

God psykisk helse for alle

Utredning og behandling av psykiske lidelser hos barn og unge
med intellektuell funksjonsnedsettelse og/eller autisme



Utgitt av: Regionsenter for habiliteringstjenesten for barn og unge (RHABU) og Regionsenter for barn og unges psykiske helse (RBUP) Øst og Sør

Versjon: 1.0

Publisert: Oslo, august 2022

Foto: Shutterstock

Tilgjengelig fra: [Regionsenter for habiliteringstjenesten for barn og unge \(RHABU\) - Oslo universitetssykehus \(oslo-universitetssykehus.no\)](https://oslo-universitetssykehus.no)

Innhold

1 SAMMENDRAG - ANBEFALINGER	5
1.1 Kartlegging og utredning av psykiske plager og lidelser.....	5
1.2 Generelle prinsipper for psykisk helsehjelp	6
1.3 Behandlinger, tiltak og metoder.....	7
2 BAKGRUNN, MANDAT OG PROSESS	11
2.1 Bakgrunn for rapporten og prosjektarbeidet.....	11
2.2 Mandat og begrepsdefinisjoner	11
2.3 Om arbeidet som leder frem til denne rapporten	12
2.4 Ansvar for psykisk helsehjelp til barn og unge	13
DEL 1 KARTLEGGING OG UTREDNING	14
3 PSYKISK HELSE HOS BARN OG UNGE MED FUNKSJONSNEDESETTELSE	14
3.1 Risikofaktorer og årsaksforklaringer.....	14
3.2 Samtidig forekommende diagnoser og diagnostisk overskygging	15
3.3 Utdfordrende atferd	15
3.4 Tilknytningsforstyrrelse	16
3.5 Søvnvansker.....	18
3.6 Spiseforstyrrelser.....	19
4 OM ULIKE PSYKISKE LIDELSER	21
4.1 Angstlidelser	21
4.2 Tvangslidelser	22
4.3 Stemningslidelser og psykoselidelser	23
4.3.1 <i>Depresjon</i>	23
4.3.2 <i>Mani</i>	25
4.3.3 <i>Psykoselidelser</i>	27
4.4 Posttraumatisk stresslidelse	29
5 KARTLEGGING OG UTREDNING AV PSYKISKE PLAGER OG LIDELSER	31
5.1 Anamnese.....	31
5.2 Klinisk legeundersøkelse.....	33
5.3 Observasjon.....	33
5.4 Funksjonelle kartlegginger og analyser	34
6 KARTLEGGINGSVERKTØY FOR VURDERING AV PSYKISKE LIDELSER	36
6.1 Aberrant Behavior Checklist -2.....	38
6.2 Developmental Behavior Checklist.....	39
6.3 Psychopathology in Autism Checklist	39
6.4 Kiddie-SADS-PL DSM-5.....	40
6.5 Development and Well-Being Assessment.....	41
6.6 Kartlegging av posttraumatisk stresslidelse	41

DEL 2: BEHANDLING, TILTAK OG METODER.....	43
7 GENERELLE PRINSIPPER FOR PSYKISK HELSEHJELP.....	43
7.1 Tilrettelegging for grunnvansker	43
7.2 Individuell tilpasning.....	43
7.2.1 Individuell tilpasning ved samtaler.....	44
7.3 Foresatte og nærmiljøets rolle	45
7.4 Samordnet helhetlig tilnærming	45
7.5 Utviklingspsykologisk forståelse og betydning av tidlig intervensjon	46
7.6 Valg av behandlingstilnærming.....	47
7.7 Evaluering og stoppkriterier i behandling	47
8 BEHANDLINGER, TILTAK OG METODER.....	49
8.1 Foreldre- og søskenstøtte og intervensjoner rettet mot foreldre- barn samspill	49
8.2 Behandling av søvnvansker	51
8.3 Behandling av spiseforstyrrelser	53
8.4 Kognitiv atferdsterapi	54
8.5 Dialektisk atferdsterapi.....	56
8.6 Traumebehandling	57
8.7 Miljøterapi	58
8.8 Anvendt atferdsanalyse.....	59
9 MEDIKAMENTELL BEHANDLING	62
9.1 Kilder til informasjon	63
9.2 Søvnvansker.....	63
9.3 Medikamentell behandling ved autisme	64
9.3.1 Oppmerksomhetsvansker/hyperaktivitet.....	65
9.3.2 Utfordrende atferd	66
9.3.3 Repetitiv, stereotyp atferd og rigiditet.....	66
9.3.4 Tvangslidelse	66
9.3.5 Angst	66
9.3.6 Depresjon	67
9.3.7 Bipolar lidelse og stemningslidelser	67
9.3.8 Psykose.....	67
9.4 Medikamentell behandling ved utviklingshemming	67
9.5 Medikamentell behandling ved epilepsi	69
VEDLEGG 1 SKJEMA FOR KARTLEGGING AV SØVN	70
VEDLEGG 2 GENERELLE RÅD OG SØVNHYGIENISKE ANBEFALINGER.....	71
VEDLEGG 3 ARBEIDSGRUPPER, STYRINGSGRUPPE OG BRUKERORGANISASJONER.....	73
REFERANSER.....	75

1 SAMMENDRAG - ANBEFALINGER

Barn og unge med funksjonsnedsettelse har økt risiko for å utvikle psykiske lidelser, sammenlignet med barn og unge uten funksjonsnedsettelse. De kan rammes av de samme psykiske lidelser som den øvrige barne- og ungdomspopulasjonen. Angst, depresjon og tvangslidelse er de vanligste psykiske lidelsene. Utfordrende atferd kan også være en del av tilstandsbildet. Psykiske plager kan bli oversett på grunn av diagnostisk overskygging, som betyr at tilkomne symptomer på psykisk lidelse feilaktig forklares med barnets eller ungdommens grunnvansker.

Rapporten omhandler primært barn og unge med intellektuell funksjonsnedsettelse og/eller autisme, hvor det er mistanke om eller påvist psykisk lidelse. Den samtidige tilstedeværelsen av funksjonsnedsettelse og psykisk lidelse krever spesialisert kompetanse, og i mange tilfeller at psykisk helsevern for barn og unge (BUP) og habiliteringstjenesten for barn og unge (HABU) samarbeider.

1.1 Kartlegging og utredning av psykiske plager og lidelser

De som skal utrede psykiske lidelser hos barn og unge med funksjonsnedsettelse bør har erfaring med både psykiske lidelser og pasientens grunnlidelse.

Ved betydelig endring i barnets eller ungdommens atferd, bør det gjennomføres systematiske kartlegginger for å avdekke mulige symptomer på psykisk lidelse. Kartleggingen bør gjøres i tett samarbeid med barnets nærpå personer.

Kunnskap om tilknytning og tilknytningsforstyrrelser er nødvendig når man skal utrede for mulig psykisk lidelse hos barn og unge med funksjonsnedsettelse.

Systematisk differensialdiagnostikk er nødvendig for å utelukke at symptomene er konsekvens av nevrologisk eller somatisk sykdom, smerter, bivirkninger av medikamenter eller mangelfull tilrettelegging. Det er nødvendig å innhente kunnskap om økt forekomst av noen former for psykiske lidelser knyttet til enkelte syndromer.

Barn og unge som benytter ulike kommunikasjonshjelpemidler må ha tilgang på disse under utredningen. Fremmedspråklige barn og familier må ved behov tilbys tolk.

Ved mistanke om psykisk lidelse bør det gjøres en utredning basert på anamneseopptak, klinisk legeundersøkelse, observasjon, funksjonelle analyser og bruk av standardiserte kartleggingsverktøy.

Ved anamneseopptak kan man bruke en egen liste utarbeidet for å fange opp psykiske tilleggsplager hos barn og unge der bakgrunn, utviklingshistorie, diagnoser og funksjon antas kjent.

Omfang av klinisk legeundersøkelse må vurderes individuelt ut fra pasientens symptombilde og hvilke undersøkelser som er gjennomført tidligere.

Observasjoner av barnet eller ungdommen bør foregå i naturlige omgivelser, som f.eks. hjemme, på skolen, ved avlastningsbolig eller i fritidsaktiviteter. Det kan også være aktuelt å ta opp videosekvenser av barnet eller ungdommen, slik at observasjonene kan drøftes i tverrfaglige team.

For å forstå atferdens funksjon, anbefales det å gjøre en funksjonell kartlegging eller analyse av atferden. Funksjonelle analyser kan for eksempel gjøres som åpne eller strukturerte intervjuer og/eller ved observasjoner i barnets eller ungdommens naturlige miljø.

Bruk av standardiserte kartleggingsverktøy anbefales. Førstevalget bør være verktøy som er utviklet eller tilpasset for barn og unge med intellektuell funksjonsnedsettelse og/eller autisme. For videre utredning bør disse kombineres med konvensjonelle utredningsverktøy da diagnostiske verktøy utviklet for denne pasientgruppen ikke finnes. Det bør utvises varsomhet med å konkludere på bakgrunn av en enkelt test eller verktøy, og det må benyttes flere kilder til informasjon i utredningen.

Hvis pasienten i liten grad selv kan delta i undersøkelser, bør utredningen utføres med observasjoner, kartlegging av hvilken tilrettelegging barnet har og diagnostisk screening/intervju med informanter fra barnets eller ungdommens ulike arenaer.

Anbefalte verktøy for kartlegging/screening av psykiske plager:

- Aberrant Behavior Checklist -2 (ABC-2) for personer med utviklingshemming
- Developmental Behavior Checklist-Parent form (DBC-P/DBC2-P) for personer med autisme og/eller utviklingshemming
- Psychopathology in Autism Checklist (PAC) for personer med autisme og utviklingshemming
- Kiddie-SADS-PL DSM-5 – Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia (KSADS) for personer med normal eller lett nedsatt intellektuell funksjon
- Development and Well-Being Assessment (DAWBA) for personer med normal eller lett nedsatt intellektuell funksjon, mulig også moderat utviklingshemming

KSADS og DAWBA er også diagnostiske verktøy.

1.2 Generelle prinsipper for psykisk helsehjelp

Tilrettelegging for grunnvansker

Bedre tilrettelegging for barnets grunnvansker vil ofte være det primære tiltaket for å forebygge og avhjelpe psykiske plager. Det innebærer

- oppdatert utredning av barnets grunnvansker
- differensialdiagnostisk utredning og behandling
- kartlegging av barnets miljø
- vurdering av om det er manglende samsvar mellom barnets forutsetninger og de krav og forventninger som stilles

Individuell tilpasning

Individuell tilpasning vil være påkrevd i utforming av de fleste tiltak rettet mot psykiske helseplager hos barn og unge med funksjonsnedsettelser. Det vil kunne kreve modifikasjon av metoder, for eksempel ved å forenkle, repetere, endre instruksjoner og oppgaver, samt kombinere elementer fra ulike metoder og tiltak.

Foresatte og nærmiljøets rolle

Det er behov for å inkludere foresatte mer aktivt i behandlingsprosessen i større grad enn det alderen skulle tilsi.

Hvis det er nødvendig med trening, eksponering, øvelser, repetisjon og hjemmearbeid mellom behandlingstimer for å oppnå behandlingseffekt, kan det være behov for å etablere et team rundt barnet eller ungdommen.

For å oppnå behandlingseffekt er det også viktig å aktivere den unges eget driv og ansvarsfølelse i behandlingen.

Samordnet helhetlig tilnærming

Biologisk baserte grunnvansker gir en betydelig og vedvarende sårbarhet. Man bør derfor forsøke å kompensere for dette og styrke psykisk helse ved å rette oppmerksomhet mot barnets kontekst og livsbetingelser.

Kompetanse på og erfaring med både psykiske lidelser og aktuelle funksjonsnedsettelse vil være en forutsetning for å gi god behandling i alle tjenester som skal bistå med psykisk helsehjelp, både i kommunen og i spesialisthelsetjenesten.

Utviklingspsykologisk forståelse og betydning av tidlig intervensjon

For å kunne identifisere psykiske helseplager hos de yngste barna med funksjonsnedsettelse er det avgjørende å ha kunnskap om tidlig samspill, tilknytning og metoder for å kartlegge sped- og småbarns psykiske helse.

Barn med funksjonsnedsettelse blir ofte værende i en asymmetrisk relasjon til sine omsorgsgivere og andre voksne nærpå personer lengre enn barn med typisk utvikling. De er mer sårbare og utsatte, og mange av barna vil ha behov for at noen oversetter deres behov og kan være deres «stemme» livet ut. Ved å styrke barnets nære relasjoner tidlig, kan barnet få en beskyttelse som reduserer risiko for senere samspillsvansker og psykiske helseplager.

Valg av behandlingstilnærming

Behandlingsformer som gis til barn og unge med typisk utvikling bør ikke kategorisk utelukkes, men forsøkes tilpasset og modifisert.

Evaluering og stoppkriterier i behandling

For å kunne vurdere om tiltak har ønsket effekt, bør målsetting og hva man skal se etter, defineres ved oppstart av tiltak. En baselineregistrering av atferd før oppstart danner grunnlaget for evalueringer underveis.

Det bør gjennomføres systematiske, planlagte og jevnlig evalueringer av behandlingseffekt. Nærpersoner og familie som kjenner pasienten godt, må involveres og lyttes nøye til.

Stoppkriterier for behandling bør defineres og utformes ved starten av behandlingen, og oppdateres ved evalueringpunkter i behandlingsforløpet.

Opplæring og veiledning av pårørende og andre nærpersoner som skal bidra til gjennomføring av behandlingstiltak bør sikres. Det kan være nødvendig at det utarbeides en kriseplan for hvordan foreldre og nærpersoner skal håndtere økende symptomtrykk eller eskalerende atferdsvansker og hvem de kan kontakte for hjelp.

Ved utfordrende atferd kan det være nødvendig å gjennomføre en volds- og risikokartlegging.

1.3 Behandlinger, tiltak og metoder

Her omtales ulike grupper av tiltak som er vurdert som særlig aktuelle for barn og unge med intellektuell funksjonsnedsettelse og/eller autisme, og samtidig psykisk lidelse.

Foreldre- og søskenstøtte og intervensjoner rettet mot foreldre -barn samspill

Det er behov for intervensjoner som kan hjelpe foreldre til å forstå, fortolke og respondere sensitivt til sitt barn på en utviklingsstøttende måte. Det kan være behov for å justere innhold og fremgangsmåte og fravike manual for å nå frem med hjelpen.

Foreldre-barn intervensjoner bør tilpasses foreldrenes prosess i å akseptere og forstå barnets vansker, og bør tilpasses hvor tilgjengelige foreldrene er for veiledning i denne prosessen.

Ivaretagelse av barnets omsorgspersoner er avgjørende for å komme i posisjon til å behandle barnet. Det er viktig at foreldre får tilbud om avlastning eller annen anledning til selvivaretagelse.

Mindreårige søsken kan ha behov for oppfølging.

Behandling av søvnvansker

Medisinske tilstander som kan påvirke nattesøvn må utredes og behandles.

Det er viktig å etablere gode søvnrutiner og sikre god søvnhygiene. Dersom søvnhygieniske tiltak ikke er tilstrekkelig, kan ulike atferdsmessige tiltak forsøkes før eller sammen med medikamentell behandling.

Behandling av spiseforstyrrelser

Behandling og tiltak bør være tverrfaglig og i samarbeid med foreldre og nærpersoner.

Hos barn og unge med lett og moderat utviklingshemming behandles anoreksi, bulimi og overspising slik det er beskrevet i Nasjonal faglig retningslinje for spiseforstyrrelser, men vil kunne kreve mer intensiv og skreddersydd behandling.

Anvendt atferdsanalyse og bruk av positiv forsterkning og fading samt forsiktig, gradvis og gjentatt eksponering til ny mat, fokus på variasjon og sensorisk tilvenning bør vurderes i behandling av matselektivitet hos barn og unge med autisme.

Ved behandling av Avoidant-restrictive food intake disorder (ARFID) anbefales opplæring og informasjon om tilstanden, veiledning av foreldre, struktur/rutiner, gradvis eksponering, desensitivering og kognitiv atferdsterapi.

Ved alvorlige former for avvisning av mat vil man i enkelte tilfeller måtte ty til gastrostomi eller inngripende tiltak som innebærer forhindring av flukt fra måltid.

Kognitiv atferdsterapi

Kognitiv atferdsterapi (KAT) er en gruppe behandlingsmetoder som kan være velegnet for en del barn og unge med funksjonsnedsettelse. Det kan være behov for å gjøre tilpasninger i møtet med den enkelte.

De sentrale komponentene i KAT er psykoedukasjon, håndtering av kroppslige reaksjoner, kognitiv restrukturering, problemløsning og eksponering.

Det antas at KAT vil passe best for barn og unge med lett utviklingshemming, med Asperger syndrom eller andre autismspekterforstyrrelser uten utviklingshemming og uten store språkvansker, mens andre atferdsanalytiske metoder vil passe best for barn og unge med større kognitive vansker.

Det anbefales å gjennomføre en språkkartlegging, og videre bygge på denne når man vurderer om KAT kan være nyttig for den enkelte.

Bruk av KAT ved utviklingshemming og autisme kan innebære behov for teknikker utover det som er beskrevet for barn og unge uten funksjonsnedsettelse.

Det er viktig med felles forståelse av hvorfor barnet eller ungdommen er henvist og hva KAT-behandlingen går ut på, inkludert en forpliktelse til å møte til avtaler og å gjennomføre hjemmeøvelser.

Dialektisk atferdsterapi

Dialektisk atferdsterapi (DBT) kan være nyttig for barn og unge som strever med regulering av følelser, atferd og relasjoner til andre. Det er laget egne manualer for tilpasning av DBT for personer med autisme og utviklingshemming.

Bruk av DBT vil kreve en viss grad av verbale ferdigheter, men vil sannsynligvis kunne tilpasses personer med intellektuell funksjon tilsvarende lett og moderat utviklingshemming.

Traumebehandling

Eye Movement Desensitization and Reprocessing Therapy (EMDR) er en psykologisk behandlingsform for traumelidelser og traumerelaterte tilstander som har vist seg å ha god effekt i befolkningen generelt, også hos barn.

Metoden stiller mindre krav til verbaliseringsferdigheter enn andre tilsvarende metoder, og anses derfor egnet for behandling av traumelidelser hos personer med utviklingshemming eller autisme.

Behandlingen må tilpasses personens utviklingsnivå, språklige ferdigheter og eventuelle autisnevansker. For mange med lette funksjonsnedsettelse vil EMDR kunne gjennomføres tilnærmet uten tilpasninger.

Miljøterapi

Miljøterapi innebærer at behandlingsmiljøet tilrettelegges for å bidra til behandling av en psykisk lidelse, herunder å avhjelpe symptomer, skape trygghet og forutsigbarhet ved hjelp av for eksempel klare dagsplaner og rutiner, tilpasset kommunikasjon, skjerming, validering og bekreftelse.

Miljøterapeutisk behandling må alltid utformes i den unike konteksten, basert på en grundig analyse av den enkeltes plager. Systematisk og fortløpende evaluering av tiltak og tilpasninger for den enkelte er viktig.

Hjelp til å trene på mestring av de psykiske helseplagene kan også inngå i miljøterapi, for eksempel ved at det miljøterapeutiske arbeidet integrerer og oversetter oppgaver som gis i behandling av den psykiske lidelsen.

Ulike former for eksponeringsterapi vil kunne få økt effekt hvis oppgavene også kan gjøres hjemme med støtte av miljøterapeuter.

Ved depressive tilstander hvor aktivisering er viktig, vil miljøterapeuter kunne spille en avgjørende rolle for å bidra til at aktivisering faktisk skjer.

Miljøterapeuter som har en nær relasjon til barnet eller ungdommen vil kunne være viktige personer for å styrke tilknytning og bidra til å reparere relasjonelle vansker som personen måtte ha som en del av sin psykiske lidelse.

Anvendt atferdsanalyse

I atferdsanalytisk behandling forsøker man å forstå atferd slik den forekommer i en gitt kontekst, og utforme behandlingen ut fra det.

Ved utformingen av atferdsanalytiske tiltak rettes oppmerksomheten mot tilrettelegging av miljøfaktorer som kan bidra til å skape endringer i personens atferd. Tiltakene må tilpasses barnets språk- og funksjonsnivå.

Tiltak som kan være aktuelle:

- Involvering og veiledning av foreldre og nærpåersoner i kartlegging og behandling.
- Strukturings- og tilretteleggingstiltak i barnets aktiviteter og hverdag.
- Endringer i miljøet og betingelsene rundt barnet.
- Tilrettelegge for motivasjon ved for eksempel bruk av tegnøkonomi og andre forsterkningstiltak.
- Formidle forsterkende hendelser, for eksempel positiv oppmerksomhet eller tilgang på ulike goder når atferden er hensiktsmessig.
- Opplæring i ferdigheter.
- Atferdsavtaler.
- Eksponeringsterapi med responsprevensjon.
- Tilvenning til ubehag ved gradvis eksponering og habituering til aversive stimuli sammen med forsterkning.

Medikamentell behandling

Medikamentell behandling av psykiske lidelser hos barn og unge bør vurderes og igangsettes i spesialisthelsetjenesten

Behandling med psykofarmaka er et supplement til annen behandling og forbeholdt pasienter med alvorlig forløp og betydelig funksjonstap. Underliggende medisinske årsaker må ekskluderes, og ikke-medikamentelle intervensjoner bør forsøkes først.

Definer klare målsymptomer/målsetninger og gi tilpasset informasjon til pasient og nærpåersoner.

Innhent legemiddelanamnese og gjennomfør interaksjonsanalyser. Vurder indikasjon for farmakogenetiske analyser og serumspeilmålinger.

Gjennomfør baselineregistering, planlegg regelmessige stoppunkter/evalueringer sammen med pasient, nærpåersoner og tverrfaglig team. Bruk standardiserte skjemaer for vurdering av effekt og bivirkninger.

Doseringer bør startes lavere enn de generelle anbefalingene og med langsom dosetitrering fordi pasientene er mer sårbare for bivirkninger.

Ved overføring av medisinansvar til annen lege bør et overføringsnotat inneholde: målsymptomer, vurdering av effekt, bivirkninger, i hvilken grad pasienten følger anvisninger som er gitt, innhold i og hyppighet av somatiske kontroller, doseringsmuligheter, forventet varighet av behandling og kriterier for justering og seponering.

2 BAKGRUNN, MANDAT OG PROSESS

2.1 Bakgrunn for rapporten og prosjektarbeidet

Bakgrunnen for rapporten er en erkjennelse i fagmiljøene og forskningen av at barn og unge med funksjonsnedsettelse har økt risiko for å utvikle psykiske lidelser, sammenlignet med barn og unge uten funksjonsnedsettelse (1;2). Dette står i kontrast til en tidligere, utbredt fortolkning av slike plager som symptomer på grunnlidelsen, for eksempel ved utviklingshemming eller autisme (3;4). Fenomenet blir kalt diagnostisk overskygging (5), og kan medføre at psykiske plager blir oversett og potensielt virksomme tiltak kan bli stående uprøvd. Diagnostisk overskygging er fortsatt en utfordring når personer med funksjonsnedsettelse møter psykisk helsevern (6).

Videre ligger det til grunn for denne rapporten at barn og unge med funksjonsnedsettelse får psykiske plager og lidelser som ikke er vesensforskjellige fra hva andre barn får. Det er de samme psykiske plagene og fenomenene som opptrer, selv om uttrykket kan se annerledes ut (4;7-9).

Regionsenter for barn og unges psykiske helse (RBUP) og Regionsenter for habiliteringstjenesten for barn og unge (RHABU) har samarbeidet om et prosjekt som har til hensikt å styrke psykisk helsehjelp for barn og unge med funksjonsnedsettelse, og som har resultert i denne rapporten.

Del 1 i rapporten er ment å være til hjelp for fagpersoner som skal avdekke, kartlegge og utrede psykiske plager og lidelser, mens del 2 omhandler behandling, tiltak og metoder som er vurdert som særlig aktuelle for barn og unge med intellektuell funksjonsnedsettelse og/eller autisme, og samtidig psykisk lidelse. Rapporten henvender seg til fagpersoner både i kommunen og i spesialisthelsetjenesten (BUP og HABU).

RBUP og RHABU har i sine samfunnsoppdrag å heve kompetansen i tjenestene innenfor henholdsvis psykisk helsevern og habilitering, og vil samarbeide videre om ulike tiltak for å formidle kunnskap og understøtte anbefalingene i rapporten.

2.2 Mandat og begrepsdefinisjoner

Mandatet for prosjektet som har ledet frem til denne rapporten, har vært å:

1. Gi en grunnleggende introduksjon til de vanligste psykiske lidelsene barn og unge med funksjonsnedsettelse kan bli rammet av.
2. Beskrive hvordan symptomer på ulike psykiske lidelser kan fremtre og eventuelt fremstå på en utypisk måte hos barn og unge med funksjonsnedsettelse.
3. Gi anbefalinger om hvordan kartlegging og utredning av psykiske lidelser bør gjøres.
4. Lage en oversikt over behandlings- og støttetiltak som egner seg for barn og unge med funksjonsnedsettelse og samtidig psykisk lidelse.
5. Beskrive eventuelle tilpasninger av metodikk til pasientgruppen.

Begrepet funksjonsnedsettelse benyttes i denne rapporten mer snevert enn i andre sammenhenger. Rapporten omhandler primært barn og unge med intellektuell funksjonsnedsettelse og/eller autisme, hvor det er mistanke om eller påvist psykisk lidelse. Intellektuell funksjonsnedsettelse erstatter i økende grad utviklingshemming i faglitteraturen, og brukes her synonymt. Begrunnelsen for denne avgrensingen er at kartlegging og behandling av psykiske lidelser hos barn og unge med disse tilstandene kan være særlig utfordrende.

Rapporten kan også være nyttig i arbeidet med barn og unge med kognitive, sansemessige og omfattende kommunikasjons- og språkvansker uten utviklingshemming og/eller autisme, men hvor det likevel er nødvendig med særlig kompetanse hos fagpersonene som skal utrede og behandle psykiske lidelser hos disse pasientene.

I rapporten skilles det mellom psykiske plager og psykiske lidelser. Psykiske plager kan gi symptomer som kan gi store vansker, men ikke nødvendigvis i den grad og utstrekning at de fyller kriteriene for en diagnose. Psykiske lidelser benyttes når symptombelastningen er så stor og av en slik karakter at det kan stilles en diagnose (10).

Behandling, tiltak og metoder er begrep som er valgt for å beskrive innsats rettet mot psykiske lidelser på tvers av ulike instanser, linjenivåer og tiltaksmodaliteter.

Tiltakene kan rettes både direkte mot individet og/eller mot omsorgspersoner, søsken, nettverk og oppvekstmiljø. Tiltakene vil i mange tilfeller være aktuelle på tvers av diagnoser.

2.3 Om arbeidet som leder frem til denne rapporten

Arbeidet med rapporten har vært gjennomført i to prosesser. To ulike arbeidsgrupper har utarbeidet grunnlaget for henholdsvis del 1 og del 2 av rapporten (vedlegg 3). Arbeidet har foregått i perioden januar 2020-juni 2022.

Det ble benyttet kunnskapsoppsummeringer fra Tiltakshåndboka (11), samt utført et mer spisset litteratursøk i forkant av arbeidet med del 2 av rapporten. Det kom frem at kunnskapsgrunnlaget for psykisk helsehjelp til barn og unge med funksjonsnedsettelse er magert, og i begrenset grad gir klare føringer for klinisk praksis. Deltakerne i arbeidsgruppene har derfor supplert med litteratur fra snøballsøk, og fra artikler og bøker som de har vært kjent med.

Det begrensede kunnskapsgrunnlaget har gjort at arbeidsgruppene har hatt en utfordrende oppgave, og mange av vurderingene og anbefalingene som gis, har derfor ikke en klar forskningsbasert basis. Arbeidsgruppene kan betraktes som ekspertpanel, som har benyttet sin egen samlede kliniske erfaring, i kombinasjon med kjennskap til forskning. Arbeidsgruppene har også støttet seg på litteratur som beskriver forskning på psykisk helsehjelp til voksne med funksjonsnedsettelse, og barn og unge uten funksjonsnedsettelse.

De vurderinger og anbefalinger som gis må derfor betraktes som hypoteser og forslag til behandlingsintervensjoner, som ofte ikke er forskningsmessig validert på gruppen barn og unge med funksjonsnedsettelse. Det er likevel vår vurdering at mange av tiltakene som omtales, har en form for evidensbase, da de har støtte i forskning på andre grupper barn og unge.

En annen viktig oppgave for arbeidsgruppen har vært å utgjøre en form for redaksjonskomite i møtet med det store spekteret av tiltak, behandling og metoder som har til hensikt å bedre psykisk helse. Arbeidsgruppen har valgt å særlig fremheve enkelte grupper av intervensjoner, som de mener det er særlig aktuelt å vurdere for barn og unge med intellektuell funksjonsnedsettelse og/eller autisme. Andre metoder kan også være aktuelle for enkeltpersoner, men dette må vurderes i samråd mellom fagperson og pasient, i dennes unike situasjon og kontekst.

Det har vært avholdt to møter med brukerorganisasjoner (FFO, SAFO, NFU, LUPE og CP-foreningen) underveis i arbeidet for å informere om prosjektet. Representantene fra brukerorganisasjonene har gitt sin støtte til viktigheten av arbeidet, og har gitt gode innspill til innholdet i rapporten.

2.4 Ansvar for psykisk helsehjelp til barn og unge

Kommunen har ansvar for å gi helsehjelp til alle barn og unge, også psykisk helsehjelp, og har et særlig ansvar for forebyggende helsearbeid. Kommunen kan henvise til spesialisthelsetjenesten ved behov for mer spesialisert kompetanse enn det som er rimelig å forvente at kommunen innehar (12). Det vil alltid være behov for samarbeid mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten.

Når det gjelder barn og unge som omtales i denne rapporten, tilsier kompleksiteten at spesialisthelsetjenesten bør være involvert. Den samtidige tilstedeværelsen av funksjonsnedsettelse og psykisk lidelse krever spesialisert kompetanse, og i mange tilfeller dobbeltkompetanse (habilitering og psykisk helsevern).

Prioriteringsveilederen for psykisk helsevern for barn og unge (BUP), sammen med prioriteringsveilederen for habilitering av barn og unge i spesialisthelsetjenesten (HABU) (13;14), gir føringer for hvilken hjelp spesialisthelsetjenesten skal gi og hvordan det skal prioriteres. Her trekkes sårbare grupper frem som en gruppe som både spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten bør gi spesiell oppmerksomhet. Sårbare grupper defineres som grupper som har økt risiko for å utvikle psykiske plager og lidelser, og barn og unge med funksjonsnedsettelse må anses å være en sårbar gruppe. BUP er ifølge veilederne riktig instans for henvisning for psykisk lidelse når det gjelder de fleste barn og unge i HABU sin målgruppe, og de skal vurderes etter relevante tilstandsgrupper i prioriteringsveilederen for psykisk helsevern.

Barn og unge med utviklingshemming med mistanke om psykisk lidelse omtales spesifikt i prioriteringsveilederne. Barn og unge med lett eller moderat utviklingshemming med samtidig psykisk lidelse, skal som hovedregel ha sitt tilbud i BUP. Veilederen gir altså et klart ansvar til BUP for behandling av psykiske lidelser hos denne gruppen. HABU har hovedansvaret for barn og unge med alvorlig eller dyp utviklingshemming, og det presiseres at BUP skal bistå ved behov. Både BUP og HABU er dermed gitt et ansvar for å utrede og behandle psykiske lidelser hos barn og unge med intellektuell funksjonsnedsettelse. Det krever kompetanse hos begge instanser og et tett samarbeid, ikke bare ved medikamentell behandling, men også ved utredning og behandling av psykiske lidelser generelt.

DEL 1 KARTLEGGING OG UTREDNING

3 PSYKISK HELSE HOS BARN OG UNGE MED FUNKSJONSNEDESETTELSER

Barn og unge med intellektuell funksjonsnedsettelse, autisme, epilepsi og cerebral parese har økt risiko for å utvikle psykiske lidelser (1;2;15;16). Befolkningsbaserte studier viser en forekomst av psykiske lidelser hos personer med lavt evnenivå på 30-50 %, avhengig av måleinstrument og utvalgsriterier (17). Til sammenligning viser norske og internasjonale studier at mellom 7 og 13 % av alle barn og unge mellom 4 og 18 år har en psykisk lidelse (18). Angst, depresjon og tvangslidelser er de vanligste psykiske lidelsene hos barn og unge med funksjonsnedsettelse(16;19;20).

Psykiske lidelser hos barn og unge med funksjonsnedsettelse kan gi seg utslag i form av utfordrende atferd (21;22). Sammenhengene mellom psykiske lidelser og utfordrende atferd er imidlertid varierende og komplekse, og kunnskapen er fortsatt begrenset (22). Psykiske lidelser kan bidra til å opprettholde eller forverre allerede eksisterende former for utfordrende atferd. Utfordrende atferd kan være sekundær til symptomer på psykiske lidelser, for eksempel som et uttrykk for irritabilitet ved traumelidelser eller angst (23). Dette understreker viktigheten av å ikke bare kartlegge symptomer på mulige psykiske lidelser, men også undersøke dynamikken, funksjonen og sammenhengen i utfordrende atferd, før en igangsetter behandling av en eventuell psykisk lidelse.

3.1 Risikofaktorer og årsaksforklaringer

Internasjonale studier finner de samme risikofaktorene for psykiske lidelser hos barn og unge med lavt evnenivå, som hos barn med normalt evnenivå. Årsakene til den økte forekomsten av psykiske lidelser er fortsatt ukjent (17). En forklaring kan være at lavt evnenivå gjenspeiler hjerneorganiske forhold som øker sårbarheten for noen psykiske lidelser. En annen mulig forklaring kan være at nedsatt evnenivå svekker evnen til å håndtere belastende livshendelser, som i sin tur gir risiko for utvikling av psykiske plager og lidelser (24).

Barn og unge med funksjonsnedsettelse som skyldes medfødte eller tidlig ervervede tilstander har ofte sammensatte utfordringer kognitivt, motorisk, språklig og sansemessig. De bærer også ofte med seg opplevelser som øker risikoen for psykiske helseplager, for eksempel stress i familierelasjoner, mobbing, mindre grad av kontroll over eget liv og et mindre nettverk å støtte seg på. I tillegg har en del av disse barna færre psykologiske ressurser til å håndtere stress, lavere problemløsningsevne og evne til å planlegge, prioritere og vurdere på grunn av deres kognitive funksjon (11). Vansker med å forstå og bli forstått er også en viktig faktor når det gjelder risiko for å utvikle psykiske lidelser.

Barn og ungdom med intellektuell funksjonsnedsettelse og autisme utsettes oftere for belastende livshendelser enn andre, og er mer utsatt for alvorlig omsorgssvikt (25;26).

Det er også beskrevet at den økte forekomsten kan ha sammenheng med en felles genetisk sårbarhet, som både gir funksjonsnedsettelse og psykisk lidelse. Det er avdekket sammenhenger mellom flere kjente genetiske syndromer og spesifikke atferdsfenotyper eller atferdstrekk som disponerer for psykiske lidelser (17). De vanligste syndromene er Down Syndrom, Fragilt X syndrom, Williams syndrom, Prader-Willis syndrom, og velocardiofacialt syndrom (VCFS) (27). Det er imidlertid viktig å påpeke at det er stor variasjon hos barn og unge med disse syndromene med hensyn til tilstedeværelse av de spesifikke atferdstrekkene og forekomst av psykiske lidelser.

3.2 Samtidig forekommende diagnoser og diagnostisk overskygging

Det ses en rekke samtidig forekommende diagnoser og mange sammenfallende symptomer mellom ulike funksjonsvansker hos barn og unge. For eksempel har ca. 45 % av personer med en autismediagnose også utviklingshemming (28). Blant barn med utviklingshemming fyller ca. 17 % også kriteriene for en autismediagnose. Det beskrives også samtidig forekomst av autisme og ADHD, og det er rapportert at ca. 45 % av barn med ADHD også har lærevansker (29).

De ulike utviklingsforstyrrelsene kan også ha overlappende symptomer med psykiske lidelser. For eksempel kan kjernesymptomer ved autisme, som repetitiv atferd og begrensede interesser, være vanskelig å skille fra tvangslidelse. Vansker i sosiale samspill kan være vanskelig å skille fra sosial fobi, og uvanlige/stereotype interesser fra psykose (4). I tillegg har mange med autisme og/eller utviklingshemming språklige vansker/kommunikasjonsvansker, og klarer ikke å sette ord på tanker og følelser. Man kan også se atypiske symptomer som for eksempel selvskading og aggressiv atferd ved alvorligere utviklingshemming (19).

Som følge av de overlappende symptomene nevnt over, er det fare for at psykiske lidelser «overskygges» og feilaktig tilskrives barnets grunnlidelse. For eksempel kan symptomer på angst eller depresjon hos et barn med autisme bli tolket som en del av syndromet. I motsatt fall kan rigiditet bli tolket som uttrykk for angst når det er en del av autismsymptomene (17). Dette kan føre til at barn og unge med utviklingsforstyrrelser ikke får den psykiske helsehjelpen de har behov for (19).

3.3 Utfordrende atferd

Utfordrende atferd er relativt vanlig hos personer med intellektuell funksjonsnedsettelse og mest vanlig ved de alvorligste formene for utviklingshemming. Atferden er ofte et resultat av en interaksjon mellom personlige faktorer og faktorer i miljøet, og kan omfatte fysisk utagering mot andre, selvskading, stereotyp atferd, tilbaketreking og forstyrrende eller destruktiv atferd (30).

I studier av personer med intellektuell funksjonsnedsettelse finner man at utfordrende atferd kan være uttrykk for psykisk sykdom, eller reflektere en vanskelig livssituasjon på grunn av psykisk sykdom. Utfordrende atferd kan fremstå som atypiske eller uvanlige symptomuttrykk (21). Depresjon kan for eksempel komme til uttrykk ved skriking og aggresjon hos personer med mer alvorlig utviklingshemming, mens selvskading kan være en del av bildet i tilfeller med lett eller moderat utviklingshemming (11).

Når det blir rapportert at et barn har endret atferd, bør det utelukkes at endringene er symptom på psykisk lidelse.

Det er sannsynlig at flere faktorer ligger til grunn for utvikling av utfordrende atferd. For å identifisere disse faktorene må det gjennomføres en grundig utredning av personen, miljøet rundt personen og eventuelle biologiske predisposisjoner, sammen med funksjonelle analyser. Hvilke intervensjoner som bør iverksettes vil være avhengig av hvilke spesifikke behov man finner for hver enkelt. Det kan være nødvendig med intervensjoner på flere nivåer, som tilrettelegging i miljøet, behandling av barnet, medikamentell behandling og opplæring av nærpersoner. Målet må alltid være å bedre personens livskvalitet (30).

Det er økt forekomst av overgrep og omsorgssvikt i grupper barn som allerede er utsatt fra før, som ved utviklingshemming eller andre funksjonsnedsettelse. Man bør derfor alltid være klar over at dette kan være en faktor når barn fremviser alvorlig utfordrende atferd, eller endrer atferd. Atferdsvansker øker også risiko for mishandling, og kan forekomme samtidig (30).

3.4 Tilknytningsforstyrrelse

Symptomer ved enkelte funksjonsnedsettelse er overlappende med symptomer på omsorgssvikt. Tilstandene må forstås og behandles ulikt. Kunnskap om tilknytning og tilknytningsforstyrrelser er derfor nødvendig når man skal utrede for mulig psykisk lidelse hos barn og unge med funksjonsnedsettelse.

Kvaliteten på det tidlige samspillet mellom barn og foreldre, og spesielt omsorgsgivers sensitivitet for barnets behov, er avgjørende for måten barnet vil knytte seg til sine foreldre på (31). Utrygg tilknytning er ikke en psykisk lidelse i seg selv, men kan være en risikofaktor for senere plager (32).

Barn med funksjonsnedsettelse kan utløse uheldige tilknytningsmønstre selv når foreldrene i utgangspunktet har god omsorgsevne. Sorgen over å ha fått et barn med funksjonsnedsettelse kan medføre uheldige omsorgsstrategier. Kombinasjonen av utviklingsforstyrrelser hos barnet, og foreldre som strever med å tilpasse seg barnets vansker, kan medføre forstyrret tilknytning. Slike uheldige tilknytningsmønstre kan gi økt risiko for utvikling av tilknytningsforstyrrelser (33).

Tilknytningsforstyrrelse som diagnose

Tilknytningsforstyrrelser er som regel forårsaket av omsorgssvikt og oppstår i løpet av de første fem leveårene. Tilstanden er kjennetegnet av avvikende sosial fungering på tvers av kontekst. ICD-10 skiller mellom reaktiv tilknytningsforstyrrelse (F 94.1), hvor barnet verner seg mot avvising ved å trekke seg tilbake eller skyve andre fra seg med sine uventede reaksjoner og aggressiv atferd, og udiskriminerende tilknytningsforstyrrelse (F 94.2), hvor barnet søker ukritisk trøst og kontakt hos fremmede (34;35). DSM-IV beskriver tilstandene sammen under betegnelsen Reactive Attachment Disorder (RAD) (36). Denne betegnelsen brukes i en stor del av forskningslitteraturen (37).

Tilknytningsforstyrrelse og autisme

Det er et stort overlapp mellom symptombildet ved autisme og tilknytningsforstyrrelser. Til tross for mange likhetstrekk, har diagnosene ulik etiologi og prognose. Diagnostiske instrumenter skiller ikke mellom tilstandene, men atferdsmarkører beskriver likheter og forskjeller (37).

Både reaktiv tilknytningsforstyrrelse og barneautisme er kjennetegnet ved forstyrret sosial fungering som tilbaketrekning, vansker med å initiere og regulere sosial kontakt, lavt nivå av positiv affekt, mangelfull trøstsøkende atferd og avvikende blikk-kontakt. Likevel etablerer barn med autisme selektiv tilknytning og viser diskriminerende tilknytningsatferd til omsorgspersonene i større grad enn barn med tilknytningsforstyrrelse. Autismen utelukker ikke utvikling av trygg tilknytning hos barn, men kan forsinke utviklingen av den (38).

Atferden ved udiskriminerende tilknytningsforstyrrelse overlapper med trekk ved Aspergers syndrom, spesielt avvikende sosial fungering der barnet er oppmerksomhetssøkende på en udiskriminerende, pågående og upassende måte. Barn med Aspergers syndrom vil imidlertid ofte ta kontakt med andre med et ensidig formål å snakke om egne interesser (37).

Kvalitative avvik ved kommunikasjonsmønstre er et av de tre grunnkriteriene ved autisme, men ikke et kriterium ved RAD, selv om det er noe uklart om denne gruppen kan ha kommunikative vansker. Vedvarende begrensede, repeterende og stereotype mønstre av handlinger, interesser og aktiviteter er et kjernesymptom ved autisme. Selv om stereotypier ikke er kjennetegn ved RAD, er det likevel flere eksempler i litteraturen på at barn som har levd i en dårlig omsorgssituasjon kan ha stereotyp atferd (37).

En studie som undersøkte om barn kan møte kriterier for både autisme og tilknytningsforstyrrelser fant ingen forskjell mellom gruppene i totalskår på Checklist for Autism Spectrum Disorder (CASD) (39). Det

viste seg imidlertid at følgende symptomer var unike ved autisme og kan være til hjelp ved differensialdiagnostisering

- begrensede og tvangsmessige interesser
- repetitiv stereotyp lek
- stereotypier (håndflapping og spinning)
- repeterende bevegelser som hopping
- stress ved menneskemengder
- fascinasjon for repetitive bevegelser
- særspising (begrenset preferanse og/eller hypersensitivitet til tekstur)
- normal motorikk, men forsinket språkutvikling
- uvanlig frykt, for eksempel for heis og små rom

Tilknytningsforstyrrelse og intellektuell funksjonsnedsettelse

På samme måte som ved autisme kan det være vanskelig å differensiere mellom konsekvensene av intellektuell funksjonsnedsettelse og tilknytningsforstyrrelse. Personer med nedsatt intellektuell fungering opplever ofte kronisk stress og mange belastninger som gir økt sannsynlighet for desorganisert eller agitert atferd (40), og har stor effekt på psykososial tilknytning (41). Samtidig observeres det ofte intellektuell funksjonsnedsettelse hos barn som har opplevd alvorlig omsorgssvikt (37).

I DM-ID 2 (41) vises det til følgende symptomer man bør se etter for å avdekke tilknytningsforstyrrelse hos personer med lett til moderat utviklingshemming

- mangel på å etablere øyekontakt
- svikt i hjelpesøkende atferd
- svikt eller kritikkløs nærhetssøking ved opplevd stress eller ved smerter
- svikt i relasjon til foreldre, venner eller andre omsorgspersoner
- svekket reaksjon ved atskillelse fra primær omsorgsgiver, eller svekket eller aggressiv atferd ved gjenforening med omsorgsgiver

Også annen atferd bør utløse mistanke om en tilknytningsvanske hos barn og unge med nedsatt intellektuell funksjon.

Atferd hos barnet:

- Endring i tilknytningsatferd som ikke er relatert til primær forstyrrelse, reaksjon på smerte eller nylig medisinsk sykdom.
- Forstyrrelsen i tilknytningsatferd er mer alvorlig enn alvorlighet av utviklingsforstyrrelsen, eller nivå av intellektuell funksjonsnedsettelse.
- Tilknytningsatferd er markert inkonsistent med det sosiale og emosjonelle nivå forventet ut i fra barnets utviklingsnivå.
- Reserverthet eller vansker med å etablere tilknytning til primære omsorgsgivere, mangel på interesse i sosial kontakt, venner eller nærhetssøking til omsorgsgivere.
- Blir udiskriminerende til mer ukjente omsorgsgivere ved stress.
- Viser inkonsistent nærhetssøking, markert ambivalens, tilbaketrekking fra, eller aggressiv atferd mot omsorgsgiver.
- Vansker med å vise adekvat atferd ved atskillelse og gjenforening med omsorgspersoner.

Atferd hos omsorgsgiver:

- Ignorering av barnets temperamentsmessige og psykologiske behov for tilknytning, inkludert konsistent mangel på, eller uvilje mot å respondere på barnets signaler på stress, oppfatte og respondere på frykt, slitenhet, sult eller smertesignaler.

- Er uimottakelig for eller unngår forsøk på sosial eller emosjonell kontakt.
- Ignorering av gode omsorgsbetingelser, sosial kontakt med andre, overdrevet innskrenkning og ignorering av barnets behov for å lære seg ferdigheter.
- Er overveldet av barnets behov og er ikke i stand til å organisere daglige utfordringer i omsorgen grunnet psykisk forstyrrelse eller rus, eller barnets utfordrende atferd.

3.5 Søvnvansker

Søvnvansker som krever behandling har høyere prevalens hos barn og unge med funksjonsnedsettelse enn i barne- og ungdomspopulasjonen for øvrig. Søvnmangel er assosiert med psykiske helseplager (42). Det er derfor viktig å kartlegge søvnvansker når mulige psykiske lidelser hos barn og unge med funksjonsnedsettelse skal utredes.

Forekomst

Mens det rapporteres problemer med søvn hos 20-40 % av alle barn, uten at problemene diagnostiseres som søvnvansker (43), anslås det at 40-80 % av personer med autisme sliter med forstyrret søvn og/eller forstyrrelser i søvn-våkenhetsrytmen (43;44). Richdale og Baker (45) fant at hoveddelen av forskning som er publisert på søvnvansker hos personer med utviklingsforstyrrelser omhandler personer med autisme. Barn og unge med funksjonsnedsettelse er en heterogen gruppe som inkluderer mange ulike diagnoser og tilstander. Tilstandene kan ha atferdsmessige eller medisinske uttrykk som på ulike måter kan påvirke søvnen (45;46), og det er viktig å sjekke ut om dette er en kjent utfordring ved aktuell diagnose. For eksempel kan barn med Smith-Magenis' syndrom ha insomni, og barn med Prader-Willis syndrom eller Downs syndrom ha økt risiko for å utvikle søvnapné (47).

Konsekvenser av søvnvansker hos barnet, foreldre og øvrige familie

Søvnvansker kan gi symptomer på psykiske helseplager og kan predikere psykiske lidelser senere i livet. Mange pasienter med barne- og ungdomspsykiatriske lidelser har vansker knyttet til søvn (48;49).

Barns søvnvansker påvirker i stor grad foreldre og øvrig familie. Nattdag eller tidlig oppvåkning medfører ofte søvnprivasjon hos foreldre og søsken, slik at søvnproblemet får konsekvenser for resten av husstanden. For søsken kan dette påvirke skoleprestasjoner, og foreldre kan streve med å fungere i jobb. Det er ikke uvanlig at lite søvn hos foreldre kan svekke arbeidsevnen og medføre perioder med sykmelding (50). Søvnmangel kan også gjøre foreldre oppfarende og irritable, noe som igjen vil kunne påvirke barnets stressnivå og søvnkvalitet (51), samtidig som det kan øke risikoen for voldsutøvelse i hjemmet (52). Oppmerksomhetsvansker og motoriske/visuomotoriske svekkelser på grunn av søvnmangel kan føre til ulykker (53). Man ser også en økt risiko for psykiske helseplager som depresjon (54), og man kan føle seg mislykket som forelder når man ikke lykkes i å roe barnet sitt. Søvnmangel kan medføre sosial tilbaketrekning som følge av manglende overskudd til å forholde seg til andre (55).

Type søvnvanske

Vanlige søvnvansker hos barn og unge med funksjonsnedsettelse er (45;56;57)

- uregelmessig søvn- og våkemønster
- nattoppvåkning og tidlig oppvåkning om morgenen
- atferdsvansker ved legging
- uvanlige leggeritualer
- problemer med å falle til ro
- søvnapné
- snorking
- rastløse bein

Kartlegging

Søvn er et tema som er naturlig å kartlegge under anamneseintervju med foreldre i en utredningsfase (se kapittel 5.1), og i et videre behandlingsforløp. Erfarne klinikere vil noen ganger finne det tilstrekkelig å innhente informasjon om søvn gjennom samtale eller intervju. Dersom det fremkommer indikasjon på spesifikke søvnvansker, kan dette kartlegges nærmere med aktuelle spørreskjemaer, søvndagbok eller ved en objektiv søvnundersøkelse. Noen spørreskjemaer for søvnkartlegging måler innsoving og opprettholdelse av søvn, andre måler søvnhygiene, mens andre igjen gir et mer sammensatt bilde av søvnen (se vedlegg 1).

Noen av ungdommene være i stand til å registrere og rapportere søvn selv, mens funksjonsnivået vil begrense andre i dette. I disse tilfellene kan det vurderes å bruke foreldrerapportskjemaer også for de eldre ungdommene.

En annen måte å få oversikt over søvn på er å føre en søvndagbok over 1-2 uker. En slik dagbok bør inneholde informasjon om omtrentlig tid for når barnet/ungdommen legger seg og står opp, og om det var noen lengre våkenperioder i løpet av natten (58). Dagboken kan også suppleres med informasjon om søvnhygiene. En slik dagbok kan også brukes til å kartlegge effekt av behandlingstiltak.

Ved behov for mer objektive søvndata, anbefales henvisning til et spesialisert søvnsenter for registrering med respiratorisk polygrafi, aktigrafi eller polysomnografi (59).

3.6 Spiseforstyrrelser

Spiseforstyrrelser og spisevansker kan oppta mye tid og begrense aktiviteter og livsutfoldelse. Problemstillinger knyttet til spising bidrar ofte til stor bekymring for foreldre og nærpersoner.

Mange med spiseforstyrrelser har også andre psykiske lidelser (60) som for eksempel angst, depresjon, OCD og PTSD (61). Behandling av spiseforstyrrelser kan også ha effekt på andre samtidige psykiske lidelser (60).

De ulike spiseforstyrrelsene starter oftest i ungdomsårene eller i tidlig voksen alder, men kan også oppstå i barnealder (61;62). Personer med utviklingshemming utvikler oftest mer uvanlige former for spiseforstyrrelser, som for eksempel matselektivitet, matavvisning eller pica (63), men kan også utvikle spiseforstyrrelser som anoreksi, bulimi og overspising (61;64). Symptomene på disse spiseforstyrrelsene kan fremstå atypisk (63).

Det er høyere forekomst av autisme hos personer med spiseforstyrrelser (60). En ny studie av anoreksi hos ungdom og unge voksne finner imidlertid lavere samtidig forekomst av disse tilstandene enn tidligere rapportert hos voksne (65).

Hos barn og unge med autisme er det høy forekomst av matselektivitet eller særspising (66). Hos de med autisme, som i tillegg har en utviklingshemming, er særspising ofte beskrevet (67). Preferanser for kun spesielle matvarer basert på for eksempel konsistens, smak eller utseende knyttes gjerne til sensoriske vansker og kan utvikle seg til ernæringsproblemer (63;68). Spesielle spiseritualer, vegring i måltid eller tvangsmessig spising, som også kan ses hos noen av disse barna eller ungdommene, kan mistolkes (69). Det kan være vanskelig å skille mellom spiseforstyrrelser og forstyrret spising (70).

Dersom matselektiviteten er av en slik karakter at den har betydelige negative konsekvenser, for eksempel når det gjelder vekttap, høydevekst, daglig fungering eller mangeltilstander, vil barnet eller

ungdommen kunne oppfylle kriteriene for diagnosen Avoidant-restrictive food intake disorder (ARFID) (71). Denne diagnosen er beskrevet i DSM-5 og i ICD-11 (62).

Også barn og ungdom med andre diagnoser, som for eksempel cerebral parese har en større sårbarhet for å utvikle vansker rundt spising. Ved flere diagnoser inkluderes spiseforstyrrelser som fenotypiske kjennetegn. Dette kan være diagnoser som Prader-Willi syndrom, Retts Syndrom, Turner syndrom, Downs syndrom og Williams syndrom (64).

Kartlegging

Anamnesen, samtaler med pasient eller pårørende, eller kartlegging med for eksempel Kiddie-SADS-PL (tilleggshefte nr. 5) eller Development and Well-Being Assessment, kan avdekke om barnet eller ungdommen har spiseforstyrrelser, eller store vansker rundt måltid og inntak av mat. Det bør også gjøres en somatisk undersøkelse for å vurdere om det er medisinske tilstander som kan påvirke spisingen. Tilstander som for eksempel refluks, diare, forstoppelse, dårlig tannhelse, tygge og svelgevansker, cøliaki, magesår og stoffskiftesykdommer er viktig å utelukke.

4 OM ULIKE PSYKISKE LIDELSER

Symptomer på psykiske lidelser kan arte seg annerledes hos barn og unge med intellektuell funksjonsnedsettelse enn hos barn med typisk utvikling. Mange symptomer er uspesifikke og kan være en del av grunnlidelsen ved ulike diagnoser. I dette kapittelet beskrives ulike psykiske lidelser med symptomer og diagnostiske kriterier basert på ICD-10. I høyre kolonne beskrives hva som kan være annerledes, og det er gitt eksempler på hvordan symptomer ved de ulike lidelsene kan komme til uttrykk hos personer med intellektuell funksjonsnedsettelse.

4.1 Angstlidelser

Angstlidelser er en gruppe psykiske lidelser som kjennetegnes ved forekomst av angst uten at det finnes en reell fare. Det kliniske bildet er ofte preget av diffuse plager og kroppslige symptomer og det er derfor viktig å utelukke andre psykiske lidelser, smerter og annen organisk etiologi som forklaring på barnets plager. Hos personer med utviklingshemming forekommer alle former for angst og forekomsten er like stor eller høyere enn i den øvrige befolkningen (72).

Symptombeskrivelser og diagnosekriterier (34;72-74)	Symptomer slik de kan komme til uttrykk hos barn og unge med utviklingshemming (72;73)
<p>Subjektive opplevelser (ikke-observerbare)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Angstfølelsen er målbar og kjennetegnes av varighet, intensitet og en kvalitativ beskrivelse. • Reaksjonen kan være konstant eller anfallsvis, og kan variere fra diffus følelse av ubehag eller uro til sterk dødsangst. • Angst kan komme til uttrykk som f.eks. katastrofetanker, bekymring for kroppslige plager, ulykker og hverdagslige forhold eller frykt for å miste selvkontrollen eller død. Samtidig forstår personen at angsten er uforholdsmessig og overdreven. 	<p>Identifisering av barnets subjektive opplevelser forutsetter at barnet har god evne til å iakttå egne følelser, tanker og indre tilstander, og har gode kommunikasjonsferdigheter.</p> <p>Barn med begrensede verbale evner og alvorlig utviklingshemming vil lettere klare å formidle sterkere angstopplevelser knyttet til en bestemt situasjon (spesifikke fobier) enn vedvarende diffust ubehag som sees ved generalisert angstlidelse eller uvirkelighetsfølelse. Et barn med alvorlig utviklingshemming og fobi for torden vil f.eks. kunne fremstå skrekkslagen, skrike «torden» og holde seg til ørene når det er tordenvær.</p>
<p>Kroppslige og atferdsmessige symptomer (observerbare)</p> <p>Kroppslige symptomer</p> <ul style="list-style-type: none"> • ansiktsuttrykk som viser redsel/bekymring • rødming, utvidete pupiller • vansker med å puste (hyperventilering) • munntørrhet, klump i halsen eller kvelningsfølelse, gjentatt svelging • hjertebank, rask puls, brystmerter • kvalme, oppkast, uro i magen, vannlatings-/avføringstrang eller inkontinens • skjelving, klamme hender, svette, varmefølelse eller frysninger • svimmelhet, ustøhet 	<p>Kartlegging av situasjonene hvor de kroppslige eller atferdsmessige symptomene forekommer, kan være til hjelp for å diagnostisere typen angstlidelse hos personer med begrensede verbale evner og alvorlig utviklingshemming.</p> <p>Det er viktig å se etter alternative forklaringer for atferden. Handler det om frykt for en person eller situasjon, eller misliker barnet personen/situasjonen?</p> <p>De kroppslige symptomene er synlige og observerbare uansett grad av utviklingshemming og stort sett identiske ved de ulike angstlidelsene. De kan imidlertid overskygges ved samtidig utfordrende atferd. F.eks. kan et panikkanfall med typiske kroppslige symptomer overses under uttalt fysisk utagering.</p>

- uro, rastløshet
- muskelspenninger, spenningshodepine
- nummenhet, prikking

Atferdssymptomer

Ulike varianter av «fight, flight or freeze»-reaksjoner under angstanfall og unngåelse av angstskapende situasjoner for å unnsnippe angst. Atferdsvansker kjennetegnes av redusert toleransevindu.

- «fight» - kjempe seg ut av en fobisk situasjon (f.eks. økt irritabilitet, sinne, roping, krangling, fysisk utagering, selvskading)
- «flight» - flykte (f.eks. sosial tilbaketrekning, tv-titting, alkoholmisbruk hos større ungdommer)
- «freeze» - fryse fast i en fobisk situasjon over en kortere eller lengre tidsperiode, spesielt under sterke angstanfall
- regressiv og klengende atferd, gråt
- unngåelse av personer eller situasjoner for å unnsnippe angst

Utfordrende atferd er vanlig å se under angstanfall hos personer med utviklingshemming og/eller autisme, og bør derfor indikere behov for utredning med tanke på angstlidelser, i tillegg til andre psykiske og somatiske lidelser.

Ved dypere grader av utviklingshemming og manglende evne til å gi uttrykk for sine opplevelser kan utfordrende atferd være særlig uttalt. Vanligvis har flukt og unngåelse av fryktskapende situasjoner forrang fremfor kampreaksjoner på angst, men sistnevnte forekommer spesielt i situasjoner som barnet ikke klarer å flykte fra. Noen eksempler er barn med store fysiske forflytningsvansker som blir tvunget til å bli i den angstprovoserende situasjonen, eller som er under press fra omgivelsene til å utføre ubehagelige og angst fremkallende oppgaver.

Det er viktig å skille fastfrysing under sterkt angstanfall fra katatoni som ledd i andre psykiske lidelser og fra gjenopplevelse av traumer.

4.2 Tvangslidelser

Tvangslidelse, eller obsessiv-kompulsiv lidelse (OCD), er karakterisert av gjentatte plagsomme, påtrengende tanker, bilder eller impulser (34). Tvangstankene fører ofte til repeterende atferd og ritualer som midlertidig reduserer følelsen av angst og stress. Tvangstanker og ubehag er i seg selv håndterbare tanker og følelser. Via tvangshandlinger (og andre former for tryggingatferd som for eksempel unngåelse) bekrefter man imidlertid overfor seg selv at situasjoner, tvangstanker og følelser er farlige og uhåndterbare. På denne måten forsterkes problemet over tid.

Typiske tema for tvangstanker og tvangshandlinger er vasking, smitte, forurensning, aggressive tanker, seksuelle tanker, religiøse tanker eller tvang knyttet til symmetri, repetisjon, telling og sortering/arrangering. Mild grad av tvang er vanlig forekommende, og for at man skal være over terskel for tvangslidelse skal tvangen ta mye tid og gripe betydelig inn i pasientens funksjon (75).

Den største gruppen pasienter med tvangslidelser har symptomdebut i voksen alder, men en undergruppe har tidlig debut, i snitt rundt 11 års alder. Pasienter med tidlig debut kan synes å ha et sterkere arvelig grunnlag for sin tvangslidelse (76). Mange forskere har også fremhevet at det kan foreligge en nevrobiologisk sårbarhet for å utvikle tvangslidelser (77).

Tvang kan være vanskelig å skille fra autistisk betinget rigid og repetitiv atferd, og en bred differensialdiagnostisk vurdering vil være nødvendig. Et viktig skille er at tvang ofte er egodyston (oppleves som fremmed fra en selv og dermed skremmende) og har en bakenforliggende angst/katastrofetanke som driver tvangshhandlingene, mens autistisk rigid atferd er mer egosynton (oppleves som del av en selv) og ikke knyttet til angst i utgangspunktet. Tvang kan imidlertid også forekomme hos personer med autisme, da gjerne som en sekundærlidelse, og adskillbar fra allerede eksisterende avgrenset og repetitiv atferd.

Det kan være symptomlikhet mellom vrangforestillinger/psykoselidelser og enkelte former for tvang. Tvangstanker kan bli intense og ligne vrangforestillinger, og det kan også forekomme at intens tvang kan grense over mot psykotiske tilstander.

Hos personer med intellektuell funksjonsnedsettelse og/eller autisme er det viktig å fange opp utvikling av en eventuell tvangslidelse. Observasjon av nokså raskt innsettende endring av atferd (for eksempel tvangshandlinger, økt rigiditet, funksjonsfall) vil kunne være en indikator for å undersøke nærmere om det foreligger en tvangslidelse. For øvrig vil det vanligvis være de samme tema i tvangstanker og tvangshandlinger hos denne pasientgruppen som i befolkningen for øvrig: smitte, vasking, forurensning, aggressive, religiøse og seksuelle tanker, sjekking, symmetri og orden (78). Ved adekvat tilpasning av behandling og kommunikasjon bør pasienter med intellektuell funksjonsnedsettelse også kunne ha effekt av spesifikk utredning av og behandling mot tvang, og OCD-team vil være en viktig støttespiller i slike tilfeller.

Symptombeskrivelser og diagnosekriterier (34)	Symptomer slik de kan komme til uttrykk hos barn og unge med utviklingshemming.
Tilbakevendende tvangstanker	Symptomer på angst, uro, atferdsendring, funksjonsfall, konsentrasjonsvansker, søvnvansker, grubling, dårligere kontaktfunksjon, snakker om smitte, sykdom, forurensning, aggressive og seksuelle tema, religiøse tema, symmetri og orden, tall, kontrollering og sjekking.
Tilbakevendende tvangshandlinger	Tvangshandlinger, som f.eks. sjekking, gjentatt spørring og bekräftelsesbehov, vasking, unngåelsesatferd, repeterende atferd, rigiditet, økt aggresjon, sinneutbrudd når forstyrret eller forsøkt hindret i å utføre atferd, funksjonsfall.

4.3 Stemningslidelser og psykoselidelser

Blant personer med utviklingshemming og/eller autisme, er det også økt forekomst av alvorlige psykiske lidelser som bipolar lidelse og psykose (79). Den generelle forekomsten av bipolar lidelse hos personer under 18 år er anslått til å være omtrent 1 % for ungdom (80), mens tilsvarende forekomst av psykosespekterlidelser anslås til 0,4 % i barne- og ungdomspopulasjonen (81). Det er ikke uvanlig at bipolar lidelse og psykoselidelser overses i barne- og ungdomspopulasjonen, og det faktum at forekomsten er høyere blant personer med utviklingshemming og/eller autisme, gir grunn til å tro at tilstandene overses også i denne gruppen. I mange tilfeller forteller foreldre til unge med bipolar lidelse at barna alltid har hatt uspesifikke symptomer fra de var små. Det kan handle om søvnvansker, ADHD-lignende vansker, uro, sinne og irritabilitet. Bipolar lidelse starter som regel med noen gjentatte depresjoner før debut av mani (82). Tidlig intervensjon er av stor betydning både ved bipolar lidelse og psykoselidelser (83), og det er derfor viktig å fange opp disse tilstandene.

4.3.1 Depresjon

Depresjon forekommer hyppigere hos barn og ungdom med utviklingshemming enn i den øvrige barne- og ungdomspopulasjonen (84), og graden av samtidig lidelse er høy. Tidlig debut kan bety en mer alvorlig depresjon (85). Selv om depresjon ofte forbindes med tristhet og nedstemthet, kommer ikke alltid dette til uttrykk i form av utsagn om tristhet. Siden personer med utviklingshemming kan ha vansker med gjenkjenning og selvrappotering av følelser, kan det være vanskelig å få tak i den

depressive tonen. Hos yngre barn og personer med utviklingshemming kan tilstanden derfor ta form av eksternaliserende symptomer som irritabilitet, sinne, fiendtlighet og atferdsvansker (85;86). Barn med depresjon gir ofte uttrykk for somatiske symptomer, smerter eller andre diffuse plager (86). Om et barn med intellektuell funksjonsnedsettelse klager over mye smerter kan det være uttrykk for depresjon.

Generelle kriterier for utredning av depresjon skal følges (86). Det må bekreftes at symptomene representerer en klar forskjell fra tidligere fungering (funksjonsfall) og at det ikke bare er en variasjon i personens generelle funksjonsnivå.

Symptombeskrivelser og diagnosekriterier (34;87)	Symptomer slik de kan komme til uttrykk hos barn og unge med utviklingshemming.
<p>Nedstemthet (kjernesymptom)</p> <p>Forteller om triste følelser, gråter, har trist eller flatt kroppsspråk og ansiktsuttrykk.</p>	<p>Negative utsagn, og redusert initiativ. Barnet kan ha store vansker med å sette ord på indre opplevelser. Det er viktig å snakke med foreldre eller andre nærpersoneer for å registrere om barnet virker nedstemt og om humøret har endret seg.</p>
<p>Nedsatt lyst eller interesse (kjernesymptom)</p> <p>Har mistet interessen for ting han/hun tidligere likte. Gleder seg ikke over de samme tingene som før. Ler ikke av det han/hun pleide å le av. Kan trekke seg tilbake fra sosial kontakt.</p>	<p>Barnet er mer passivt eller har lang latens og treghet i oppgaver, flatere kroppsspråk. Hvis barnet føler seg presset til mer aktivitet eller sosial kontakt enn hva han eller hun orker, kan det føre til irritabilitet, sinne eller utfordrende atferd. Viktige spørsmål til både barn og foreldre, er om barnet har mistet lyst til å gjøre ting han eller hun likte å gjøre før.</p>
<p>Nedsatt energi eller økt tretthet (kjernesymptom)</p> <p>Små oppgaver kan oppleves som uoverkommelige. Barnet kan vegre seg for aktivitet, det kan ta lengre tid enn vanlig å utføre oppgaver. Både kroppsspråk og talespråk kan bli mer flatt og tregt. Talen kan bli monoton og svare med enstavellesord. Slutter å oppsøke sosial kontakt og tar generelt sett færre initiativ.</p>	<p>Kan vise seg som større grad av passivitet, treghet og redusert initiativ. Sammen med foreldre bør man kartlegge hva barnet har likt å gjøre tidligere, og hvordan dette har endret seg.</p>
<p>Nedsatt selvtillit eller selvfølelse</p> <p>Symptomer kan være at barnet ikke lenger ønsker å gjøre aktiviteter, eller sier at han eller hun ikke får til å gjøre ting man vet de egentlig mestrer. Kan reagere negativt på ros og positiv tilbakemelding.</p> <p>Barnet blir ubesluttosom og ambivalent, og kan ha vansker med å vite hva en vil eller ønsker, for eksempel at han eller hun ikke klarer å velge godteri i butikken. Barnet kan utvise angst, eller søke etter uvanlig mange bekreftelser og forsikringer.</p>	<p>Det kan være vanskelig å fange opp nedsatt selvtillit og selvfølelse hos barn og ungdom med utviklingshemming, som i utgangspunktet kan ha lav selvtillit og mestringsfølelse. Barnet kan uttrykke at han eller hun får til mindre enn før, er dum, sukker, stønner, nekter å gjøre nye ting e.l.</p> <p>Barnet kan klage mye på somatiske plager.</p>

<p>Selvbepreidelser eller skyldfølelse</p> <p>Barnet påtar seg ansvaret for alt som går galt. Kjenner på skyld og skam for ting eller forhold som er overdreven eller utenfor realisme.</p>	<p>Krever en viss grad av refleksjon – ikke vanlig ved alvorlig / dyp utviklingshemming.</p>
<p>Tanker om død eller selvmord</p>	<p>Hyppig forekomst ved lett eller moderat utviklingshemming, selv om forekomst av selvmord i denne pasientgruppen er sjeldnere enn i den øvrige befolkning. Barnet kan si ting som at «det er bedre om jeg var død».</p> <p>Barn som snakker mer om døden enn tidligere, er opptatt av filmer og bøker hvor personer dør, oppsøker kirkegårder, snakker om krig e.l., kan ha suicidale tanker.</p>
<p>Tanke- eller konsentrasjonsbesvær</p>	<p>Problemer med å huske ting som han tidligere husket. Faller ut i samtaler oftere enn tidligere, dårligere utholdenhet med tanke på oppgaver. F.eks. klarer ikke lenger å se like lenge på film som tidligere.</p>
<p>Agitasjon eller hemning</p> <p>Beveger kroppen saktere enn før. Bruker lengre tid på gjøremål.</p>	
<p>Søvnforstyrrelser</p> <p>Virker trøtt på dagtid. Sover mer/mindre enn vanlig.</p>	
<p>Appetitt- og vektendring</p>	

4.3.2 Mani

Det bør utøves en viss fleksibilitet når man skal vurdere om kriteriene for mani er oppfylt. Barn og unge uten vokalt språk kan naturlig nok ikke skåres på de diagnostiske kriteriene taleflom og høytflygende ideer. Kjernetrekkene ved mani (irritabilitet, labil affekt, overaktivitet og nedsatt behov for søvn) lar seg derimot observere ved alle grader av utviklingshemming (72). Symptomene må utgjøre en endring fra barnets vanlige tilstand og væremåte. Alle symptomer må være nyoppståtte eller mer intense og hyppige enn det som er vanlig for barnet (88).

<p>Symptombeskrivelser og diagnosekriterier (34)</p>	<p>Symptomer slik de kan komme til uttrykk hos barn og unge med utviklingshemming (33;72)</p>
<p>Oppstemthet</p> <p>Unormalt sterk glede eller irritabilitet i minst en uke.</p>	<p>Det kan observeres upassende latter eller synging, overdrevent smil. Økt glede kan veksele med nyoppstått eller økt sterk irritabilitet, eller verbal/ fysisk utagering som respons på bagateller. Økt glede kan også</p>

<p>Barnet fremstår med påfallende hevet eller irritabelt stemningsleie som ikke harmonerer med barnets omstendigheter eller den sosiale konteksten.</p>	<p>overskygges av for mye irritabilitet eller aggresjon.</p>
<p>Hyperaktivitet, rastløshet, uro</p> <p>Barnet er preget av økt og overveldende energi og aktivitet. Barnet er mye mer fysisk aktivt enn før, og sliter med å sitte stille også i situasjoner som krever det, f.eks. under måltider, arbeid på skolen osv. Går raskt i rommet, eller løper frem og tilbake.</p>	<p>Rastløsheten er mulig å observere ved alle grader av utviklingshemming, men kan være mindre synlig hos barn med begrensede evner til å forflytte seg fysisk.</p>
<p>Taleflom</p> <p>Barnet er mer pratsomt og taletrengt enn vanlig. Økt bruk av lyder, ord, synging eller hyling. Barnet engasjerer seg lett i monologer, og det snakker raskt eller lager lyder uten stans. Barnet kan repetere samme setning eller spørsmål flere ganger, og det venter ikke på svar. Barnets evne til å lytte er betydelig redusert, og det har lett for å avbryte andre.</p>	<p>Angst hos barn med utviklingshemming kan også komme til uttrykk ved taleflom.</p>
<p>Iderikdom og tankeflukt</p> <p>Barnet skifter raskt tema for samtalen, eller sitter med en subjektiv opplevelse av å ha tankekjør. Iderikdommen kan etter hvert resultere i at barnet blir forvirret, sliten og irritabelt.</p>	<p>Ideflukt kan være mindre tydelig og forvirringen kan komme tidligere enn i den øvrige befolkningen.</p>
<p>Hemningsløs atferd (økt sosial omgjengelighet)</p> <p>Det observeres tap av sosiale hemninger og økning i upassende sosial atferd. Barnet fremstår mindre hemmet i sosiale sammenhenger, og kan oppsøke fremmede for kontakt og oppføre seg overfamiliært med dem. Tap av sjenanse kan føre til ukritiskhet for egen eller andres kropp (av ikke-seksuell karakter), f.eks. nakenhet på offentlige steder.</p>	<p>Igjen bør atferden avvike fra det som er vanlig for barnet eller ungdommen. Tap av seksuelle hemninger inngår ikke i dette kriteriet.</p>
<p>Redusert søvnbehov</p> <p>Barnet legger seg sent og står opp tidlig, og sover færre timer enn vanlig. Midt på natta kan barnet engasjere seg med «dagaktiviteter», eller atferdsvansker øker. På tross av mindre søvn fremstår ikke barnet særlig sliten på dagtid. Dersom barnet fremstår sliten, har det fortsatt vansker med å sove og det observeres hyperaktivitet.</p>	
<p>Økt selvfølelse, grandiositet</p> <p>Symptomer på økt selvfølelse og storhetstanker gjenspeiler utviklingsstadiet barnet befinner seg på, og</p>	<p>Det er viktig å skille storhetstanker fra fantasier som svarer til barnets eller ungdommens utviklingstrinn. På et preoperasjonelt kognitivt stadium av</p>

kommer ofte til uttrykk som overdrevne påstander om ens egen betydning og ferdigheter. Barnet kan påstå at det er superhelt med superkrefter, eller verdensberømt kjendis. Ungdommen kan påstå at han eller hun skal gifte seg, uten at de dater noen i virkeligheten, eller tro at de har evnen til å uttrykke alle verdens problemer og elendighet.

utviklingen er det vanlig å ikke skille mellom fantasi og realitet, og påstander kan heller være uttrykk for drømmer og ønsker.

Distraherbarhet og forvirring

Barnet sliter med å fokusere, og blir lett avledet av ubetydelige stimuli i omgivelsene (f.eks. lyder, parallelle aktiviteter, ting de får øye på). Konsentrasjonsvanskene vil gjenspeile seg i redusert funksjonsnivå, og etter hvert forvirring. Barnet ser ut til å ha mistet ferdigheter, og det sliter med å gjennomføre oppgaver på skolen eller egenomsorg som det tidligere mestret. Funksjonsfallet skyldes nyoppstått manglende evne til å fullføre oppgaver, fordi barnets oppmerksomhet blir raskt avledet av ting i omgivelsene.

Hensynsløs, uansvarlig atferd

Barnet/ungdommen fremviser redusert dømmekraft sammenlignet med tidligere, og involverer seg lett i lystbetonte (ikke-seksuelle) aktiviteter med høy risiko for alvorlige, uheldige følger. Dette er en klar endring fra barnets vanlige væremåte, da barnet til vanlig ville unngå slike aktiviteter. Barnet kan f.eks. oppsøke farlige situasjoner eller gi bort lekene sine og lignende. Ungdommen kan ha overdreven bruk av penger, og f.eks. ønske å kjøpe samme t-skjorte i flere farger.

Økt sex-drift

Økt sex-drift kan komme til uttrykk som nyoppstått, eller økt interesse for seksuelle aktiviteter eller prat som er uvanlig for personen med utviklingshemming. Det kan være snakk om økt seksuell selvtilfredsstillelse, blotting og ta på andre på en seksuell måte.

Hallusinasjoner eller vrangforestillinger

4.3.3 Psykoselidelser

Begrepet psykoselidelser viser til alle lidelsene i F20-kapittelet i ICD-10. I tillegg kan psykose forekomme ved bipolar lidelse, og blir da ofte referert til som affektiv psykose. Psykose, spesielt hallusinasjoner, forekommer også ved andre tilstander som for eksempel traumelidelser, personlighetsforstyrrelser og en rekke somatiske tilstander. Alvorlighetsgraden av psykose kan variere fra relativt milde symptomer til alvorlig grad av schizofreni.

Personer med utviklingshemming kan ha vansker med å skille realitet og fantasi, og det kan være vanskelig å skille mellom hva som er psykoselignende symptomer og hva som er klare psykosesyntomer. Personer som har både vrangforestillinger og hallusinasjoner vil ofte forsøke å unngå å avsløre hallusinasjoner, enten på grunn av selvstigma, eller fordi innholdet i stemmer eller vrangforestillinger kan bli truende hvis man avslører dem. Kjernesymptomene ved psykose er hovedsakelig indre opplevelser som ikke alltid synes utenpå. Man kan derfor ikke utelukke psykose basert på observasjon alene.

Ved diagnostisering av psykose hos barn og unge med utviklingshemming skal generelle diagnosekriterier for psykose følges. Symptomene kan arte seg på annet vis enn hos voksne, da både kognitiv og emosjonell modenhet har betydning for hvordan symptomene kommer til uttrykk.

Psykose forekommer minst like hyppig hos ungdom med utviklingshemming som i den øvrige barne- og ungdomspopulasjonen. Hallusinasjoner og vrangforestillinger er kjernesymptomer. Terskelen for når hallusinasjoner er over grensen til psykose, er at symptomet skal være til stede minst en time om dagen, minst fire dager i uka, i minst en måned.

Symptombeskrivelser og diagnosekriterier (34)	Symptomer slik de kan komme til uttrykk hos barn og unge med utviklingshemming
<p>Hallusinasjoner er opplevelser som ikke er i samsvar med reelle sanseinntrykk. Hørsels- og synshallusinasjoner er vanligst, men forekommer i alle sansemodaliteter, spesielt hos barn.</p> <p>Hallusinasjoner er alltid i samsvar med personens kognitive og emosjonelle modenhet. Innholdet blir derfor ikke mer avansert enn personens fungering og ligger tett opp til personens hverdags erfaring. Temaer som går igjen i hallusinasjoner hos barn omhandler som regel venner, leker, skole, foreldre, samt interesser og andre hverdagstemaer.</p>	<p>En bør være spesielt oppmerksom hvis vedkommende fremstår som engstelig, klager på vondt i hodet eller ørene, lager nye lyder eller snakker med seg selv, ler umotivert, blir skvetten uten grunn, eller stirrer ut i luften. Observer om personen er vanskelig å komme i kontakt med ved ovenfor nevnte tegn.</p> <p>Vær oppmerksom på at hallusinasjoner hos barn med utviklingshemming er konkrete og knyttet til dagligdagse temaer som leker, venner, familie etc.</p>
<p>Vrangforestillinger er oppfatninger som ikke samsvarer med virkeligheten, og som ikke deles med andre. Forestillingene er åpenbart urimelige. Vanligvis representerer en vrangforestilling en fast overbevisning som ikke lar seg korrigeres. Det er ikke uvanlig at en vrangforestilling kan spores tilbake til et tema som er viktig for personen.</p> <p>Hos barn og ungdom er imidlertid vrangforestillinger mindre konsistente og varige enn hos voksne. På samme måte som ved hallusinasjoner er forestillingene i tråd med den unges kognitive og mentale modenhet og kan omhandle leker, venner etc. Det er ikke uvanlig at vrangforestillinger innbefatter foreldre eller andre nærpå personer. Barn kan ha vrangforestillinger om det gode/det onde, monstre, demoner, figurer fra dataspillverden etc.</p>	<p>Det kan være vanskelig å avdekke vrangforestillinger, spesielt ved alvorlig til dyp utviklingshemming og hos personer med språkvansker. Det er lett å tillegge livlig fantasi evnenivået. Dersom den unge handler påfallende på sine fantasier, for eksempel blir overdrevent redd eller utagerende, kan det være en vrangforestilling.</p> <p>Vær oppmerksom på at vrangforestillinger hos barn med utviklingshemming er konkrete og knyttet til dagligdagse temaer som leker, venner, familie etc.</p>

Ofte uttrykker de ikke selv sine forestillinger, men kan si at det koker i hodet, har vondt i hodet e.l.

Ved desorganisert atferd/tale vil personen som regel fremstå som forvirret, glemme kunnskap han eller hun ellers har, stoppe opp, ha vansker med igangsetting og gjennomføring av aktiviteter m.m. Atferden kan fremstå som urolig og eventuelt bisarr. Desorganisert tale kan komme til uttrykk som taleflom, springende tale eller redusert tale. Desorganisering er ikke et kjernesymptom ved psykoselidelsene, det vil si at man kan ha psykose uten å være desorganisert.

Hos barn og ungdom med utviklingshemming bør man spesielt merke seg at desorganisert atferd kan vises i form av usammenhengende aktivitet. Typisk er at personen mister evne til lek og løper fra en ting til en annen uten å samle seg om en oppgave.

Negative symptomer viser til symptomer på avflating, treghet, ambivalens, tilbaketrekning og fravær av en vitalitet som ellers er til stede. Både kroppsspråk, tale og mimikk kan bli tydelig avflatet, tregt og noen ganger nesten borte. Det kan være vanskelig å skille negative symptomer fra depresjon.

Det kan være lett å overse negative symptomer, spesielt hos personer som i utgangspunktet ikke er veldig sosiale eller har dårlige sosiale ferdigheter. Identifisering av negative symptomer krever et klart funksjonsfall og endring av ferdigheter fra tidligere fungering.

Barn og ungdom som har negative symptomer trekker seg gjerne tilbake fra sosiale aktiviteter og vanlige familieaktiviteter. Han eller hun kan gi uttrykk for at ingen ting lenger spiller noen rolle, eller at man ikke bryr seg. Motorisk aktivitet er betydelig redusert.

4.4 Posttraumatisk stresslidelse

Posttraumatisk stresslidelse (PTSD) er først aktuell når barnet fremviser en langvarig eller forsinket reaksjon på en traumatisk livshendelse (av kort eller lengre varighet) av usedvanlig truende eller katastrofal karakter (34). Symptomene representerer en endring fra barnets habituelle tilstand og væremåte. Hos personer med utviklingshemming baseres diagnosen på ICD-10 kriteriene, da DC-LD¹ mangler kriterier for denne lidelsen (72).

Symptombeskrivelser og diagnosekriterier (34)

Tidligere gjennomgått traume av usedvanlig truende eller katastrofal karakter.

Symptomdebut innen 6 måneder etter traumet.

Symptomer slik de kan komme til uttrykk hos barn og unge med utviklingshemming (33;89;90)

Flere hendelser må vurderes når PTSD skal kartlegges hos personer med autisme og utviklingshemming. Forbrenningsskader i forbindelse med stell eller overdreven bruk av tvang og makt er noen eksempler.

Også mindre traumatiske livshendelser kan føre til symptomer på PTSD. Dette kan skyldes at hendelsen oppleves som mer traumatisk enn for barn og unge uten utviklingshemming, med bakgrunn i grunnvansker knyttet til forståelse, fortolkning av situasjonen og kontroll over eget liv og miljø.

¹ Diagnostic Criteria for Psychiatric Disorders for Use with Adults with Learning Disabilities/Mental Retardation

<p>Tilbakevendende gjenopplevelse av traumet (f.eks. flashbacks, påtrengende og livaktige minner eller mareritt).</p> <p>Sterk ubehag ved utsettelse for omstendigheter som minner om traumet.</p>	<p>Opplevelsene kan iblant være vanskelig å skille fra psykose.</p> <p>Hos små barn kan hele eller deler av traumet utspille seg gjentatte ganger i eller utenfor lek.</p> <p>Gjenopplevelse av traumet kan komme til uttrykk i form av atferdsvansker som fysisk utagering eller selvskading, eller mareritt uten gjenkjennbart innhold.</p>
<p>Unngåelse av alt som minner om traumet (f.eks. tanker, følelser, samtaleemner, aktiviteter, plasser eller personer).</p>	<p>Kan av omsorgspersoner oppleves som vrang og umedgjørlige og nekte å delta i visse aktiviteter, eller besøke visse plasser uten å klare å formidle hvorfor.</p> <p>Kan vise seg som mer generalisert unnvikelse som er vanskelig å sette i sammenheng med traumeopplevelsen.</p> <p>Det kan ses mangel på planlagt unnvikelse.</p>
<p>Delvis eller fullt hukommelsestap for den traumatiske opplevelsen, eller vedvarende alarmberedskap / «arousal» (minst 2), som ikke var til stede før traumet</p> <ul style="list-style-type: none">• konsentrasjonsvansker• irritabilitet• søvnvansker• vaktksomhet/på vakt• overdrevent skvetten/lettskremt	<p>Det er viktig å vurdere om hukommelsestapet bedre kan forklares av barnets generelt lave evnenivå enn PTSD-problematikk.</p> <p>Fremviser stort sett de samme tegnene på alarmberedskap som motorisk uro, vandring og vansker med å slappe av.</p>

5 KARTLEGGING OG UTREDNING AV PSYKISKE PLAGER OG LIDELSER

Barn og unge med intellektuell funksjonsnedsettelse og/eller autisme kan både ha vansker med å identifisere hva som plager dem, og å få formidlet dette på en god måte. For å få tak i hva de strever med er det avgjørende med et tett samarbeid med barnets nærpå personer, og få skaffet en god oversikt over barnets typiske atferd og eventuelle avvik fra denne. Det bør gjennomføres systematiske kartlegginger av atferden for å avdekke mulige symptomer på psykisk lidelse.

Det er viktig å få bekreftet at symptomene representerer en klar forskjell fra tidligere fungering, det vil si at det foreligger et funksjonsfall, og at det ikke bare er en forbigående forverring eller fluktuering i personens generelle funksjonsnivå.

Både somatiske tilstander, syndromer og ulike lidelser i nervesystemet kan gi utslag i form av symptomer som kan ligne psykisk lidelse, og det er stor grad av samtidig forekommende diagnoser. Det må utelukkes at symptomene er konsekvens av nevrologisk eller somatisk sykdom, smerter, organisk etiologi, bivirkninger av medikamenter eller mangelfull tilrettelegging for den unge. Systematisk differensialdiagnostikk er derfor nødvendig.

En del syndromer har økt forekomst av noen former for psykiske lidelser, noe det er nødvendig å innhente kunnskap om (91).

Det er en klar fordel at den som skal gjøre en vurdering av psykiske lidelser hos barn og unge med funksjonsnedsettelse har erfaring med både psykisk plager og lidelser, og målgrupper innen habilitering. Samtidig er det viktig å gjøre vurderinger selv om grunnlaget ikke er optimalt (datagrunnlag eller kompetanse), men da heller angi usikkerhet, innhente ytterligere kompetanse og eventuelt drøfte med kollegaer på eget eller annet behandlingssted.

En del barn og unge med funksjonsnedsettelse benytter kommunikasjonshjelpemidler. Det er avgjørende at barnet har tilgang til disse hjelpemidlene under utredningen.

Fremmedspråklige barn og familier må ved behov tilbys tolk. En bør også ha ekstra fokus på hvordan kulturell bakgrunn kan påvirke oppfatning og beskrivelser av ulike symptomer og vansker.

5.1 Anamnese

Tabellen inneholder spørsmål for innhenting av informasjon i forbindelse med kartlegging eller utredning av psykiske plager hos barn og unge der bakgrunn, utviklingshistorie, diagnoser og funksjon antas kjent fra tidligere utredninger.

HELSEOPPLYSNINGER	AKTUELLE SPØRSMÅL
Aktuelle plager	<ul style="list-style-type: none">• Hva er pasientens hovedplage og pasientens/foresattes største bekymring?• Aktuelle psykiske plager<ul style="list-style-type: none">- depresjon eller mani/hypomani- hallusinasjoner, vrangforestillinger- angst og unngåelsesatferd- tvangstanker eller – handlinger- utfordrende atferd (roping, verbal eller fysisk utagering, selvskading, suicidalitet, motorisk uro, tilbaketrekning, spisevegring, utfordrende seksualisert atferd osv)- søvnforstyrrelse

- nyoppståtte kognitive vansker (konsentrasjons- og hukommelsesvansker, forvirring, eksekutive vansker osv)
- funksjonsfall (reduisert egenomsorg, tap av ferdigheter og språk osv)
- sykdomsinnsikt
- Aktuelle somatiske plager
 - smerter (hodepine, tannverk, magesmerter, obstipasjon osv)
 - nyttilkommet syns- eller hørselsvansker
 - krampeanfall og mistanke om epilepsi
 - sensorisk svekkelse
- Er dette en *endring* fra pasientens normaltilstand? Debut og forløp over tid? Utløsende årsak (f.eks. miljøendringer som flytting, skolebytte etc., aktuelle påkjenninger, psykisk lidelse hos foreldrene eller traumatiske opplevelser)? Varighet, styrke og kvalitet?
- Beskrivelse av plagen – konstant vs. anfallsvis, døgnvariasjon, pasientens gradering av plagsomhet (visuell analog skala), subjektive (ikke-observerbare) opplevelser vs. kroppslige og atferdsmessige (observerbare) symptomer. Faktorer som forverrer eller lindrer plagene?
- Hva slags *utredning, behandling og tiltak* har blitt foretatt så langt (f.eks. tiltak i bolig og avlastning, skoletilrettelegging)?
- Pasientens og foreldrenes *innsikt* i problematikken og behandlingsmotivasjon?

Naturlige funksjoner

- Vansker rundt søvn
 - innsovning, nattlige oppvåkninger og uro, tidlig eller sen oppvåkning
 - forskjøvet døgnrytme
 - energimangel og søvnighet på dagtid
 - mareritt
 - søvngjengeri
 - symptomer på søvnapné
 - søvnhygiene
- Vansker rundt spising og ernæring
 - redusert matlyst eller overspising
 - vektendring
 - kvalme, oppkast (ufrivillig eller fremprovosert)
 - bruk av avføringsmidler
 - gastroøsofageal refluks
 - magesmerter
 - tannstatus
 - tygge- eller svelgevansker
 - spising av ting som ikke er mat
- Vannlating og avføring
 - symptomer på urinveisinfeksjon
 - nattlig vannlating
 - inkontinens (urin eller avføring)
 - obstipasjon eller diare
- Menstruasjon
 - regelmessighet, blødningsvarighet og mengde
 - premenstruelle plager eller menssmerter
- Renslighet

Stimulanter	<ul style="list-style-type: none"> • Inntak av ulike typer, mengde og hyppighet <ul style="list-style-type: none"> - koffein, alkohol, tobakk/snus og/eller andre rusmidler - sprøytemisbruk
Medisiner	<ul style="list-style-type: none"> • Bruk av ulike legemidler <ul style="list-style-type: none"> - faste medisiner eller ved behov (inkl. prevensjon og ikke-reseptbelagte legemidler) - erfaring med bruk av psykofarmaka - kosttilskudd og ernæringsdrikk - kur/diett
CAVE	Medikamentell eller annen form for allergi?
Selvmondsrisiko-vurdering	<ul style="list-style-type: none"> • Vurder om barnet eller ungdommen har <ul style="list-style-type: none"> - tanker om døden, selvmordstanker, tidligere selvmordsforsøk - evne til å planlegge og gjennomføre et selvmordsforsøk, eller skade seg alvorlig på impuls • Risikofaktorer og beskyttende faktorer
Voldsrisikovurdering	<ul style="list-style-type: none"> • Forekommer verbal utagering og/eller fysisk utagering mot personer og/eller gjenstander? <ul style="list-style-type: none"> - alvorlighetsgrad - innsikt i egen problematikk og ønske om forandring - skyldfølelse og evne til empati
Foresattes helse og omsorgsevne	Hvordan er foreldrenes psykiske og somatiske helse og omsorgsevne? Har de alvorlige psykiske plager, rusproblem eller lærevansker?

5.2 Klinisk legeundersøkelse

Omfang av kliniske undersøkelser må vurderes individuelt ut fra pasientens symptombylle og hvilke undersøkelser som er gjennomført tidligere. Det er viktig å være oppmerksom på at smerter kan komme til uttrykk på atypiske måter og at barnet eller ungdommen vil kunne ha vansker med å formidle smerter og fysiske plager. Aktuelle undersøkelser kan være

- generell somatisk undersøkelse inkl. BT/puls, undersøkelse av hjerte/lunger/buk, nevrologisk undersøkelse, undersøkelse av syn og hørsel. Høyde, vekt, BMI
- psykiatrisk status presens
- orienterende blodprøver, evt. CYP-screening og SSRI-panel
- evt. andre relevante undersøkelser som MR caput, EEG, EKG osv

5.3 Observasjon

Observasjoner av pasienten inngår som en viktig del av utredningen, og kan gi verdifull informasjon som ikke nødvendigvis fremkommer ved formell testing, kartleggings skjema eller samtaler med foresatte og nærpersioner. Det vil ofte være nyttig å observere pasienten i sine naturlige omgivelser, som for eksempel hjemme, på skolen, ved avlastningsbolig eller i fritidsaktiviteter. I spesielle tilfeller kan det være aktuelt å ta opp videosekvenser av barnet eller ungdommen, slik at observasjonene kan drøftes i tverrfaglige team. Dette krever samtykke fra den eller de som skal filmes.

Eldre barn og ungdom kan oppleve det ubehagelig å bli observert på skolen, og ha bekymringer for å bli utsatt for mobbing/erting av medelever i etterkant. Hvor og hvordan observasjonen skal gjennomføres bør drøftes med ungdommen og foreldrene.

Det kan være hensiktsmessig å observere følgende forhold

- aktivitetsnivå
- tilgang til positive aktiviteter
- hvile og pauser
- samsvar mellom krav/forventninger og barnets eller ungdommens forutsetninger
- atferdsvansker eller agitasjon
- kontaktevne
- repeterende eller stereotyp atferd
- tegn på angst eller annen uro
- pasientens verbale og nonverbale utsagn
- evne til oppmerksomhet og evne til å tilpasse seg situasjon og kontekst
- sosialt samspill med andre
- tilpassede fysiske rammer
- hendelser (for eksempel støy) som utløser endring i atferd eller stemningsleie
- atferdens funksjon

5.4 Funksjonelle kartlegginger og analyser

For å forstå atferdens funksjon, anbefales det å gjøre en funksjonell kartlegging og analyse av atferden. I forkant bør andre årsaker til atferden være identifisert eller utelukket, som for eksempel somatiske plager. Barnets eller ungdommens ferdigheter, historie og miljø bør være kartlagt (30).

Analysen rettes mot kartlegging av forhold i omgivelsene, både foranledninger og forsterkende forhold for atferden (92). Begrepet og metodikken er mest kjent fra arbeid med personer med utviklingshemming og/eller autisme som viser konkrete atferdsvansker, som for eksempel selvskading, angrep mot andre eller materielle ødeleggelser.

Indre tilstander som følelser og tanker inkluderes i de funksjonelle analysene og kan være til hjelp for å kunne tolke atferdens funksjon (93). Funksjonelle kartlegginger og analyser kan også benyttes når barnet eller ungdommen ikke kan si så mye om årsaker til sin atferd (94). Metoden er også relevant for å forstå hvorfor atferd som inngår i psykiske lidelser forekommer, og kan være et viktig supplement i diagnostisering (95).

Funksjonelle analyser kan gjøres som åpne eller strukturerte intervjuer, kartlegginger eller ved observasjoner i barnets eller ungdommens naturlige miljø, ofte i kombinasjon (96). Videre kan man i kontrollerte betingelser teste ut ulike hypoteser om atferdens funksjon. Slike eksperimentelle analyser er mindre vanlig i kliniske situasjoner (94).

Tiltak bør baseres på funksjonelle kartlegginger og analyser av atferd (67;97). Vellykkede analyser kan forhindre igangsetting av behandling som kan virke mot sin hensikt (94). Analysene vil kunne vise at atferden for eksempel har en sosial funksjon, ved at den medfører oppmerksomhet fra omgivelsene. Man kan også komme frem til at atferden oftest skjer når barnet eller ungdommen blir presentert for krav de ikke mestrer, og at den resulterer i at de unngår, utsetter eller slipper unna kravet. Atferden kan også vise seg når barnet eller ungdommen i for liten grad blir aktivisert eller stimulert, hvor fremvisning av atferden gir tilgang til materielle goder eller aktivitet (96).

Funksjonelle analyser kan sjelden forklare atferden fullstendig (95). Ofte har atferden flere funksjoner (98). Faktorer som trigger og opprettholder atferd kan også endre seg over tid (30). Man må også være klar over at utfordrende atferd kan være uttrykk for bakenforliggende psykisk lidelse, traume eller overgrep, og en helhetlig vurdering og kartlegging er derfor viktig.

6 KARTLEGGINGSVERKTØY FOR VURDERING AV PSYKISKE LIDELSER

Ved utredning av psykiske plager og lidelser hos barn og unge med intellektuell funksjonsnedsettelse og/eller autisme bør man velge standardiserte verktøy som er valide, reliable og normert etter norske forhold. Førstevalget bør være verktøy som er utviklet for barn og unge med intellektuell funksjonsnedsettelse og/eller autisme (9). For videre utredning bør disse kombineres med konvensjonelle utredningsverktøy da diagnostiske verktøy utviklet for disse pasientgruppene ikke finnes.

Det er ingen enkelt test eller verktøy som helt nøyaktig kan fange opp en psykisk lidelse. Det må derfor utvises varsomhet med å konkludere på bakgrunn av en enkelt test eller verktøy, og det må benyttes flere kilder til informasjon i utredningen (99).

Spørsmål som bør stilles ved valg av kartleggingsverktøy:

- Har pasienten innsikt i egen problematikk?
- Kan pasienten fylle ut et skjema?
- Klarer pasienten å gjennomføre alle typer undersøkelser?
- Klarer pasienten å sette ord på det han får spørsmål om?

Jo mindre pasienten selv kan delta i undersøkelser, desto viktigere er atferdskartlegging med andre informanter, observasjoner, kartlegging av hvilken tilrettelegging barnet har og diagnostisk screening/intervju med andre informanter.

Opplysninger som bør tas i betraktning når det gjelder andre informanter:

- Hvor lenge har informanten kjent pasienten?
- Hvor stor grad av innsikt har informanten om pasientens fungering?
- Er det språkvansker eller kulturelle forhold det må legges til rette for?
- Mestrer informanten skjemautfylling, eller må informanten intervjues?

Verktøy utviklet for personer med utviklingshemming og/eller autisme

Det er tre måleinstrumenter på norsk som er spesielt utviklet for personer med utviklingshemming og/eller autisme: Abberant Behaviour Checklist (ABC), Developmental Behavior Checklist (DBC) og Psycopathology In Autism (PAC) (19). Instrumentene legger stor vekt på observasjon og atferdskartlegging via informanter.

Verktøyene tar høyde for at symptomuttrykket ved psykiske lidelser kan være annerledes i den aktuelle gruppen enn hos personer uten utviklingshemming og/eller autisme, f.eks. ved å rette oppmerksomhet mot atferdsendring, utagering og ytre observerbare tegn på psykisk lidelse. De er således hensiktsmessige for å fange opp tegn på psykisk lidelse hos den aktuelle målgruppen, men i mindre grad egnet til å stille diagnose.

Generelle verktøy

Det er to aktuelle verktøy som er godt kjent og mye brukt i BUP: Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia – Present Life Version DSM-5 (KSADS) og Development and Well-Being Assessment (DAWBA).

Ingen av disse verktøyene tar høyde for intellektuell funksjonsnedsettelse og større forstyrrelse av kommunikasjon. Verktøyene bør likevel kunne benyttes dersom personen har en lett grad av utviklingshemming, har evne til å besvare selv, har innsikt og et rimelig nyansert språk for følelser. Når disse kriteriene ikke er fullt ut tilfredsstillt må verktøyene brukes med forsiktighet og utredningen må i større grad baseres på observasjoner og komparentopplysninger fra foresatte og andre nærpå personer.

Den viktigste funksjonen disse verktøyene har, er å gjøre en bred screening av en rekke ulike psykiske lidelser. KSADS er både et screeningverktøy og et diagnostisk intervju som kan brukes for å stille diagnose for alle lidelser, med unntak av personlighetsforstyrrelser, enkelte utviklingsforstyrrelser og komplekse traumelidelser. DAWBA er et annet diagnostisk intervju som dekker de vanligste psykiske lidelsene.

Verktøy	Hva måler det?	Type verktøy	Alder	Tidsbruk
ABC-2² Aberrant Behavior Checklist-2	Alvorlighet av atferdsvansker og vurdering av behandlingseffekt hos personer med utviklingshemming. Irritabilitet, sosial tilbaketrekning, stereotyp atferd, hyperaktivitet og upassende tale.	Skjema som fylles ut av nærpersoner, lærer eller andre som kjenner personen godt. Amerikanske normer Oversatt til norsk.	Barn, unge, voksne (6-89 år)	10-15 min
DBC-P/DBC2-P³ Developmental behavior Checklist-Parent form	Kartlegger symptomer og behandlingseffekt på psykisk lidelse hos personer med autisme og/eller utviklingshemming. <i>Disruptive, self-absorbed, communication disturbances, anxiety og social relating</i> (offisiell norsk oversettelse av delskala navn foreligger ikke).	Skjema som fylles ut av foreldre eller nærpersoner som kjenner personen godt. Amerikanske og australske normer. Oversatt til norsk.	4-18 år	15-20 min
PAC⁴ Psychopathology in Autism Checklist	Kartlegger symptomer på psykisk lidelse hos personer med autisme og utviklingshemming. Indikasjon på psykose, depresjon, tvangslidelse, angst, generelle tilpasningsvansker.	Screeningverktøy. Skjema som fylles ut av nærpersoner og tjenesteytere som kjenner personen godt. Utviklet i Norge.	Ungdom og voksne	

² Bestilles ved henvendelse til Michael Aman: aman.1@osu.edu

³ Lanseres av Gyldendal i 2022

⁴Bestilles fra Nevnsom: <https://oslo-universitetssykehus.no/fag-og-forskning/nasjonale-og-regionale-tjenester/nevnsom/informasjonsmateriell-om-autisme#les-mer-om-pac>

Kiddie-SADS-PL⁵ Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia – Present Life Version DSM-5	Vurderer psykopatologi hos barn og ungdom.	Semistrukturert screening og diagnostisk intervju med barn og ungdom og foreldre. Oversatt til norsk.	6-18 år	1,5 til 3 timer
DAWBA⁶ Development and Well-Being Assessment	Vurderer ulike psykiske lidelser og kartlegger bakgrunnsinformasjon og sterke sider hos barnet/ungdommen.	Foreldreintervju, intervju med ungdom og spørreskjema som fylles ut av lærer. Kan administreres som selvutfylling på nett eller som intervju. Finnes på norsk og en rekke andre språk.	5-17 år	Foreldreskjema ca. 1 time Lærere ca. 10 min Ungdom ca. 30 min

6.1 Aberrant Behavior Checklist -2

Aberrant Behavior Checklist-2 (ABC-2) ble i utgangspunktet utviklet for å måle behandlingseffekt hos personer med utviklingshemming og brukes i dag også for å vurdere alvorlighet av atferdsvansker. Verktøyet har blitt mye brukt i forskning, og er oversatt til over 30 språk. Spørreskjemaet består av 58 ledd fordelt på fem delskalar: Irritabilitet, sosial tilbaketrekning, stereotyp atferd, hyperaktivitet og upassende tale.

Skjemaet fylles ut av nærpersoner, lærer eller tjenesteyter som kjenner personen godt. ABC-2 anbefales ikke brukt for barn under 5 år. Det skal ikke rapporteres samleskår for alle deltestene samlet (100).

Den norske versjonen av ABC-2 er blitt brukt til å estimere forekomsten av atferdsvansker hos ungdom og voksne med utviklingshemming (100;101). Halvorsen m. fl. undersøkte i 2019 om instrumentets psykometriske egenskaper og faktorstrukturen også passet i et utvalg av norske barn med nevroutviklingsforstyrrelser. De fant at de fire faktorene irritabilitet, sosial tilbaketrekning, stereotyp atferd og hyperaktivitet ser ut til å korrespondere med de originale faktorene, men ikke faktoren upassende tale. Videre fant de at hyperaktivitet/noncompliance skalaene viste sammenheng med ADHD, tilbaketrekningsskalaen ble forbundet med diagnoser i autismespekteret og irritabilitetsskalaen ble forbundet med diagnosen opposisjonell atferdsforstyrrelse (ODD). Skalaene irritabilitet og sosial tilbaketrekning var også assosiert med samtidige emosjonelle diagnoser (101).

⁵ Tilgjengelig på Helsebiblioteket: <https://www.helsebiblioteket.no/psykisk-helse/skaringsverktoy/?subject=243978>

⁶ Tilgjengelig på Helsebiblioteket: <https://www.helsebiblioteket.no/psykisk-helse/skaringsverktoy/?subject=243978>

Det foreligger solid dokumentasjon av egnetheten til ABC-2 i oppstartsfasen av en kartlegging av psykiske plager hos barn og unge med utviklingshemming. Det foreligger også dokumentasjon på egnethet og egne normsett for barn og unge med autisme med normal og lav IQ (19).

6.2 Developmental Behavior Checklist

Developmental Behavior Checklist (DBC) ble utviklet i Australia med utgangspunkt i kunnskap og erfaringer om at psykiske lidelser kan komme til uttrykk på andre måter, og ofte gjennom atferd, hos barn og unge med utviklingshemming og kommunikasjonsvansker, sammenlignet med barn og unge uten slike vansker (102). Den siste standardiseringen av instrumentet ble gjort i USA i 2018.

DBC består av de fem delskalene «disruptive» (opposisjonell atferd, aggressiv atferd og atferd assosiert med ADHD), «self-absorbed» (atferd en ser ved alvorlig utviklingshemming som pica, selvskading og atferd assosiert med autisme), «communication disturbances» (ekkolali, uvanlig stemmebruk; vansker assosiert med autisme)», «anxiety» og «social relating» (sosial tilbaketrekning assosiert med autisme og depresjon) (102). I tillegg anvendes totalskalaen som er summen av delskalaene, som en indikasjon på grad av plager og behov for en grundigere utredning av psykiske lidelser.

DBC kom best ut blant instrumenter på psykiske helseplager fra en nylig systematisk litteraturgjennomgang som vurderte egnethet (reliabilitet og validitet) blant barn og unge med autisme og/eller utviklingshemming (9). Den engelskspråklige versjonen av DBC har gode måleegenskaper på reliabilitet (indre konsistens av delskalene, test-retest og inter-rater reliabilitet), samsvar med diagnoser på psykiske lidelser (kriterierelatert validitet), begrepsvaliditet i form av underliggende faktorstruktur og samsvar med instrumenter som måler tilsvarende fenomener (konvergerende validitet). For detaljer se Halvorsen m. fl. (9).

Den norske versjonen av DBC er nylig validert i et barnehabiliteringsutvalg. Halvorsen m.fl. (102) fant at reliabilitet i form av indre konsistens av delskalaene var tilnærmet like høy i det norske som i det amerikanske utvalget. Begrepsvaliditeten til DBC ble dokumentert gjennom forventet overlapp mellom tilsvarende begreper og utvalgte diagnoser. En fant også støtte for gyldigheten av de amerikanske normene for mild funksjonsnedsettelse i den norske versjonen (102).

6.3 Psychopatology in Autism Checklist

Psychopatology in Autism Checklist (PAC) er utviklet i Norge for ungdom og voksne med autisme og utviklingshemming (103). PAC inkluderer 42 spørsmålsledd fordelt på fem delskalaer: psykose, depresjon, tvangslidelse (OCD), angst og generelle tilpasningsvansker. Skjemaet fylles ut av nærpersoner som foreldre og tjenesteytere som kjenner personen godt (19).

PAC ble utviklet basert på en forståelse av at det er nødvendig å kunne skille mellom tegn på autisme og tegn på psykisk lidelse for å kunne stille valide diagnoser på psykisk lidelse i denne gruppen.

PAC er et relativt nytt screeninginstrument som har vist lovende måleegenskaper, selv om det foreløpig ikke er belyst i mange nok studier og i utvalg av tilstrekkelig størrelse (19). I en studie fra 2021 ble målinger fra PAC funnet å korrelere med målinger fra ABC-2 (104). I studiet fant Helverschou og kollegaer at PAC identifiserte angst, depresjon, psykoser og andre psykiske lidelser, men identifiserte i mindre grad OCD. Studiet konkluderte at PAC muligens fungerte noe bedre til bruk for personer med alvorlig til dyp utviklingshemming, enn til personer med lett eller moderat utviklingshemming.

6.4 Kiddie-SADS-PL DSM-5

Kiddie-SADS-PL DSM-5⁷ (KSADS) er et bredt semistrukturert diagnostisk intervju som dekker de fleste psykiske lidelsene hos barn og unge etter kriterier i DSM-5 (105). Verktøyet er i utbredt bruk i BUP, og pakken med intervjuer er fritt tilgjengelig på nettsiden til Helsebiblioteket⁸.

KSADS er et aktuelt utredningsverktøy for fagpersoner både i HABU og BUP. Bruk av KSADS i HABU vil kunne lette kommunikasjonen med BUP da bruk av et felles verktøy kan bidra med et felles «språk» for aktuelle plager hos barnet eller ungdommen.

Intervjuet dekker følgende diagnosekategorier: depressive lidelser, mani/hypomani, stemningsreguleringsforstyrrelse, psykose, panikklidelse, agorafobi, separasjonsangst, sosial angstlidelse/selektiv mutisme, spesifikk fobi, generalisert angstlidelse, tvangslidelse, enurese, enkoprese, spiseforstyrrelser, oppmerksomhetssvikt/hyperaktivitet (ADHD), opposisjonell atferdsforstyrrelse (trasslidelse), atferdsforstyrrelse, tics, autismespekterforstyrrelser, sigarett- og tobakksbruk, alkoholmisbruk, rusmisbruk og posttraumatisk stresslidelse.

Intervjuet inneholder en rekke forslag til spørsmålsformuleringer, men må tilpasses barnets språk og utviklingsnivå. Det er ikke intensjonen at alle forslag til spørsmål skal benyttes ordrett, og klinisk skjønn må benyttes for å avgjøre hvordan og i hvor stor grad det må spørres om det enkelte område som kartlegges. Når intervjuer vurderer at det er tilstrekkelig informasjon til å avgjøre i hvilken grad symptomet er og har vært til stede, skal man gå videre til neste område i intervjuet.

Pakken med intervjuer består av et kort innledende anamnestic intervju/bakgrunnsopplysninger, et screeningintervju og fem mer detaljerte intervjuer som skal gjennomføres hvis det er indikasjon på dette i screeningintervjuet. Pakken består også av et diagnoseskjema som er en veiledning for å stille diagnose etter kriterier i DSM-5. For forsvarlig diagnostikk basert på KSADS kreves inngående kunnskap hos intervjuer om de diagnostiske kategorier som kartlegges. Det er ikke spesielle krav til profesjon eller utdanning for bruk av verktøyet, men i spesialisthelsetjenesten forutsettes det adekvat diagnostisk kompetanse og spesialisttilsyn når det stilles diagnose basert på KSADS.

Tidsbruken er ikke angitt spesifikt i beskrivelsen av verktøyet, og vil variere svært mye avhengig av hvor mange symptomer som avdekkes og hvor effektiv kommunikasjonen med barnet og de foresatte er.

Det synes ikke å foreligge noen vesentlig dokumentasjon som belyser validiteten av bruken av KSADS for personer med intellektuell funksjonsnedsettelse, utover ikke nærmere begrunnede antakelser om at intervjuet kan fungere for personer med lettere intellektuell funksjonsnedsettelse (106). Det må antas at barn med lettere intellektuell funksjonsnedsettelse vil kunne utvikle psykiske plager som ikke er grunnleggende forskjellige fra andre barn, slik at de områder som kartlegges også må antas å være relevante for denne pasientgruppen. Ved bruk av KSADS vil det være viktig å forholde seg til mental alder og ikke kun kronologisk alder ved gjennomføring av intervjuet. Dette vil innebære adekvat tilpasning av språk og forutsetter at intervjuer har tilstrekkelig kunnskap om intellektuell funksjonsnedsettelse og de vansker og tilpasningsbehov dette innebærer.

⁷ Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia –Present Life Version DSM-5

⁸ <https://www.helsebiblioteket.no/psykisk-helse/skaringsverktoy/?subject=243978>

KSADS bør kunne benyttes for å kartlegge psykiske plager hos barn og unge med lett grad av intellektuell funksjonsnedsettelse, enten med kun foresatte eller også med barnet/ungdommen. Det vil vanligvis være mest hensiktsmessig å først intervju foresatte, da intervjuer her vil kunne få verdifull informasjon som kan avhjelpe kommunikasjon med den unge i etterkant. Gjevik et al. (107;108) har i to studier også brukt KSADS med barn og unge med autisme med ulike grader av intellektuell fungering. Intervjuet ble da gjort kun med foresatte. Fordi verktøyet ikke er tilpasset barn og unge med autisme og/eller utviklingshemming krever det klinisk erfaring og diagnostisk kunnskap, herunder inngående autisemekunnskap for å kunne gjøre differensialdiagnostiske vurderinger (109).

6.5 Development and Well-Being Assessment

Development and Well-Being Assessment (DAWBA) er et diagnostisk verktøy som er utviklet for å fange opp vanlige barne- og ungdomspsykiatriske diagnoser (110). Det finnes tre versjoner av DAWBA med spørsmål som rettes til henholdsvis foreldre, ungdommer og lærere. Alle tre kan administreres enten via internett eller manuelt. Den norske versjonen inneholder spørsmål for en rekke ulike lidelser og forstyrrelser, i tillegg til å kartlegge bakgrunnsinformasjon og sterke sider hos barnet (111).

DAWBA inngikk i en multisenterstudie ved HABU i Helse Nord, der formålet ved studien var å undersøke egnetheten av generelle barne- og ungdomspsykiatriske verktøy for å fange opp psykiske tilleggsplager hos barn med intellektuell funksjonsnedsettelse. I studien fant man at DAWBA var egnet i en begynnende kartlegging for å sikre mer reliable og valide symptombeskrivelser i denne gruppen, men at grad av evnenivå kunne spille inn (29).

Erfaring fra bruk som screeningverktøy i HABU tilsier at DAWBA fungerer best for barn og unge med normal kognisjon eller lett utviklingshemming. For pasienter med moderat utviklingshemming kan verktøyet gi store utslag på for eksempel oppmerksomhet, sosiale vansker og autismelignende symptomer. Dette er symptomer som kan være vanskelig å skille fra grunndiagnosen.

En fordel med verktøyet er at foreldre kan fylle det ut på internett før barnet kommer til utredning, noe som gir et godt utgangspunkt for fagpersoner å gå nærmere inn på områder med bekymringsfull skår. Skjemaene er oversatt til mange språk. DAWBA er lite brukt i BUP i Helse Sør-Øst, noe som gjør verktøyet mindre egnet i kommunikasjonen mellom HABU og BUP.

6.6 Kartlegging av posttraumatisk stresslidelse

Nasjonalt kompetansesenter om vold og traumatisk stress (NKVTS) gir anbefalinger om bruk av verktøy for å kartlegge traumatiske erfaringer og posttraumatiske symptomer hos barn og unge (KATES)⁹.

Verktøyet KATES Barn er utviklet for at barn i alderen 6-18 år selv kan rapportere om eksponering for potensielt traumatiserende hendelser og symptomer på posttraumatisk stress.

Verktøyet KATES Omsorgsgiver er utviklet for at omsorgspersoner skal kunne rapportere om barnets eksponering for potensielt traumatiserende hendelser og symptomer på posttraumatisk stress.

Verktøyet finnes for barn 3-6 år og barn og unge 6-18 år.

⁹ <https://www.nkvts.no/kartleggingsverktoy/>

I KSADS gjøres det også kartlegging av symptomer på traumelidelse, slik at disse to verktøyene til en viss grad overlapper hverandre.

To kartleggingsinstrumenter er tilpasset personer med utviklingshemming og oversatt til norsk. Lancaster and Northgate Trauma Scale – Intellectual Disabilities, som kartlegger symptomer på traumelidelse (112;113) og Trauma Information Form som kartlegger traumeerfaringer (114).¹⁰

¹⁰ Kan fås tilsendt ved å kontakte Arvid Nikolai Kildahl på uxarvk@ous-hf.no.

DEL 2: BEHANDLING, TILTAK OG METODER

7 GENERELLE PRINSIPPER FOR PSYKISK HELSEHJELP

I dette kapitlet vil vi presentere generelle prinsipper for psykisk helsehjelp til barn og unge med funksjonsnedsettelse. Dette er kunnskap, perspektiver og tilpasninger som ikke alltid kan karakteriseres som selvstendige tiltak, men som kan være avgjørende for å lykkes med de tiltak man iverksetter. I kapitlet vil det også bli drøftet tiltak, behandlinger og tilpasninger som vil være anbefalt i de fleste tilfeller, eller på tvers av flere ulike spesifikke metoder.

7.1 Tilrettelegging for grunnvansker

De barn og unge som er målgruppen for denne rapporten har grunnleggende vansker med bakgrunn i intellektuell funksjonsnedsettelse og/eller autisme. Disse grunnvanskene må det tilrettelegges for på barnets ulike arenaer. Det må gjøres en kartlegging av barnets miljø og herunder i hvilken grad det er mangler i tilretteleggingen. Det kan f.eks. være manglende samsvar mellom barnets forutsetninger, og de krav og forventninger som stilles. I tillegg må det tilrettelegges for grunnvanskene i et hvert forsøk på behandling eller tiltak rettet mot allerede oppståtte psykiske lidelser.

Manglende tilrettelegging for grunnvansker kan være en av årsakene til at symptomer på psykisk lidelse oppstår (17). Bedre tilrettelegging vil derfor kunne være det primære tiltaket for å forebygge og avhjelpe de psykiske plagene. Slik tilrettelegging kan imidlertid ikke erstatte utredning og behandling av psykiske lidelser. I de fleste tilfeller vil det være behov for konkrete behandlingstiltak rettet mot den psykiske lidelsen samtidig som det gjøres tiltak rettet mot grunnvanskene og miljøet rundt barnet.

For å kunne tilrettelegge for grunnvanskene må det alltid foreligge en relativt oppdatert og fagkyndig utredning av barnets vansker. Dette innebærer som et minimum en utredning av kognitive funksjoner, herunder intellektuell og adaptiv funksjon, eksekutive funksjoner, kommunikative ferdigheter og emosjonell utvikling (115). I varierende grad vil det også være behov for en nevropsykologisk undersøkelse. Her vil spesifikke styrker og svakheter kunne fremstå tydeligere og dermed tas hensyn til. Utredningen må også kartlegge relevante miljøfaktorer rundt barnet, som blant annet omsorgssituasjon, skole, hjelpetiltak og sosiale forhold.

For barn og unge med autisme vil også en kartlegging av spesifikke autismsymptomer være viktig, herunder stereotyp, repetitiv atferd, avgrenset interessefokus og sanseintegreringsvansker, samt eventuelle endringer i slike interesser/atferder.

Det er stor grad av samtidig forekommende diagnoser, og systematisk differensialdiagnostikk er derfor viktig. Det må utelukkes at symptomer på psykisk lidelse er konsekvens av somatiske plager.

7.2 Individuell tilpasning

Barn og unge med funksjonsnedsettelse har svært forskjellige grunnleggende vansker, både type vansker og alvorlighetsgrad. Dette indikerer behov for betydelig grad av individuell tilpasning av hjelpetiltak. Mange metoder og tiltak er utformet for barn med typisk utvikling. Individuell tilpasning vil derfor være påkrevd i utforming av de fleste tiltak rettet mot psykiske helseplager hos barn og unge med intellektuell funksjonsnedsettelse og/eller autisme. Det vil kunne kreve modifikasjon av eksisterende metoder, f.eks. ved å forenkle, repetere, endre instruksjoner og oppgaver, samt kombinere elementer fra ulike metoder og tiltak (116).

7.2.1 Individuell tilpasning ved samtaler

Ved samtalebehandling av psykiske lidelser hos barn og unge med lett eller moderat intellektuell funksjonsnedsettelse kan følgende tilpasninger være aktuelle:

- Forklar rammene og hensikten med samtalen, hvilken rolle du har og informer om at samtalerne er frivillige.
- Bruk et enkelt språk med begreper som barnet forstår – bruk informasjon fra nærpåsoner om barnets språklige nivå, herunder også idiosynkratisk (særegent) språk, for å planlegge samtalen.
- Unngå lange setninger, metaforer, digresjoner og unødige faglige uttrykk.
- Gi barnet opplæring på områder der det er behov for å få effekt av behandlingen, f.eks. begreper, hva tiltaket går ut på, rolleforståelse og sosiale ferdigheter.
- Gi tilpasset informasjon, gjerne skriftlig og med bilder, i forkant av samtaler – inkluder informasjon om roller, hva som skal skje i samtalen, forventninger, måter å snakke sammen på og forventet effekt.
- Vurder kortere samtaler enn vanlig, og vurder å gjennomføre samtalen i barnets nærmiljø.
- Vurder behovet for flere samtaler enn vanlig da innlæring/prosessering kan ta noe lenger tid og kreve flere repetisjoner.
- Inkluder nærpåsoner (f.eks. foresatte, ansatte i barnehage og skole) i større grad enn med barn og unge med typisk utvikling.
- Benytt alternativ eller supplerende kommunikasjon (ASK) dersom barnet trenger det.
- Reduser stimuli som barnet opplever som stressende, f.eks. direkte øyekontakt og støy fra omgivelsene.
- Vurder defokusert tilnærming hvis barnet reagerer negativt på å få direkte fokus rettet mot seg for eksempel at man gjennomfører samtaler eller kartlegging mens man gjør noe annet (går tur, pusler puslespill, ser på bilder etc.).
- Legg spesielt vekt på forutsigbar og klar struktur i timer.
- Benytt konkret støttemateriell som bilder og tegninger, videomodellering, referat fra timer, historier og enkelt skriftlig materiell som oppsummerer og dirigerer barnets oppmerksomhet.
- Ved sosiale og kommunikative vansker kan det være behov for å hjelpe nærpåsoner å forstå barnets signaler og behov.

Tilpasninger ved autisme

Mange av de samme tilpasningene som beskrevet ovenfor vil også være aktuelle for barn med autisme, men for barn med autisme vil repetitivt og avgrenset atferds- og interessefokus være noe som kommer i tillegg. Råd om tilpasning ved samtaler med barn med autisme (117;118):

- Tilpass terapien til læringsstil.
- Gjør eksplisitt oppmerksom på sammenhengen mellom somatiske symptomer og følelser.
- Bruk mer tid og vær så konkret som mulig.
- Marker skifte av tema/overganger på en tydelig og eksplisitt måte.
- Ta ett tema av gangen og i små, konkrete steg.
- Unngå digresjoner og avsporinger.
- Sørg for tilgang på hjelp til å utføre hjemmeoppgaver mellom timene.
- Presenter konkrete handlingsalternativer istedenfor fri utforskning av handlingsalternativer i terapisamtalen.
- Lær pasienten avspenningsøvelser.
- Ikke forvent generaliseringseffekter av det som læres i terapi. Konkretiser handlingsalternativer i aktuell kontekst, legg vekt på praktisk øvelse og repetisjon.

- Lag klar og fast struktur på timene, gjerne med visualisert plan for rekkefølge og oppbygning av timen.
- Bruk barnets interesser aktivt inn i terapiarbeidet.
- Gi opplæring i tolkning av følelser basert på nonverbale signaler.
- Bruk skriftlig kommunikasjon hvis muntlig samtale er vanskelig.
- Vurder bruk av digitale kommunikasjonsformer.
- Ta hensyn til sensorisk overfølsomhet.
- Trekk foreldrene inn i behandlingen og bruk dem aktivt for å få tilbakemelding.

7.3 Foresatte og nærmiljøets rolle

For denne gruppen barn og unge vil det kunne være behov for i større grad enn det alderen skulle tilsi å inkludere foresatte mer aktivt i behandlingsprosessen. Dette skyldes flere forhold:

- Vansker med å forstå og formidle egne tanker selvstendig.
- Vansker med å føle seg trygge i en behandlingssituasjon.
- Vansker med å huske og gjennomføre oppgaver og trening som foregår mellom timene i behandlingen.

I noen tilfeller vil det være behov for å etablere et team (eventuelt følgeperson) rundt barnet eller ungdommen. Dette vil særlig være aktuelt når behandlingseffekt forutsetter trening, eksponering, øvelser, repetisjon og hjemmearbeid mellom behandlingstimer. Eksempler på tilstander som forutsetter teamarbeid er tvangslidelser, angsttilstander, atferdsforstyrrelser, depresjoner, bipolare lidelser, psykoser og spiseforstyrrelser. Et team sørger for at barnet husker oppgavene, forstår hva som skal gjøres, mestrer oppgavene, føler seg trygg nok og får hjelp til å revidere treningsopplegget etter behov. Teamet vil også styrke kommunikasjonen med behandler.

Det må likevel alltid gjøres en vurdering av den unges behov for og mulighet for autonomi i behandling og tiltak. Behovet for selvstendighet og frigjøring fra foreldre i ungdomstiden vil utvikle seg også hos barn og unge med funksjonsnedsettelse, og må benyttes som en ressurs i tiltak og behandling. Det vil derfor være hensiktsmessig å tilby hjelp som kan mottas og arbeides med på en mer selvstendig måte. Dette er også viktig for å oppnå behandlingseffekt ved å aktivere den unges eget driv og ansvarfølelse i behandlingen. Den selvstendige komponenten i behandlingen må skreddersys individuelt.

7.4 Samordnet helhetlig tilnærming

En samordnet helhetlig tilnærming vil være idealet i enhver behandling av barn og unge, og inkluderer sensitivitet for den unges totale livssituasjon, kanskje best modellert i den biopsykososiale forståelsesmodellen. For alle mennesker med psykiske plager vil både biologi (f.eks. sykdom, smerter, fysisk funksjonsnedsettelse), psykologi (f.eks. angst, depresjon, personlighetstype, relasjoner) og sosiale forhold (f.eks. skole, utdanning, bolig, økonomi) være viktige å vurdere ved valg av intervensjoner når man skal behandle psykiske lidelser.

For barn og unge med funksjonsnedsettelse vil imidlertid det biopsykososiale perspektivet kunne være enda viktigere enn for funksjonsfriske barn. Dette skyldes at den unge med sine grunnvansker må antas å ha mindre kontroll over sitt eget fysiske, sosiale og relasjonelle miljø, og er dermed mer prisgitt andres hjelp for å endre sine egne livsbetingelser. Biologisk baserte grunnvansker er en betydelig og vedvarende sårbarhet. Man bør derfor forsøke å kompensere for dette og styrke psykisk helse ved å rette oppmerksomhet mot barnets kontekst og livsbetingelser.

Behovet for en samordnet, helhetlig tilnærming berører også fagpersoners kompetanse og organisering av psykiske helsetjenester. Ofstad og kollegaer (119) peker på et udekket behov for døgnplasser i spesialisthelsetjenesten med kompetanse på utviklingsforstyrrelser når det oppstår akutt psykisk lidelse hos denne gruppen. Det kan også være aktuelt i mindre akutte tilfeller, hvor det vil være behov for tverrfaglige team med spesiell kompetanse på psykiske lidelser i målgruppen. Dette peker i retning av behov for tett samarbeid mellom HABU og BUP, og at manglende samhandling mellom disse tjenestene vil kunne føre til vesentlig svekkelse av det psykiske helsetilbudet til denne gruppen. Videre vil kompetanse og erfaring med både psykiske lidelser og aktuelle funksjonsnedsettelse være en forutsetning for å gi god behandling i alle tjenester som skal bistå med psykisk helsehjelp både i kommunen og i spesialisthelsetjenesten.

7.5 Utviklingspsykologisk forståelse og betydning av tidlig intervensjon

Barn med funksjonsnedsettelse har vanligvis avvikende utvikling sammenlignet med jevnaldrende. Dette viser seg gjerne tidlig i utviklingsforløpet. En god forståelse av både normal psykologisk, motorisk og sosial utvikling, samt kunnskap om avvik fra normalutvikling, vil være nyttig når man skal vurdere og iverksette tiltak rettet mot psykisk helse.

Sped- og småbarns psykiske helse er et relativt ungt fagfelt. Noe av det viktigste spedbarnsforskningen har bidratt med er erkjennelsen av at spedbarnets utvikling finner sted innenfor en sosial kontekst og dermed ikke kan forstås uavhengig av samspillet mellom barnet og de nærmeste omsorgspersonene (120). Transaksjonsmodellen (121) danner et solid grunnlag for å forstå barns utviklingsprosesser. Et hovedprinsipp i modellen er at barnet former sine egne utviklingsmiljøer. Barn med funksjonsnedsettelse kan utfordre foreldres intuitive foreldreferdigheter, noe som igjen vil kunne påvirke foreldres mestringsopplevelse og fortolkninger av barnet. Videre vil dette påvirke hvor godt foreldre klarer å tilpasse seg barnets behov for utviklingsstøtte. For å kunne identifisere psykiske helseplager hos de yngste barna med funksjonsnedsettelse er det derfor avgjørende å ha god kjennskap til faglitteraturen som omhandler blant annet tidlig samspill, tilknytning og metoder som er ment for å kartlegge sped- og småbarns psykiske helse.

Barn er i utgangspunktet i en asymmetrisk relasjon til sine omsorgsgivere og andre voksne nærpå personer. Barn med funksjonsnedsettelse blir ofte værende i en asymmetrisk relasjon lengre enn barn med typisk utvikling. De er mer sårbare og utsatte, og mange av barna vil ha behov for at noen oversetter deres behov og kan være deres «stemme» livet ut.

Psykologiprofessor Lars Smith beskriver i sin bok «Småbarnsalderens nevropsykologi» at barn med funksjonsnedsettelse vil ha større behov for kompenserende beskyttelsesfaktorer i sitt miljø enn barn med typisk utvikling. Han peker på at omstendighetene rundt funksjonsnedsettelsen kan påvirke barnets kapasitet til å tilpasse seg i mellommenneskelige relasjoner, noe som kan føre til samspillsmønstre som ikke fremmer barnets utvikling (122). Han peker også på at helsetjenestenes organisering gjør at personer med kompetanse på å utrede barn med nevroutviklingsforstyrrelser ofte ikke er de samme personene som skal følge opp barnet med tiltak i etterkant av utredningen. Denne beskrivelsen av risikofaktorens kumulative effekt og systemets utfordringer i å følge opp denne risikoen er fortsatt like relevant. Ved å styrke barnets nære relasjoner tidlig, kan barnet få en beskyttelse som reduserer risiko for senere samspillsvansker og psykiske helseplager.

Et godt utgangspunkt for intervensjon kan være bred kasusformulering som danner et helhetlig bilde av hvilke beskyttende faktorer og risikofaktorer, både konstitusjonelt og i omsorgsmiljøet, som påvirker barnet. Diagnosesystemet Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of

Infancy and Early Childhood (DC:0-5) er et deskriptivt system som er utviklet spesielt for å kunne beskrive utviklingsforsinkelser og atferdsavvik for barn under fem år (123). Dette diagnosesystemet gir et rammeverk for å ivareta en transaksjonell forståelsesmodell, ved at det blant annet er en egen akse for å beskrive relasjonen mellom barnet og omsorgspersonen. Diagnosesystemet er ikke tenkt som en erstatning for ICD-10, men som et tilleggsverktøy for å kunne forstå og planlegge hjelpetiltak for de minste barna (124).

7.6 Valg av behandlingstilnærming

Historisk har det i hjelpeapparatet vært en tendens at psykisk lidelse har vært sett på som en del av grunnlidelsen, og dermed ikke blitt forsøkt behandlet eller forstått. Det er fare for at denne forståelsen fortsatt forekommer blant fagfolk i hjelpeapparatet (6). En annen holdning har vært at samtaleterapi ikke er nyttig for personer med autisme og/eller utviklingshemming. Nyere forskning og klinisk erfaring tilsier at dette ikke alltid stemmer, og at særlig personer med lett og moderat utviklingshemming vil kunne ha nytte av mange av de samme terapiformene som barn med typisk utvikling, herunder også samtaleterapi (6). Det er umulig å gi noe dekkende svar på hvilken behandlingstilnærming som skal velges for den enkelte, dette vil alltid måtte vurderes individuelt. Overordnet anbefales det å ikke kategorisk utelukke behandlingsformer som gis til barn og unge med typisk utvikling, men fokusere på behovet for tilpasning og modifikasjon.

7.7 Evaluering og stoppkriterier i behandling

Barn og unge med funksjonsnedsettelser er en sårbar gruppe som i mindre grad enn andre er i stand til å kommunisere om sin opplevelse av behandling og tiltak. Dette kan innebære risiko for at behandling eller tiltak som er uvirksom eller skadelig, igangsettes eller opprettholdes uten at personen selv får til å kommunisere dette. Det vil også kunne innebære risiko for at behandling som ikke har tilsiktet effekt opprettholdes lenger enn hos andre. Det er derfor avgjørende å gjøre systematiske, planlagte og jevnlig evalueringer av behandlingseffekt. Nærpersoner og familie, som kjenner pasienten godt, må involveres og lyttes nøye til.

Før man starter opp med tiltak bør det defineres hva som er målsettingen med tiltaket og bli enige om hvilke endringer i barnet eller ungdommens atferd man skal se etter for å vurdere om tiltakene man iverksetter har ønsket effekt.

Det er også nødvendig å gjennomføre en registrering av barnet eller ungdommens atferd uten tiltak. En slik kartlegging vil være det man evaluerer ut fra, og kalles baseline (125). Dette vil gjelde uavhengig av om det er miljøterapeutiske tiltak, medisiner eller veiledning av foreldre som skal gjennomføres. Gode registreringer vil gjøre at man kan evaluere tiltakene fortløpende og systematisk, gjøre de nødvendige justeringene eller avbryte tiltak som ikke har ønsket effekt (126). Eventuelle endringer av tiltak bør gjøres en og en av gangen (127).

Det bør utformes stoppkriterier for behandling som defineres ved starten av behandlingen og oppdateres ved evalueringspunkter i behandlingsforløpet gjerne ved bruk av standardiserte instrumenter (for eksempel DBC eller ABC-2). Utforming av stoppkriterier krever god kjennskap til den enkelte pasient. Eksempler på slike kriterier kan være økning i uro/irritabilitet, unnvikelse/motstand, selvskadning, sosial tilbaketrekning, økt rigiditet eller andre former for atferd som tyder på at personen har det vanskelig. Dersom man ikke oppnår effekt av et tiltak, bør man vurdere om det er behov for nye kartlegginger og utprøving av andre tiltak, som alternativ til å avslutte behandling.

Tilstrekkelig opplæring av de som skal bidra til gjennomføring av behandlingstiltak er ofte avgjørende. For barn og unge med funksjonsnedsettelse er det gjerne foreldre, lærere og andre nærpåsoner som følger opp behandlingstiltak. Det kan være behov for veiledning fra fagpersoner i forbindelse med oppstart av tiltak, for å sikre at de blir gjennomført slik det er planlagt og at det blir gjort nødvendige evalueringer og justeringer fortløpende.

Det kan være nødvendig at det utarbeides en kriseplan sammen med alle involverte som klargjør hvordan man skal håndtere økende symptomtrykk eller eskalerende atferdsvansker (30) og hvem foreldre/nærpåsoner kan ta kontakt med hvis de ikke klarer å stå i de tiltak som er iverksatt (128).

Der det er snakk om selvskading eller utfordrende atferd rettet mot andre personer, kan det være nødvendig å gjennomføre en voldsrisikokartlegging (30). I de tilfeller det forekommer alvorlige atferdsvansker som gjør at barnet eller ungdommen må stoppes for å hindre vesentlig skade på seg selv eller andre, er det viktig å ha gode rutiner for hvordan dette skal dokumenteres og rapporteres. Dersom barnet eller ungdommen har en utviklingshemming og ansatte i for eksempel avlastningsbolig, eller andre som er underlagt lov om kommunale helse- og omsorgstjenester må gripe inn, vil kapittel 9, som regulerer bruk av tvang og makt, være gjeldende (129).

8 BEHANDLINGER, TILTAK OG METODER

Dette kapittelet omhandler behandlinger, tiltak og metoder som er vurdert som særlig aktuelle for barn og unge med funksjonsnedsettelse og samtidig psykisk lidelse. Tiltakene er ikke presentert i detalj, eller med formål om å sette leseren i stand til å gjennomføre det uten videre opplæring. Overlappende metoder med felles kjerneelementer vil bli omtalt samlet. Det vil derfor ofte være snakk om presentasjon av ulike grupper av tiltak snarere enn klart avgrensede metoder. For hvert tiltak er forskningsgrunnlaget kort beskrevet, deretter drøftes relevans og tilpasning av tiltaket for barn og unge med funksjonsnedsettelse. Tiltakene som blir beskrevet er

- foreldre- og søskenstøtte og intervensjoner rettet mot foreldre-barn samspill
- behandling av søvnvansker
- behandling av spiseforstyrrelser
- kognitiv atferdsterapi
- dialektisk atferdsterapi
- traumebehandling
- miljøterapi
- anvendt atferdsanalyse

8.1 Foreldre- og søskenstøtte og intervensjoner rettet mot foreldre-barn samspill

Det finnes en rekke foreldre-barn intervensjoner som er utformet for å hjelpe foreldre til å forstå, fortolke og respondere sensitivt til sitt barn på en utviklingsstøttende måte. Til grunn for mange av metodene ligger forståelsen av at barn og omsorgsmiljø påvirker hverandre gjensidig over tid (130). Allerede prenatalt påvirkes barnet av sitt omsorgsmiljø, og de første leveårene er samspillet svært viktig for barnets utvikling. Det er i dag mer kjennskap til hvordan spedbarnets transaksjoner med det emosjonelle miljøet påvirker hjernens utvikling (131). Dette danner et viktig forståelsesgrunnlag som understreker viktigheten av å tilby tidlig intervensjon som er tilpasset barnet og dets omsorgsmiljø. Godt tilpasset behandling bør basere seg på bred kartlegging av både barnets medfødte forutsetninger og av omsorgsmiljøet. En relasjonell tilnærming er hensiktsmessig også for eldre barn og ungdom, spesielt for barn med kommunikative og sosiale vansker som gjør dem mer avhengig av sine nære relasjoner for å bli forstått og for å hevde behov.

Sameroff, McDonough (132) definerer ulike strategier for intervensjoner i foreldre-barn samspill. De deler intervensjonene inn etter tre ulike nivåer:

- Redefinisjon omhandler intervensjoner som er ment å endre omsorgspersoners forståelse av barnets uttrykk og atferd. Eksempelvis samtaler med foreldre for å utforske deres forståelse av barnet, samt psykoedukasjon eller øvelse i utvidet forståelse av barnet.
- Reskolering omhandler intervensjoner som påvirker hvordan omsorgspersonene samhandler og påvirker barnet i samspill. Eksempelvis intervensjoner med bruk av video, eller direkte veiledning i en samhandlingssituasjon.
- Remediering omhandler direkte intervensjon mot barnets atferd eller symptom, for eksempel medikamentell behandling.

I Norge i dag benyttes en rekke foreldre-barn intervensjoner som beveger seg mellom disse nivåene og som tar sikte på å bedre samspillet mellom foreldre og barn. Noen av disse retter seg mot samspillet mellom småbarn og deres foreldre, og fokuserer på trygg tilknytning og utviklingsstøtte. Andre retter seg

mot foreldrenes håndtering av eldre barns utfordrende atferd ved hjelp av behandlingselementer som positiv forsterkning, god kommunikasjon, ignorering av uønsket atferd og milde konsekvenser.

Noen av disse intervensjonene er anvendt for barn og ungdom med funksjonsnedsettelse, blant annet Marte Meo (133) og De utrolige årene (DUÅ) (134;135). Glenne regionale senter for autisme har utviklet to foreldreprogram for foreldre som har barn med autisme i alderen 6 – 12 år og i alderen 12 - 18 år. Programmene er basert på DUÅ og Parent Management Training-Oregon (136). International Child Development Programme (ICDP) er også en foreldre-barn intervensjon som er anvendt og modifisert til foreldre med barn med funksjonsnedsettelse (137).

Bruk av intervensjoner rettet mot foreldre-barn samspill ligger i skjæringspunktet mellom forebygging og behandling av psykiske plager. Det kan i noen tilfeller være hensiktsmessig å ta i bruk hele eller deler av program eller metoder som modifiserer samspillet, men det må tas høyde for at uønsket atferd kan tildekke underliggende følelsesmessige vansker som barnet ikke klarer å kommunisere tydelig om. Det må altså utvises særlig forsiktighet, spesielt med programmer som inneholder atferdskorrigerende elementer. Videre kan det være behov for å justere innhold og fremgangsmåte og fravike manual for å nå frem med hjelpen til barnet med funksjonsnedsettelse. Instruktøren/veilederen må ha kunnskap både om barnets grunnlidelse og om psykiske lidelser.

Forskning tyder på at foreldreopplæring trolig gir en reduksjon i atferdsvansker og emosjonelle problemer også for barn med funksjonsnedsettelse. Effekten på barnets funksjon og foreldre-barn kommunikasjon er derimot usikker, fordi det finnes lite forskning og kunnskapsgrunnlaget på området er av lav kvalitet (80).

Klinisk erfaring tilser at ivaretagelse av barnets omsorgspersoner er avgjørende for å komme i posisjon til å behandle barnet. Foreldre har ofte behov for å bli anerkjent og forstått før de er mottakelige for psykoedukasjon eller annen veiledning. Mange har opplevd vedvarende utfordringer i samspill med barnet, og noen har opplevd dramatiske og potensielt traumatiske hendelser tidlig i barnets utvikling (svangerskap, fødsel eller nyfødtp periode). Barn og ungdom med funksjonsnedsettelse kan ha behov som krever tilpasninger, og dette kan medføre økte krav til omsorgspersonene. Kombinasjonen av barnets sårbarhet, mulig belastende livshendelser og foreldres potensielt store omsorgsoppgaver bidrar til at god støtte og tiltak rettet mot samspill er viktig.

Kjennskap til foreldres fortolkninger av barnet og foreldre- barn relasjonen er viktig i klinisk arbeid med sped- og småbarnsforeldre (138). Intervjuet, Working Model of the Child Interview (WMCI) er utviklet med tanke på å fange opp tilknytningsrelevant informasjon gjennom semistrukturert intervju med foreldrene. Målet med intervjuet er å belyse foreldres indre arbeidsmodeller av barnet sitt og relasjonen til det (139). Begrepet indre arbeidsmodell ble først brukt av Bowlby (140). Han beskrev at alle utvikler indre arbeidsmodeller av seg selv i verden, med forventning til hva man kan forvente av hjelp og beskyttelse fra sine tilknytningspersoner. Foreldres indre arbeidsmodeller av egne barn preges av møtet med det aktuelle barnet, men også foreldres egne relasjonserfaringer (138;139).

Klinisk erfaring tyder på at WMCI (eller liknende intervjuer) kan danne utgangspunkt for å forstå og ivareta foreldrene, og samtidig støtte foreldrene til å utvide sin forståelse av barnet sitt. Noen ganger er det viktig at fagpersoner med spisskompetanse på barnets grunnvanske kan supplere og støtte foreldrene i deres forståelse av barnets behov. Dette krever en respektfull tilnærming med utgangspunkt i at foreldrene kjenner sitt barn best. For å formidle aksept og bygge relasjon kan det være nyttig at

fagpersoner setter seg inn i foreldres subjektive opplevelse av barnet, noe intervjuet WMCI er ment å belyse gjennom spørsmål om foreldres tanker og følelser knyttet til barnet.

Barn med funksjonsnedsettelser kan ha kommunikative vansker og dermed mer utydelige signaler enn barn med typisk utvikling. Dette kan medføre økt risiko for å bli feiltolket av omgivelsene. Selv når omsorgspersoners ressurser og intuitive foreldreferdigheter er gode, kan det være mer krevende å fange opp og fortolke signaler fra barn med atypisk utvikling. Samtidig får omsorgspersonene ofte mer øvelse i å fortolke eget barn enn hva andre får. Foreldre kan derfor være en uvurderlig ressurs også for andre nærpå personer og hjelpere. Samtidig kan foreldre bli slitne etter langvarig store omsorgsoppgaver. Kartleggingsverktøyet Parent Stress Index (141) kan måle belastning og stress hos foreldrene på ulike områder. Resultatene kan hjelpe foreldre og hjelpeapparat å se behov for, og prioritere mestrings- og hjelpetiltak. For noen foreldre kan dette innebære tilbud om avlastning eller annen selvivaretagelse og støtte fra andre hjelpeinstanser for voksne, som eksempelvis samlivskurs eller psykisk helsetjeneste.

I klinikk kan fagpersoner møte foreldre som gir tilbakemelding om at de har mottatt veiledning, men at det ikke kjentes riktig for dem, siden det ikke passet så godt for deres barns individuelle behov. Noen foreldre har gitt uttrykk for at de har kjent på lite mestring, fordi det de har forsøkt å øve på i samspill med barnet ikke har hatt ønsket effekt. Dette understreker viktigheten av at barnets funksjonsnedsettelse og strev er godt beskrevet og anerkjent, og at dette integreres i foreldre- barn intervensjonen.

For foreldre er det å akseptere barnets vansker og diagnose ofte en prosess, og det er viktig at klinikere viser respekt for og tar hensyn til familiens reaksjoner. Noen foreldre kan få en sorgreaksjon, og foreldrenes mestringsstrategier kan variere og være mer eller mindre hensiktsmessige. Foreldre-barn intervensjoner bør derfor tilpasses foreldrenes prosess i å akseptere og forstå barnets vansker, og bør tilpasses foreldres grad av tilgjengelighet for veiledning i denne prosessen. Noen foreldre vil ha god nytte av foreldreprogram som gis i grupper, hvor man også treffer andre foreldre som er i lignende situasjon. Andre foreldre vil ha bedre nytte av individuell veiledning.

Barn som har søsken som har psykiske lidelser vil være mer belastet enn andre barn (142). Mindreårige søsken kan ha behov for oppfølging enten individuelt eller i gruppe, særlig dersom barnet eller ungdommen med psykiske lidelser framviser skremmende, uvanlig eller utfordrende atferd (12;143). Barn som opplever at foreldre eller de selv blir utsatt for vold fra søsken, vil være mer utsatt for selv å få psykiske plager (144). Helsepersonell har plikt til å dokumentere og følge opp barn som pårørende (12).

8.2 Behandling av søvnevansker

Psykiske lidelser kan føre til dårligere søvn. Samtidig kan for lite søvn gi symptomer på psykisk lidelse som for eksempel depresjon, og kan forverre ulike tilstander. For lite søvn kan også hindre effekt av behandling av psykiske lidelser og gi dårligere effekt av medikamentell behandling (48). Behandling av søvnevansker kan bedre den psykiske lidelsen og forebygge nye episoder (145).

Det er en høyere forekomst av søvnevansker hos barn og unge med funksjonsnedsettelser, og ved behandling av psykiske lidelser kan det være nødvendig å utrede og behandle søvnevanskene samtidig (for utredning se kap 3.5). Søvnevansker hos barna kan være en stor belastning for foreldre og familie. Foreldre vil derfor kunne ha lite overskudd til å motta veiledning, opplæring eller være involvert i kartlegging, utredning og behandling.

Ved medisinske tilstander som kan påvirke nattesøvn som epilepsi, reflux, allergi, smerte, mage/tarm problematikk, enurese og søvnapne vil ulike medisinske behandlinger være aktuelt (146).

Ved søvnevansker er det viktig å etablere gode søvnrutiner og sikre søvnhygiene (se vedlegg 2). I de tilfellene dette ikke er tilstrekkelig kan ulike atferdsmessige tiltak forsøkes før eller sammen med medikamentell behandling (se kapittel 9).

Det er anbefalt at det skal iverksettes legemiddelfri behandling av søvnevansker i forkant av eller sammen med behandling med psykofarmaka dersom dette ikke er forsøkt. Hvilke tiltak som forsøkes avhenger av symptombeskrivelse, tilstand eller diagnose (48;147) og bør skreddersys den enkelte (67).

Under følger eksempler på tiltak/behandlinger av de vanligste søvnevanskene hos barn og unge med funksjonsnedsettelser. Behandling av søvnforstyrrelser som narkolepsi og parasomnier som søvngjengeri, nattskrekke og mareritt omtales ikke her.

Ved innsovningsvansker er ekstinksjon, også omtalt som systematisk ignorering, en av de mest effektive metodene. Ekstinksjon er imidlertid kun effektivt dersom vanskene med å sovne kan knyttes til at barnet får oppmerksomhet av for eksempel foreldrene, og bør kun brukes når man vurderer at oppmerksomheten barnet søker ikke er utrykk for et behov som det er nødvendig å tilfredsstille, som smerte, redsel, sult eller lignende (48;67;148;149). En mer gradert ekstinksjon eller ekstinksjon med foreldretilstedeværelse kan også brukes. Gradert ekstinksjon kan også være effektivt dersom separasjonsangst har resultert i at foreldre sover i samme rom som barnet eller barnet sover i foreldrenes seng eller rom (146). Slike graderte tilnærminger kan benyttes der en kombinasjon av å ivareta barnets behov for trygghet og behovet for å lære selvstendighet i innsovningsfasen er ønsket. Tiltak som innebærer ekstinksjon skal ikke brukes når barnet er sykt og anbefales heller ikke for barn under 6 måneder.

Utsatt legging kan forsøkes der det er problemer med innsovning og å falle til ro. Målet er å få barnet til å assosiere seng og soverom med søvn. Barnet legges først når det er søvnet og tas eventuelt opp igjen dersom det ikke sovner relativt raskt. Barnet holdes våken i 30 minutter før det legges igjen. Gradvis tidligere leggetid innføres etter hvert. Barnet vekkes til fast tidspunkt uansett hvor lenge det har sovet (67;149).

Ved hyppige spontane oppvåkninger eller oppvåkninger som kan vare over tid på natten kan planlagt vekking av barnet 15-60 minutter i forkant av det tidspunktet barnet vanligvis våkner forsøkes. Slik kan forbindelsen mellom utløsende faktorer og oppvåkninger svekkes (146;149).

Ved rastløse ben er aktivitet, massasje og god søvnhygiene anbefalt. Bruk av medikamenter kan være aktuelt (150-153).

Psykoedukasjon om søvn og søvnhygiene, en gradvis justering av når man legger seg og står opp og lysbehandling med og uten medikamentell behandling med melatonin er anbefalt for forskjøvet døgnrytme (145;146;154).

En del foreldre vil kunne trenge opplæring og veiledning rundt søvn for eksempel om søvnhygiene og anbefalt søvnmengde, men også i etableringen av faste, tydelige søvnrutiner (146). Med litt eldre barn bør barnet selv involveres i å endre søvnmønsteret sitt. Psykoedukasjon om søvn og søvnhygiene kan være aktuelt (48).

Kognitiv atferdsterapi (KAT) er en lovende behandling for søvnvansker for litt eldre, typisk utviklede barn (149) (se kapittel 8.2). Med tilpasninger vil terapien kunne brukes for flere barn med funksjonsnedsettelse. KAT kan inkludere avspenningsøvelser (149;155).

Søvnrestriksjon kan brukes der søvnen er lite effektiv, preget av oppvåkninger og mange våkne timer som tilbringes i sengen. Ved å begrense timer i sengen, begrenses timer våken i sengen. Etter hvert som søvnen blir effektiv de timene som er bestemt, utvides søvntiden gradvis igjen. Behandlingen er kontraindisert ved for eksempel bipolar lidelse og søvnapné (48;67;156). Det er få studier om søvnrestriksjon hos personer med utviklingshemming (67).

Bruk av positiv forsterkning kan fremme barnet eller ungdommens ønskede atferd rundt legging og det å stå opp dersom motstand mot dette er utfordringen (146). Alle de ulike tiltakene/behandlingene kan også brukes sammen med positiv forsterkning (146), tegnøkonomi (149) og eventuelle atferdsavtaler for å sikre motivasjon hos barnet eller ungdommen (se kapittel 8.8). Ofte kombineres også de ulike tilnærmingene som ekstinksjon, utsatt legging og bruk av forsterkning i tiltakspakker (67).

Søvnloggbok eller andre registreringer av søvn, som gjøres ved utredning av søvnvansker, bør gjøres underveis og/eller etter tiltak for å kunne vurdere effekt av tiltakene.

I dette avsnittet har vi først og fremst omtalt atferdsanalytiske teknikker som det foreligger mest forskning på. Det må imidlertid understrekes at søvnforstyrrelser alltid må suppleres med andre psykologiske forståelsesrammer, som f.eks. tilknytning og relasjonelle forhold, eventuelle traumer og angsttilstander, barnets utviklingsnivå og forventet grad av selvstendighet samt andre behov barnet måtte ha. Slike supplerende vurderinger vil kunne ha innvirkning på valg av behandlingstilnærming.

8.3 Behandling av spiseforstyrrelser

Behandling og tiltak rundt spiseforstyrrelser og spisevansker bør være tverrfaglig og i samarbeid med foreldre og nærpersoner (63).

Hos barn og unge med lett til moderat utviklingshemming behandles anoreksi, bulimi og overspising slik det er beskrevet i Nasjonal faglig retningslinje for spiseforstyrrelser (60), men vil kunne kreve mer intensiv og skreddersydd behandling (61;65;68).

Ved behandling av anoreksi hos barn og unge med autisme, kan det være aktuelt med tilpasninger rettet mot sensorisk sensitivitet, rigiditet og kommunikasjonsvansker (157). Se også kapittel 7.2 for individuell tilpasning ved samtaler.

Anvendt atferdsanalyse har ofte vært brukt for å behandle matsелеktivitet hos barn og unge med autisme. Bruk av positiv forsterkning, gradvis og gjentatt eksponering til ny mat og stimulusfadingprosedyrer (for eksempel gradvis å gå fra tyntflytende til tykkere konsistens) er beskrevet som eksempler (158). Det er også anbefalt å ha fokus på variasjon, for eksempel i presentasjon av matvarer. Introduksjon av matvarer, som ligner det barnet allerede liker, gjøres gradvis og forsiktig. Også sensorisk tilvenning utenom måltidene anbefales. Denne type behandling er ofte tidkrevende og gis av foreldre og andre nærpersoner under veiledning (159).

Behandling av Avoidant-restrictive food intake disorder (ARFID) avhenger av om hovedproblematikken er liten interesse for mat og spising, unngåelse av mat grunnet sensoriske vansker eller om det er på grunn av bekymring/frykt.

Som behandling er opplæring og informasjon om tilstanden, veiledning av foreldre, etablering av struktur og rutiner, gradvis eksponering, desensitivisering og kognitiv atferdsterapi blant annet nevnt (71).

Ved alvorlige former for matavvising vil man i enkelte tilfeller måtte ty til gastrostomi eller inngripende tiltak som innebærer forhindring av flukt fra måltidssituasjonen (63;67). Terskelen for dette er selvsagt svært høy da det innebærer betydelig bruk av makt, og må i så fall begrunnes i alvorlig helsefare eller død.

Ruminasjon (frivillig drøvtygging/oppgulplidelse) og pica (spising av ikke-fordøyelige substanser) er først og fremst beskrevet hos barn og unge med mer alvorlig utviklingshemming. I behandling av spisevansker ved alvorlig eller dyp utviklingshemming er læringsteoretiske metoder brukt (61). Ved pica har non-kontingent forsterkning, det vil si en berikelse av miljøet med presentasjon av foretrukne leker og aktiviteter, til bestemte tider uavhengig av pica, vist seg effektivt (67). Dette anbefales gjerne sammen med systematisk miljøterapi (63). Pica kan forekomme samtidig ved depresjon og angst, som da også må behandles (63). I behandling av ruminasjon har gjentatte tilbud om mer mat 30 minutter etter måltid vist seg effektiv (67).

8.4 Kognitiv atferdsterapi

Kognitiv atferdsterapi (KAT) er en gruppe beslektede behandlingsmetoder som er hyppig brukt i behandling av ulike psykiske lidelser, og som det foreligger mye forskning på. De sentrale komponentene i KAT er psykoedukasjon, håndtering av kroppslige reaksjoner, kognitiv restrukturering, problemløsning og eksponering (160). De forskjellige KAT-programmene kan formidle og vektlegge komponentene ulikt, alt etter hvilken diagnose og aldersgruppe de er ment for. I noen programmer kan for eksempel eksponeringsdelen overlates til personen, som hjemmelekser, andre ganger må terapeuten bistå i eksponering. En fleksibel bruk anbefales, og Neumer og kolleger (160) anbefaler individuell kasusformulering som verktøy for tilpasning av KAT til den enkelte. Fleksibel bruk vil være spesielt viktig for barn og unge med funksjonsnedsettelse.

Bruk av KAT ved utviklingshemming og autisme kan innebære behov for teknikker utover hva som er beskrevet i en manual for barn og unge uten funksjonsnedsettelse. Vi anbefaler å bruke den manualen man har fått opplæring i. Det kan også være nyttig å følge råd i en manual som beskriver KAT for personer med utviklingshemming: «*A manual of cognitive behaviour therapy for people with mild learning disabilities and common mental disorders. Therapist version*» (161), der det i de første øktene (1-4) blir anbefalt å gjennomføre en språkkartlegging og bygge videre på denne når man vurderer om KAT kan være nyttig for den enkelte.

Det er viktig med felles forståelse av hvorfor barnet eller ungdommen er henvist og hva KAT-behandlingen går ut på, inkludert en forpliktelse til å møte til avtaler og å gjennomføre hjemmeøvelser. Roller og ansvar til den enkelte må være kjent for alle som skal delta i gjennomføringen av KAT. Det kan være nyttig med arbeidsark eller arbeidsbøker underveis i behandlingen. En god inspirasjon kan være Mestringskatten (162) og arbeidsboken for barn som er en del av programmet Mestrende barn (163).

For psykoedukasjon må man benytte de pedagogiske virkemidler som er nødvendig. Det kan være å «tegne og fortelle» hva som skjer i hjernen ved for eksempel tvangstanker eller angst. Formidle at hjernen «lurer deg» og at når man lar seg lure, så blir tvangen eller angsten sterkere, og at terapeuten skal hjelpe deg å kjempe imot.

For å lære å gjenkjenne følelser og kroppslige reaksjoner på for eksempel angst, kan man igjen «tegne og fortelle». Terapeuten kan også modellere ulike følelser og kroppslige reaksjoner, som personen etterpå rollespiller. Det er nyttig med modell og rollespill også for å lære å kjenne igjen tanker, både hjelpsomme og ikke hjelpsomme (kognitiv restrukturering), der terapeut gjenskaper en situasjon som ofte innebærer angst, og sier høyt hvilke tanker som da kommer og eventuelt kjennes i kroppen. Så kan barnet eller ungdommen gjenskape en situasjon der vedkommende har fått angst, og si høyt hvilke tanker og følelser som følger. Det kan også være nyttig å gjenta, men nå med mer hjelpsomme tanker og legge merke til hva som da kjennes i kroppen. Eksponeringen kan også kreve en tilnærming med modell og rollespill.

Kunnskapsgrunnet for KAT vurderes som svakt, da det er få studier og lite forskning som retter seg spesifikt mot barn. Det antas likevel at kognitiv atferdsterapi vil kunne ha en viktig rolle i behandlingen av psykiske plager hos barn med funksjonsnedsettelse. Forhold som taler for dette, er at flere av behandlingsmetodene gir nokså konkrete oppgaver i form av eksponeringsøvelser, atferdsekspirer, systematisk trening og instruksjoner om endring av uhensiktsmessige tankemønstre. Konkrete oppgaver kan tenkes å være mer avgjørende for et godt behandlingsresultat for barn med funksjonsnedsettelse sammenlignet med andre barn. Oppfølging av endring av faktisk atferd i virkelige situasjoner er i fokus, et sentralt element som kan tenkes å være særlig viktig i denne gruppen barn og unge.

KAT har noe overlapp med anvendt atferdsanalyse, som omtales i kapittel 8.8. Begge behandlingstradisjoner legger vekt på modifisering av konkret atferd på et detaljert nivå, men skiller seg ved at KAT i stor grad retter seg mot tanker og indre forestillinger hos personen, mens atferdsanalyse i større grad retter seg mot ytre betingelser i miljøet rundt personen, og hvordan disse former personens atferd. Det kan tenkes at KAT vil passe best for barn og unge som fungerer bra kognitivt, mens andre atferdsanalytiske metoder vil passe best for de med større kognitive vansker. Dette fordi modifisering av egne tankemønstre er mer kognitivt krevende for personen selv, enn at ytre miljøbetingelser endres. Rent praktisk vil KAT kunne tenkes å være mest effektivt for personer med lett utviklingshemming, samt personer med Asperger syndrom eller andre autismspekterforstyrrelser uten utviklingshemming og uten store språkvansker. Atferdsanalytiske metoder vil kunne tenkes å være mer egnet for personer med lavere funksjonsnivå enn dette. Det må understrekes at det alltid vil være en individuell vurdering av hvilken behandlingsmetode som passer best for den enkelte.

KAT er altså en gruppe behandlingsmetoder som har flere karakteristika (konkret, praktisk, klare oppgaver, atferdsendrende) som taler for at den kan være velegnet for en del barn og unge med funksjonsnedsettelse. Det kan likevel være behov for å gjøre tilpasninger i møtet med den enkelte. Følgende tilpasninger eller endringer av standard beskrevet metode kan være nødvendig for å øke eller muliggjøre effekt av KAT-intervensjonen:

- Bruk et enkelt språk og benytt enklest mulige meningsbærende ord, anvend gjerne barnets egne foretrukne begreper.
- Vurder kortere timer enn normalt.
- Vurder ambulant behandling på det stedet som er tryggest og mest egnet for barnet eller ungdommen.
- Inkluder barnets eller ungdommens nærpersioner i alle deler av behandlingen.
- Vurder å benytte team rundt barnet eller ungdommen for å følge opp oppgaver mellom timer.

KAT ved angst

Tidsskriftet Ungsinn har gjort vurdering av flere programmer for angstbehandling:

- Mestringskatten (noe dokumentasjon) (164).
- FRIENDS for life (tilfredsstillende dokumentasjon) (165).
- SMART, forebygging av emosjonelle problemer hos ungdom (sannsynlig virksomt) (166).
- Dialektisk atferdsterapi for ungdom (DBT-A) (tilfredsstillende dokumentasjon) (167)

I en Cochrane-oversikt som undersøker effekten av KAT ved angst hos barn og unge med autisme (168) ble det identifisert 12 studier, hvor studiene viste variable funn med tanke på effekt. De fant ingen randomiserte kontrollerte studier (RCT) med personer med utviklingshemming. En litteraturgjennomgang fra 2019 fant at flere KAT programmer var mer effektivt enn *treatment as usual* eller ingen behandling for barn og unge med autisme (169).

KAT ved OCD

Elliott, Marshall (170) så i sin Cochrane-oversikt på effekt av KAT ved OCD hos barn og voksne med autisme. Gjennomgangen indikerer at KAT kan være effektivt for personer med autisme, men det anbefales at tilpasninger gjøres med blant annet mer vektlegging av eksponering og responsprevensjon enn på de kognitive elementene i KAT.

KAT ved stemningslidelser

Det er publisert én systematisk oversikt angående KAT-behandling ved samtidig utviklingshemming (171) og én angående KAT-behandling ved samtidig autisme (172). I begge oversiktene var det både barn og voksne i pasientgrunnlaget. For personer med utviklingshemming var KAT, i både gruppe og individuelt, effektivt for sinne og depresjon. Effekt av andre terapier var uviss. For autisme var KAT medium effektivt for stemningslidelser, og mindre effektiv for autismerelaterte vansker, som sosiale ferdigheter og samtaleferdigheter. Resultatene er imidlertid usikre i begge studier, på grunn av få deltagere i de enkelte studiene og mindre god studiekvalitet. Ingen spesifikke manualer er beskrevet i artiklene.

Programmet «DU - Mestringskurs for ungdom» er utformet for aldersgruppen 14-20 år med lettere form for depresjon. Programmet er vurdert å ha noe dokumentasjon av effekt (173).

KAT ved traumer og posttraumatisk stresslidelse (PTSD)

Det er publisert en vurdering av tiltaket «Traumefokusert kognitiv atferdsterapi» (TF-CBT) som er en behandlingsmetode for barn og unge (3-18 år) som har opplevd ett eller flere traumer, og som utvikler traumerelaterte vansker som følge av dette. Behandlingen er vurdert til å ha sterk dokumentasjon for effekt. Det vises til en nordisk RCT-studie med ungdom i alderen 0-18 år gjennomført i BUP, med middels stor effekt (174).

Acceptance and Commitment Therapy (ACT)

ACT er utviklet for voksne uten funksjonsnedsettelser, men er også brukt ved behandling av barn, ungdom og voksne med for eksempel utviklingshemming og autisme. I den systematiske oversikten til Byrne og O'Mahony (175), som ser på ACT som intervensjon for voksne med utviklingshemming og autisme, ble åtte studier inkludert, alle med metodiske svakheter og få deltakere. Allikevel konkluderer de med at ACT kan være en nyttig terapi for voksne med utviklingshemming og autisme.

8.5 Dialektisk atferdsterapi

Dialektisk atferdsterapi (DBT) ble opprinnelig utviklet for ungdom med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse og selvskadende atferd (176). Metoden innebærer en kombinasjon av

individuell terapi og utstrakt bruk av ferdighetstrening, med tanke om at utvikling av ferdigheter når det gjelder regulering av følelser, atferd og relasjoner til andre mennesker krever trening og øvelse.

Enkeltstudier og klinisk erfaring tilsier at grunnprinsippene i DBT kan være nyttig også for andre som strever med regulering av følelser, atferd og relasjoner til andre mennesker, inkludert personer med utviklingshemming eller autisme som har utfordringer på disse områdene (177-180). Det er laget egne manualer for tilpasning av DBT for personer med autisme (181) og utviklingshemming (182). For personer som inngår i disse gruppene kan det være nødvendige med blant annet tilpasning av kommunikasjon og materiale benyttet i ferdighetstrening. Det kan også være mer utfordrende å delta i gruppebehandling, slik at en muligens i noe større grad må basere seg på en kombinasjon av individualterapeutiske og miljøterapeutiske strategier. Bruk av DBT-informerte tilnærminger vil kreve en viss grad av verbale ferdigheter, men vil sannsynligvis kunne tilpasses til personer med lett og moderat utviklingshemming (178;179).

8.6 Traumebehandling

Barn og unge med funksjonsnedsettelse utsettes oftere enn andre for potensielt traumatiserende hendelser, inkludert omsorgssvikt, vold og seksuelle overgrep (25;26). Mange i denne gruppen kan derfor være i behov av spesifikk behandling eller tiltak rettet mot traumerelaterte plager eller symptomer.

Individualterapeutiske strategier

Eye Movement Desensitization and Reprocessing therapy (EMDR) (183) er en psykologisk behandlingsform for traumelidelser og traumerelaterte tilstander. Metoden har vist seg å ha god effekt i befolkningen generelt (184), også hos barn (185;186). Fordi metoden i mindre grad enn andre, tilsvarende metoder stiller krav til verbaliseringsferdigheter, har det vært foreslått at EMDR kan være spesielt egnet for behandling av traumelidelser hos personer med utviklingshemming eller autisme (187). EMDR har vist lovende resultater for voksne med utviklingshemming (188;189) og autisme (190). Det er også publisert enkeltstudier av EMDR for voksne med alvorlig utviklingshemming og svært begrensede verbale ferdigheter (191;192), samt i flere studier beskrevet tilsynelatende positive effekter hos barn og ungdom med utviklingshemming eller autisme (192-195). Kunnskapen om hvordan EMDR må tilpasses til disse gruppene er lite systematisert, men det er rimelig å anta at behandlingen må tilpasses både personens utviklingsnivå, språklige ferdigheter og eventuelle autismsymptomer. For mange med lette funksjonsnedsettelser vil EMDR kunne gjennomføres tilnærmet uten tilpasninger. Noen kan imidlertid ha nytte av følgende tilpasninger av EMDR-behandling:

- Tilpass protokollen slik man ville gjort med et noe yngre barn.
- Benytt kortere økter.
- Gjennomfør færre runder med bilateral stimulering per økt.
- Gi gode forklaringer i forkant og tydelig struktur i terapisisuasjonen.
- Ha med en trygg omsorgsperson inn i terapirommet, både for å legge til rette for at situasjonen blir trygg og god, samt for å sikre at man fanger opp eventuelle signaler fra barnet som terapeuten ikke får tak i (196).
- Mange vil ha nytte av å se og ta på eventuelt utstyr før man skal benytte dette.
- Bruk visuelle hjelpemidler for å angi grad av subjektivt opplevd ubehag, for eksempel termometer fra KAT-kassen (197), eller annet materiell som er kjent for personen.

- For mange med autisme vil det kunne være fint å gjennomføre EMDR med bruk av teknisk utstyr, heller enn at terapeuten benytter håndbevegelser, ettersom dette reduserer de sosiale kravene i situasjonen.

Traumefokusert kognitiv atferdsterapi (TF-CBT) kan også benyttes til denne gruppen, men det er færre studier hvor denne tilnærmingen er tilpasset personer med intellektuell funksjonsnedsettelse (175;198;199).

Traumebevisst/traumesensitiv omsorg

Traumebevisst eller traumesensitiv omsorg er en systemfokuset modell for omsorgstjenester (200). Modellen tar utgangspunkt i anerkjennelse av både hvor utbredt traumer er og hvilke effekter de kan ha, og har som mål å skape en kultur der trygghet, tillit, valgfrihet, samarbeid og myndiggjøring står i fokus. Denne tankegangen har de siste årene blitt gradvis mer utbredt også når det gjelder personer med autisme eller utviklingshemming (201-204), og vil være nyttig dersom man skal kunne endre praksisen med at traumelidelser og andre konsekvenser av traumatiske opplevelser i denne gruppen ofte blir oversett, feiltolket eller tilskrevet personens grunnvansker (203;204). Traumebevisst omsorg vil være spesielt viktig i møte med personer som mottar tjenester i hjemmet. Det er også viktig i systemer som legger til rette for og organiserer slike tjenester (200). I praksis vil arbeid med opplevd trygghet hos personen ha stor betydning, samt strategier knyttet til å avhjelpe det opplevde kontrolltapet som er sentralt hos mange som har traumelidelser. Slike strategier inkluderer vektlegging av selvbestemmelse, valgfrihet og myndiggjøring, at omsorgstjenester er noe som gjennomføres i samarbeid mellom den som gir og den som mottar slike tjenester.

8.7 Miljøterapi

Miljøterapi innebærer at behandlingsmiljøet tilrettelegges for å bidra til behandling av en psykisk lidelse, herunder både å avhjelpe symptomer, skape trygghet og forutsigbarhet mv. Selv om denne tradisjonen har sitt opphav i døgnbehandling i psykisk helsevern, vil prinsippene for samhandling og organisering være overførbare til og nyttige også på andre arenaer der det gis tjenester til personer med utviklingshemming eller autisme (205). Miljøterapi er ofte omfattende og består av svært mange komponenter, alt fra samhandling på mikronivå i enkeltsituasjoner til den generelle organiseringen av tjenestene, og er derfor utfordrende å forske på. Kunnskapsgrunnlaget når det gjelder barn og ungdom med utviklingshemming eller autisme er begrenset. Systematisk og fortløpende evaluering av tiltak og tilpasninger for den enkelte vil derfor være viktig (205). Det er like fullt i enkeltstudier beskrevet hvordan slike tilnærminger kan bidra til symptomreduksjon hos ungdom med utviklingshemming og kompleks psykiatrisk tilleggsproblematikk (206).

For voksne med utviklingshemming synes gode relasjoner til miljøterapeuter å være sentralt for hvordan de opplever denne delen av behandlingen (207), herunder om de opplever seg forstått, ivaretatt og tatt på alvor, samt at de opplever autonomi, forutsigbarhet og struktur. Miljøterapeutiske tilnærminger er relevante også for personer med begrensede verbale ferdigheter (208;209). Tilpasninger av miljøterapeutiske prinsipper for barn og ungdom med autisme eller utviklingshemming er beskrevet både for døgnavdelinger i psykisk helsevern (119), barnevernsinstitusjoner (210), samt når slike tjenester gis i foreldrehjemmet (211).

Bruk av miljøterapeutisk arbeidsmetodikk for barn med samtidige funksjonsnedsettelse og psykiske lidelser kan i praksis gjøres ved å skape forutsigbarhet og trygghet ved hjelp av for eksempel klare dagsplaner og rutiner, tilpasset kommunikasjon, skjerming, validering og bekreftelse (212). Det må

imidlertid vurderes i det enkelte tilfelle om de tiltakene man har satt i gang virker etter hensikten ved for eksempel å sjekke om dagsplan skaper forutsigbarhet for den det gjelder.

Hjelp til å trene på mestring av de psykiske helseplagene kan også inngå i miljøterapi, for eksempel ved at det miljøterapeutiske arbeidet integrerer og oversetter oppgaver som gis i behandling av den psykiske lidelsen (196). Hvis barnet eller ungdommen for eksempel mottar psykisk helsehjelp utenfor hjemmet, vil prinsippene fra denne behandlingen kunne tas inn i det daglige miljøet rundt personen ved hjelp av miljøterapeutisk personell, eller andre som inngår i teamet rundt pasienten. Ulike former for eksponeringsterapi vil for eksempel kunne få økt effekt hvis oppgavene kan gjøres også hjemme med støtte av miljøterapeuter.

Ved depressive tilstander hvor atferdsaktivisering er viktig, vil også miljøterapeuter kunne spille en avgjørende rolle for å bevirke at slik aktivisering faktisk skjer. Miljøterapeuter som har en tett relasjon til barnet eller ungdommen vil også kunne være betydningsfulle tilknytningspersoner, og dermed være viktige personer for å styrke tilknytning og bidra til å reparere relasjonelle vansker som personen måtte ha som en del av sin psykiske lidelse. Eksemplene ovenfor er ikke uttømmende, og miljøterapeutisk behandling må alltid utformes i den unike kontekst og basert på en grundig analyse av den enkeltes plager.

8.8 Anvendt atferdsanalyse

Anvendt atferdsanalyse er en bestemt måte å utøve miljøarbeid og miljøbehandling på (213). Prinsipper fra anvendt atferdsanalyse er også en del av kognitiv atferdsterapi, dialektisk atferdsterapi og atferdsaktivisering. Atferdsanalytisk behandling av psykiske lidelser består av kombinasjoner av samtale- og atferdsbehandling (92).

Enkelte barn og unge har utfordringer som bidrar til at behandling basert på tilpassede individuelle samtaler eller deltakelse i gruppetilbud ikke er hensiktsmessig. Dette kan gjelde barn og unge med funksjonsnedsettelse og språk- og kommunikasjonsvansker. Atferdsanalytiske tiltak vil da kunne brukes for å redusere forekomst av uønsket atferd og øke forekomst av ønsket atferd (92). I atferdsanalytisk behandling forsøker man å forstå atferd slik den forekommer i en gitt kontekst, og bygge behandling ut fra det (67;213).

Utformingen av atferdsanalytisk behandling baserer seg blant annet på funnene fra de funksjonelle kartleggingene og analysene, hvor oppmerksomheten rettes mot tilrettelegging av miljøfaktorer som kan bidra til å skape endringer i personens atferd. For barn og unge med betydelige funksjonsnedsettelse og språk- og kommunikasjonsvansker går behandlingen ofte ut på å tilrettelegge miljøet (95).

Nedenfor gis det eksempler på behandling eller tiltak som kan være aktuelle. Disse må tilpasses barnets språk- og funksjonsnivå.

- **Involvering og veiledning** av foreldre og nærpersoner i kartlegging og behandling (118). Det er viktig at foreldre og nærpersoner forstår barnets atferd og dens funksjon, og får en økt forståelse av hvordan deres egen atferd opprettholdes, og igjen påvirker barnets atferd.
- **Strukturerings- og tilretteleggingstiltak** i barnets aktiviteter og hverdag vil ofte være aktuelt, samt å gi barnet eller ungdommen oversikt og forutsigbarhet ved bruk av dagsplan, ukeplan eller lignende (214).

- **Endringer i miljøet** og betingelsene rundt barnet som kan bidra til at barnet eller ungdommen endrer sin atferd uten at man direkte intervensjoner på barnets atferd. Eksempler på slike tiltak kan være å tilpasse krav og aktivisering, fjerne triggere som støy, legge til rette for oppgaver barnet mestrer og berike miljøet ved å gi tilgang på oppmerksomhet og attraktive leker/aktiviteter. Slik kan man endre grunnlaget for atferden (213) og fjerne motivasjonen for den (95).
- **Tilrettelegge for motivasjon** ved for eksempel bruk av tegnøkonomi og andre forsterkningstiltak. Enkelte personer med utviklingshemming og/eller autisme kan ha lav behandlingsmotivasjon, og vil i liten grad naturlig motiveres av egen fremgang i behandling. Forsterkning viser til at noe tilføres (for eksempel oppmerksomhet) eller fjernes (for eksempel et krav) avhengig av en atferd, som igjen øker sannsynligheten for at atferden gjentas. Kjennskap til prinsippet om forsterkning og bruk tegnøkonomi kan være nyttig for å planlegge behandling og for å sikre motivasjon under behandling (92).
- **Ulike arrangement av formidling av forsterkende hendelser**, for eksempel oppmerksomhet eller tilgang på ulike goder, vil kunne øke ønskede atferder og redusere uønskede atferder (126). Det å lage arrangementer slik at noe atferd leder til forsterkning, mens annen atferd ikke leder til forsterkning kalles differensiell forsterkning. Differensiell forsterkning av annen atferd er brukt både av foreldre og andre nærpå personer til barn og unge med psykiske lidelser (215;216). Også presentasjon av forsterkere til faste tidspunkt, uavhengig av om atferden fremvises eller ikke vil kunne bryte sammenhengen mellom atferden og konsekvensen og kan redusere forekomsten av atferden da poenget med å fremvise atferden forsvinner (67;95).
- **Opplæring av ferdigheter** er også en sentral del av atferdsanalyse (92;213). Etablering av andre strategier enn å fremvise utfordrende atferd for å få tilgang til ønskede ting og/eller unngå krav, er viktig. I funksjonell kommunikasjonstrening, lærer barnet eller ungdommen å be om ting/aktiviteter, pause, hjelp eller oppmerksomhet på mer hensiktsmessige måter (67). Også generell opplæring av språk, ADL-ferdigheter og sosiale ferdigheter kan være aktuelt (92). En vanlig tilrettelegging i atferdsanalytisk opplæringen er å dele oppgaver og handlingskjeder ned i enkle atferdsenheter for å sikre mestring i opplæringen (126).
- **Atferdsavtaler** er basert på positiv forsterkning av avtalefølging og kan benyttes for å motivere for, og fremme gjennomføring av hensiktsmessig atferd personen i utgangspunktet innehar. Metoden benyttes gjerne med barn og unge med lett eller moderat intellektuell funksjonsnedsettelse med språklige ferdigheter som er tilstrekkelig til å følge enkle avtaler. For å sikre motivasjon brukes avtalene gjerne i kombinasjon med positive forsterkere som for eksempel tegnøkonomi (217;218). Atferdsavtaler kan brukes for eksempel ved tilstander som depresjon, passivitet og vegring og kan bidra til økt aktivitet. De kan også brukes for eksempel ved vane- og impuls-kontrollforstyrrelser og atferdsforstyrrelser, og kan redusere slik atferd. Atferdsavtaler brukes også i programmer som Parent Management Training-Oregon og Multisystemisk terapi (217).
- **Eksponeringsterapi med responsprevensjon** er en behandlingsform med utgangspunkt i atferdsanalyse og brukes for spesifikke fobier og tvangslidelser (OCD) (92). Eksponering og

responsprevensjon er mest effektivt når det gis i en tiltakspakke sammen med flere elementer som forsterkning og modellering (67).

- **Tilvenning til ubehag** ved gradvis eksponering og habituering til aversive stimuli sammen med forsterkning, er aktuelt ved angstlidelser som spesifikke fobier (95;118).

9 MEDIKAMENTELL BEHANDLING

Medikamentell behandling av psykiske lidelser hos barn og unge bør vurderes og igangsettes i spesialisthelsetjenesten (147). Prinsippene for psykofarmakologisk behandling av barn og unge med medfødte eller ervervede funksjonsnedsettelse er de samme som for øvrige barn og unge. Det er imidlertid hensyn å ta og tilpasninger som bør gjøres. Dette baserer seg hovedsakelig på klinisk erfaring, men det finnes randomiserte studier og oppsummert forskning på psykofarmakologisk behandling ved noen tilstandsbilder, og disse vil bli referert til. Spesifikke medikamenter og praktisk bruk vil bli nevnt der det er mulig. Det foreligger mer forskning på psykofarmaka til barn og unge med autisme enn med utviklingshemming på nåværende tidspunkt.

Det er bred enighet i fagfeltet om at medikamentell behandling av psykiske lidelser bør være et supplement til andre behandlingstiltak. Hovedregelen er at psykofarmaka ikke skal brukes alene og at legemiddelfrie behandlingstiltak skal prøves først (147). Legemidlene skal være forbeholdt pasienter med alvorligere sykdom og funksjonstap. Det er viktig å vurdere om det er faktorer i miljøet rundt barnet (skole, fritid, hjemme) som bør endres/tilrettelegges før man igangsetter medisiner, og hvordan disse faktorene kan innvirke på symptom bildet underveis i behandlingen. Man bør unngå å sette i gang flere behandlingstiltak samtidig da det kan bli vanskelig å vurdere effekt av de ulike tiltakene. Behandlingen avsluttes ved manglende effekt eller betydelige bivirkninger (147).

Vurderinger av behandlingseffekt og bivirkninger av medisiner er ekstra utfordrende hos denne gruppen barn og unge, da det oftere forekommer kommunikasjonsvansker og problemstillinger knyttet til diagnostisk overskygging. Yngre barn og barn med nevroutviklingsforstyrrelser er også mer sensitive for bivirkninger enn andre barn, og det kan ofte være flere nevroutviklingsforstyrrelser samtidig. Doseringer bør startes lavere enn de generelle anbefalingene og med langsom dosetitrering.

Før oppstart anbefales det å innhente en fullstendig legemiddelanamnese for å få oversikt over hvilke medikamenter som er forsøkt tidligere, effekt, bivirkninger og atypiske reaksjoner. Ut fra disse opplysningene bør man vurdere indikasjon for farmakogenetiske prøver. Det bør gjennomføres en interaksjonsanalyse ved polyfarmasi. Serumkonsentrasjonen bør måles ved utfordringer rundt egenrapportering, dårlig respons eller usikkerhet rundt effekt og bivirkninger.

Grundige kliniske vurderinger, og spesielt innhenting av komparentopplysninger fra flere kilder (omsorgspersoner, skole, miljøpersonale, behandlere), vil oftest være nødvendig for å få tilstrekkelig informasjon om medisineffekt. Det er viktig å definere klare målsymptomer/målsetninger for behandlingen før oppstart (sammen med både pasient og omsorgspersoner), forventet varighet av behandling og bruke baselineregistrering samt registrere/evaluere systematisk underveis i medisinutprøvinger. Ofte kommer man i mål med å individuelt tilpasse allerede eksisterende skjemaer brukt i klinikk, eller ved bruk av for eksempel Aberrant Behavior Checklist (se kap 6.1). Det bør også foreligge en baseline på somatiske forhold, dvs. at det gjennomføres en somatisk undersøkelse inkludert blodtrykk, puls, BMI, blodprøver og eventuelt EKG før oppstart.

Hyppighet av evaluering og eventuell justering av medisiner vil være avhengig av type psykofarmaka, bivirkninger, underliggende tilstand og rammer for oppfølging, og vil ikke skille seg fra barn og unge generelt. Endringer i seg selv kan være vanskelig for mange i denne pasientgruppen, noe som kan resultere i økende vansker ved oppstart av medisiner og kan fort feiltolkes som bivirkninger eller manglende effekt. Ved bruk av antipsykotika kan det anbefales å gjøre evaluering for eksempel etter 3 måneder, og deretter hver 6. måned etter optimalisert behandling.

Ved overføring av medisinansvar til fastlege eller annen sykehusavdeling, anbefales regelmessig oppfølging og en klar veiledning til lege om hvilke målsymptomer medisineringsrettes mot, hvilken effekt og bivirkninger som er aktuelle for pasienten, i hvilken grad pasienten følger anvisninger som er gitt, hyppighet av kontroller, behov for somatiske undersøkelser og blodprøver, doseringsmuligheter, forventet varighet av behandling og eventuelle kriterier for justering eller seponering (147). De samme punktene vil være gjeldende for all type medisinoppfølging ved bruk av psykofarmaka hos barn og unge.

9.1 Kilder til informasjon

Anbefalinger om medikamentell behandling av barn og unge med psykiske lidelser er oppsummert i et kompendium av overlege Randi Nesje Myhr fra 2018 (219). Kompendiet er basert på klinisk erfaring, litteratursøk i PubMed, seminarer fra AACAP-konferanser og søk etter europeiske guidelines. For en del medikamenter og indikasjoner finnes det etter hvert god evidens i gode dobbeltblindede randomiserte undersøkelser (RCT), og kompendiet oppsummerer relevante studier.

Man finner anbefalinger om farmakologisk behandling av de ulike psykiske lidelsene hos barn og unge i oppsummert forskning og oppslagsverk som Up to date, BMJ Best Practice og NICE guidelines.

Helsedirektoratet har utarbeidet nasjonale råd om bruk av psykofarmaka hos barn og unge generelt (147).

KOBLE, et kunnskapsbasert oppslagsverk om barns legemidler, gir uavhengig informasjon om dosering og bruk av legemidler til barn. Dette er primært et doseringsverktøy, men også informasjon om praktisk håndtering av legemidler(220).

9.2 Søvnvansker

Søvnvansker er mer vanlig hos barn og unge med nevrologiske tilstander. Legemiddelbehandling av søvnlidelser hos barn og unge er generelt omtalt i de nasjonale faglige rådene fra Helsedirektoratet om bruk av psykofarmaka hos barn og unge (147). God søvnhygiene er grunnlaget for all behandling av søvnforstyrrelser, og atferdsmessige intervensjoner skal forsøkes før man vurderer medisinerings. Se kapittel 3.5 og vedlegg 2, Generelle råd og søvnhygieniske anbefalinger.

Søvnvansker kan også være koblet til en psykisk lidelse, der evt. legemiddelbehandling som hovedregel skal være knyttet til de psykiske vanskene, kombinert med søvnhygienetiltak.

Melatonin er førstevalg for legemiddelbehandling av døgnrytmeforstyrrelser. Behandling med benzodiazepinliknende hypnotika anbefales ikke for behandling ved søvnlidelser hos barn og unge.

I en systematisk oversikt fra 2019 (221) fant man at melatonin var nyttig for å forbedre søvnvansker på kort sikt, spesielt hos personer med komorbid autisme og andre nevroutviklingsforstyrrelser. En faglig retningslinje fra USA oppsummerer samme funn, som tyder på fordeler med melatoninbehandling ved innsovningsvansker/oppvåkninger og autisme (222). For øvrig er det lite evidens for farmakologisk behandling av søvnforstyrrelser hos barn.

Resultater fra en metaanalyse fra 2011 (223) og individuelle studier (224-229) indikerer at melatonin, på kort sikt (opptil 6 mnd) med dosering mellom 1-10 mg, kan være effektivt for å behandle barn med autisme som har innsovningsvansker eller strever med kort søvnlengde, hvis det gis ca. 30 minutter før leggetid.

Da melatonin (immediate-release) har kort halveringstid har man sett på effekt av mer langtidsvirkende melatonin (prolonged-release), som likner mer på den naturlige frigjøringen av hormonet i kroppen. En RCT-studie med 125 barn med autisme viste klinisk signifikant bedring av innsovning og total søvnlengde ved bruk av langtidsvirkende melatonin (230), og at effekten holdt seg i oppfølgingsstudie etterpå, etter 52 ukers behandling (231).

Bivirkninger av melatonin ved bruk hos personer med autisme kan være vansker med oppvåking, tretthet på dagtid, enurese og humørsvingninger. Det var ingen tilfeller av alvorlige bivirkninger (231-233).

Sikkerhet over ett års bruk er ikke fastsatt, men det foreligger klinisk erfaring med mange års bruk uten alvorlige bivirkninger. Enkelte kan oppleve toleranseutvikling, og erfaringsmessig er det bedre å ta pauser i stedet for å øke dosen.

Melatonin tabletter selges reseptfritt på apoteket, men foreldre bør rådføre seg med lege før oppstart for å sikre en riktig vurdering av søvnvanskene og at atferdsmessige søvntiltak er forsøkt tilstrekkelig før man igangsetter farmakologisk behandling. Melatonin tablett og mikstur godkjennes på blå resept for barn med ADHD. Depottablett Slenyto er eneste medikamentet som er godkjent med refusjon på blå resept for behandling av søvnvansker hos barn med autisme (234).

Da det er høyere forekomst av søvnvansker hos personer med nevrologiske tilstander er melatonin hyppig brukt i klinisk praksis hos flere av gruppene denne rapporten omtaler. I oppsummert forskning kan man imidlertid foreløpig ikke trekke noen klare konklusjoner for nytten av behandlingen, annet enn ved autisme.

Epilepsi er en vanlig komorbid tilstand ved nevroutviklingsforstyrrelser, og søvnforstyrrelser forekommer hyppig ved epilepsi. Dette gjelder ikke bare hos personer med nattlige epileptiske anfall eller søvnrelaterte syndromer. Fokus på søvnhygiene, utredning av evt. søvnforstyrrelser, optimalisering av antiepileptika samt vurdering av bivirkninger vil være vesentlig i denne oppfølgingen. Studier om effekt av melatonin hos pasienter med epilepsi har betydelige begrensninger, blant annet på grunn av små utvalg, at pasienter med ulike type krampeanfall og epilepsityper ble samlet som en gruppe, og korte observasjonsperioder (235).

Søvnforstyrrelser er også vanlige hos personer med cerebral parese (CP). De randomiserte studiene som finnes viser at melatoninbehandling har en mulig positiv effekt på innsovning hos barn med CP. Det er imidlertid store usikkerheter knyttet til studiene, blant annet fordi CP ikke var den eneste tilstanden som inngikk i studiene, utvalgene var små og det er manglende føringer på doseringer. Studiene fant også at personer med alvorlig hjerneskade eller som er disponert for krampeanfall kan oppleve bivirkninger, men bivirkninger ellers er minimale (236).

9.3 Medikamentell behandling ved autisme

Farmakologiske intervensjoner ved autisme er oppsummert i Up to date, og denne revideres jevnlig (237).

Studier viser at barn med autisme er mer følsomme for bivirkninger av psykofarmaka (238;239). Medisinering bør derfor startes på lave doser, og doser bør økes med lengre intervaller enn ellers, prinsippet er «start low and go slow». Det ser ut til at personer med autisme har større variasjon i effekt av medisiner, noe som kan forklares av farmakogenetiske faktorer. Derfor er det viktig å raskt vurdere farmakogenetisk testing for å avklare dette (240).

9.3.1 Oppmerksomhetsvansker/hyperaktivitet

Sentralstimulerende medikasjon har ved randomiserte, kontrollerte studier og metaanalyser indikert en bedring av symptomer hos ca. 80 % av barn med ADHD uten underliggende autisme. Metylfenidat ser også ut til å bedre symptomer på hyperaktivitet og uoppmerksomhet hos barn med autisme, men andelen som responderer er lavere (241-244).

I den største overkrysningsstudien viste ca. 50 % av barna med autisme respons til metylfenidat, effektstørrelser strakk seg fra 0.2 til 0.54, med størst effekt på høyere doser (245).

Det finnes ikke kontrollerte studier på amfetaminer i behandlingen av hyperaktivitet og oppmerksomhetsvansker hos barn med autisme. Det er usikkert om studiene ved bruk av metylfenidat kan overføres til amfetaminene, men amfetaminer er hyppig brukt i klinisk praksis.

Bivirkninger ved bruk av sentralstimulerende hos barn med autisme er tilsvarende det man ser hos andre barn, men de forekommer hyppigere (238;239). En overkrysningsstudie med 72 barn med autisme og hyperaktivitet viste en dropout rate på 18 % (244) til sammenlikning med en stor randomisert studie for ADHD uten autisme der dropout rate var 3,5 % (246).

Alpha-2-adrenerge agonister (guanfacin, clonidin) brukes også i behandling av hyperaktivitet, uoppmerksomhet og impulsivitet hos barn med autisme. Studier på dette er begrenset og utvalgene er små.

Studier på atomoxetin hos barn med autisme og ADHD er begrenset. I en randomisert studie med 97 barn med ADHD og autisme viste resultatene en moderat forbedring av ADHD-symptomer. Bedringen var større på hyperaktivitets-impulsivitetsskåren enn på skåren for uoppmerksomhet (247). Forskjellen på "Clinical Impression of ADHD Improvement Scale" var ikke statistisk signifikant. Man ser samme tendens som for metylfenidat, der effektstørrelsen for atomoxetin hos barn med autisme er mindre enn hos barn med ADHD uten autisme (248-250).

Risperdalbehandling til barn med autisme og hyperaktivitet støttes i åpne, randomiserte, kontrollerte studier (251-253). I en multisenter, placebokontrollert studie (101 barn med autisme) med 8 ukers behandling med Risperdal (1,8 mg/dag) fant man et fall i gjennomsnittsskårer på hyperaktivitetsskala sammenliknet med placebogruppen (252).

En nyere metaanalyse fra 2021 har vurdert effekt og sikkerhet ved bruk av SGA (andregenerasjons-antipsykotika) og andre medikamenter for hyperaktivitet og ADHD hos barn og unge med autisme. Her fant man at både ADHD-medikasjon og SGA var effektive i håndteringen av hyperaktivitet, men var også forbundet med å øke risiko for dårlig matlyst, tretthet, hodepine og kvalme/oppkast (254).

Det er foreløpig lite evidens for bruk av antikonvulsive medikamenter for hyperaktivitet og uoppmerksomhet.

Oppsummert viser forskningen til nå at personer med autisme bør benytte metylfenidat som førstehåndspreparat ved farmakologisk behandling av ADHD, med mindre det foreligger kontraindikasjoner eller andre tilstander som er behandlingstrengende (f.eks. risperidon ved maladaptiv atferd). Hvis metylfenidat ikke vurderes tilfredsstillende, kan man forsøke andre preparater som er hyppig brukt i klinisk praksis, men her er det behov for flere studier.

9.3.2 Utfordrende atferd

Med utfordrende atferd hos barn med autisme menes blant annet aggresjon, eksplosive utbrudd og selvskading. Slik atferd kan være en respons på angst, stress eller frustrasjon. Det kan også henge sammen med stemningsforstyrrelser eller dårlig impuls kontroll. I så tilfelle bør behandlingen rettes mot de spesifikke tilstandene (angst, depresjon, ADHD osv).

Det finnes klar evidens for at risperidon og aripiprazol er gunstige til bruk ved utfordrende atferd, og marginal evidens for effekt på utfordrende atferd for andre typer antipsykotika, antikonvulsiva, psykostimulanter og naltrexone (255;256).

I Norge er risperidon godkjent for «symptomatisk korttidsbehandling (opptil 6 uker) av vedvarende aggresjon ved utagerende atferd (conduct disorder) hos barn fra 5 år og ungdom med under middels intellektuell funksjon eller mental retardasjon diagnostisert iht. DSM-IV kriterier, hvor alvorret av aggressiv eller annen destruktiv atferd krever farmakologisk behandling» (234). Risperidon er det mest brukte antipsykotika for behandling av utfordrende atferd hos barn med autisme (257).

Man må være oppmerksom på at ved bruk av antipsykotika for utfordrende atferd kan man dekke over en underliggende psykoseutvikling eller annen psykisk lidelse.

Risperidon og etter hvert aripiprazol brukes i stor grad hos de yngste ved Tourettes syndrom, aggresjon og autisme (258).

I en systematisk oversikt (259) fant man at SGA (andregenerasjons antipsykotika), sammenliknet med placebo, sannsynligvis reduserer irritabilitet, og man ser litt mindre sosial tilbaketrekking, stereotypi og ikke-adekvat tale. Aripiprazol og risperidon alene har vist å redusere irritabilitet.

En nyere systematisk oversikt og metaanalyse konkluderer med at antipsykotika generelt for barn og unge med autisme er mer effektiv enn placebo i behandling av stereotypier, hyperaktivitet, irritabilitet og tvangsmessig atferd, i tillegg til å øke sosial kommunikasjon og global funksjon (260).

9.3.3 Repetitiv, stereotyp atferd og rigiditet

Dette er kjernesymptomer ved autisme, men stress, psykiske og somatiske lidelser kan føre til en økning av slik atferd. Behandlingen, også medikamentelt, skal derfor rettes mot den evt. komorbide lidelsen. Medisinering er aktuelt hvis atferd i stor grad er funksjonsnedsettende og personen ikke responderer tilstrekkelig på annen behandling. Ved mistanke om at symptomer har sammenheng med angst vil selektive serotoninreopptakshemmere (SSRI) være førstevalget. Det er liten evidens for at SSRI er direkte nyttig for repetitive atferd eller rigiditet, men kan virke indirekte ved å ha god effekt på angst. I Norge har sertraline, fluoksetin og fluvoksamin godkjent indikasjon for bruk hos barn. Antipsykotika ser ut til å ha en viss effekt på stereotypisk og tvangsmessig atferd (260).

9.3.4 Tvangslidelse

Det er gjennomført flere metaanalyser som ser på effekt av medisinering av OCD hos barn og unge generelt (261). Det vises til generelle anbefalinger ved OCD-behandling av barn og unge (219). Utfordringen ligger i riktig diagnostisering på grunn av overlappende symptomer mellom for eksempel OCD, tics og repetitiv/stereotyp adferd.

9.3.5 Angst

Angst er vanlig ved autisme og kan bidra til aggressiv, eksplosiv og selvskadende atferd. Det er de generelle anbefalingene for angstbehandling for barn og unge som er førende (219).

SSRI er førstehåndspreparatet ved medikamentell angstbehandling. Det finnes ingen randomiserte studier som ser på SSRI-behandling hos personer med autisme, men metaanalyser av randomiserte kontrollerte studier hos barn uten autisme viser at SSRI er mer effektivt enn placebo for å redusere angstsymptomer (262;263). For beskrivelser av bivirkninger, se 9.3.6.

9.3.6 Depresjon

Effekt av SSRI og Selektive noradrenalin reopptakshemmere (SNRI) i behandling av barn og unge med autisme og depresjon er ikke tilstrekkelig dokumentert og flere studier er nødvendig for å trekke noen klare konklusjoner. De samme anbefalingene som for behandling av depresjon hos barn og unge uten autisme blir derfor førende (219;264). Ved behandling med antidepressiva hos barn og unge med autisme bør man være oppmerksom på økt atferdsmessig aktivering og andre bivirkninger, inkludert potensiell økning av selvmordstanker (265). Barn med autisme kan respondere på veldig lave doseringer av SSRI/SNRI, men det kan også være nødvendig med typiske doser.

9.3.7 Bipolar lidelse og stemningslidelser

Viser til generelle anbefalinger for barn og unge (219), og 9.3.8 om psykosebehandling). Det er i hovedsak anbefalt monoterapi og lave doseringer under langsom dosetitrering som et utgangspunkt. Aktuelle medikamenter er SSRI, antipsykotika og stemningsstabiliserende medikamenter.

9.3.8 Psykose

Personer med desorganisert tankegang, vrangforestillinger eller hallusinasjoner kan bli vanskelig å fange opp blant annet på grunn av kommunikasjonsvansker og vansker med følelsesbevissthet og følelsesuttrykk. Det kan være fare for feilvurderinger fordi psykosesyntomer i for stor grad tolkes som en del av utviklingsforstyrrelsen, eller at psykosesyntomer fremtrer atypisk. Ved behov for farmakologisk behandling av psykose hos barn og unge med autisme følges de generelle anbefalingene, i mangel på andre studier. Man vet at barn og unge generelt har økt risiko for bivirkninger av antipsykotika, og spesielt de med underliggende autisme og utviklingshemming. De vanligste bivirkningene er sedasjon, svimmelhet, kvalme, vektøkning, metabolske forstyrrelser, prolaktinstigning og ekstrapyramidale bivirkninger (219;266). Det anbefales farmakogenetiske prøver før oppstart, som ved utviklingshemming (266).

9.4 Medikamentell behandling ved utviklingshemming

Et bredt faglig blikk og oversiktsbilde vil ofte være en forutsetning for å utrede en mulig psykisk lidelse, og evt. anvendelse av psykofarmaka, hos barn og unge med utviklingshemming.

Personer med utviklingshemming har ofte et mer komplekst sykdomsbilde enn den øvrige befolkningen og man har også kompliserende faktorer som diagnostisk overskygging og at gruppen er mer utsatt for bivirkninger av psykofarmaka (267;268).

I denne gruppen er atypisk legemiddelnedbrytning utbredt. I nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser, anbefales det at før en iverksetter behandling med legemidler, foretar en såkalt farmakogenetisk analyse med tanke på eventuelle mutasjoner som virker inn på legemiddelnedbrytningen (266).

Personer med utviklingshemming kan også ha andre sykdommer og vansker som det må tas hensyn til, for eksempel metabolske sykdommer, epilepsi eller samtidig autisme. Det er da spesielt viktig å ta

hensyn til mulige legemiddelinteraksjoner ved bruk av psykofarmaka. Det er heller ikke uvanlig med paradoksal effekt av legemidlene, det vil si at legemidlene virker motsatt av sin hensikt (269).

Fordi mange pasienter ikke selv vil klare å rapportere tilstrekkelig om opplevd effekt av legemidler, må virkninger og bivirkninger følges nøye av personer med inngående kjennskap til den enkelte pasient. Serumkonsentrasjonen bør av den grunn måles regelmessig.

Det er et stort forbruk av antipsykotika blant personer med utviklingshemming som gruppe, voksne og barn, ofte uten at de har en diagnostisert psykoselidelse. Det er viktig å unngå å behandle atferdsvansker eller uro/utagering med antipsykotika uten først å ha foretatt en grundig somatisk og psykiatrisk differensialdiagnostikk med tanke på for eksempel fordøyelsesvansker, urinveisinfeksjoner, tannmerter, angst, depresjon og så videre.

Nederlandske tall tilsier at rundt 45 % av voksne personer med utviklingshemming bruker psykofarmaka. 36 % av dem bruker dette uten en klar diagnose, 14-30 % av de som bruker medisinen bruker dem for å regulere utfordrende atferd, det vil si hovedsakelig antipsykotisk medisin (270). En britisk kohortstudie med 33016 voksne med utviklingshemming fant at andelen som hadde fått psykofarmaka var mye større enn den andelen som faktisk hadde en psykisk lidelse. Antipsykotika ble ofte forskrevet til personer uten påvist psykisk lidelse, men som hadde historikk på utfordrende atferd (271).

Scheifes fant videre i 2015 at av personene som sto på psykofarmaka hadde 15,5 % ingen bivirkninger, men 45,6 % hadde 3 eller >3 bivirkninger av behandlingen. I 25 % av tilfellene vurderte lege at man ønsket å revurdere medikamentell behandling på grunn av negativ effekt på livskvalitet.

Oppsummert tilsier erfaringer og forskning at medikamentell behandling med psykofarmaka bør brukes med bakgrunn i en tydelig hypotese om diagnose/indikasjon, ikke «bare atferd». Forskningen er hovedsakelig gjort på voksne. Det anbefales stort sett samme type medikamenter som for personer uten utviklingshemming. Bruk av medikasjon skal være ett av flere tiltak og det er viktig å følge nøye med på både effekt og bivirkninger, særlig hvordan dette innvirker på livskvalitet, ikke bare på symptomnivå. Bruk av standardiserte skjemaer er å foretrekke.

Som ved autisme gjelder prinsippet «start low and go slow». Ved nevrobiologiske avvik vil det være større risiko for uhenksomme og uventede reaksjoner. Doseringen av slike medikamenter skal skje med forsiktighet og etter prinsippet om «lavest effektive dose». Hos personer med utviklingshemming kan en gjerne dosere psykofarmaka enda lavere enn det som er angitt i de allmenne anbefalingene. Forsiktig dosering gjelder alle faser av medisineringsen. Usikkerhet øker behovet for evalueringer underveis (272). Revurderinger av om medikasjon skal kontinueres eller seponeres bør gjøres jevnlig, helst hver 3. måned, minst hver 6. måned (118).

Det anbefales strukturert registrering av bivirkninger som ved UKU bivirkningsskala (273).

Ved atferdsvansker/maladaptiv atferd er det indisert bruk av risperidon som «symptomatisk korttidsbehandling (opptil 6 uker) av vedvarende aggresjon ved utagerende atferd hos barn fra 5 år og ungdom med under middels intellektuell funksjon eller mental retardasjon diagnostisert iht. DSM-IV kriterier, hvor alvorlet av aggressiv eller annen destruktiv atferd krever farmakologisk behandling» (234).

For behandling av utfordrende atferd hos personer med utviklingshemming med antipsykotika er det imidlertid begrensede antall studier (274) og man har funnet høyere forekomst av bivirkninger enn hos personer uten utviklingshemming, 30 % høyere forekomst av «movement side effects», det vil si akutt dystoni, akatisi, parkinsonisme og tardiv dyskinesi (275).

Man bør derfor ha et ekstra fokus på nedtrapping når pasienter har stått på antipsykotika i forbindelse med utfordrende atferd over tid.

9.5 Medikamentell behandling ved epilepsi

Epilepsi er en hyppig forekommende komorbid tilstand ved flere nevrouviklingsforstyrrelser. Hos barn med utviklingshemming er forekomsten av epilepsi rundt 40 % (276). Det er derfor nødvendig at leger som starter behandling med psykofarmaka på pasienter med epilepsi er oppmerksomme på de interaksjoner/ medikamentfaktorer som farmakokinetikk og dynamikk, samt bivirkningsprofiler som foreligger ved bruk av antiepileptika. Bivirkninger av antiepileptika kan være en medvirkende eller utløsende faktor til psykiske symptomer.

Det har vært en frykt for at psykofarmaka kan senke anfallsterskelen hos pasienter med epilepsi. Denne frykten ser ut til å være ubegrunnet hva gjelder SSRI/SNRI-preparater, så sant man holder seg til terapeutiske doser (277).

Økte selvmordstanker og atferd har blitt koblet til bruk av antikonvulsiva i RCT-studier med epilepsipasienter. Den økte risikoen ble observert så tidlig som en uke etter oppstart og fortsatte gjennom den 24 ukers lange observasjonsperioden. Effekten var konsistent for de 11 medikamentene som ble undersøkt, og medførte at U.S. Food and Drug Administration (FDA) vurderte forhøyet risiko for alle antikonvulsiva. Den faktiske risikoen for selvmord er imidlertid vurdert til å være lav (278) og risiko ved å seponere eller unngå behandling med antikonvulsiva hos pasienter med epilepsier er vurdert å være mer skadelig og til og med dødelig.

Medikamentell behandling av komorbid ADHD vil være aktuelt for de fleste pasienter med epilepsi der atferdsrettede tiltak ikke er tilstrekkelig. Det anbefales at omsorgsgivere og skole følger godt med på eventuelt endringer i barnets anfallshyppighet under opptrapping av ADHD-medisiner. Effekt av sentralstimulerende midler er ikke godt undersøkt hos pasienter med epilepsi på grunn av bekymringen for å senke krampesterskel, og disse pasientene har ofte blitt ekskludert fra kliniske studier. En liten studie fra 2010 viste imidlertid en liten økning i krampefrekvens ved bruk av langtidsvirkende metylfenidat (279). Flere prospektive studier tyder imidlertid på at lave til moderate doser av metylfenidat er trygt og effektivt å bruke hos barn med krampeanfallet (280;281).

VEDLEGG 1 SKJEMA FOR KARTLEGGING AV SØVN

Innsoving/ opprettholdelse	<u>Adolescent Sleep Wake Scale (ASWS) (282).</u> Selvrapport skjema for aldersgruppen 12-18 år.	Måler selvrapportert søvnkvalitet hos ungdom i fem dimensjoner (å legge seg, å sovne, å vedlikeholde søvn, å sovne etter oppvåkninger, å våkne). Skjemaet er validert for ungdom 12-17 år i Italia og USA.
Søvnhygiene	<u>Adolescent Sleep Hygiene Scale (ASHS) (283).</u> Selvrapport skjema for aldersgruppen 12-18 år.	Måler søvnhygiene hos ungdom i ni dimensjoner (psykologisk, kognitivt, emosjonelt, søvnmiljø, dagtids søvn, substans-bruk, leggerutiner, søvnstabilitet, soveromsmiljø). Skjemaet er validert for ungdom 12-17 år i Italia og USA.
Multidimensjonal	<u>The Children's Sleep Habits Questionnaire (CSHQ) (284).</u> Foreldrerapport skjema for aldersgruppen 4-10 år.	Omhandler leggetidspunkt, søvntatferd, nattlige oppvåkninger, oppvåkning om morgenen, søvnighet på dagtid. Det er laget en "cut-off skår" som indikerer et klinisk søvnproblem. Basert på et utvalg amerikanske barn.
	<u>The Sleep Disturbance Scale for Children (SDSC) (285).</u> Foreldrerapport skjema for aldersgruppen 5-15 år.	Det er laget normer for å måle døgnrytme og søvnproblemer. Validert på et utvalg italienske barn 6-15 år.
	<u>Søvnspørsmål for ungdom (286).</u> Selvrapport skjema for aldersgruppen 13-19 år.	Tolv generelle spørsmål om søvnvaner, tilpasset fra School Sleep Habits Survey validert hos amerikansk ungdom i high-school.

Alle skjemaene er oversatt til norsk og finnes her: <https://helse-bergen.no/nasjonal-kompetansetjeneste-for-sovnsykdommer-sovno/sporreskjema>

Mer informasjon om søvn finner du på nettsiden til Nasjonal kompetansetjeneste for søvnsykdommer: <https://helse-bergen.no/nasjonal-kompetansetjeneste-for-sovnsykdommer-sovno>

VEDLEGG 2 GENERELLE RÅD OG SØVNHYGIENISKE ANBEFALINGER

Generelle råd og søvnhygieniske anbefalinger for ulike utviklingstrinn (43;48;149;151;287):

- Sikre nok antall timer søvn i forhold til alder.
- Vær utendørs, spesielt om morgenen. Sol og dagslys hjelper døgnrytmen.
- Vær i noe fysisk aktivitet hver dag.
- Hold soverommet mørkt.
- Unngå mye lys og aktivisering ved oppvåkninger.
- Slukk enkelte lys og hold det litt mørkere inne minimum 2 timer før legging. Bruk blålysblokkere på PC, mobiltelefon og lignende.
- Hold temperaturen på soverommet rundt 18–20 °C.
- Unngå å ha kjæledyr på soverommet.

Småbarn

- Lag og gjennomfør en regelmessig plan for fysiske aktiviteter og stimulering.
- Vær konsistent i gjennomføringen av positive rutiner rundt sengetid.
- Avslutt herjelek 1-2 timer før legging.
- Legg barnet når det er døsig, men før det sovner.
- La barnet lære seg å sovne på egenhånd i egen seng.
- Gi måltid og kos litt tidligere på kvelden. Ikke gi barnet mat for at det skal sovne.
- Ikke gi barn drikke/mat med koffein.
- Sett og formidle tydelige grenser.
- Oppmuntre til bruk av kosedyr.
- Ha det lyst på soverommet under høneblunder, mørkt om natten. Bruk nattlampe ved behov.
- Alminnelige lyder i huset er bra, men det bør ikke være for mye støy.

Førskole- og skolebarn

- Hold fast ved en regelmessig søvn- våkenhetsrytme, med faste tider for søvn og våkenhet både hverdag og fridag.
- Tilpass/reduser eller vurder å kutte ut dagsøving.
- Oppretthold positive rutiner rundt sengetid.
- Hold TV og elektronisk utstyr vekk fra soverommet.
- Lær barnet gode søvnvaner.

Ungdom

- Legg vekt på gode søvnvaner med tilstrekkelig søvn.
- Hold fast ved en regelmessig søvn- våkenhetsrytme på skoledager og i helgen. Tiden da man står opp og går til sengs bør ikke variere mer enn en time fra dag til dag.
- Ro ned med faste, rolige og positive rutiner hver kveld før sengetid.
- Ikke ta høneblunder på mer enn 30–45 minutter på ettermiddagen.
- Avslutt trening minst to timer før sengetid.
- Spis et lett kveldsmåltid. Unngå store måltider de siste tre timene før sengetid.
- Unngå nikotin ved leggetid.
- Unngå å drikke koffeinholdige drikker 8 timer før leggetid.

- Ikke bruk alkohol som sovemiddel.
- Soverommet bør være forbeholdt soving.
- Fjern/slå av elektronisk utstyr, som TV, videospill, PC og mobiltelefon om natten og unngå å sovne med musikk e.l. i ørene.

VEDLEGG 3 ARBEIDSGRUPPER, STYRINGSGRUPPE OG BRUKERORGANISASJONER

Arbeidsgruppe del 1 av rapporten - Kartlegging og utredning av psykiske lidelser

Anett Olsen	Rådgiver, RHABU
Anette Mølmen	Psykolog, Kapellveien habiliteringssenter
Bjørge Halvorsen	Leder, RHABU
Kjersti Karlsen	Psykologspesialist/fagkonsulent Nasjonal kompetansetjeneste for utviklingshemning og psykisk helse
Kristian Køhn	Spesialrådgiver nevrofeltet, psykologspesialist i nevropsykologi og samfunnspsykologi, RBUP
Lars Inge Johnsen	Psykologspesialist, HABU Sørlandet sykehus – Kristiansand
Lilia V Poptodorova	Overlege, HABU og HAVO Sykehuset Telemark
Trine Nebell	Psykologspesialist, BUPA Vestre Viken, nevropsykiatrisk seksjon

Arbeidsgruppe del 2 av rapporten - Behandling, tiltak og metoder

Arvid Nikolai Kildahl	Psykologspesialist PhD, Nasjonal kompetansetjeneste for utviklingshemning og psykisk helse, Regional seksjon psykiatri, utviklingshemning/autisme (OUS), Nevsom
Bjørge Halvorsen	Leder, RHABU
Børge Strømgren	Førsteamanuensis, Fakultet for helsevitenskap, Institutt for atferdsvitenskap og Læringspsykologi
Camilla Bjerkeli Nohlin	Overlege, barne- og ungdomspsykiater, Ahus, BUP Kongsvinger,
Else Marie Grønnerud	Seksjonsleder, vernepleier, master i læring i komplekse systemer, HABU/HAVO ved sykehuset Innlandet
Hanna Friis-Steen	Psykologspesialist, Ahus, BUP Øvre Romerike,
Kristian Køhn	Spesialrådgiver nevrofeltet, psykologspesialist i nevropsykologi og samfunnspsykologi, RBUP
Mari Østgaard	Rådgiver, RHABU (fra januar 2022)

Styringsgruppe

Anne Andersen	Seksjonsleder, RBUP (til 31.12.20)
Inger Hodne	Seksjonsleder, RBUP
Elin Kreyberg	Seksjonsleder, RBUP

Kristian Køhn	Studieleder, RBUP
Kristin Sørbrøden Breda	Leder, HABU Sykehuset Østfold
Bjørge Halvorsen	Leder, RHABU
Anett Olsen	Rådgiver, RHABU

Brukerorganisasjoner

Harald Kvame Hansen	LUPE
Anette Remme	FFO
Eva Buschmann	CP-foreningen
Randi Stenerud	SAFO og NFU

REFERANSER

1. Munir KM. The co-occurrence of mental disorders in children and adolescents with intellectual disability/intellectual developmental disorder. *Curr Opin Psychiatry* 2016;29(2):95-102. DOI: <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000236>
2. Lai M-C, Kasseh C, Besney R, Bonato S, Hull L, Mandy W, et al. Prevalence of co-occurring mental health diagnoses in the autism population: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Psychiatry* 2019;6(10):819-29. DOI: [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(19\)30289-5](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30289-5)
3. Mason J, Scior K. 'Diagnostic Overshadowing' Amongst Clinicians Working with People with Intellectual Disabilities in the UK. *J Appl Res Intellect Disabil* 2004;17(2):85-90. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1360-2322.2004.00184.x>
4. Helvershou SB, Bakken TL, Martinsen H. Psychiatric Disorders in People with Autism Spectrum Disorders: Phenomenology and Recognition. I: Matson JL, Sturmey P, red. *International Handbook of Autism and Pervasive Developmental Disorders, Autism and Child Psychopathology Serie. Autism and Child Psychopathology Series*. 1 utg. New York: Springer Science+Business Media; 2011. s. 53-74. Tilgjengelig fra: https://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2F978-1-4419-8065-6_5.pdf
5. Reiss S, Levitan GW, Szyszko J. Emotional disturbance and mental retardation: Diagnostic overshadowing. *Am J Ment Defic* 1982;86(6):567-74.
6. Nasjonal kompetansetjeneste for utviklingshemning og psykisk lidelse. Kartlegging av spesialisthelsetjenester til ungdom og voksne med utviklingshemning og psykisk lidelse i Norge [nettdokument]. Oslo: NKUP; 2021. Tilgjengelig fra: <https://oslo-universitetssykehus.no/seksjon/Nasjonal-kompetansetjeneste-for-utviklingshemning-og-psykisk-helse/Documents/Kartlegging%20av%20tjenester%20til%20personer%20med%20utviklingshemning%20og%20psykisk%20lidelse.pdf>
7. Bakken TL, Helvershou SB, Høidal SH, Martinsen H. Mental illness with intellectual disabilities and autism spectrum disorders. I: Hemmings C, Bouras N, red. *Psychiatric and Behavioral Disorders in Intellectual and Developmental Disabilities*. 3 utg. Cambridge: Cambridge University Press; 2016. s. 119-28. Tilgjengelig fra: <https://www.cambridge.org/core/books/psychiatric-and-behavioral-disorders-in-intellectual-and-developmental-disabilities/mental-illness-with-intellectual-disabilities-and-autism-spectrum-disorders/E65B90F3464089AFCE58C2EE66948D90#>
8. Kerns CM, Winder-Patel B, Iosif AM, Nordahl CW, Heath B, Solomon M, et al. Clinically Significant Anxiety in Children with Autism Spectrum Disorder and Varied Intellectual Functioning. *J Clin Child Adolesc Psychol* 2021;50(6):780-95. DOI: <https://doi.org/10.1080/15374416.2019.1703712>
9. Halvorsen MB, Helvershou SB, Axelsdottir B, Brøndbo PH, Martinussen M. General Measurement Tools for Assessing Mental Health Problems Among Children and Adolescents with an Intellectual Disability: A Systematic Review. *J Autism Dev Disord* 2022. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10803-021-05419-5>
10. HelseDirektoratet. Psykisk helsearbeid for barn og unge - en innsiktsrapport [nettdokument]. Oslo: HelseDirektoratet [oppdatert 19. mai 2021; lest 04. februar 2022]. Tilgjengelig fra: <https://www.helseDirektoratet.no/rapporter/psykisk-helsearbeid-for-barn-og-unge>
11. Regionsenter for barn og unges psykiske helse Øst og Sør. Tiltakshåndboka: Oppslagsverk over forskning på barn og unges psykiske helse [nettdokument]. Oslo: tiltakshandboka.no [lest 15. juni 2022]. Tilgjengelig fra: <https://tiltakshandboka.no/no>
12. HelseDirektoratet. Gode helse- og omsorgstjenester til personer med utviklingshemning [nettdokument]. Oslo: HelseDirektoratet [oppdatert 02. juni 2021; lest 04. juni 2021]. Tilgjengelig fra: <https://www.helseDirektoratet.no/veiledere/gode-helse-og-omsorgstjenester-til-personer-med-utviklingshemning>
13. HelseDirektoratet. Prioriteringsveileder - habilitering av barn og unge i spesialisthelsetjenesten [nettdokument]. Oslo: HelseDirektoratet [oppdatert 2. november 2015; lest 22. mai 2020]. Tilgjengelig fra: <https://www.helseDirektoratet.no/veiledere/prioriteringsveiledere/habilitering-av-barn-og-unge-i-spesialisthelsetjenesten>
14. HelseDirektoratet. Prioriteringsveileder - psykisk helsevern for barn og unge [nettdokument]. Oslo: HelseDirektoratet [oppdatert 2. november 2015; lest 22. mai 2020]. Tilgjengelig fra:

<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/prioriteringsveiledere/psykisk-helsevern-for-barn-og-unge>

15. Halvorsen M, Mathiassen B, Myrbakk E, Brøndbo PH, Sætrum A, Steinsvik OO, et al. Neurodevelopmental correlates of behavioural and emotional problems in a neuropaediatric sample. *Res Dev Disabil* 2019;85:217-28. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2018.11.005>
16. Lidal IB, Elvsåshagen M, Axelsdottir B, M EL, Borren I, Dahlgren A. Kunnskapsoppsummering: effekt av tiltak for psykisk helse hos barn og unge med funksjonsnedsettelse [nettdokument]. Oslo: RBUP [oppdatert 2020; lest 04. februar 2022]. Tilgjengelig fra: <https://tiltakshandboka.no/no/tilstander/tilstandsgruppe-funksjonsnedsettelse-og-psykisk-helse>
17. Halvorsen M, Mathiassen B, Sundby J, Myrbakk E, Brøndbo PH, Steinsvik OO, et al. Psykisk helse hos barn og unge med lavt evnenivå. *Tidsskrift for Norsk psykologforening* 2014;51(3):210-5.
18. Bang L, m.fl. Psykiske plager og lidelser hos barn og unge [nettdokument]. Oslo: Folkehelseinstituttet [oppdatert 31. mai 2022; lest 5. juni 2022]. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/nettpub/hin/psykisk-helse/psykisk-helse-hos-barn-og-unge/>
19. Halvorsen M, Helverschou SB. Identifisering av psykiske helsevansker hos personer med autismespekterforstyrrelser og psykisk utviklingshemming. *Tidsskrift for Norsk psykologforening* 2020;57(3):180-9.
20. Brookman-Frazee L, Stadnick N, Chlebowski C, Baker-Ericzén M, Ganger W. Characterizing psychiatric comorbidity in children with autism spectrum disorder receiving publicly funded mental health services. *Autism* 2018;22(8):938-52. DOI: <https://doi.org/10.1177/1362361317712650>
21. Emerson E. *Challenging Behaviour: Analysis and Intervention in People with Severe Intellectual Disabilities*. 2 utg. Cambridge: Cambridge University Press; 2001. Tilgjengelig fra: <https://www.cambridge.org/core/books/challenging-behaviour/97128DD44E61D1F29C987248B8C8CB0F>
22. Bowring DL, Painter J, Hastings RP. Prevalence of Challenging Behaviour in Adults with Intellectual Disabilities, Correlates, and Association with Mental Health. *Curr Dev Disord Rep* 2019;6(4):173-81. DOI: <https://doi.org/10.1007/s40474-019-00175-9>
23. Kildahl AN, Helverschou SB, Bakken TL, Oddli HW. "Driven and Tense, Stressed Out and Anxious": Clinicians' Perceptions of Post-Traumatic Stress Disorder Symptom Expressions in Adults with Autism and Intellectual Disability. *J Ment Health Res Intellect Disabil* 2020;13(3):201-30. DOI: <https://doi.org/10.1080/19315864.2020.1760972>
24. Koenen KC, Moffitt TE, Roberts AL, Martin LT, Kubzansky L, Harrington H, et al. Childhood IQ and Adult Mental Disorders: A Test of the Cognitive Reserve Hypothesis. *Am J Psychiatry* 2009;166(1):50-7. DOI: <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2008.08030343>
25. Sullivan PM, Knutson JF. Maltreatment and disabilities: a population-based epidemiological study. *Child Abuse Negl* 2000;24(10):1257-73. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(00\)00190-3](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(00)00190-3)
26. McDonnell CG, Boan AD, Bradley CC, Seay KD, Charles JM, Carpenter LA. Child maltreatment in autism spectrum disorder and intellectual disability: results from a population-based sample. *J Child Psychol Psychiatry* 2019;60(5):576-84. DOI: <https://doi.org/10.1111/jcpp.12993>
27. Reilly C. Behavioural phenotypes and special educational needs: is aetiology important in the classroom? *J Intellect Disabil Res* 2012;56(10):929-46. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.2012.01542.x>
28. Lai M-C, Lombardo MV, Baron-Cohen S. Autism. *Lancet* 2014;383(9920):896-910. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)61539-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61539-1)
29. Halvorsen M. Psykisk helse og kognitiv funksjon: En multisenterstudie i Barnehabiliteringer i Helse Nord: eRapport [lest 11. november 2020]. Tilgjengelig fra: <https://forskningsprosjekter.ihelse.net/prosjekt/PFP1178-14>
30. National Institute for Health and Care Excellence. Challenging behaviour and learning disabilities: prevention and interventions for people with learning disabilities whose behaviour challenges (NG11) [database]. Manchester: NICE Guidance [oppdatert 29. mai 2015; lest 22. mai 2020]. Tilgjengelig fra: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng11>
31. Ainsworth MDS, Blehar MC, Waters E, Wall S. *Patterns of attachment : a psychological study of the strange situation*. Hillsdale, N.J: Lawrence Erlbaum; 1978.

32. Killén K. Barns tilknytning. Psyke & Logos 2003;24:573-87.
33. Fletcher RJ, National Association for the Dually Diagnosed, American Psychiatric Association. Diagnostic manual - intellectual disability (DM-ID): A textbook of diagnosis of mental disorders in persons with intellectual disability. Kingston, N.Y: NADD Press; 2007.
34. Sosial- og helsedirektoratet, World Health Organization. ICD-10 psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser. Kliniske beskrivelser og diagnostiske retningslinjer. Oslo: Gyldendal Akademisk; 1999. Tilgjengelig fra: https://ehelse.no/standarder/ikke-standarder/icd-10-psykiske-lidelser-og-atferdsforstyrrelse-kliniske-beskrivelser-og-diagnostiske-retningslinjer-blaboka/_/attachment/inline/2940e18d-9320-4536-b627-0f6289e362f6:6875a2309af7447a26d9731a6e7ff2cba814c14e/ICD-10%20Psykiske%20lidelser%20og%20atferdsforstyrrelse%20kliniske%20beskrivelser%20og%20diagnostiske%20retningslinjer.pdf
35. Norsk barne- og ungdomspsykiatrisk forening. Faglig veileder for barne- og ungdomspsykiatri [nettdokument]. Oslo: Den norske legeforening [oppdatert 21. mars 2019; lest 16. februar 2021]. Tilgjengelig fra: <https://beta.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk-barne--og-ungdomspsykiatrisk-forening/veiledere/veileder-i-bup/>
36. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4 edt (DSM-IV). Washington, DC.: APA; 1994.
37. Stokke G. Differensialdiagnostiske kriterier for autismespekterforstyrrelse og tilknytningsforstyrrelse. Tidsskrift for Norsk psykologforening 2011;48(6):529-34.
38. Rogers SJ, Ozonoff S, Maslin-Cole C. Developmental Aspects of Attachment Behavior in Young Children with Pervasive Developmental Disorders. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1993;32(6):1274-82. DOI: <https://doi.org/10.1097/00004583-199311000-00023>
39. Mayes SD, Calhoun SL, Waschbusch DA, Baweja R. Autism and reactive attachment/disinhibited social engagement disorders: Co-occurrence and differentiation. Clin Child Psychol Psychiatry 2016;22(4):620-31. DOI: <https://doi.org/10.1177/1359104516678039>
40. Kildahl AN, Engebretsen MH, Helverschou SB. Attachment disorder in autism spectrum disorder and intellectual disability. Advances in mental health and intellectual disabilities 2019;13(2):57-66. DOI: <https://doi.org/10.1108/AMHID-09-2018-0039>
41. Fletcher RJ, Barnhill J, Cooper S-A. Diagnostic Manual-Intellectual Disability (DM-ID) 2: A Textbook of Diagnosis of Mental Disorders in Persons with Intellectual Disability. Kingston, N.Y: NADD Press; 2016.
42. Sivertsen B, Krokstad S, Øverland S, Mykletun A. The epidemiology of insomnia: Associations with physical and mental health. The HUNT-2 study. J Psychosom Res 2009;67(2):109-16. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2009.05.001>
43. Sørensen E. Søvnforstyrrelser hos barn og ungdom. Tidsskrift for Den norske legeforening 2009;129(19):2000-3. DOI: <https://doi.org/10.4045/tidsskr.09.0585>
44. Bangerter A, Chatterjee M, Manyakov NV, Ness S, Lewin D, Skalkin A, et al. Relationship Between Sleep and Behavior in Autism Spectrum Disorder: Exploring the Impact of Sleep Variability. Front Neurosci 2020;14(211):1-13. DOI: <https://doi.org/10.3389/fnins.2020.00211>
45. Richdale AL, Baker EK. Sleep in Individuals with an Intellectual or Developmental Disability: Recent Research Reports. Curr Dev Disord Rep 2014;1(2):74-85. DOI: <https://doi.org/10.1007/s40474-014-0010-x>
46. Esbensen AJ, Schwichtenberg AJ. Chapter Five - Sleep in Neurodevelopmental Disorders. I: Hodapp RM, Fidler DJ, red. International Review of Research in Developmental Disabilities. 51: Academic Press; 2016. s. 153-91. Tilgjengelig fra: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2211609516300161>
47. Pivalizza P. Intellectual disability in children: Management, outcomes, and prevention. UpToDate [database]. Waltham, MA: UpToDate, Inc [oppdatert 26. juli 2018; lest 16. februar 2021]. Tilgjengelig fra: <https://www.uptodate.com/contents/6191>
48. Sørensen E. Søvnproblemer, søvnforstyrrelser og barne- og ungdomspsykiatri. Den norske legeforening [nettdokument]. Oslo: Norsk barne- og ungdomspsykiatrisk forening [oppdatert 21. mars 2019; lest 16. februar 2021]. Tilgjengelig fra: <https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk-barne--og-ungdomspsykiatrisk->

69. Innstrand AG. Kan mennesker mer utviklingshemming utvikle spiseforstyrrelser? [nettdokument]. Nesodden: psykologinnstrand.no [lest 09. februar 2022]. Tilgjengelig fra: <https://psykologeninnstrand.no/kan-mennesker-med-utviklingshemming-utvikle-spiseforstyrrelser/>
70. Innstrand AG. Hva er forstyrret spising hos barn med autismespekter-forstyrrelser? [nettdokument]. Nesodden: psykologeninnstrand.no [lest 07. februar 2022]. Tilgjengelig fra: <https://psykologeninnstrand.no/hva-er-forstyrret-spising/>
71. Bryant-Waugh R. ARFID (avoidant/restrictive food intake disorder): a guide for parents and carers. Milton Park, Abingdon, Oxon, New York, NY: Routledge; 2019.
72. Eknes J, Mæhle I, Bakken TL, Løkke JA. Utredning og diagnostisering: utviklingshemning, psykiske lidelser og atferdsvansker. 1 utg. Oslo: Universitetsforl.; 2008.
73. Skre IB. Angst [nettdokument]. [oppdatert 15. november 2020; lest 16. februar 2021]. Tilgjengelig fra: <https://sml.snl.no/angst>
74. Jansen J. Følelse [nettdokument]. Store norske leksikon: snl.no [oppdatert 13. desember 2019; lest 4. mai 2021]. Tilgjengelig fra: <https://snl.no/f%C3%B8lelse>
75. Weidle B, Plessen KJ. Tvangslidelser (Obsessive-Compulsive Disorder, OCD): Del 2 Tilstandsbilder [nettdokument]. Oslo: Norsk barne- og ungdomspsykiatrisk forening [oppdatert 21. mars 2019; lest 06. juli 2020]. Tilgjengelig fra: <https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk-barne--og-ungdomspsykiatrisk-forening/veiledere/veileder-i-bup/del-2-tilstandsbilder-kapitlene-er-oppsatt-etter-inndeling-i-icd-10/tvangslidelser-obsessive-compulsive-disorder-ocd/>
76. Køhn K. Tvangslidelser. I: Urnes A-G, red. Den interaktive hjernen hos barn og unge: forståelse og tiltak ved nevroutviklingsforstyrrelser og nevropsykiatriske tilstander. Oslo: Gyldendal; 2018.
77. Seibell P, Palanti S, Bernardi S, Hughes-Feltenberger M, Hollander E. Obsessive-compulsive disorder [database]. London: BMJ Publishing group [oppdatert 21. desember 2018; lest 16. februar 2021]. Tilgjengelig fra: <https://bestpractice.bmj.com/topics/en-gb/362/>
78. Tvangslidelse, OCD [nettdokument]. Oslo: Nasjonal kompetansetjenester for utviklingshemning og psykisk helse, Oslo universitetssykehus [oppdatert 5. oktober 2020; lest 26. januar 2020]. Tilgjengelig fra: <https://oslo-universitetssykehus.no/fag-og-forskning/nasjonale-og-regionale-tjenester/nasjonalkompetansetjeneste-for-utviklingshemning-og-psykisk-helse/tvangslidelse-ocd>
79. Matson JL. Handbook of Intellectual Disabilities: Integrating Theory, Research, and Practice: Springer; 2019.
80. Dahlgren A, Borren I, Morken IS, Nøvik TS. Kunnskapsoppsummering: effekt av tiltak for bipolar lidelse hos barn og unge [nettdokument]. Oslo: Tiltakshåndboka [oppdatert 2020; lest 16. februar 2021]. Tilgjengelig fra: <https://tiltakshandboka.no/no/tilstander/tilstandsgruppe-bipolare-lidelser>
81. Morken IS, Karlsen K, Ludvigsen KH, Borren I. Kunnskapsoppsummering: effekt av tiltak for psykoselidelser hos barn og unge [nettdokument]. Oslo: Tiltakshåndboka: oppsummert forskning om effekt av tiltak for barn og unges psykiske helse [oppdatert 2022; lest 08. august 2022]. Tilgjengelig fra: <https://tiltakshandboka.no/no/tilstander/tilstandsgruppe-psykoselidelser/oppsummert-om-psykose>
82. Udal AH, Grøholt B. Bipolare lidelser hos barn og ungdom. Tidsskrift for Den norske legeforening 2006;126:302-4.
83. Karlsen K. Alvorlige psykiske lidelser hos barn og ungdom : psykososer og psykoselignende tilstander. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2015.
84. Whitney DG, Shapiro DN, Peterson MD, Warschausky SA. Factors associated with depression and anxiety in children with intellectual disabilities. J Intellect Disabil Res 2019;63(5):408-17. DOI: <https://doi.org/10.1111/jir.12583>
85. Charlot LR, Tassè M, Fox S, Pary RJ, Benson BA, Hassiotis A. Depressive Disorders. I: Fletcher RJ, Barnhill J, Cooper S-A, red. Diagnostic Manual-Intellectual Disability (DM-ID) 2: A Textbook of Diagnosis of Mental Disorders in Persons with Intellectual Disability. Kingston, N.Y: NADD Press; 2016.
86. Axelsdottir B, Eidet LM, Dahlgren A, Hammerstrøm KT, Bjørndal A, Sund AM. Kunnskapsoppsummering: effekt av tiltak for depresjon hos barn og unge [nettdokument]. Oslo: Tiltakshåndboka [oppdatert 2020; lest 29. januar 2021]. Tilgjengelig fra: <https://tiltakshandboka.no/no/tilstander/tilstandsgruppe-depresjon/oppsummert-om-depresjon>

87. Kaufmann J, Aalberg M, Sund AM. Kiddie-Sads (PL) Barne- og ungdomspsykiatrisk intervju etter DSM-5. Norsk versjon [Kartleggingsverktøy]. Trondheim NTNU; 2016. Tilgjengelig fra: <https://www.helsebiblioteket.no/psykisk-helse/skaringsverktoy/attachment/267069?ts=16fec2d8805>
88. Pary RJ, Charlot LR, Fox S, Hellings JA, Hurley AD. Bipolar and related disorders. I: Fletcher RJ, Barnhill J, Cooper S-A, red. Diagnostic Manual-Intellectual Disability (DM-ID) 2: A Textbook of Diagnosis of Mental Disorders in Persons with Intellectual Disability. Kingston, N.Y.: NADD Press; 2016.
89. Kildahl AN, Jørstad I. Post-traumatic stress disorder symptom manifestations in an autistic man with severe intellectual disability following coercion and scolding. J Intellect Dev Disabil 2022;47(2):190-4. DOI: <https://doi.org/10.3109/13668250.2021.1995930>
90. Kildahl AN, Helverschou SB, Bakken TL, Oddli H. "If we do not look for it, we do not see it": Clinicians' experiences and understanding of identifying post-traumatic stress disorder in adults with autism and intellectual disability. Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities 2020;33(5):1119-32. DOI: <https://doi.org/10.1111/jar.12734>
91. Siegel M, McGuire K, Veenstra-VanderWeele J, Stratigos K, King B, Bellonci C, et al. Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Psychiatric Disorders in Children and Adolescents With Intellectual Disability (Intellectual Developmental Disorder). J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2020;59(4):468-96. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2019.11.018>
92. Viken K, Myhre M. Atferdsanalyse i psykisk helsearbeid. I: Bakken TL, red. Håndbok i miljøterapi. Bergen: Fagbokforlaget; 2020. s. 119-29.
93. Holden B. Hvilken rolle kan private hendelser spille i funksjonelle analyser? Drøftinger og eksempler. Norsk Tidsskrift for Atferdsanalyse 2014;41(2):203-11.
94. Holden B. Funksjonelle analyser av problematferd: En introduksjon. Norsk Tidsskrift for Atferdsanalyse 2013;40(2):121-32.
95. Holden B. Psykiske lidelser og utviklingshemning: atferdsanalytisk forståelse og behandling. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2008.
96. Torve BA, Larsen R. Funksjonelle analyser i norske studier av behandling av utfordrende atferd. Hvilke metoder brukes og hvor nyttige er de? Norsk Tidsskrift for Atferdsanalyse 2020;47(2):81-96.
97. Fuentes J, Hervás A, Howlin P. ESCAP practice guidance for autism: a summary of evidence-based recommendations for diagnosis and treatment. Eur Child Adolesc Psychiatry 2020;30(6):961-84. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00787-020-01587-4>
98. Beavers GA, Iwata BA, Lerman DC. Thirty years of research on the functional analysis of problem behavior. J Appl Behav Anal 2013;46(1):1-21. DOI: <https://doi.org/10.1002/jaba.30>
99. Halvorsen MB, Kildahl AN, Helverschou SB. Measuring Comorbid Psychopathology. I: Matson JL, Sturmey P, red. Handbook of Autism and Pervasive Developmental Disorder: Assessment, Diagnosis, and Treatment. Cham: Springer International Publishing; 2022. s. 429-47. Tilgjengelig fra: https://doi.org/10.1007/978-3-030-88538-0_18
100. Halvorsen M, Myrbakk E, Martinussen M. Måleegenskaper ved den norske versjonen av Aberrant Behavior Checklist (ABC). PsykTestBarn 2015;5(1-2). DOI: <https://doi.org/10.21337/0039>
101. Halvorsen M, Aman MG, Mathiassen B, Brøndbo PH, Steinsvik OO, Martinussen M. Psychometric Properties of the Norwegian Aberrant Behavior Checklist and Diagnostic Relationships in a Neuro-Pediatric Sample. Journal of Mental Health Research in Intellectual Disabilities 2019;12(3-4):234-55. DOI: <https://doi.org/10.1080/19315864.2019.1630872>
102. Halvorsen MB, Kaiser S, Hansen IL, Sandal IRB, Helverschou SB. Validering av den norske versjonen av Developmental Behavior Checklist Parent Form (DBC-P) blant barn og unge med utviklingsforstyrrelser og utviklingshemning. Tidsskrift for Norsk psykologforening Under publisering 2022.
103. Helverschou SB, Bakken TL, Martinsen H. The Psychopathology in Autism Checklist (PAC): A pilot study. Res Autism Spectr Disord 2009;3(1):179-95. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2008.05.004>
104. Helverschou SB, Ludvigsen LB, Hove O, Kildahl AN. Psychometric properties of the Psychopathology in Autism Checklist (PAC). International journal of developmental disabilities 2021;67(5):318-26. DOI: <https://doi.org/10.1080/20473869.2021.1910779>

105. Kiddie-SADS (PL) [nettdokument]. Trondheim: ntnu.no [lest 1. november 2020]. Tilgjengelig fra: <https://www.ntnu.no/rkbu/kiddie-sads-pl>
106. Masi G, Mucci M, Favilla L, Poli P. Dysthymic disorder in adolescents with intellectual disability. *J Intellect Disabil Res* 1999;43(2):80-7. DOI: <https://doi.org/10.1046/j.1365-2788.1999.00195.x>
107. Gjevik E, Sandstad B, Andreassen OA, Myhre AM, Sponheim E. Exploring the agreement between questionnaire information and DSM-IV diagnoses of comorbid psychopathology in children with autism spectrum disorders. *Autism* 2015;19(4):433-42. DOI: <https://doi.org/10.1177/1362361314526003>
108. Gjevik E, Eldevik S, Fjæran-Granum T, Sponheim E. Kiddie-SADS Reveals High Rates of DSM-IV Disorders in Children and Adolescents with Autism Spectrum Disorders. *J Autism Dev Disord* 2011;41(6):761-9. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10803-010-1095-7>
109. Halvorsen MB, Kildahl A, Helverschou SB. Kartlegging av psykiske lidelser hos barn og voksne med autismespekterforstyrrelser. I: Helverschou SB, red. *Autisme og mental helse*. 1. utg. Oslo: Gyldendal; 2022.
110. Goodman R, Ford T, Richards H, Gatward R, Meltzer H. The Development and Well-Being Assessment: Description and Initial Validation of an Integrated Assessment of Child and Adolescent Psychopathology. *J Child Psychol Psychiatry* 2000;41(5):645-55. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2000.tb02345.x>
111. Brøndbo PH, Martinussen M. Måleegenskaper ved den norske versjonen av Development and Well-Being Assessment (DAWBA). *PsykTestBarn* 2013;3(2:5). DOI: <https://doi.org/10.21337/0028>
112. Wigham S, Hatton C, Taylor JL. The Lancaster and Northgate Trauma Scales (LANTS): The development and psychometric properties of a measure of trauma for people with mild to moderate intellectual disabilities. *Res Dev Disabil* 2011;32(6):2651-9. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2011.06.008>
113. Wigham S, Hatton C, Taylor JL. Short report and initial evaluation of the factor structure of the Lancaster and Northgate Trauma Scales (LANTS). *Res Dev Disabil* 2021;112:103914. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2021.103914>
114. Hall JC, Jobson L, Langdon PE. Measuring symptoms of post-traumatic stress disorder in people with intellectual disabilities: The development and psychometric properties of the Impact of Event Scale-Intellectual Disabilities (IES-IDs). *Br J Clin Psychol* 2014;53(3):315-32. DOI: <https://doi.org/10.1111/bjc.12048>
115. Sappok T, Zepperitz S, Hudson M. Meeting Emotional Needs in Intellectual Disability. The Developmental Approach. Newburyport, MA: Hogrefe Publishing; 2022.
116. Bakken TL. Et åpnere terapirom: utrednings- og behandlingssamtaler til personer med kognitiv funksjonshemming. 1 utg. Bergen: Fagbokforlaget; 2021.
117. Attwood T, Scarpa A. Modifications of Cognitive-Behavioral Therapy for Children and Adolescents with High-Functioning ASD and their common difficulties. I: Scarpa A, White SW, Attwood T, red. *CBT for Children and Adolescents with High-Functioning Autism Spectrum Disorders*. New York, NY, US: The Guilford Press; 2013. s. 27-44.
118. National Institute for Health and Care Excellence. Mental health problems in people with learning disabilities: prevention, assessment and management (NG54) [database]. Manchester: NICE Guidance [oppdatert 14. september 2016; lest 25. mai 2020]. Tilgjengelig fra: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng54>
119. Ofstad AC, Hosar EA, Hannon KS. Miljøterapi til ungdom med autismespekterforstyrrelse i psykisk helsevern - døgnbehandling. I: Bakken TL, red. *Håndbok i miljøterapi: til barn og voksne med kognitiv funksjonshemming*. 1 utg. Bergen: Fagbokforlaget; 2020. s. 151-64.
120. Moe V, Slinning K, Hansen MB. *Håndbok i sped- og småbarns psykiske helse*. Oslo: Gyldendal akademisk; 2010.
121. Sameroff AJ, Fiese BH. Models of developmental risk. I: Zeanah CH, red. *Handbook of infant mental health*. 2 utg. New York: Guilford Press; 2000.
122. Smith L. *Småbarnsalderens nevropsykologi*. Oslo: Universitetsforlaget; 1996.
123. Brean AV, Zero to Three. DC: 0-5 : Diagnostisk klassifisering av psykisk helse og utviklingsforstyrrelser i sped- og småbarnsalderen. 1 utg. Oslo: Gyldendal; 2020.

124. Moe RG, Mothander PR. Kartlegging og diagnostisering av vansker hos sped- og småbarn. I: Moe V, Slinning K, Hansen MB, red. Håndbok i spe- og småbarns psykiske helse. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2010. s. 610-36.
125. Isaksen J, Karlsen A. Innføring i atferdsanalyse. 2 utg. Oslo: Universitetsforlaget; 2018.
126. Cooper JO, Heron TE, Heward WL. Applied behavior analysis. 3 utg. Harlow: Pearson Education Limited; 2020.
127. Rysstad AL, Kildahl AN, Skavhaug JO, Dønnum MS, Helverschou SB. Case study: organizing outpatient pharmacological treatment of bipolar disorder in autism, intellectual disability and Phelan-McDermid syndrome (22q13.3 deletion syndrome). International Journal of Developmental Disabilities 2020:1-10. DOI: <https://doi.org/10.1080/20473869.2020.1756113>
128. Røss CS. Hvem ringer man når det ikke er noen å ringe? - Foreldreerfaringer når barnet har autismespekterforstyrrelse og utagerende atferd [masteroppgave]. Oslo: Universitet i Oslo; 2020. Tilgjengelig fra: <http://urn.nb.no/URN:NBN:no-83883>
129. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven). Kapittel 9. Rettsikkerhet ved bruk av tvang og makt overfor enkelte personer med psykisk utviklingshemning. LOV-2011-06-24-30. Sist endret i: LOV-2021-06-18-118. Tilgjengelig fra: https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30#KAPITTEL_9
130. Sameroff AJ. The transactional model. I: Sameroff AJ, red. The transactional model of development: How children and contexts shape each other. 1 utg. Washington, DC: American Psychological Association; 2009. s. 3-21.
131. Hart S, Gröhn H. Den følsomme hjernen: hjernens utvikling gjennom tilknytning og samholdsbånd. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2011.
132. Sameroff AJ, McDonough SC, Rosenblum K. Treating parent-infant relationship problems: Strategies for intervention. New York: Guilford Press; 2004.
133. Hafstad R, Øvreeide H. Marte Meo – en veilednings- og behandlingsmetode. Tidsskrift for Norsk Psykologforening 2004;41(6):447-56.
134. Om De Utrolige Årene [nettdokument]. Tromsø: uit.no [lest 15. mars 2022]. Tilgjengelig fra: <https://dua.uit.no/om/>
135. McIntyre L. Adapting Webster-Stratton's incredible years parent training for children with developmental delay: findings from a treatment group only study. J Intellect Disabil Res 2008;52(12):1176-92. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.2008.01108.x>
136. Foreldreprogram - Glenne regionale senter for autisme [nettdokument]. Tønsberg: glennesenter.no [lest 15. mars 2022]. Tilgjengelig fra: <http://www.glennesenter.no/foreldreprogram/>
137. ICDP - Programmet [nettdokument]. Frogner: icdp.no [lest 15. mars 2022]. Tilgjengelig fra: <https://www.icdp.no/hva-er-icdp/>
138. Sjøvold MS, Furuholmen KG. De minste barnas stemme: sped- og småbarn utsatt for vold og omsorgssvikt. 2 utg. Oslo: Universitetsforlaget; 2020.
139. Zeanah CH, Benoit D. Clinical Applications of a Parent Perception Interview in Infant Mental Health. Elsevier 1995;4(3):539-54. DOI: [https://doi.org/10.1016/S1056-4993\(18\)30418-8](https://doi.org/10.1016/S1056-4993(18)30418-8)
140. Bowlby J. Attachment and loss : 2 : Separation : anxiety and anger. London: Hogarth Press; 1973.
141. Abidin RR. Parenting Stress Index. Professional Manual. 3 utg. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources; 1995. Tilgjengelig fra: <https://www.parinc.com/Products/Pkey/332>
142. Endringer i pasient- og brukarrettslova, helsepersonellova m.m. (styrking av rettsstillinga til barn ved yting av helse- og omsorgstenester m.m.). LOV-1999-07-02-64. Prop. 75 L (2016 –2017). Sist endret i: LOV-2017-06-16-53. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2017-06-16-53>
143. SIBS - Søskenprosjekt [nettdokument]. Oslo: sibs.no [lest 15. mars 2022]. Tilgjengelig fra: <https://sibs.no/>
144. Saunders B. Barn trenger beskyttelse mot søskenvold. Fontene 2022;(3):46-51.
145. Holsten F. Generelt om søvn ved psykiske lidelser [nettdokument]. Bergen: Nasjonal kompetansetjeneste for søvn sykdommer (SOVno) [oppdatert 13. september 2021; lest 02. februar 2022]. Tilgjengelig fra: <https://helse-bergen.no/nasjonal-kompetansetjeneste-for-sovn-sykdommer-sovno/generelt-om-sovn-ved-psykiske-lidelser>

146. Dyssomnias in children. BMJ Best Practice [database]. London: BMJ Publishing group [oppdatert 02. september 2020; lest 02. februar 2022]. Tilgjengelig fra: <https://bestpractice.bmj.com/topics/en-us/781/treatment-algorithm>
147. Helsedirektoratet. Nasjonale faglige råd om bruk av psykofarmaka hos barn og unge (Publiseres høsten 2022) [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet [lest 15. juni 2022].
148. Owens JA. Behavioral sleep problems in children. UpToDate [database]. Waltham, MA: UpToDate, Inc [oppdatert 18. august 2020; lest 02. februar 2022]. Tilgjengelig fra: <https://www.uptodate.com/contents/6353>
149. Pallesen S. Søvnløshet hos barn - behandling [nettdokument]. Bergen: Nasjonal kompetansetjeneste for søvnsykdommer (SOVno) [oppdatert 13. september 2021; lest 02. februar 2022]. Tilgjengelig fra: <https://helse-bergen.no/nasjonal-kompetansetjeneste-for-sovnsykdommer-sovno/sovnloshet-hos-barn-behandling>
150. Bjorvatn B. Restless legs syndrom [nettdokument]. Bergen: Nasjonal kompetansetjeneste for søvnsykdommer (SOVno) [oppdatert 13. september 2021; lest 03. februar 2022]. Tilgjengelig fra: <https://helse-bergen.no/nasjonal-kompetansetjeneste-for-sovnsykdommer-sovno/restless-legs-syndrom>
151. Norsk barnelegeforening. Behandling av søvnsykdommer - generelle tiltak [nettdokument]. Oslo: helsebiblioteket.no [oppdatert 2019; lest 02. februar 2022]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsebiblioteket.no/pediatriveiledere?menuitemkeylev1=5962&menuitemkeylev2=11821&key=264141>
152. Ivanenko A. Sleep in children and adolescents with attention deficit hyperactivity disorder [database]. Waltham, MA: UpToDate, Inc [oppdatert 26. mai 2022; lest 10. august 2022]. Tilgjengelig fra: <https://www.uptodate.com/contents/97875>
153. Picchietti DL. Restless legs syndrome and periodic limb movement disorder in children. UpToDate [database]. Waltham, MA: UpToDate, Inc [oppdatert 3. november 2021; lest 10. august 2022]. Tilgjengelig fra: <https://www.uptodate.com/contents/16995>
154. Auger RR. Delayed sleep-wake phase disorder. UpToDate [database]. Waltham, MA: UpToDate, Inc [oppdatert 03. juni 2022; lest 10. august 2022]. Tilgjengelig fra: <https://www.uptodate.com/contents/97845>
155. Pallesen S. Avslapningsøvelser [nettdokument]. Bergen: Nasjonal kompetansetjeneste for søvnsykdommer (SOVno) [oppdatert 06. september 2021; lest 02. februar 2022]. Tilgjengelig fra: <https://helse-bergen.no/nasjonal-kompetansetjeneste-for-sovnsykdommer-sovno/avslapningsovelser>
156. Bjorvatn B. Behandling av langvarige søvnproblemer uten medisiner [nettdokument]. Bergen: Nasjonal kompetansetjeneste for søvnsykdommer (SOVno) [oppdatert 10. september 2021; lest 03. februar 2022]. Tilgjengelig fra: <https://helse-bergen.no/nasjonal-kompetansetjeneste-for-sovnsykdommer-sovno/behandling-av-langvarige-sovnproblemer-uten-medisiner>
157. Loomes R, Bryant-Waugh R. Widening the reach of family-based interventions for Anorexia Nervosa: autism-adaptations for children and adolescents. J Eat Disord 2021;9(157). DOI: <https://doi.org/10.1186/s40337-021-00511-8>
158. Matson JL, Fodstad JC. The treatment of food selectivity and other feeding problems in children with autism spectrum disorders. Res Autism Spectr Disord 2009;3(2):455-61. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2008.09.005>
159. Schjørbeck H. Bare normalt kresen eller er det mer enn det? Fagartikkel, Del 2 2014;(1):8-15.
160. Neumer S-P, Martinsen KD, Gere M, Villabø MA. Kognitiv-atferdsterapeutiske programmer i klinikk: Utdfordringer og muligheter. Tidsskrift for Norsk Psykologforening 2011;48(1):21-5.
161. Hassiotis A, Serfaty M, Azam K, Martin S, Strydom A, King M. A Manual of Cognitive Behaviour Therapy for People with Mild Learning Disabilities and Common Mental Disorders. A training guide to help professional therapists in treating people with communication and cognitive problems in CBT. London, UK: Camden & Islington NHS Foundation Trust and University College London; 2012.
162. Kendall PC, Martinsen K, Neumer S-P, Mestringskatten. Mestringskatten (Coping Cat) : terapeutmanual : kognitiv adferdsterapi for barn med angst. Oslo: Universitetsforlaget; 2006.

163. Martinsen K, Keeping D. Mestrende barn : arbeidsbok barn. 2. utg. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2017.
164. Haugland BS, Bjåstad JF. Mestringskatten: Kunnskapsoppsummering og klassifisering av tiltaket. Ungsinn [nettdokument]. Tromsø: Ungsinn Tidsskrift for virksomme tiltak for barn og unge [oppdatert 1. desember 2017; lest 26. september 2021]. Tilgjengelig fra: http://ungsinn.no/post_tiltak_arkiv/mestringskatten-2-utg/
165. Sæle RG, Sagatun As. FRIENDS for life (behandling): Kunnskapsoppsummering og klassifisering av tiltaket. Ungsinn [nettdokument]. Tromsø: Ungsinn Tidsskrift for virksomme tiltak for barn og unge [oppdatert 28. november 2018; lest 26. september 2021]. Tilgjengelig fra: https://ungsinn.no/post_tiltak_arkiv/friends-for-life-behandling/
166. Reedtz C, Eng H. SMART: Beskrivelse og vurdering av tiltaket. Ungsinn [nettdokument]. Tromsø: Ungsinn Tidsskrift for virksomme tiltak for barn og unge [oppdatert 12. april 2013; lest 26. september 2021]. Tilgjengelig fra: https://ungsinn.no/post_tiltak/test-smart-forebygging-av-emosjonelle-problemer-hos-ungdom/
167. Reedtz C, Wergeland GJ. Dialektisk atferdsterapi for ungdom (DBT-A) (1. utg.) : Kunnskapsoppsummering og klassifisering av tiltaket. Ungsinn [nettdokument]. Tromsø: Ungsinn Tidsskrift for virksomme tiltak for barn og unge [oppdatert 10. september 2020; lest 26. september 2021]. Tilgjengelig fra: https://ungsinn.no/post_tiltak_arkiv/dialektisk-atferdsterapi-for-ungdom-dialectical-behavior-therapy-for-adolescents-dbt-a/
168. James AC, Reardon T, Soler A, James G, Creswell C. Cognitive behavioural therapy for anxiety disorders in children and adolescents. Cochrane Database Syst Rev 2020;(11). DOI: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD013162.pub2>
169. Utgård K. Kognitiv atferdsterapi ved angstlidelser. I: Helverschou SB, red. Autisme og mental helse. 1. utg. Oslo: Gyldendal; 2022. s. 263-83.
170. Elliott SJ, Marshall D, Morley K, Uphoff E, Kumar M, Meader N. Behavioural and cognitive behavioural therapy for obsessive compulsive disorder (OCD) in individuals with autism spectrum disorder (ASD). Cochrane Database Syst Rev 2021;9(CD013173). DOI: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD013173.pub2>
171. Vereenoghe L, Langdon PE. Psychological therapies for people with intellectual disabilities: A systematic review and meta-analysis. Res Dev Disabil 2013;34(11):4085–102. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2013.08.030>
172. Weston L, Hodgekins J, Langdon PE. Effectiveness of cognitive behavioural therapy with people who have autistic spectrum disorders: A systematic review and meta-analysis. Clin Psychol Rev 2016;49:41–54. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.08.001>
173. Wergeland GJ, Skotheim S, Kvello Ø. DU - Mestringskurs for ungdom (2.utg.): Kunnskapsoppsummering og klassifisering av tiltaket. Ungsinn [nettdokument]. Tromsø: Ungsinn Tidsskrift for virksomme tiltak for barn og unge [oppdatert 14. desember 2016; lest 15. juni 2022]. Tilgjengelig fra: https://ungsinn.no/post_tiltak_arkiv/kunnskapsoppsummering-og-klassifisering-av-tiltaket-du-depresjonsmestring-for-ungdom-2-utg/
174. Bjåstad JF, Haugland BS, Kornør H. Traumefokusert kognitiv atferdsterapi (TF-CBT) (2. utg.) : Kunnskapsoppsummering og klassifisering av tiltaket. Ungsinn [nettdokument]. Tromsø: Ungsinn Tidsskrift for virksomme tiltak for barn og unge [oppdatert 07. august 2020; lest 15. juni 2022]. Tilgjengelig fra: https://ungsinn.no/post_tiltak_arkiv/traumefokusert-kognitiv-atferdsterapi-tf-cbt-2-utg/
175. Byrne G, O'Mahony T. Acceptance and commitment therapy (ACT) for adults with intellectual disabilities and/or autism spectrum conditions (ASC): A systematic review. J Contextual Behav Sci 2020;18:247–55. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2020.10.001>
176. Dimeff LA, Rizvi SL, Koerner K, Linehan MM. Dialectical behavior therapy in clinical practice: applications across disorders and settings. 2 utg. New York: The Guilford Press; 2021.
177. Brown JF, Brown MZ, Dibiasio P. Treating Individuals With Intellectual Disabilities and Challenging Behaviors With Adapted Dialectical Behavior Therapy. J Ment Health Res Intellect Disabil 2013;6(4):280-303. DOI: <https://doi.org/10.1080/19315864.2012.700684>

178. Iversen TE, Horndalsveen K, Matre E, Henriksen TF, Fusche S, Kildahl AN, et al. Inpatient treatment of borderline personality disorder in adults with intellectual disability: reflections on practice. *Adv Ment Health Intellect Disabil* 2019;13(2):67-75. DOI: <https://doi.org/10.1108/AMHID-03-2018-0008>
179. Iversen TE, Kildahl AN, Henriksen TF, Bakken TL. Emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse: Validerende samhandling og nye ferdigheter. I: Bakken TL, red. *Håndbok i miljøterapi: til barn og voksne med kognitiv funksjonshemming*. 1 utg. Bergen: Fagbokforlaget; 2020. s. 417-26.
180. Sakdalan JA, Shaw J, Collier V. Staying in the here-and-now: A pilot study on the use of dialectical behaviour therapy group skills training for forensic clients with intellectual disability. *J Intellect Disabil Res* 2010;54(6):568-72. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.2010.01274.x>
181. Hartmann K, Urbano M, Manser K, Okwara L. Modified dialectical behavior therapy to improve emotion regulation in autism spectrum disorders. *Autism Spectrum Disorders: New Research* 2012:41-72.
182. Brown JF. *The Emotion Regulation Skills System for Cognitively Challenged Clients. A DBT-Informed Approach*. New York: The Guilford Press; 2016.
183. Shapiro F. *Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) therapy: Basic principles, protocols, and procedures*. 3 utg. New York: The Guilford Press; 2018.
184. Lewis C, Roberts NP, Andrew M, Starling E, Bisson JI. Psychological therapies for post-traumatic stress disorder in adults: systematic review and meta-analysis. *Eur J Psychotraumatol* 2020;11(1):1729633. DOI: <https://doi.org/10.1080/20008198.2020.1729633>
185. Beer R. Efficacy of EMDR Therapy for Children With PTSD: A Review of the Literature. *J EMDR Prac Res* 2018;12(4):177-95. DOI: <https://doi.org/10.1891/1933-3196.12.4.177>
186. Shapiro F, Wesselmann D, Mevissen L. *Eye Movement Desensitization and Reprocessing Therapy (EMDR)*. I: Landolt MA, Cloitre M, Schnyder U, red. *Evidence-Based Treatments for Trauma Related Disorders in Children and Adolescents*. 1 utg. Switzerland: Springer, Cham; 2017.
187. Kildahl AN, Bakken TL. Posttraumatisk stresslidelse. I: Bakken TL, red. *Psykisk lidelse hos voksne personer med utviklingshemming: Forståelse og behandling*. 2 utg. Oslo: Universitetsforlaget; 2020. s. 161-82.
188. Karatzias T, Brown M, Taggart L, Truesdale M, Sirisena C, Walley R, et al. A mixed-methods, randomized controlled feasibility trial of Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) plus Standard Care (SC) versus SC alone for DSM-5 Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) in adults with intellectual disabilities. *J Appl Res Intellect Disabil* 2019;32(4):806-18. DOI: <https://doi.org/10.1111/jar.12570>
189. Byrne G. A Systematic Review of Treatment Interventions for Individuals With Intellectual Disability and Trauma Symptoms: A Review of the Recent Literature. *Trauma Violence Abuse* 2020. DOI: <https://doi.org/10.1177/1524838020960219>
190. Buuren EL-v, Sizoo B, Mevissen L, de Jongh A. Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) Therapy as a Feasible and Potential Effective Treatment for Adults with Autism Spectrum Disorder (ASD) and a History of Adverse Events. *J Autism Dev Disord* 2019;49(1):151-64. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10803-018-3687-6>
191. Mevissen L, Lievegoed R, Seubert A, De Jongh A. Do persons with intellectual disability and limited verbal capacities respond to trauma treatment? *J Intellect Dev Disabil* 2011;36(4):278-83. DOI: <https://doi.org/10.3109/13668250.2011.621415>
192. Mevissen L, Lievegoed R, Seubert A, De Jongh A. Treatment of PTSD in people with severe intellectual disabilities: A case series. *Dev Neurorehabil* 2012;15(3):223-32. DOI: <https://doi.org/10.3109/17518423.2011.654283>
193. Karadag M, Gokcen C, Sarp AS. EMDR therapy in children and adolescents who have post-traumatic stress disorder: a six-week follow-up study. *Int J Psychiatry Clin Pract* 2020;24(1):77-82. DOI: <https://doi.org/10.1080/13651501.2019.1682171>
194. Mevissen L, Didden R, Korzilius H, de Jongh A. Eye movement desensitisation and reprocessing therapy for posttraumatic stress disorder in a child and an adolescent with mild to borderline intellectual disability: A multiple baseline across subjects study. *J Appl Res Intellect Disabil* 2017;30(Suppl 1):34-41. DOI: <https://doi.org/10.1111/jar.12335>

195. Rodenburg R, Benjamin A, Meijer AM, Jongeneel R. Eye movement desensitization and reprocessing in an adolescent with epilepsy and mild intellectual disability. *Epilepsy Behav* 2009;16(1):175-80. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2009.07.015>
196. Kildahl AN, Engebretsen MH. Ut av kontoret. Samarbeid med leger, psykologer og andre behandlere. I: Bakken TL, red. Håndbok i miljøterapi : til barn og voksne med kognitiv funksjonshemming. 1 utg. Bergen: Fagbokforlaget; 2020. s. 253-66.
197. About cat kit (Cognitive Affective Training (CAT)). CAT [nettdokument]. Jystrup: cat-kit.com [lest 15. februar 2022]. Tilgjengelig fra: <https://cat-kit.com/en-gb/about>
198. Peterson JL, Earl RK, Fox EA, Ma R, Haidar G, Pepper M, et al. Trauma and Autism Spectrum Disorder: Review, Proposed Treatment Adaptations and Future Directions. *J Child Adolesc Trauma* 2019;12(4):529-47. DOI: <https://doi.org/10.1007/s40653-019-00253-5>
199. Carrigan N, Allez K. Cognitive Behaviour Therapy for Post-Traumatic Stress Disorder in a person with an Autism Spectrum Condition and Intellectual Disability: A Case Study. *J Appl Res Intellect Disabil* 2017;30(2):326-35. DOI: <https://doi.org/10.1111/jar.12243>
200. Keesler JM. A Call for the Integration of Trauma-Informed Care Among Intellectual and Developmental Disability Organizations. *J Policy Pract Intellect Disabil* 2014;11(1):34-42. DOI: <https://doi.org/10.1111/jppi.12071>
201. NAKU. Traumebevisst forståelse som myndiggjørende praksis [nettdokument]. Trondheim: naku.no [oppdatert 26. oktober 2020; lest 08. februar 2020]. Tilgjengelig fra: <https://naku.no/kunnskapsbanken/traumebevisst-forst%C3%A5else-som-myndiggj%C3%B8rende-praksis>
202. Faccini L, Allely CS. Dealing with Trauma in Individuals with Autism Spectrum Disorders: Trauma Informed Care, Treatment, and Forensic Implications. *J Aggress Maltreat Trauma* 2021;30(8):1082-92. DOI: <https://doi.org/10.1080/10926771.2020.1853295>
203. Rich AJ, DiGregorio N, Strassle C. Trauma-informed care in the context of intellectual and developmental disability services: Perceptions of service providers. *J Intellect Disabil* 2021;25(4):603-18. DOI: <https://doi.org/10.1177/1744629520918086>
204. Truesdale M, Brown M, Taggart L, Bradley A, Paterson D, Sirisena C, et al. Trauma-informed care: A qualitative study exploring the views and experiences of professionals in specialist health services for adults with intellectual disabilities. *J Appl Res Intellect Disabil* 2019;32(6):1437-45. DOI: <https://doi.org/10.1111/jar.12634>
205. Løkke JA, Bakken TL. Kunnskapsbasert miljøterapi - et utkast. I: Bakken TL, red. Håndbok i miljøterapi: til barn og voksne med kognitiv funksjonshemming. 1 utg. Bergen: Fagbokforlaget; 2020. s. 39-48.
206. Kildahl AN, Bakken TL, Matre EAW, Hellerud JMA, Engebretsen MH, Helveschou SB. Case study: identification of anxiety and subsequent intervention in an adolescent male with autism, severe intellectual disability and self-injurious behaviour. *Int J Dev Disabil* 2021;67(5):327-38. DOI: <https://doi.org/10.1080/20473869.2020.1850160>
207. Sommerstad HS, Kildahl AN, Munkhaugen EK, Karlsen K, Bakken TL. Experiences of ward atmosphere in inpatients with intellectual disability and mental illness: clinical implications for mental health nursing. *Int J Dev Disabil* 2021;67(5):339-48. DOI: <https://doi.org/10.1080/20473869.2021.1900507>
208. Donner L, Gustin LW. Navigating between Compassion and Uncertainty - Psychiatric Nurses' Lived Experiences of Communication with Patients Who Rarely Speak. *Issues Ment Health Nurs* 2020;42(4):307-16. DOI: <https://doi.org/10.1080/01612840.2020.1793246>
209. Bakken TL, Sageng H, Hellerud J, Kildahl A, Kristiansen T. The Use of Validation in Mental Health Nursing for Adults with Intellectual Disabilities and Mental Illness: A Descriptive Study. *Issues Ment Health Nurs* 2017;38(8):619-23. DOI: <https://doi.org/10.1080/01612840.2017.1330910>
210. Neegaard R, Bakken TL. Miljøterapi i barnevernsinstitusjoner. I: Bakken TL, red. Håndbok i miljøterapi: til barn og voksne med kognitiv funksjonshemming. 1 utg. Bergen: Fagbokforlaget; 2020. s. 165-80.
211. Westengen DS, Bakkemo AG, Stensbøl DM, Borgen OÅ, Mohus I, Kylland H, et al. Miljøterapeuter i hjemmet hos barn og unge med kognitiv funksjonshemming. I: Håndbok i miljøterapi: til barn og voksne med kognitiv funksjonshemming. 1 utg. Bergen: Fagbokforlaget; 2020. s. 181-96.

212. Gunderson JG. Defining the Therapeutic Processes in Psychiatric Milieus. *Psychiatry* 1978;41(4):327-35. DOI: <https://doi.org/10.1080/00332747.1978.11023992>
213. Viken K. Utfordrende atferd og anvendt atferdsanalyse. I: Bakken TL, red. Håndbok i miljøterapi: til barn og voksne med kognitiv funksjonshemming. 1 utg. Bergen: Fagbokforlaget; 2020. s. 107-17.
214. Tarbox J, red. Najdowski AC. Flexible and Focused: Teaching Executive Function Skills to Individuals with Autism and Attention Disorders. Amsterdam: Academic Press; 2017.
215. March JS, Mulle K, Gundersen K, Jørgensen LT, Moynahan L. Tvangslidelser hos barn og unge: en kognitiv-atferdsterapeutisk behandlingsmanual. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2003.
216. Holden B, Løkke JA, Offernes N-Ø, Grønnerud EM, Skogli E, Blomseth S, et al. Diagnose og behandling av tvangslidelse, ticsforstyrrelser (inkludert Tourette) - og andre repeterende atferdsforstyrrelser hos mennesker med psykisk utviklingshemming og/eller utviklingsforstyrrelser. 2006. Faghefte for habiliteringstjenestene i Helse Øst.
217. Holden B, Finstad J. Atferdsavtaler: et hjelpemiddel for å velge hensiktsmessig atferd. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2010.
218. Vandbakk M, Steingrimsdottir HS, Finstad J. Økt utføring av hverdagsaktiviteter gjennom atferdsavtaler. *Norsk Tidsskrift For Atferdsanalyse* 2019;46(1):15-28.
219. Myhr RN. Medikamenter i Barne- og ungdomspsykiatri. 4 utg. Legeforeningen: 2018. Tilgjengelig fra: <https://www.legeforeningen.no/contentassets/b43c8dc417ff4957a82366e4c285bcc0/medikamenter-i-barne-og-ungdomspsykiatri-2018.pdf>
220. KOBLE - Kunnskapsbasert oppslagsverk om barns legemidler [database]. koble.info [oppdatert januar 2022; lest 03. februar 2022]. Tilgjengelig fra: <https://www.koble.info/>
221. McDonagh MS, Holmes R, Hsu F. Pharmacologic Treatments for Sleep Disorders in Children: A Systematic Review. *J Child Neurol* 2019;34(5):237-47. DOI: <https://doi.org/10.1177/0883073818821030>
222. Williams Buckley A, Hirtz D, Oskoui M, Armstrong MJ, Batra A, Bridgemohan C, et al. Practice guideline: Treatment for insomnia and disrupted sleep behavior in children and adolescents with autism spectrum disorder: Report of the Guideline Development, Dissemination, and Implementation Subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology* 2020;94(9):392-404. DOI: <https://doi.org/10.1212/WNL.0000000000009033>
223. Rossignol DA, Frye RE. Melatonin in autism spectrum disorders: a systematic review and meta-analysis. *Dev Med Child Neurol* 2011;53(9):783-92. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1469-8749.2011.03980.x>
224. Garstang J, Wallis M. Randomized controlled trial of melatonin for children with autistic spectrum disorders and sleep problems. *Child Care Health Dev* 2006;32(5):585-9. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2214.2006.00616.x>
225. Wright B, Sims D, Smart S, Alwazeer A, Alderson-Day B, Allgar V, et al. Melatonin Versus Placebo in Children with Autism Spectrum Conditions and Severe Sleep Problems Not Amenable to Behaviour Management Strategies: A Randomised Controlled Crossover Trial. *J Autism Dev Disord* 2011;41(2):175-84. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10803-010-1036-5>
226. Wirojatan J, Jacquemont S, Diaz R, Bacalman S, Anders TF, Hagerman RJ, et al. The Efficacy of Melatonin for sleep Problems in Children with Autism, Fragile X Syndrome, or Autism and Fragile X Syndrome. *J Clin Sleep Med* 2009;5(2):145-50. DOI: <https://doi.org/10.5664/jcsm.27443>
227. Wasdell MB, Jan JE, Bomben MM, Freeman RD, Rietveld WJ, Tai J, et al. A randomized, placebo-controlled trial of controlled release melatonin treatment of delayed sleep phase syndrome and impaired sleep maintenance in children with neurodevelopmental disabilities. *J Pineal Res* 2008;44(1):57-64. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1600-079X.2007.00528.x>
228. Malow B, Adkins KW, McGrew SG, Wang L, Goldman SE, Fawkes D, et al. Melatonin for Sleep in Children with Autism: A Controlled Trial Examining Dose, Tolerability, and Outcomes. *J Autism Dev Disord* 2012;42(8):1729-37. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10803-011-1418-3>
229. Goldman SE, Adkins KW, Calcutt MW, Carter MD, Goodpaster RL, Wang L, et al. Melatonin in Children with Autism Spectrum Disorders: Endogenous and Pharmacokinetic Profiles in Relation to Sleep. *J Autism Dev Disord* 2014;44(10):2525-35. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10803-014-2123-9>

230. Gringras P, Nir T, Breddy J, Frydman-Marom A, Findling RL. Efficacy and Safety of Pediatric Prolonged-Release Melatonin for Insomnia in Children With Autism Spectrum Disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2017;56(11):948-57.e4. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2017.09.414>
231. Maras A, Schroder CM, Malow BA, Findling RL, Breddy J, Nir T, et al. Long-Term Efficacy and Safety of Pediatric Prolonged-Release Melatonin for Insomnia in Children with Autism Spectrum Disorder. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 2018;28(10):699-710. DOI: <https://doi.org/10.1089/cap.2018.0020>
232. Paavonen EJ, Nieminen-von Wendt T, Vanhala R, Aronen ET, Von Wendt L. Effectiveness of melatonin in the treatment of sleep disturbances in children with asperger disorder. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 2003;13(1):83-95. DOI: <https://doi.org/10.1089/104454603321666225>
233. Giannotti F, Cortesi F, Cerquiglini A, Bernabei P. An Open-Label Study of Controlled-Release Melatonin in Treatment of Sleep Disorders in Children with Autism. *J Autism Dev Disord* 2006;36(6):741-52. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10803-006-0116-z>
234. Felleskatalogen [database]. Oslo: felleskatalogen.no [lest 15. juni 2022]. Tilgjengelig fra: <https://www.felleskatalogen.no/medisin/>
235. Brigo F, Igwe SC, Del Felice A. Melatonin as add-on treatment for epilepsy. *Cochrane Database Syst Rev* 2016;(8):CD006967. DOI: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006967.pub4>
236. Millershaski S, Bailey T, Ischander M, Patel DR. Melatonin use for sleep disturbance in children with cerebral palsy: a narrative review. *Pediatr Med* 2020;3(26).
237. Weissman L. Autism spectrum disorder in children and adolescents: Pharmacologic interventions. UpToDate [database]. Waltham, MA: UpToDate, Inc [oppdatert 27. oktober 2021; lest 15. juni 2022]. Tilgjengelig fra: <https://www.uptodate.com/contents/603>
238. Towbin KE. Strategies for pharmacologic treatment of high functioning autism and Asperger syndrome. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 2003;12(1):23-45. DOI: [https://doi.org/10.1016/S1056-4993\(02\)00049-4](https://doi.org/10.1016/S1056-4993(02)00049-4)
239. Aman MGP, Farmer CAMA, Hollway JMA, Arnold LEMMD. Treatment of Inattention, Overactivity, and Impulsiveness in Autism Spectrum Disorders. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 2008;17(4):713-38. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.chc.2008.06.009>
240. Brown JT, Eum S, Cook EH, Bishop JR. Pharmacogenomics of autism spectrum disorder. *Pharmacogenomics* 2017;18(4):403-14. DOI: <https://doi.org/10.2217/pgs-2016-0167>
241. Quintana H, Birmaher B, Stedje D, Lennon S, Freed J, Bridge J, et al. Use of methylphenidate in the treatment of children with autistic disorder. *J Autism Dev Disord* 1995;25(3):283-94. DOI: <https://doi.org/10.1007/BF02179289>
242. Handen BL, Johnson CR, Lubetsky M. Efficacy of Methylphenidate Among Children with Autism and Symptoms of Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. *J Autism Dev Disord* 2000;30(3):245-55. DOI: <https://doi.org/10.1023/A:1005548619694>
243. Pearson DA, Santos CW, Aman MG, Arnold LE, Casat CD, Mansour R, et al. Effects of Extended Release Methylphenidate Treatment on Ratings of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) and Associated Behavior in Children with Autism Spectrum Disorders and ADHD Symptoms. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 2013;23(5):337-51. DOI: <https://doi.org/10.1089/cap.2012.0096>
244. Posey DJ, Aman MG, Arnold LE, Ramadan Y, Witwer A, Lindsay R, et al. Randomized, Controlled, Crossover Trial of Methylphenidate in Pervasive Developmental Disorders With Hyperactivity. *Arch Gen Psychiatry* 2005;62(11):1266-74. DOI: <https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.11.1266>
245. Posey DJ, Aman MG, McCracken JT, Scahill L, Tierney E, Arnold LE, et al. Positive Effects of Methylphenidate on Inattention and Hyperactivity in Pervasive Developmental Disorders: An Analysis of Secondary Measures. *Biol Psychiatry* 2007;61(4):538-44. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2006.09.028>
246. The MTA Cooperative Group. A 14-Month Randomized Clinical Trial of Treatment Strategies for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1999;56(12):1073-86.
247. Harfterkamp MMD, van de Loo-Neus GMD, Minderaa RBMDPD, van der Gaag R-JMDPD, Escobar RMD, Schacht APD, et al. A Randomized Double-Blind Study of Atomoxetine Versus Placebo for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Symptoms in Children With Autism Spectrum Disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2012;51(7):733-41. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2012.04.011>

248. Leskovec TJ, Rowles BM, Findling RL. Pharmacological Treatment Options for Autism Spectrum Disorders in Children and Adolescents. *Harv Rev Psychiatry* 2008;16(2):97-112. DOI: <https://doi.org/10.1080/10673220802075852>
249. Svanborg P, Thernlund G, Gustafsson PA, Hägglöf B, Poole L, Kadesjö B. Efficacy and safety of atomoxetine as add-on to psychoeducation in the treatment of attention deficit/hyperactivity disorder: A randomized, double-blind, placebo-controlled study in stimulant-naïve Swedish children and adolescents. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2009;18(4):240-9. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00787-008-0725-5>
250. Geller DMBBS, Donnelly CMD, Lopez FMD, Rubin RMD, Newcorn JMD, Sutton VPD, et al. Atomoxetine Treatment for Pediatric Patients With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder With Comorbid Anxiety Disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2007;46(9):1119-27. DOI: <https://doi.org/10.1097/chi.0b013e3180ca8385>
251. Hazell P. Drug therapy for attention-deficit/hyperactivity disorder-like symptoms in autistic disorder. *J Paediatr Child Health* 2007;43(1-2):19-24. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1440-1754.2007.00995.x>
252. McCracken JT, McGough J, Shah B, Cronin P, Hong D, Aman MG, et al. Risperidone in Children with Autism and Serious Behavioral Problems. *N Engl J Med* 2002;347(5):314-21. DOI: <https://doi.org/10.1056/NEJMoa013171>
253. Barnard L, Young AH, Pearson J, Geddes J, O'Brien G. A systematic review of the use of atypical antipsychotics in autism. *J Psychopharmacol* 2002;16(1):93-101. DOI: <https://doi.org/10.1177/026988110201600113>
254. Wang F, Wen F, Yu L, Yan J, Liu J, Li Y, et al. The efficacy and safety in attention deficit hyperactivity disorder of second-generation antipsychotics and other medications for hyperactivity in children and adolescents with autism: a meta-analysis. *Int Clin Psychopharmacol* 2021;36(3):109-16. DOI: <https://doi.org/10.1097/YIC.0000000000000349>
255. Huffman LC, Sutcliffe TL, Tanner ISD, Feldman HM. Management of symptoms in children with autism spectrum disorders: A comprehensive review of pharmacologic and complementary-alternative medicine treatments. *J Dev Behav Pediatr* 2011;32(1):56-68. DOI: <https://doi.org/10.1097/DBP.0b013e3182040acf>
256. Fung LK, Mahajan R, Nozzolillo A, Bernal P, Krasner A, Jo B, et al. Pharmacologic treatment of severe irritability and problem behaviors in Autism: A systematic review and meta-analysis. *Pediatrics* 2016;137(2):124-35. DOI: <https://doi.org/10.1542/peds.2015-2851K>
257. McVoy MMD, Findling RMD. Child and Adolescent Psychopharmacology Update. *Psychiatr Clin North Am* 2009;32(1):111-33. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.psc.2008.11.002>
258. Canada's Drug and Health Technology Agency. Antipsychotics for Pediatric Patients: A Review of the Clinical Effectiveness, Safety, and Guidelines [nettdokument]. [oppdatert 24. mars 2016; lest 1. november 2021]. Tilgjengelig fra: <https://www.cadth.ca/antipsychotics-pediatric-patients-review-clinical-effectiveness-safety-and-guidelines>
259. Pillay J, Boylan K, Carrey N, Newton A, Vandermeer B, Nuspl M, et al. First- and Second-Generation Antipsychotics in Children and Young Adults : Systematic Review Update [nettdokument]. Rockville (MD) Agency for Healthcare Research and Quality (US): Comparative Effectiveness Reviews; 2017. Tilgjengelig fra: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK442352/>
260. D'Alò GL, De Crescenzo F, Amato L, Cruciani F, Davoli M, Fulceri F, et al. Impact of antipsychotics in children and adolescents with autism spectrum disorder: a systematic review and meta-analysis. *Health and Quality of Life Outcomes* 2021;19(1):33. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12955-021-01669-0>
261. Sánchez-Meca J, Rosa-Alcázar AI, Iniesta-Sepúlveda M, Rosa-Alcázar Á. Differential efficacy of cognitive-behavioral therapy and pharmacological treatments for pediatric obsessive-compulsive disorder: A meta-analysis. *J Anxiety Disord* 2014;28(1):31-44. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2013.10.007>
262. Strawn JR, Welge JA, Wehry AM, Keeshin B, Rynn MA. Efficacy and Tolerability of Antidepressants in Pediatric Anxiety Disorders: a Systematic Review and Meta-Analysis. *Depress Anxiety* 2015;32(3):149-57. DOI: <https://doi.org/10.1002/da.22329>

263. Ipser JC, Stein DJ, Hawkrigde S, Hoppe L. Pharmacotherapy for anxiety disorders in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev* 2009;(3):CD005170-CD. DOI: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD005170.pub2>
264. Hetrick SE, McKenzie JE, Bailey AP, Sharma V, Moller CI, Badcock PB, et al. New generation antidepressants for depression in children and adolescents: a network meta-analysis. *Cochrane Database Syst Rev* 2021;(5). DOI: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD013674.pub2>
265. Moreland CS, Bonin L. Effect of antidepressants on suicide risk in children and adolescents. *UpToDate [database]*. Waltham, MA: UpToDate, Inc [oppdatert 22. februar 2021; lest 04. februar 2022]. 23:[Tilgjengelig fra: <https://www.uptodate.com/contents/1225>
266. Helsedirektoratet. Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser. Helsedirektoratet [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet [oppdatert 01. juli 2013; lest 04. februar 2022]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/psykoselidelser>
267. Brodtkorb E. Behandling med antiepileptika hos psykisk utviklingshemmede og multihandikappede pasienter. *Tidsskrift for Den norske legeförening* 2001;121(7):834-5.
268. Ji NY, Findling RL. Pharmacotherapy for mental health problems in people with intellectual disability. *Curr Opin Psychiatry* 2016;29(2):103-25. DOI: <https://doi.org/10.1097/YCO.000000000000233>
269. Nakken KO. Epileptiske anfall utløst av psykofarmaka. *Tidsskrift for Den norske legeförening* 2003;123(11):1542-4.
270. Scheifes A. Psychotropic drug use in people with intellectual disability: patterns of use and critical evaluation : patterns of use and critical evaluation [doktorgrad]. Utrecht: Utrecht University; 2015.
271. Sheehan R, Hassiotis A, Walters K, Osborn D, Strydom A, Horsfall L. Mental illness, challenging behaviour, and psychotropic drug prescribing in people with intellectual disability: UK population based cohort study. *BMJ* 2015;351. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.h4326>
272. Nasjonalt kompetansemiljø om utviklingshemming. Psykisk utviklingshemming og psykisk helse - Psykotrop medikasjon. Temahefte 3. I: Aasan S, red. Trondheim: NAKU; 2013.
273. Legemiddelbehandling [nettdokument]. Oslo: Nasjonal kompetansetjeneste for utviklingshemming og psykisk helse (NKUP) [oppdatert 04. februar 2022; lest 13. mars 2022]. Tilgjengelig fra: <https://oslo-universitetssykehus.no/seksjon/Nasjonal-kompetansetjeneste-for-utviklingshemming-og-psykisk-helse/Sider/Legemiddelbehandling.aspx>
274. Scheifes A, Stolker JJ, Egberts ACG, Nijman HLI, Heerdink ER. Representation of people with intellectual disabilities in randomised controlled trials on antipsychotic treatment for behavioural problems. *J Intellect Disabil Res* 2011;55(7):650-64. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.2010.01353.x>
275. Sheehan R, Horsfall L, Strydom A, Osborn D, Walters K, Hassiotis A. Movement side effects of antipsychotic drugs in adults with and without intellectual disability: UK population-based cohort study. *BMJ Open* 2017;7(8):e017406. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-017406>
276. Forsgren L, Sillanpää M. Chapter 38 - Natural course of epilepsies. *Handb Clin Neurol* 2012;108:643-61. DOI: <https://doi.org/10.1016/B978-0-444-52899-5.00020-4>
277. Kanner AM. Most antidepressant drugs are safe for patients with epilepsy at therapeutic doses: A review of the evidence. *Epilepsy Behav* 2016;61:282-6. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2016.03.022>
278. Mula M, Kanner AM, Schmitz B, Schachter S. Antiepileptic drugs and suicidality: An expert consensus statement from the Task Force on Therapeutic Strategies of the ILAE Commission on Neuropsychobiology: Antiepileptic Drugs and Suicidality. *Epilepsia* 2013;54(1):199-203. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1528-1167.2012.03688.x>
279. Gonzalez-Heydrich J, Whitney J, Waber D, Forbes P, Hsin O, Faraone SV, et al. Adaptive phase-I study of OROS methylphenidate treatment of attention deficit hyperactivity disorder with epilepsy. *Epilepsy Behav* 2010;18(3):229-37. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2010.02.022>
280. Wilfong A. Epilepsy in children: Comorbidities, complications, and outcomes. *UpToDate [database]*. Waltham, MA: UpToDate, Inc [oppdatert 09. mars 2021; lest 04. februar 2022]. Tilgjengelig fra: <https://www.uptodate.com/contents/129781>

281. Rheims S, Herbillon V, Villeneuve N, Auvin S, Napuri S, Cances C, et al. ADHD in childhood epilepsy: Clinical determinants of severity and of the response to methylphenidate. *Epilepsia* 2016;57(7):1069-77. DOI: <https://doi.org/10.1111/epi.13420>
282. LeBourgeois MK. The Relationship Between Reported Sleep Quality and Sleep Hygiene in Italian and American Adolescents. *Pediatrics* 2005;115(1):257-65. DOI: <https://doi.org/10.1542/peds.2004-0815h>
283. Storfer-Isser A, Lebourgeois MK, Harsh J, Tompsett CJ, Redline S. Psychometric properties of the Adolescent Sleep Hygiene Scale. *J Sleep Res* 2013;22(6):707-16. DOI: <https://doi.org/10.1111/jsr.12059>
284. Owens JA, Spirito A, McGuinn M. The Children's Sleep Habits Questionnaire (CSHQ): Psychometric Properties of A Survey Instrument for School-Aged Children. *Sleep* 2000;23(8):1-9. DOI: <https://doi.org/10.1093/sleep/23.8.1d>
285. Bruni O, Ottaviano S, Guidetti V, Romoli M, Innocenzi M, Cortesi F, et al. The Sleep Disturbance Scale for Children (SDSC). Construction and validation of an instrument to evaluate sleep disturbances in childhood and adolescence. *J Sleep Res* 1996;5(4):251-61.
286. Wolfson AR, Carskadon MA. Sleep Schedules and Daytime Functioning in Adolescents. *Child Dev* 1998;69(4):875-87.
287. Bjorvatn B. Søvnhygiene - gode råd ved søvnproblemer [nettdokument]. Bergen: Nasjonal kompetansetjeneste for søvnsykdommer (SOVno) [oppdatert 7. september 2021; lest 10. mars 2022]. Tilgjengelig fra: <https://helse-bergen.no/nasjonal-kompetansetjeneste-for-sovnsykdommer-sovno/sovnhygiene-gode-rad-ved-sovnproblemer>