|  |  |
| --- | --- |
| OUS_logo_RGB_HighRes | Vedlegg til: Utredning og behandling ved PUA |

|  |
| --- |
| Utredning av stemningslidelser hos personer med utviklingshemning/ASF |

Denne retningslinjen for utredning av stemningslidelser er basert på Nasjonale retningslinjer for bipolare lidelser (HD, 2012), Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten (HD, 2002?), og utredning av Bipolare lidelser og depressive lidelser i DM-ID 2, Diagnostic Manual – Intellectual Disability. A Textbook of Diagnosis of Mental Disorders in Persons with Intellectual Disability (NADD 2016).

Det anbefales at utredning av stemningslidelser hos mennesker med utviklingshemning og/eller autisme utredes i spesialisthelsetjenesten. Det anbefales generelt ved utredning av bipolare lidelser da det ofte vil medføre langvarig behandling. Hos personer som i mindre grad kan fortelle om sine opplevelser er det særlig viktig å intervjue nærpersoner og observere over tid, om mulig.

Utredningen bør ikke avgrenses til sykehistorien, men bør også omfatte:

-sosiale forhold

-tidligere psykisk helse/lidelser

-somatisk helse

-bruk av medikamenter og rusmidler

-psykiske lidelser i slekt/familie

-funksjonsnivå og endringer i funksjonsnivå

-aktuelle livshendelser

-traumatiske livshendelser

-kartlegging av personlighet

-hvilke ressurser har personen

-hvordan opplever pasienten selv vanskene og situasjonen

Det kan være vanskelig å skille mellom bipolare lidelser og ADHD, visse hjernesykdommer, emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse og bivirkninger av legemidler som kan gi hypomane/maniske symptomer.

Transkulturelle studier viser at symptomer til en viss grad avhenger av kultur. Spesielt innholdet i depressive vrangforestillinger, fokus på skyld og suicidalitet, ser ut til å være spesielt sensitivt for kultur. Psykomotorisk hemning og opplysninger om at pasienten har vært upåfallende før lidelse, ser ut til å være mindre kulturavhengig.

Bipolare lidelser er kjennetegnet av en eller flere avgrensede episoder med utpreget endring av stemningsleie i form av hevet, ekspansivt eller irritabelt stemningsleie eller overaktivitet. I tillegg vil de fleste ha en eller flere episoder med klinisk depresjon.

Det kan variere mye hvor intense og langvarige de oppstemte periodene er. Ved hypomani er de oppstemte periodene forholdsvis milde og går i mindre grad utover funksjonsnivået. Ved mani er de oppstemte episodene så uttalte at de i stor grad går utover evnen til å fungere i dagliglivet.

Bipolare lidelser er langvarige. Pasienten gjennomgår depresjon, hypomani, mani eller blandede episoder og har ellers perioder med få symptomer eller helt symptomfrie perioder. Forstyrret søvn (mye eller lite) og angst er vanlig. Hos barn er hurtige humørsvingninger mer vanlig. Symptomer vil være påvirket av utviklingsalder (Eks. innhold i «grandiose» forestillinger). Hos yngre pasienter med angstlidelser anbefales det å vurdere bipolar lidelse som en differensialdiagnose.

Ved utviklingshemning bør det utredes for bipolar lidelse ved markerte atferdsendringer knyttet til humørsvingninger, angst og irritasjon. Irritabilitet er mer vanlig enn eufori/hevet stemningsleie ved utviklingshemning og mani. Det man oftest ser er irritabilitet med tre eller fire tilleggs-symptomer på mani (søvn, målrettethet, aggresjon og selvskading knyttet til aktiv fase). Symptombilde kan være mer likt det en kan se hos barn.

Grad av utviklingshemning vil påvirke utforming av symptomer. Dess dypere utviklingshemning, dess mer udifferensierte symptomer/atferd, eks. selvskading og uro.

Aggresjon, selvskading, forstyrrende atferd og irritabilitet er rapportert hyppigere ved utviklingshemning og samtidig bipolar lidelse, enn ved annen psykisk lidelse. Ved ASF kan en se økt intensitet og hurtighet i repeterende atferd.

Studier viser at bipolare forstyrrelser debuterer tidligere ved ASF enn det som er vanlig. Depresjon er mer regelen enn unntak i ungdomsalder hos mennesker med ASF. Dette vil være ulike typer depressive tilstander og av ulik alvorlighet knyttet til sårbarhet, livssituasjon, hendelser og oppfølging.

Studier har vist at for mennesker med alvorlig og dyp utviklingshemning er redusert behov for søvn, rastløshet, agitasjon og irritabilitet forbundet med mani.

Bipolare lidelser er assosiert med ulike genetiske duplikasjoner og delesjoner, som 22q13.3/Phelan-McDermid syndrom og 22q11.2/DiGeorge syndrom/Velocardiofacial syndrom.

Økt risiko for selvmord og rusmisbruk ved bipolare lidelser, også ved lett utviklingshemning/ASF.

## Utredningsverktøy for bipolare lidelser og depresjon

-MINI/MINI +/ SCID 5/ KIDDIE SADS (Egnet til å få kartlagt i stemningsendringer også hypomani/mani). Bruk av komparenter er viktig.

Anamnese (Livshendelser)

Observasjoner og samhandling

Kartlegg omgivelser og graden av sosial støtte

Kartlegg rus (ev. AUDIT/DUDIT)

Kartlegg og vurder selvmordsrisiko

Angst (se retningslinje for angst)

MADRS eller BDI-II (Becks depresjonsinventorium) kan brukes for gradering av depressive tilstander og som hjelpemiddel i evaluering av behandling.

Young Mania Rating Scale

**Spesielt tilpasset utviklingshemning**:

MINI PAS-ADD

DASH-II (Diagnostic Assessment for the Severely Handicapped), anbefales brukt ved alvorligere utviklingshemning og mistanke om bipolar lidelse