

Brev til redaktøren

Innlegg på inntil 400 ord sendes tidsskriftet@legeforeningen.no. Redaksjonen forbeholder seg retten til å foreta redaksjonelle endringer. Tidsskriftet praktiserer tilsvarsrett i henhold til Vancouvergruppens regler.

Psykisk utviklingshemning – mental retardasjon

I en kronikk i Tidsskriftet nr. 2/2008 påpeker Eirin Lorentzen med rette viktigheten av å stille diagnosen psykisk utviklingshemning (1). Særlig innenfor pediatri vil en slik diagnose utløse bred utredning med tanke på etiologi, genetisk rådgivning og behandling. Kronikken inneholder imidlertid påstander vedrørende terminologi, patofysiologi og prevalens som bør kommenteres. Lorentzen mener at det engelske «intellectual disability» er en mer presis term. I britisk-engelsk prøvde man for ti år siden å unngå begrepet «mental» ved å innføre «intellectual disability» eller «learning disability». Dette har ikke fått fullt gjennomslag, og *Developmental Medicine & Child Neurology* likestiller «learning disability» med «mental retardation». Det elektroniske diagnoseverktøyet London Medical Database anvender kun «mental retardation/developmental delay» som søkeord (1 859 treff). I amerikansk-engelsk fagterminologi brukes som regel «mental retardation». I skandinaviske språk deles ordbruket mellom (psykisk) utviklingshemning og mental retardasjon.

Lorentzen hevder at det ligger en diffus hjerneskade bak psykisk utviklingshemning og at frontallappen nesten alltid er rammet. Hvilke baner og hjernelapper som direkte eller indirekte involveres, kan imidlertid være vanskelig å vurdere, da for eksempel isolerte lesjoner som hypothalamushamartom kan føre til psykisk utviklingshemning og epileptiske latteranfall (2). Man har begynt å utforske molekylære mekanismer som forklarer utviklingshemning etter hvert som gendefektene bak diverse syndromer avdekkes. Genet som er involvert i Angelman syndrom, *UBE3A*, uttrykkes særlig i nevroner i hippocampus og cerebellum. I *ube3a*-defekte mus har man observert nedsatt degradering av proteiner i hippocampusceller og forstyrrelse av langtidspotensiering (3), den sentrale molekylære mekanismen for hukommelsesfunksjonen i hippocampus.

Ifølge Lorentzen tilsvarer prevalensen av psykisk utviklingshemning 2,5–3 % av den voksne befolkning, litt mer enn –2 standardavvik (ca. 2,3 %) av en normalfordelt gausskurve av IQ der gjennomsnittet er satt til 100 og 1 standardavvik = 15. Man bør imidlertid anta at den faktiske prevalens i Norge er lavere. I en undersøkelse av

30 000 barn i Akershus i alderen 8–13 år ble prevalensen målt til 0,62 % (4). En formidabel underrapportering var lite sannsynlig, da det var vide kriterier for inklusjon i studien. En grunn til at den faktiske prevalensen er lavere enn den teoretiske er Flynn-effekten, som Lorentzen nevner. En annen faktor er sosioøkonomisk status, idet lavere status øker sannsynligheten for lett psykisk utviklingshemning (5).

Petter Strømme

Ullevål universitetssykehus

Litteratur

1. Lorentzen E. Psykisk utviklingshemning – hvordan stilles diagnosen? Tidsskr Nor Legeforen 2008; 128: 201–2.
2. Brandberg G, Raininko R, Eeg-Olofsson O. Hypothalamic hamartoma with gelastic seizures in Swedish children and adolescents. Eur J Paediatr Neurol 2004; 8: 35–44.
3. Weeber EJ, Jiang YH, Elgersma Y et al. Derangements of hippocampal calcium/calmodulin-dependent protein kinase II in a mouse model for Angelman mental retardation syndrome. J Neurosci 2003; 23: 2634–44.
4. Strømme P, Valvatne K. Mental retardation in Norway: prevalence and sub-classification in a cohort of 30037 children born between 1980 and 1985. Acta Paediatr 1998; 87: 291–6.
5. Strømme P, Magnus P. Correlations between socioeconomic status, IQ and aetiology in mental retardation: a population-based study of Norwegian children. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology 2000; 35: 12–8.

E. Lorentzen svarer:

Jeg takker for professor Strømmes kommentar og vil på generelt grunnlag slutte meg til hans kommentarer. Jeg oppfatter det slik at Strømme er uenig i a) terminologibruken, b) årsaksforhold og c) prevalensen. Det er mulig vi snakker forbi hverandre, men jeg vil forsøke å forklare hva jeg mener.

Ved medisinsk og psykologisk litteratursøk vil man få mange treff på «mental retardasjon». Begrepet er etter min erfaring noe mindre brukt i klinisk virksomhet. Begrepet «(psykisk) utviklingshemning» er veletablert, både i journalføring og i samtaler med klienten og familien. Internasjonalt omtales dette som «intellectual disability» (intellektuell svikt), bl.a. i Fletcher og medarbeideres nye håndbok om emnet (1).

Vedrørende årsaksforhold: Som Strømme påpeker er mekanismen bak den kognitive svikt hos psykisk utviklingshemmede/mentalt retarderte fremdeles lite utforsket.

Trolig kan mange ulike molekylære mekanismer ligge bak en fenotypisk psykisk utviklingshemning.

Vedrørende prevalens: Jeg mener det er problematisk å anta hva som er reell forekomst av psykisk utviklingshemning i en gitt befolkning. Både over- og underdiagnostisering forekommer. Imidlertid må diagnosekriteriene følges. Ett av disse er IQ < 70, og det gjelder 2,3 % av normalbefolkningen. At prevalenstallet likevel varierer, kommer av flere årsaker, og det kan være vanskelig å fastslå eksakt forekomst. I Strømmes undersøkelse av barn i Akershus fant man en forekomst på 0,62 % psykisk utviklingshemning i en forholdsvis homogen, vestlig populasjon (2). I en undersøkelse om psykisk utviklingshemning blant voksne i en svensk forstadspopulasjon med større innslag av flerkulturelle var prevalensen 1,3 % – altså det dobbelte (3). I psykologisk faglitteratur angis også en høyere forekomst blant voksne (1, 4). Det er mulig at reell forekomst av psykisk utviklingshemning blant voksne kan være høyere enn den er funnet å være blant barn. Dette kan skyldes flere årsaker, ikke minst det at andelen som viser ufullstendig kognitiv evne til å møte voksenlivets krav til utdanning, selvstendighet og arbeidsliv stiger med økte krav fra omgivelsene. Psykisk utviklingshemning er en diagnose som ikke bare stilles på grunnlag av et psykometrisk tall, men også ut fra adaptiv evne.

Eirin Lorentzen

Ullevål universitetssykehus

Litteratur

1. Fletcher R, Loschen E, Stavrakaki C et al. Diagnostic manual – intellectual disability. New York: NAAAD, 2007: 51.
2. Strømme P, Valvatne K. Mental retardation in Norway: prevalence and sub-classification in a cohort of 30,037 children born between 1980 and 1985. Acta Paediatr 1998; 87: 291–6.
3. Fernell E. Mild mental retardation in a Swedish suburban municipality: prevalence and diagnostic aspects. Acta Paediatr 1996; 85: 584–8.
4. WAIS-III WMS-III, technical manual. New York: The Psychological Corporation, 2002: 121.