): antidepressiv behandling gav reduksjon både av depressive symptomer, selvskading og aggressiv atferd – Men, svak metode
- Hassiotis (AJP) nov 2009: Behandling av problematferd med atferdsanalytisk behandling gav ikke signifikant reduksjon av psykiske lidelser

## Kan problematferd føre til psykiske lidelser?

- Problematferd kan være stigmatiserende
- Kan være atferd som starter utvikling av psykisk lidelse?
- Fokus på problematferd viktig i forebyggende helsearbeid?

## Assosierte faktorer

- Være kvinne
  - Ikke ha hørselsvansker
  - Ha Downs syndrom
  - Røyke
  - Negative livshendelser
  - Hyppig kontakt med fastlege
  - Ikke ha immobilitet
  - Synsvansker
  - Ikke ha epilepsi
  - Langtids sykehusopphold
  - Høy alder
  - Kvalitet på tjenester
  - Tidligere psykiatrisk historie
- Stor variasjon mellom studier.  
Livshendelser sterkt funn.
- Overlapp med generell befolkning: kvinne, livshendelser, psykiatrisk historie, synsvansker, røyke

## Forskjellige faktorer assosiert med psykiske lidelser og problematferd

### ■ Problematferd og psykiske lidelser:

- Grad av utviklingshemning, autisme, inkontinens og ikke ha fysisk handikapp

### ■ Kun problematferd

- Mann, Lav alder, Kommunikasjonsvansker, Ikke bo med familie, Ha hørselsvansker, Ikke ha Downs syndrom

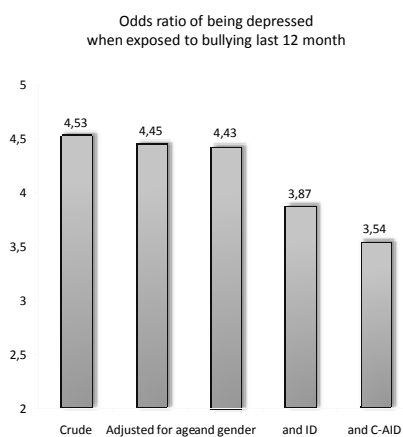
### ■ Kun psykiske lidelser

- Kvinne, Ikke ha hørselsvansker, Ha Downs syndrom, Røyke, Negative livshendelser, Kontakt med fastlege, Ikke ha immobilitet, Synsvansker, Ikke ha epilepsi, Langtids sykehusopphold, Høy alder, Ha CP, Kvalitet på tjenester, Tidligere psykiatrisk historie

## Forklaringer på overlapp?

- Grad av utviklingshemning
  - finner både økende problematferd og psykiske lidelser med svakere fungering
  - men, psykosetilstander viser motsatt tendens.
  - Kan likevel være felles etiologi, men peker på at utviklingshemning er heterogen diagnose
- Autisme antas å være en alvorlig neurologisk forstyrrelse.
  - kan forklare både høye forekomsten av problematferd og psykiske lidelser.
  - Men, konseptuelle overlappinger mellom autisme, psykiske lidelser og problematferd
- Inkontinens
  - sammenheng mellom inkontinens og serotonin. Det er også en kjent sammenheng mellom serotonin og for eksempel depresjon. Dette har fått enkelte til å spekulere i om serotonin også kan være involvert i enkelte typer problematferd.
- Det må tas forbehold ved alle disse sammenhengene. Ulike studier har gitt forskjellige resultater når de samme eller liknende faktorene er undersøkt.

## Mobbing



## Tapsopplevelser

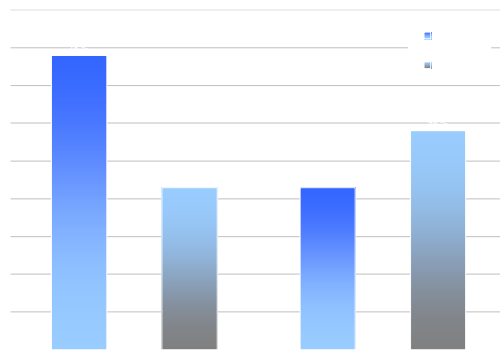
Depression	B	S.E.	p-value	OR	95% CI
Crude loss	.76	.18	.000	1.94	1.36-2.78
Adjusted loss	.58	.19	.002	1.79	1.23-2.60
Age	.02	.01	.027	1.02	1.00-1.04
Gender	.08	.29	.781	1.08	.61-1.91
Level of ID*	-.07	.04	.078	.94	.87-1.01
Social care	-.51	.27	.058	.60	.35-1.02

Anxieties	B	S.E.	p-value	OR	95% CI
Crude loss	.37	.16	.023	1.45	1.05-2.01
Adjusted loss	.36	.01	.031	1.44	1.03-2.00
Age	-.01	.01	.213	.99	.98-1.01
Gender	-.19	.23	.398	.82	.53-1.28
Level of ID*	.00	.02	.906	1.00	.96-1.05
Social care	-.55	.65	.241	.78	.51-1.19

## bruk av ”psykiatriske medisiner” hos personer med utviklingshemning

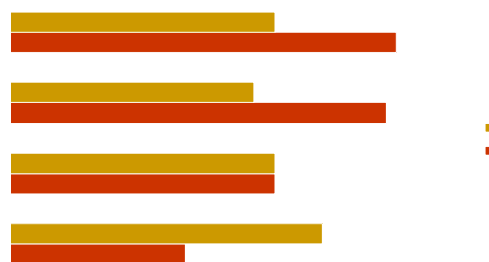
- Forventer omtrent samme effekt av psykotrop medikasjon hos utviklingshemmede med psykiske lidelser som i den generelle befolkningen
- RCT studie viste ikke bedre effekt av haldol eller risperdal enn placebo effekten
- Forventer at det er mer psykotropbruk hos personer med symptomer på psykiske lidelser enn hos personer med problematferd

## Medikamentell behandling: psykiske lidelser og problematferd



## Bruk av psykotrop medisin:

1. Problematferd (ikke psykisk lidelse)
2. psykiske lidelse (ikke problematferd)



### Valg av ABA-strategi avhengig av alvorlighet av utviklingshemning og psykiatriske og atferdsmessige symptomer

Mild/moderat utviklingshemning		Alvorlig/dyp utviklingshemning	
Milde og mindre vedvarende symptomer	Alvorlige og mer varige symptomer	Milde og mindre vedvarende symptomer	Alvorlige og mer varige symptomer
Opplæring i ABA til foreldre/lærere/staff	Opplæring i ABA til foreldre/lærere/staff	Opplæring i ABA til foreldre/lærere/staff	Opplæring i ABA til foreldre/lærere/staff
Sosial ferdighetstrening og kommunikasjon	Atferdsfremmende differensiel forsterkningsprosedyre	Atferdsfremmende differensiel forsterkningsprosedyre	Atferdsfremmende differensiel forsterkningsprosedyre
Atferdsfremmende differensiel forsterkningsprosedyrer	Sosial ferdighetstrening og kommunikasjon	Sosial ferdighetstrening og kommunikasjon	Atferdsreducerende differensiel forsterkningsprosedyrer
	Atferdsreducerende differensiel forsterkningsprosedyrer	Atferdsreducerende differensiel forsterkningsprosedyrer	Sosial ferdighetstrening og kommunikasjon
			Responsforstyrning og forhindring
Vurder	Vurder	Vurder	Vurder
Atferdsreducerende differensiel forsterkningsprosedyrer	Responsforstyrning og forhindring	Responsforstyrning og forhindring	
Responsforstyrning og forhindring			

### Oppsummering

- Sammenhengene mellom problematferd og psykiske lidelser er komplekse og individuelle - empiriske og logiske
- Problematferd kan føre til psykiske lidelser
- Psykiske lidelser kan føre til problematferd
- Den tette sammenvevningen mellom problematferd og psykiske lidelser har praktiske konsekvenser