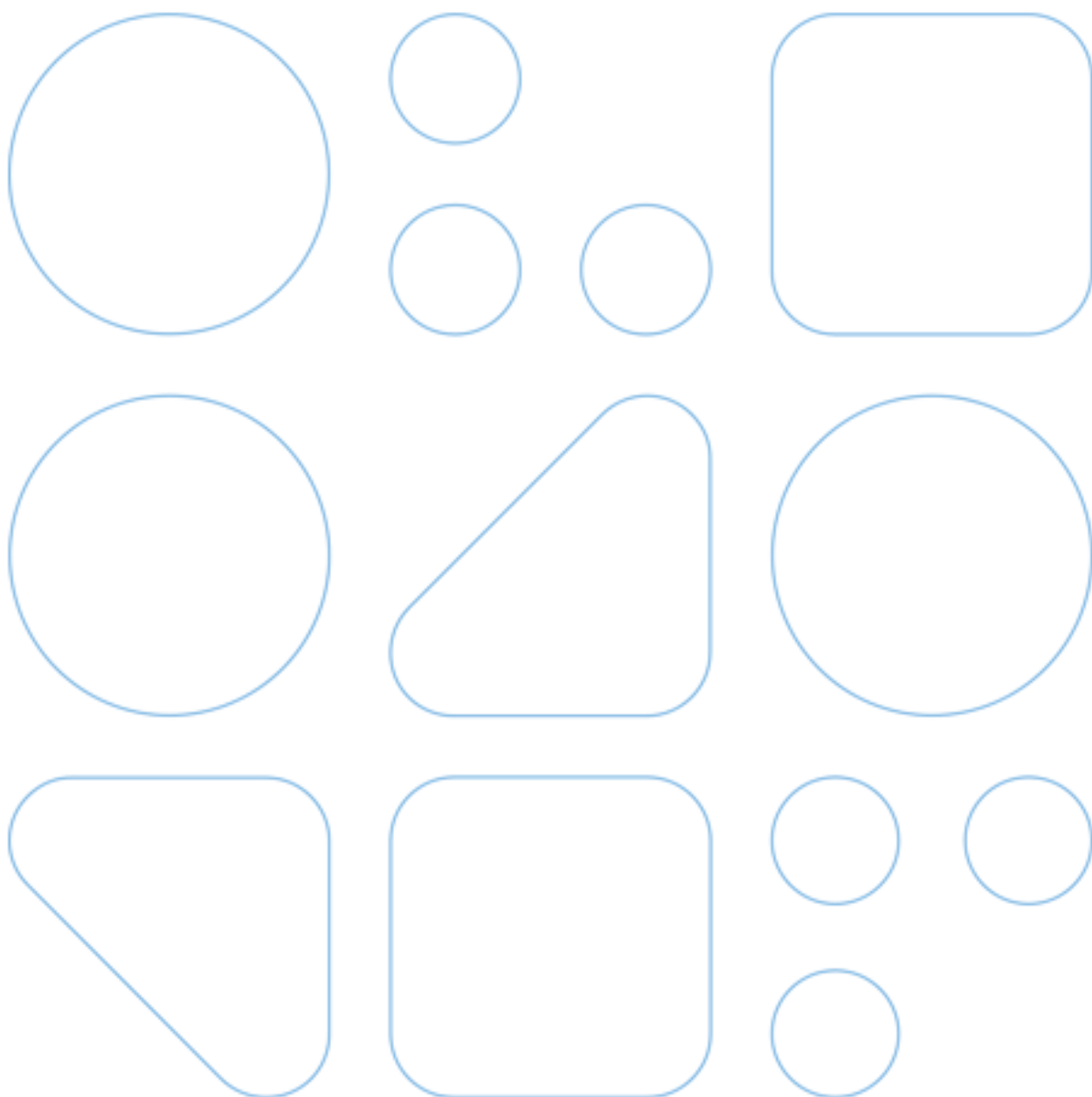


# Internt råd for behandling av psykiske lidelser hos pasienter med autismspekterforstyrrelse

Divisjon psykisk helsevern og rus



## Hurtigguide (med hyperlenker)

### Overordnede prinsipper:

- Som behandler bør du i det minste ha grunnleggende kompetanse om autismespekterlidelse.
- Komorbiditet gjør behandlingsforløpet mer komplekst og ressurskrevende.
- Du må ta utgangspunkt i anbefalt behandling for den aktuelle psykiske lidelse, og så gjøre nødvendige tilpasninger av behandlingen.
- Det er store individuelle forskjeller, møt hver enkelt pasient som den vedkommende er.

### Oppgavefordeling mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten ([les mer her](#)):

- Mange pasienter vil ha behov for livslang oppfølging fra kommunen, med periodevis oppfølging fra spesialisthelsetjenesten. Oppgavefordeling må sees i forhold til aktuelle diagnoser og grad av alvorlighet hos hver enkelt pasient.
- En autismespekter-diagnose kan gi prioritet med hensyn til inntak og fristvurderinger i spesialisthelsetjenesten.

### Hjelpetiltak og instanser ([les mer her](#)):

- Hensikten med hjelpetiltak er å kompensere for personens funksjonsvansker.
- Overganger er sårbare, og må planlegges. I valg mellom ulike hjelpetiltak må man gjøre prioriteringer, og tiltakene må etableres så nærme brukeren som mulig.

### Pårørendesamarbeid ([les mer her](#)):

- Pårørende kan være en viktig ressurs i pasientarbeidet, f.eks. som kilde til viktig informasjon.
- Det kan samtidig være belastende å være pårørende. De kan ha rett til et pårørendetilbud.

### Oppfølging og tilrettelegging ([les mer her](#)):

- Psykoedukasjon kan være til god hjelp, men den må være individuelt tilpasset.
- Stressmestring bør være en integrert del av behandlingen som tilbys.
- Det må ved behov tilrettelegges for ulike sensoriske dysfunksjoner som kan påvirke fungering.

### Generelt om utredning og behandling ([les mer her](#)):

- Gjennom utredningen bør du få oversikt over personens «vanlige autisneværemåte», om det har oppstått ytterligere funksjonsfall og hva som kan være medvirkende til dette.
- Ved samtalebehandling bør man gjøre flere tilpasninger til enkeltpersonen. Det er blant annet ofte behov for en mer instruerende og støttende holdning hos behandleren.
- Pasienten kan være mer sårbar for bivirkninger av psykofarmaka. Det er derfor økt fokus på evaluering av effekt/bivirkninger og sakte opptrapping.

### Diagnosespesifikke råd om utredning og behandling ([les mer her](#)):

- Det er viktig å gjøre grundige differensialdiagnostiske vurderinger, hvor man blant annet vurderer symptomer og væremåte ved autismespekterforstyrrelse opp imot symptomer på ulike psykiske lidelser.

### Behandling ved forverring av alvorlig psykisk lidelse ([les mer her](#)):

- Ved slik forverring kan man som behandler ofte erfare at man ikke lykkes med å hjelpe pasienten så godt eller så fort som man ønsker. Det er da spesielt viktig at man blant annet sikrer helhetlig utredning av både grunntilstand og komorbide tilstander, at pasienten får rett behandling til rett tid og at det er godt samarbeid mellom ulike instanser og aktører gjennom pasientforløpet.

## Forord

Rådene er utarbeidet i regi av avdelingsovergrepene fagutviklingsgruppe ved Divisjon Psykisk helsevern og rus Ahus, med deltakere fra DPS, Avdeling voksenhabilitering og Frambu kompetansesenter. Følgende fagpersoner har deltatt med tekstarbeider og drøftinger i utarbeidelsen:

- Angel-Jarman, Brita. Psykologspesialist. Øvre Romerike DPS.
- Delic-Teskeredzic, Amra. Spesialist i voksenpsykiatri. Avdeling voksenhabilitering.
- Elgsås, Tonje. Psykologspesialist. Frambu kompetansesenter/Avd. voksenhabilitering.
- Emilsen, Nina Merete. Psykologspesialist. Avdeling voksenhabilitering (redaktør).
- Hanssen, Kjersti Træland. Psykologspesialist. Nedre Romerike DPS.
- Haukaa, Marit. Spesialist i voksenpsykiatri. Øvre Romerike DPS.
- Larsen, Vivi Agnete. Psykologspesialist. Follo DPS (redaktør).
- Lauritsen, Maren Lervik. Psykolog. Alderspsykiatrisk avdeling/Kongsvinger DPS.
- Skogheim, Elin Taraldrud. Spesialist i voksenpsykiatri. Kongsvinger DPS.
- Sørensen, Berit Borsheim. Spesialist i voksenpsykiatri. Nedre Romerike DPS.
- Tviberg, Karianne. Vernepleier/klinisk spesialist i psykisk helsearbeid. Avdeling voksenhabilitering.
- Trøftbråten, Sindre Eindride. Psykolog. Kongsvinger DPS.
- Ødegaard, Sarah Marlen. Psykolog. Øvre Romerike DPS.
- Østvik, Jan Erik. Spesialpedagog. Avdeling voksenhabilitering (koordinator og redaktør).

I tillegg har vi tekstbidrag fra:

- Ane Bull, Marte Siegel og Linn Christine Finstad, psykologer ved Kompetansenettverk for voksne med kjønnsinkongruens, Akershus Universitetssykehus (pr. januar 2023). Bidrar med kapittelet «*Kjønnsinkongruens*».
- Kyrre Rutle Johansson. Psykolog. Avdeling voksenhabilitering. Bidrar med kapittelet «*Avhengighet*».
- Lola Uvsvakk. Klinisk spesialist i sykepleie og teamleder OCD-teamet, Akershus Universitetssykehus. Bidrar med teksten «*OCD-teamet ved Nedre Romerike DPS*».
- Torhild Jåvold. Brukerrepresentant og styremedlem i Aust-Agder lokallag for Autismeforeningen. Bidrar med fire tekster: «*Hva er viktig i møte med hjelpeapparatet?*», «*Viktigheten av hverdagsmestring*», «*Om utredning*» og «*Om hva som kan være til hjelp*».

Teksten er gjennomlest og kommentert av Sissel Berge Helverschou. PhD, forsker og psykologspesialist ved Nasjonalt kompetansesenter for nevroutviklingsforstyrrelser og hypersomnier, Oslo Universitetssykehus.

Vi takker for alle aktive bidrag! Ansvaret for det innholdsmessige er likevel i sin helhet lagt til avdelingsovergrepene fagutviklingsgruppe ved Divisjon Psykisk helsevern og rus Ahus. Tilbakemeldinger og innspill kan sendes til Jan Erik Østvik på epost; [jnos@ahus.no](mailto:jnos@ahus.no).

## Innhold

Hurtigguide (med hyperlenker).....	2
Forord.....	3
Innledning.....	6
Rammer og avgrensning av dokumentet.....	6
Oppgavefordeling mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten.....	8
Hovedforløp 1 - Milde og kortvarige problemer.....	8
Hovedforløp 2 - Kortvarige alvorlige, eller langvarige mildere problemer/lidelser.....	8
Hovedforløp 3 - Alvorlige og langvarige problemer/lidelser.....	8
Hjelpetiltak og instanser.....	9
Pårørendesamarbeid.....	12
Pårørende som ressurs.....	12
Når pasienten har mindreårige barn.....	12
Når pasienten er gravid.....	12
Når pasienten har mindreårige søsken.....	12
Oppfølging og tilrettelegging ved autismspekterforstyrrelser (ASF).....	13
Psykoedukasjon.....	13
Stressmestring og stressreduksjon.....	14
Sensorisk profil.....	14
Sosial ferdighetstrening.....	15
Utredning og behandling av psykiske lidelser ved autismspekterforstyrrelse (ASF).....	17
Generelt om utredning.....	17
Generelt om behandling.....	22
Diagnosespesifikke råd om utredning og behandling.....	27
Depresjon.....	27
Angst.....	27
Psykose.....	29
Bipolar affektiv lidelse.....	31
Obsessiv-kompulsiv lidelse.....	31
Posttraumatisk stresslidelse.....	34
Personlighetsforstyrrelse.....	36
Hyperkinetiske forstyrrelser.....	38
Tourettes syndrom.....	39
Avhengighet.....	39
Spiseforstyrrelser.....	41
Kjønnssinkongruens.....	41

Behandling ved forverring av alvorlig psykisk lidelse.....	42
Litteratur.....	45
Vedlegg.....	49
Vedlegg 1: Kartlegging av symptomer og hendelser gjennom livsløpet .....	49
Vedlegg 2: Medisinsk utredning.....	50

## Innledning

Komorbiditet kompliserer så å si alltid behandlingsoppgaven, så også når det handler om autismespekterforstyrrelse (ASF) i tillegg til psykisk lidelse. Det foreligger et eget internt råd for utredning av ASF (denne finner du i EQS-rutine 41033). I rådet du sitter med nå skriver vi først og fremst om råd for behandlingen ved samtidig ASF og psykisk lidelse hos voksne, men også spesifikt om utredning av psykisk lidelse når det allerede foreligger ASF – eller omvendt.

Så, hvordan skal behandlingen tilpasses for de med samtidig ASF? I norsk litteratur er det ikke mange klare råd om dette, med noen gode unntak. Ser vi til Storbritannia, finner vi NICE guidelines som er anerkjente, evidensbaserte veiledere for diagnostisering og behandling. De utarbeides av det statlige instituttet «National institute of care and excellence». Veilederne brukes av flere andre land når en skal utarbeide egne veiledere. I NICE guidelines om ASF skriver de om behandling ved komorbid psykisk lidelse. Første kulepunktet her står alene og er ikke til å misforstå. Fritt oversatt lyder det slik:

«For voksne med ASF og komorbid psykisk lidelse; tilby psykososiale intervensjoner basert på eksisterende NICE-veileder for den spesifikke lidelsen» (NICE, 2021, s. 46).

Intet mer og intet mindre. Så enkelt og tydelig kan det gjøres. De spesifiserer i etterfølgende avsnitt hva tilpasning av metodene skal involvere:

- En mer konkret og strukturert tilnærming med økt bruk av skriftlig og visuell informasjon (som kan inkludere tankekart, bilder og skjemaer).
- Legg større vekt på endring av adferd enn kognisjoner, og bruk adferd som utgangspunkt for intervensjon.
- Gjør regler eksplisitte og forklar konteksten.
- Bruk enkelt språk og unngå mye bruk av metaforer, uttrykk som har flere tolkninger og hypotetiske situasjoner.
- Inkluder familiemedlemmer, personale i bolig, eller andre i nettverket i gjennomføring av behandlingsintervensjonen.

Pasienter som kommer til oss med (eller etter hvert får) to diagnoser, hvor en av de er ASF, kan altså ha behov for behandling og tilrettelegging for begge diagnosene. Denne komorbiditeten kan ofte utfordre rammene i poliklinikken og kreve at behandler får mulighet til å tilpasse dette. I denne veilederen forsøker vi å beskrive hva du som behandler bør tenke på når det gjelder tilpasning av behandlingen, og hva som er særegent for gruppen av pasienter som både har en ASF og en psykisk lidelse. Hva slags tilpasning trenger de typisk, hvordan kan denne kombinasjonen endre uttrykket av den psykiske lidelsen? Å ha ASF i tillegg vil uten tvil medføre at den psykiske lidelsen vil komme annerledes til uttrykk. Gruppen fortjener klinikere som kan gjenkjenne dette, og som har kunnskap og erfaring nok til å vurdere det og tilpasse behandlingen. Det er en kompleks og vanskelig oppgave, og denne veilederen er laget til deg som hjelp i denne.

## Rammer og avgrensning av dokumentet

Rådet er laget for behandlere i psykisk helsevern og andre avdelinger. Rådet må sees i sammenheng med «Interne råd for utredning av autismespekterforstyrrelser», «Interne råd for utredning av psykisk utviklingshemming» og «Internt råd for behandling av psykiske lidelser hos pasienter med lett psykisk utviklingshemming» (se EQS-rutine 41033). Innholdet i rådet bygger både på klinisk erfaring og aktuell faglitteratur. Det er i første halvår 2023 gjennomført et større litteratursøk i samarbeid med bibliotekar med hovedvekt på oversiktsartikler og nasjonale/internasjonale retningslinjer på området. Vi har samarbeidet med brukerrepresentant fra Autismeforeningen, som har bidratt med

tekster om brukererfaringer. Disse finner du markert med grønn bakgrunnsfarge. Vi bruker også en del anonymiserte kasusbeskrivelser, disse er merket med oransje bakgrunn.

I dette rådet bruker vi noen forkortelser. F.eks. har vi valgt å forkorte begrepet «autismspekterforstyrrelse» til «ASF».

### **Erfaring: Hva er viktig i møte med hjelpeapparatet?**

*«Personer på autismspekteret kan lett bli både over- og undervurdert. Ujevn evneprofil gjør det vanskeligere å skjønne funksjonsnivået, og hva man klarer og ikke klarer.*

*Viktig å bli møtt som den man er, det er store individuelle forskjeller. Unngå forutinntatte holdninger om hvordan personer på spekteret skal være. Dette gjelder blant annet om hva man ønsker av sosiale relasjoner som vennskap eller kjæresteforhold. Hjelpeapparatet trenger å øke den generelle kunnskapen om autisme hos voksne. Dette gjelder særlig for hvordan diagnosen arter seg hos jenter og kvinner.*

*Spør hvordan man ser på diagnosen og hvilke ord man ønsker skal brukes. Har man autisme eller er man autist? Stor uenighet om dette også blant dem som selv er på spekteret. La vedkommende definere seg selv. Noen oppfatter autisismen som en form for «legning» og en del av sin personlighet, mens for andre er det en funksjonshemming som gjør livet vanskeligere.*

*Tydelige beskjeder og informasjon. Forsikre seg om at man har skjønt det som blir sagt. Følg opp dersom brukeren uteblir fra avtaler. Det kan skyldes misforståelser.*

*Så langt det er mulig, unngå stadig bytte av fagpersoner. Best hvis man kan forholde seg til få personer som man kan bli trygg på. Det er krevende å stadig måtte oppdatere nye personer om livet sitt».*

Torhild Jåvold. Brukerrepresentant og styremedlem i Aust-Agder lokallag for Autismeforeningen

## Oppgavefordeling mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten

I Helsedirektoratets «Sammen om mestring – veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne, - et verktøy for kommuner og spesialisthelsetjenesten», beskrives tre hovedforløp i tilrettelegging av tjenestene. (Helsedirektoratet, 2014.) De tre hovedforløpene er ulike med hensyn til problemets art, varighet og alvorlighet.

### Hovedforløp 1 - Milde og kortvarige problemer

Aktuelt ved f.eks nyopptatt angst, depresjon (mild eller moderat), selvskading, bruk av illegale rusmidler uten klar funksjonssvikt. Kommune/fastlege har hovedansvaret for forebygging, kartlegging og behandling. Ved negativ utvikling kan det bli aktuelt å be spesialisthelsetjenesten om vurdering selv om hovedansvaret for behandling fortsatt ligger hos kommunen. Kommunen skal tilby rask hjelp med lav terskel.

### Hovedforløp 2 - Kortvarige alvorlige, eller langvarige mildere problemer/lidelser

Aktuelt ved f.eks akutte psykoser med god prognose, rusmisbruk uten avhengighet, langvarige mildere depresjoner eller angstlidelser, mindre alvorlige spiseforstyrrelser. Forebygging bør være rettet mot sårbare enkeltpersoner for å hindre negativ utvikling, lindre plager og redusere konsekvensene av lidelsen. Også aktuelt med vedlikeholdsbehandling. Både kommune/fastlege og spesialisthelsetjeneste har et ansvar for utredning og kartlegging. Kartlegging av pasientens hjemmearena samt å innhente informasjon fra pårørende kan skje i regi av den kommunale helsetjenesten. Kartleggingen bør omfatte funksjonsevne, ressurser, familie og nettverk, økonomi, bosituasjon, utdanning/arbeid og kriminalitet eller andre normbrudd. Somatisk utredning og behandling bør gjøres av fastlegen. Spesialisthelsetjenesten kan utrede spesifikt med hensyn til rusmiddelproblemer eller psykisk lidelse. For dette hovedforløpet er det sjeldent aktuelt med videre behandling utover langvarig vedlikeholdsbehandling som da skjer i kommunen. Behandling, også medikamentelt, kan startes og følges opp av kommunale tjenester.

### Hovedforløp 3 - Alvorlige og langvarige problemer/lidelser

Aktuelt ved f.eks medikament- eller rusmiddelavhengighet, alvorlige bipolare lidelser eller depresjoner, schizofreni. Fokus er forebyggende tiltak og tidlig intervensjon for å forhindre tilleggsproblemer/lidelser, bl.a. gjennom å fremme den enkeltes mestring av egen livssituasjon. Det er viktig at kommunen er i stand til å gjenkjenne dette og henviser til spesialisthelsetjenesten. Begge instanser har ansvar for kartlegging, mens diagnostisering bør skje i spesialisthelsetjenesten. Kommunen og spesialisthelsetjenesten bør gi samtidige tjenester. Det vil blant annet være aktuelt med individuell plan og koordinator.

Personer med ASF vil i mange tilfeller falle inn under hovedforløp 3. For pasienter med kjent ASF vil man kunne forvente at førstelinje starter tiltak med grunnleggende kartlegging og vurderinger, bl.a ved innhenting av komparentopplysninger, kartlegging av funksjonsnivå, livsomstendigheter og psykisk helse. Et særlig fokus bør rettes mot pasientens livsbetingelser og mestring/reduksjon av stress. Mange opplever stor psykisk belastning når livsbetingelsene ikke er godt nok tilrettelagt. Ved utvikling av psykiske tilleggsidelser vil utredning og behandling av dette følge generelle retningslinjer med hensyn til inntak og fristvurderinger i spesialisthelsetjenesten. Det angis i [Prioriteringsveilederen - psykisk helsevern for voksne](#), at ASF er en av faktorene som kan endre rettighetsstatus og frist for oppstart (Helsedirektoratet, 2023). Pasientgruppen vil ha stor heterogenitet og følgelig ulike hjelpebehov, men mange vil ha behov for livslang oppfølging av kommunen. Pasientgruppen er sårbar ved endringer, og særlig i overgangsfaser bør forebyggende tiltak være lett tilgjengelige. Det er aktuelt for spesialisthelsetjenesten og bidra til å øke kunnskapen om ASF ved undervisning eller veiledning. Det kan være spesifikt knyttet til navngitt pasient, eller på mer generelt grunnlag.

## Hjelpetiltak og instanser

Hensikten med ulike hjelpetiltak er overordnet sett å redusere gapet mellom samfunnets forventninger og krav på den ene siden, og personens forutsetninger på den andre. Man kan endre «samfunnets krav og forventninger» gjennom mange ulike former for tilrettelegging og hjelp, som for eksempel ved å tilby personen en arbeidsplass som er tilrettelagt spesielt for personens sensoriske vansker. Man kan tilsvarende øke personens forutsetninger gjennom opplærings- og tilretteleggingstiltak, som sosial ferdighetstrening og målrettet yrkesopplæring.

Det finnes et bredt spekter av hjelpetiltak som kan være aktuelle for denne pasientgruppen, og det er derfor ikke mulig å omtale alle innenfor rammene av dette dokumentet. I tabell 1 nedenfor gir vi en oversikt over livsområder hvor hjelpetiltak kan være aktuelt, med oversikt over sentrale informasjonsressurser for hvert område. Det er flere forhold man bør kjenne til når man som behandler i spesialisthelsetjenesten skal bistå pasienter med å sikre nødvendige hjelpetiltak fra andre instanser (disse anbefalingene er gitt med støtte i bl.a. Fuentes et al., 2021, BMJ Best Practice, 2023 og NOU 2020:1).

- **Overganger må planlegges:**

I gjeldende veiledere og retningslinjer legges det stor vekt på viktigheten av å sikre gode overganger mellom ulike arenaer og livsfaser. Spesielt vil overgangen fra ungdom til voksen innebære nye forventninger og krav på mange ulike områder i livet, slik som å skulle etablere seg i egen bolig, velge utdannings- og yrkesretning, danne nye sosiale relasjoner, kanskje også kjæresterrelasjoner. Dette gjør det spesielt viktig at man i denne livsfasen har et spesielt fokus på forebygging, gjennom god planlegging av kommende overganger og ved å sikre nødvendig tilrettelegging og hjelp.

- **Prioritere det viktigste:**

Det potensielle «hjelpeapparatet» som står i beredskap er stort, men kan også oppleves som uoversiktlig og fragmentert. Det er ofte vanskelig å forstå hvor man skal henvende seg, og hvordan man skal gå frem, selv for behandlere med god kjennskap til de ulike tjenestene. I forhold til personer med ASF, er det også varierende i hvor stor grad hjelpetilbudet i kommunene er godt etablert og allmenn kjent. Det er derfor ofte slik at hjelpetiltakene må utformes som individuelle løsninger som tilpasses hver enkelt person, noe som kan gjøre at det tar lengre tid å etablere disse tiltakene. Det er da spesielt viktig at man gjør en prioritering i forhold til hvilke områder hvor det er størst behov for hjelp, og begynner med dette området.

- **Hjelpetiltak må etableres nærmest mulig brukeren:**

Et viktig prinsipp er at hjelpetiltak etableres på laveste effektive omsorgsnivå, og da gjerne i så nær tilknytning til hjemmemiljøet som mulig (jmf. «LEON-prinsippet»). Dette innebærer i mange sammenhenger at tiltak bør etableres på kommunalt nivå. Kommunale tjenester tildeles i stor grad på bakgrunn av personens funksjonsnivå, og vil ofte kunne følge personen over lang tid. Spesialisthelsetjenester gis derimot på bakgrunn av diagnoser og sykdom, og varigheten av oppfølgingen bestemmes av hvilket behov pasienten har for utredning og behandling. For pasienter med ASF som i perioder følges i spesialisthelsetjenesten er det derfor viktig at pasientenes behandler i spesialisthelsetjenesten også gjør en vurdering av om vedkommende har funksjonsvansker som tilsier behov for hjelpetiltak fra kommunen. Om nødvendig bør behandler igangsette aktuelle prosesser for å få etablert hjelpetiltak. Mange kommuner opplever å ha manglende kompetanse på autismefeltet. Det er da spesielt viktig at behandler videreformidler oppdatert kunnskap om pasienten, på en måte som blir forstått av mottaker, og med anbefalinger om bruk av pasientens ressurser og hvordan vansker kan kompenseres.

Det er ofte behov for samarbeid, koordinering og langsiktig planlegging på tvers av instanser, med utgangspunkt i pasientens ønsker og behov. Ansvarsgruppe og Individuell plan er gode verktøy for å sikre dette.

Etablering av nødvendige hjelpetiltak kan i seg selv øke pasientens livskvalitet, men det kan også være en nødvendig forutsetning for at pasienten skal kunne nyttiggjøre seg behandling i spesialisthelsetjenesten. Det å ha orden i egen økonomi, døgnrytme, kosthold o.l. er ofte en forutsetning for å kunne profittere på for eksempel samtalebehandling ved DPS. Mange pasienter vil ha større vansker med å søke hjelp enn det man vil forvente på bakgrunn av personens generelle væremåte.

- **Sikre pasientmedvirkning:**

Som behandler vil man gjerne være til nytte, gi gode råd og ved behov også bistå i søknadsprosessene. Det er likevel viktig at man som behandler hele tiden sørger for at pasienten er godt informert om hva ulike hjelpetiltak innebærer, og at pasienten selv også ønsker dette.

#### Hjelp og ressurser

<b>Utdanning</b>	<a href="#">Ungdom med ASD i videregående skole</a> (Faghefte Autismeforeningen) <a href="#">Studenter med ADHD og Asperger syndrom</a> (Direktorat for høyere utdanning og kompetanse)
<b>Arbeid</b>	<a href="#">Arbeidssøkere med Asperger syndrom</a> (NAV) <a href="#">I arbeid og høyere utdanning med kognitive vansker</a> (NAV) <a href="#">Dagtilbud i kommunene</a> (Helsenorge.no)
<b>Egen bolig</b>	<a href="#">BOLIG</a> (Faghefte Norges Handikapforbund) <a href="#">Har ikke et sted å bo</a> (NAV) <a href="#">Boliger med særlige tilpasninger</a> (Helsenorge.no)
<b>Bistand i egen bolig</b>	<a href="#">Praktisk bistand og opplæring</a> (Helsenorge.no)
<b>Fritid</b>	<a href="#">Støttekontakt</a> (Helsenorge.no) <a href="#">Ledsagerbevis</a> (Helsenorge.no) <a href="#">Nyttige nettsider for fritid og aktivitet</a> (Fritid for alle)
<b>Økonomi og rettigheter</b>	<a href="#">Sosiale tjenester og økonomisk veiledning</a> (NAV) <a href="#">Informasjon om vergemål</a> (Statsforvalteren) <a href="#">Uføretrygd</a> (NAV) <a href="#">Hjelpemidler</a> (NAV)
<b>Familieliv</b>	<a href="#">Autisme og familieliv</a> (Autismeforeningen) <a href="#">Nasjonal veileder Pårørendeveileder</a> (Helsedirektoratet)
<b>Koordinering og samarbeid</b>	<a href="#">Nasjonal veileder Rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator</a> (Helsedirektoratet)

### **Erfaring: Viktigheten av hverdagsmestring**

*«For noen er hverdagen nok i seg selv så det kan være vanskelig å ha overskudd utover å klare det mest grunnleggende.*

*Gode rutiner i hverdagen når det gjelder blant annet hygiene, kosthold, fysisk aktivitet og søvn gjør livet lettere å leve. Jeg har selv erfart at dette hjelper ved depresjon og virker forebyggende på nye depresjoner. Mange kan trenge hjelp med å få gode vaner, men her må man spille på lag og unngå «ovenfra og ned-holdning». Finne metoder som fungerer for den enkelte. Finne balansen i hvor mye man skal gjøre. Det er lett å havne i en sorthvitt-tenkning med alt eller ingenting.*

*En stor andel personer med ASF blir uføretrygdede. Det kan oppleves som et er nederlag, men også være en befrielse og lettelse. Viktig med meningsfulle aktiviteter, og finne noe å fylle dagene med, men dette trenger ikke være tradisjonelt yrkesliv eller yrkeslignende forhold. Attføringsbedrifter og VTA (varig tilrettelagt arbeid) kan oppleves svært negativt for dem som har gode intellektuelle ferdigheter, men ikke klarer ordinært arbeidsliv. Frivillig arbeid og hobbyer kan være et bedre alternativ. Lønnstilskudd i ordinære bedrifter er en god ordning for dem som klarer å være i arbeid.*

*De fleste med ASF ønsker vennskap, men det kan være vanskelig å få til. Lag og foreninger for interesser kan være en mulighet. Internett kan være også en sosial arena for å møte likesinnede og knytte vennskap.»*

Torhild Jåvold. Brukerrepresentant og styremedlem i Aust-Agder lokallag for Autismeforeningen

## Pårørendesamarbeid

### Pårørende som ressurs

Både i utredning og behandling av psykiske lidelser ved ASF er det vår erfaring at pårørende har verdifull informasjon til deg som behandler. Det er pårørende som kan gi nyttig (eventuelt utfyllende) informasjon om habituell fungering. Mange i pasientgruppen kommer til oss i DPS tidlig i tyveårene, i en tid der overgangen til voksenlivet har stilt nye krav og gitt nye utfordringer om tilpasning. Det er da ofte foreldrene som har bidratt i størst grad til å hjelpe personen med disse tilpasningene tidligere i livet, og som vi kanskje kan tenke sammen med for å finne hvilke tilrettelegginger personen kan trenge nå. Kanskje har de nye forventningene og kravene ført til at psykiske plager har blitt mer synlige, eller mer alvorlige, og at det er derfor de søkes inn til behandling på DPS? Et helhetlig perspektiv på hva personen trenger i hverdagen, inkl. f.eks. bolig, og samarbeid med andre instanser om dette, vil som oftest være et nødvendig og viktig supplement til behandlingen av den psykiske lidelsen.

Det kan også være belastende å være pårørende, og de kan ha rett på et pårørendetilbud ved DPS. Dette kan inkludere både psykoedukasjon men også hjelp til å snakke om hvordan det er for de å være pårørende. Dette kommer som regel alle parter til gode, og pasienten selv kan oppleve mer støtte fra pårørende i etterkant. Det er pasienten som regulerer hva behandler kan gi av informasjon fra behandlingen. Dersom pasienten ikke ønsker at dette deles kan man spørre om samtykke til at en familierapeut snakker med pårørende, gir generell informasjon samt tilbyr en samtale om hvordan pårørende har det i rollen.

### Når pasienten har mindreårige barn

I de tilfeller der pasienten har mindreårige barn skal helsepersonell rutinemessig undersøke barnas behov for informasjon og oppfølging (se også EQS-prosedyre 21391, «Ahus – Barn som pårørende og etterlatte», Akershus Universitetssykehus 2023). Alle avdelinger ved Ahus er i henhold til Spesialisthelsetjenesteloven pålagt å ha et tilstrekkelig antall barneansvarlig personell blant sine ansatte. Disse kan blant annet bistå med rådgivning av kollegaer. Ved behov for kommunal bistand til barna kan journalnotatet «Barn som pårørende, EDI» benyttes, og sendes til kommunen. Dette er ikke en bekymringsmelding til barnevernet. Se også «[Barn som pårørende](#)» på intranett-sidene til Ahus.

### Når pasienten er gravid

Pasienter med ASF og samtidig psykisk lidelse kan ha behov for utvidet oppfølging i forbindelse med svangerskapet, for oppfølging og tilrettelegging før fødsel, men også for veiledning etter fødsel. Ved Ahus bør det i slike tilfeller rettes en henvendelse til Ahus-teamet slik at de kan bistå pasienten i det videre forløpet. Se også informasjon om «[Ahus-teamet](#)» på intranett-sidene til Ahus.

### Når pasienten har mindreårige søsken

Forskning tyder på at søsken til mennesker med funksjonsnedsettelse kan ha en noe økt sårbarhet for å utvikle psykiske lidelser enn befolkningen for øvrig. I de tilfeller der pasienten har mindreårige søsken skal helsepersonell rutinemessig undersøke barnas behov for informasjon og oppfølging (se også nærmere beskrivelse av fremgangsmåte i avsnittet «Når pasienten har mindreårige barn» ovenfor).

## Oppfølging og tilrettelegging ved autismespekterforstyrrelser (ASF)

### Psykoedukasjon

Psykoedukasjon er tenkt å bedre personens evne til å leve med sin tilstand. Det kan også være med på å forebygge sekundære tilstander som angst og depresjon. Noen trenger psykoedukasjon om ASF, andre kan være godt informert om diagnosen, men trenger psykoedukasjon om det å fungere i samfunnet. Psykoedukasjonen må tilpasses individuelt, og det bør tas utgangspunkt i temaer som har mening for personen og deres livssituasjon. Psykoedukasjon kan også gis i grupper.

Forslag til tilpasninger:

- Det er viktig at psykoedukasjonen ikke er avvikiorientert og generaliserende. Forsøk å unngå å fokusere på diagnostiske kjennetegn, men heller legg opp psykoedukasjonen ut ifra din kjennskap til individet.
- For noen med ASF blir det vanskelig hvis man er vag og uklar, f.eks. hvis man forklarer noe ut ifra mange ulike perspektiver. Dette kan være vanskelig for fagpersoner, som er vant til at fenomener kan ha mange forklaringer og at det sjelden er noe som gjelder alle. Allikevel kan man med fordel forenkle og kategorisere informasjon når man snakker med en person med ASF.

### Kasus

*«Pasienten insisterte på å få vite hvor lenge en depresjon varte. Hun klarte ikke å slå seg til ro med at det var forskjellig fra person til person, og at man ikke kunne vite. Hun spurte om dette gjentagende hver time, og ble frustrert av svaret hun fikk. Til slutt måtte terapeuten og henne sette seg ned og se på forskningen. Der fant man at de fleste depressive episoder varte i 3 til 6 måneder. Når terapeuten kunne gi dette svaret hver gang hun spurte, slo hun seg til ro, og man kunne fokusere på andre tema i terapien. Som terapeut var det vanskelig å gi et såpass unyansert svar, som man selv ikke var sikker på at ville stemme, men man så at det var hensiktsmessig for fremdriften i terapien. Pasient og terapeuten ble også enige om at terapeuten ikke kunne love at dette ville gjelde for henne»*

- Det kan være viktig å få frem at det ikke er personens skyld, og at det ikke er en tilstand man kan kurere. Også at det ikke er en sykdom som man blir verre av, men tvert imot at man hele livet vil utvikle seg og lære nye ting.
- Ikke anta at mestringsstrategien til personen er negativ for vedkommende ut ifra eget perspektiv. Det kan hende det som for nevrotypiske ser negativt ut, er forbundet med noe positivt for personen selv. Et eksempel på det kan være selvstimulerende atferd, som repetitive bevegelser, neglebiting, vifting med hender eller lyder.
- Personer med ASF lærer ikke nødvendigvis hva som er vanlig i en gitt situasjon ved å være mye sammen med andre eller ved gjentatt eksponering for situasjonen. De er derfor i behov av å lære eksplisitt det andre lærer implisitt, altså det nevrotypiske anser som tilsynelatende åpenbare ting. Eksempler på det kan være å skille mellom hvem som er en bekjent og hvem som er en venn.
- Personer med ASF kan ha vansker med å danne seg kognitive skjema for hva som pleier å skje i vanlige situasjoner. Noen mennesker med ASF kan derfor ha god hjelp av å eksplisitt (og gjerne også skriftlig) lage slike skjema for ulike situasjoner som har relevans for deres liv. En måte å gjøre det er på er å lage en sosial historie (se [Statped.no](http://Statped.no) for mer informasjon), en slags mal der man kan hjelpe personen med å skrive ned hva som er vanlig at skjer i ulike situasjoner. Samtidig er det viktig å forstå at personen kan klare å lære seg slike regler rent teoretisk, men allikevel ha vansker med å benytte seg av dem i det daglige fordi vanlig sosialt samspill foregår svært raskt.

Eksempel på sosial historie: «Å gi andre en klem»

- Folk som kjenner hverandre godt, gir hverandre av og til en klem på kinnet.
- Hvis jeg vil gi noen en klem legger jeg armene mine forsiktig rundt den andre.
- Jeg legger kinnet mitt inntil kinnet til den andre.
- Så klemmer jeg personen forsiktig med armene.
- Når jeg har telt til fire- 1-2-3-4- slipper jeg den andre.
- Slik kan jeg gi andre en klem.

(Hentet fra NAKU, 2023.)

Verktøy:

- Det finnes en "[Arbeidsbok for personer med Asperger syndrom](#)" fritt tilgjengelig på nett. Den tar for seg en rekke tema aktuelle for psykoedukasjon.
- Se også «Livsløpsfigur» som kan brukes i psykoedukasjon, se vedlegg 1 og nærmere beskrivelse i avsnittet «[Generelt om utredning](#)».
- [Arbeidssøkere med Asperger syndrom](#) (NAV).
- [VOKSNE ASPERGERE -En brukerveiledning for venner.](#)

### Stressmestring og stressreduksjon

Omgivelsene oppleves ofte som forvirrende og uforståelige for en person med ASF. Hverdagslige aktiviteter kan oppleves meningsløse, det kan være vanskelig å forstå sammenhengene i hva som skjer og det er vanskelig å tolke andre. Hendelser som for andre fremstår helt tilforlatelige, kan for en person med ASF oppleves ekstremt stressende, eksempelvis ved sensorisk dysfunksjon eller dersom det oppstår små uforutsette endringer. I tillegg har ofte personer med ASF andre tilleggsdiagnoser, fysiske og psykiske, som bidrar til det totale stressbildet. Reaksjonene man ser hos personen kan fremstå irrasjonelle fra et utenfra-perspektiv, men en grundig stresskartlegging kan avdekke at det ligger helt forståelige årsaker bak. På grunn av dette er det viktig å se på stressmestring som en del av behandlingen av psykisk lidelse. Det understreker også behovet for en tverrfaglig tilnærming til kartlegging og behandling. Begrepet «toleransevinduet» kan være en relevant tilnærming i forståelsen av stress hos personer med ASF.

Stresskartlegging kan være utfordrende fordi det kan være atypiske faktorer som utløser stress. Det finnes noen få verktøy man kan benytte, men disse er lite forsket på (Thoen et al., 2021). Det er også viktig å ha en åpen innstilling slik at man avdekker faktorer som ikke nødvendigvis dekkes av disse. Ofte kan det være at personen selv har vansker med å rapportere om det, fordi de har lite tilgang på hva som er «vanlig». Å snakke om dette med nærpå personer kan derfor være hensiktsmessig.

Verktøy:

- Kari Steindal har et [stresskartleggingsverktøy på norsk](#) som ligger fritt tilgjengelig på nett.
- Kartlegging av sensorisk dysfunksjon (se eget [avsnitt](#)).
- [The stress survey schedule](#) (på engelsk, fritt tilgjengelig på nett).
- Det finnes en "[Arbeidsbok for personer med Asperger syndrom](#)" fritt tilgjengelig på nett. Den tar for seg en rekke tema, blant annet stressmestring.

### Sensorisk profil

Sensorisk dysfunksjon anses i DSM-5 som et symptom innenfor domenet stereotyp, begrenset og repetitiv atferd. Det forekommer i noen studier hos opp mot 85% av personer med ASF (Robertson & Baron-Cohen, 2017). Dysfunksjon kan oppstå i alle sansemodaliteter (syn, hørsel, lukt, smak, berøring, likevektssans, smerte) Det kan komme til uttrykk både som overfølsomhet og

underfølsomhet. Det kan gjøre at sensoriske inntrykk oppleves ubehagelig, eller til og med smertefullt. Det kan og medføre at personen ikke reagerer på sanseintrykk andre klart oppfatter, evt. trenger mer stimulering av sanseapparatet (høy musikk, harde klemmer etc.). Noen kan også aktivt oppsøke visse sensoriske stimuli, og det kan være årsak til selvstimulerende atferd. Hos noen individer forekommer både under- og overfølsomhet for ulike sanseintrykk. Personer med ASF kan beskrive flere faktorer som har innvirkning på hvor mye de tåler; det kan for eksempel være dagsform, grad av kontroll over sensoriske stimuli samt tilgjengelige mestringsstrategier (MacLennan et al., 2022).

Det er viktig at dette tas hensyn til, da det av og til kan være en medvirkende årsak til angst, aggresjon, fatigue, problemer med konsentrasjon, motorisk uro, isolasjon og andre vansker. Det anbefales en tverrfaglig vurdering med bruk av ulike verktøy og tilnærminger (Dubois et al., 2017). Ofte vet ikke personen selv at de har sensoriske vansker, eller de kan ha vanskeligheter med å sette ord på det. Derfor kan det være viktig å snakke med nærpå personer rundt personen om dette.

Kartleggingsverktøy som kan benyttes med voksne/unge:

Gratis ressurser:

- [The Glasgow sensory questionnaire](#) (engelsk versjon).
- [Autism good feeling questionnaire](#) (norsk versjon).
- Kari Steindal har et [stresskartleggingsverktøy på norsk](#) som ligger fritt tilgjengelig på nett.

Ressurser man må betale for:

- [Sensory profile 2](#) (Norsk oversettelse hos Pearson. Besvares av nærpå personer. I utgangspunktet bare opp til 14 år. Ikke normert for norske forhold).
- [The Adolescent/Adult Sensory Profile](#) (engelsk versjon. Pearson)
- IVAS (Stresskartlegging for mennesker med autisme uten kognitiv svikt. Norsk, finnes i barne- og voksenvariant. Finnes også digital versjon. Kjøpes hos [Spiss.no](#)).

Det er også viktig å huske på at mange med ASF har synsvansker eller vansker med hørsel, slik at dette er viktige differensialdiagnostiske vurderinger å ta.

### Kasus

*“Etter at pasienten fikk kontaktlinser sluttet han å stå så unaturlig nærme folk når han snakket med dem. Det viste seg at han hadde forståelse for intimsone, men klarte rett og slett ikke å se den han snakket med godt nok”.*

Behandling kan innebære:

- Psykoedukasjon
- Tilrettelegging av omgivelsene, hjelpemidler
- Kognitiv atferdsterapi med eksponering for sensorisk stimuli.

### Sosial ferdighetstrening

Vansker med sosiale ferdigheter, spesielt det andre tar for gitt og som ofte er usagt, er et kjernesymptom ved ASF. Grad av vansker varierer, fra milde til omfattende, men også milde vansker kan gi store utfordringer med å fungere i hverdagen. Det er viktig å huske på at vanskene med sosiale ferdigheter er av *en kvalitativ, og ikke nødvendigvis kvantitativ art*. Mange mennesker med ASF ønsker sosialt samspill på lik linje som alle andre, men sliter med det og bruker mye tid på å forstå og

relatere seg til andre. Noen kan også fremstå relativt gode til å interagere sosialt, men bruker da svært mye krefter på det. Noen kan ha de grunnleggende ferdighetene på plass, men sliter fortsatt med de mer avanserte, som eksempelvis å slutte seg frem til hva andre mennesker tenker og føler på bakgrunn av nonverbal informasjon (theory of mind, mentalisering eller såkalt «mind blindness»). Sosiale vansker kan ligge til grunn for, forverre eller sameksistere med psykiske vansker. Det kan og medføre at personen får mange negative tilbakemeldinger på seg selv og sin atferd.

Sosiale ferdigheter læres trinnvis gjennom observasjon, modellering, øvelse, samtaler og konkrete tilbakemeldinger. De aktuelle ferdighetene må introduseres og konkretiseres. De må gjerne modelleres og øves på i og utenfor terapirommet, og personen kan trenge forklaringer på hvorfor ferdigheten er viktig. Mange kan slite med å bruke en «prøve og feile-metode» pga. vansker med å se konsekvenser av egne handlinger, å se helheten eller generalisere læring fra en situasjon til en annen. Det bør derfor være et mestringsfokus. Samtidig er det viktig å tenke på sosial ferdighetstrening ut ifra et individperspektiv, der man utgår fra hva personen ønsker, liker og tåler, mer enn en tanke om å lære personen et sett med på forhånd-bestemte ferdigheter. Det er viktig å forstå at denne typen ferdigheter er noe de fleste vil streve med resten av livet. Tilrettelegging av miljøet rundt hver enkelt er ofte nødvendig. Å hjelpe personen med å være åpen om sine utfordringer til omgivelsene kan være et mål med behandlingen. Det trenger ikke nødvendigvis å innebære å fortelle om diagnosen til alle, men eksempelvis å være åpen om spesifikke utfordringer (for eksempel at personen sliter med høye lyder, med small talk, med å spise med andre). Målet bør være at personer med ASF skal oppleve samvær med andre som noe de har verktøyene til å mestre, og som noe de kan glede seg over. I et mestringsfokus bør man tenke over: Hvilke aktiviteter appellerer til den enkelte? I hvilke aktiviteter opplever de det greit å samhandle med andre? Hvilke opplevelser synes de det er fint å dele med andre?

#### Kasus

*“Pasienten hadde et sterkt ønske om å få seg kjæreste. Dette ønsket kunne man bruke som motivasjon for å lære han grunnleggende sosiale ferdigheter som passende hygiene, turtaking, mentalisering og nettvett. Ved å hele tiden fokusere på dette overordnede målet, kunne man aktivisere energien til å fortsette, selv når pasienten fant øvelsene vanskelige eller lite engasjerende i seg selv”.*

Sosial ferdighetstrening viser gode resultater i forskningen, og det er en rekke programmer laget for personer med ASF, ifra tidlig barndom til unge voksne. Mange av de ulike programmene har lignende komponenter, og for voksne trekkes frem: samtaleteknikk, å kommunisere digitalt, humor, å identifisere venner og kjæresteforhold (Moody & Laugeson, 2020). Seksualitet kan også være et viktig tema, i tillegg til affektbevissthet.

Lenker til ressurser:

- [Statped](#) har nyttige ressurser, også for voksne.
- Et program utviklet av Helse Bergen, med over 70 videoer som viser ulike sosiale ferdigheter (på norsk): <https://vimo.no/>
- Bok: «[Social skills training](#)» av Jed Baker (som programmet over er basert på).

Generelt sett vil sosial ferdighetstrening være en oppgave som ligger til primærhelsetjenesten, men spesialisthelsetjenesten vil kunne bli bedt om å veilede primærhelsetjenesten på dette.

## Utredning og behandling av psykiske lidelser ved autismespekterforstyrrelse (ASF)

### Generelt om utredning

I boken «Autisme og mental helse» (utgitt på Gyldendal i 2022 med Sissel Berge Helverschou som redaktør) beskrives utredning av ASF og ulike tilleggslidelser. Her presiseres det at personer med ASF har økt risiko for å utvikle funksjonsvansker og psykiske tilleggslidelser. Hverdagen kan oppleves uforutsigbar, sanseintrykk kan oppleves overveldende, samhandling kan oppleves krevende og aktiviteter kan oppleves meningsløse. Heterogenitet i symptomer og funksjonsnivå er større for personer med ASF enn i befolkningen ellers. Graden av funksjonsvansker øker i takt med tilleggsvanskene. Utredning krever god kompetanse både på ASF og psykiske helseplager. Utredning består i å få oversikt over «vanlig autismeværemåte» hos personen, om det har oppstått funksjonsfall og hva som i så fall kan ha forårsaket dette.

Utredning av psykiske helseplager hos personer med ASF er utfordrende av flere årsaker. For det første er det høy grad av komorbiditet og symptomoverlapp med psykiske lidelser og andre nevroutviklingsforstyrrelser. Sosial tilbaketrekking kan eksempelvis skyldes ønske om å skjerme seg mot sensoriske stimuli (som ved ASF), engstelse for å treffe andre (som ved sosial angst) eller mangel på initiativ og energi (som ved depresjon). For det andre kan symptomene fremstå idiosynkratiske eller atypiske hos personer med ASF. Det vil si at personen kan ha særegne måter å fremvise tegn på psykiske helseplager. Selvskadning kan eksempelvis være uttrykk for engstelse eller frustrasjon. For det tredje kan personer med ASF ha vansker med selvrapporing. Særlig gjelder dette ved lavt evnenivå, men også personer med høyt verbalt evnenivå kan ha vansker med å forstå spørsmål som stilles i utredningen. Utsagn kan misforstås eller oppfattes bokstavelig. Det kan være vanskelig å se for seg eksempler når man blir bedt om å utdype. Mange har i tillegg vansker både med å identifisere og sette ord på følelser. Det er fortsatt mangel på standardiserte utredningsverktøy for psykiske helseplager ved ASF (Helverschou, 2022).

### Kartlegging av autismespekterforstyrrelse (ASF)

Det anbefales å først kartlegge ASF (Helverschou, 2022). Hvordan har denne artet seg over tid? Hva er personens «vanlige autistiske væremåte»? En tidslinje som beskriver funksjonsnivå, livshendelser, reaksjoner på overganger og støttebetingelser kan gi god oversikt. Ideelt sett er dette godt beskrevet i henvisningen. Ofte vil det være nødvendig å innhente supplerende informasjon fra flere kilder, inkludert komparenter som har kjent personen over tid, komparenter som kan belyse funksjonsnivå i hverdagen aktuelt, samt informasjon fra tidligere utredninger/skolerapporter. Sjekklistene kan med fordel leses høyt for pasienten slik at det kan gis rom for oppfølgingsspørsmål og forslag til svaralternativer på spørsmål med høy abstraksjonsnivå.

### Kartlegging av psykiske helseplager

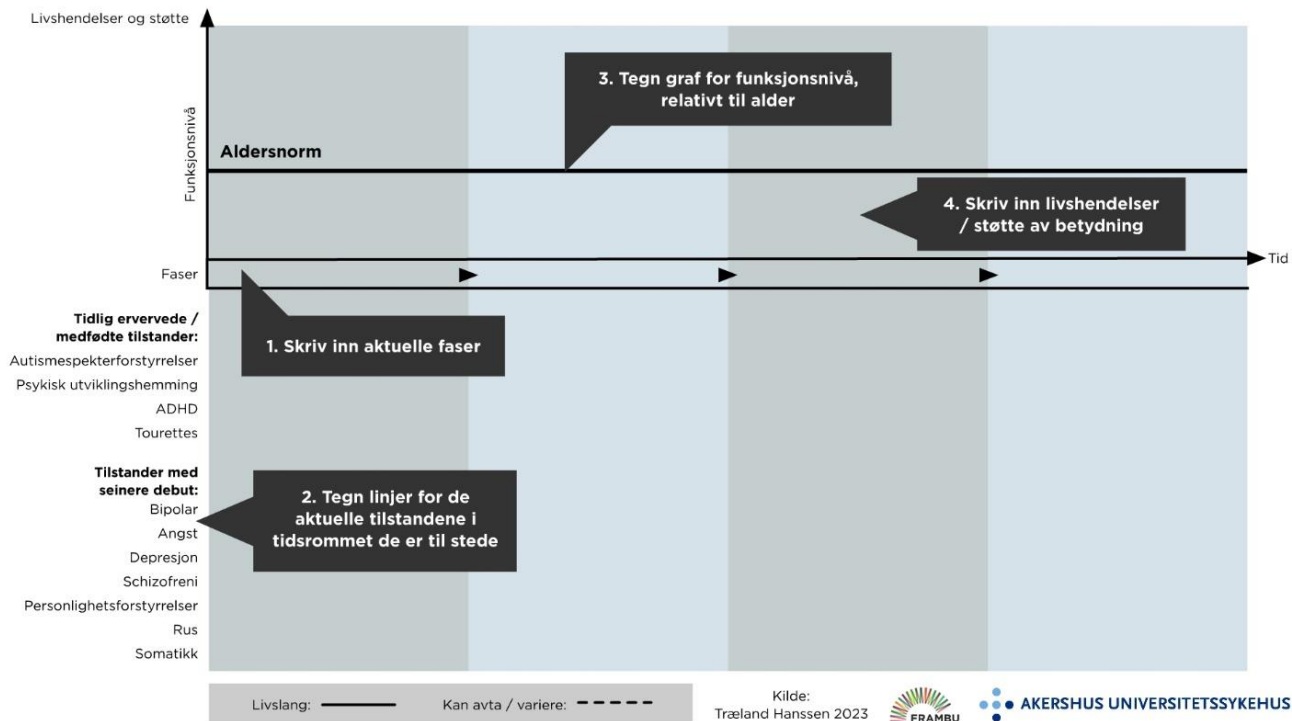
Ved kartlegging av psykiske helseplager er det viktig å skille mellom primære og sekundære vansker. Hva er det som kan forårsake tilbaketrekking, selvskadning, aggresjon eller merkelig atferd? Primære vansker er de som kan forklares ut fra ASF og kognitivt evnenivå. Sekundære vansker er de som oppstår i tillegg. Husk at autismevansker ofte blir mer fremtredende ved økt psykisk lidelsestrykk. Endringer og uforutsigbarhet kan forsterke lidelsestrykket. Tiltak kan både ha som mål å håndtere grunnlidelsen og å forebygge/behandle tilleggsvansker.

### Kartlegging av symptomer og hendelser gjennom livsløpet

Vi anbefaler at man underveis i utredningen lager en oversikt over hvordan ulike hendelser og symptomer har artet seg over tid. Dette kan hjelpe pasient og behandler til å få både en god oversikt

samt en bedre forståelse av mulige sammenhenger. Dette verktøyet kan også brukes til psykoedukative samtaler. Se [vedlegg 1](#) for tom mal som kan benyttes i pasientarbeid (fylles ut for hånd).

*Livsløpsfigur: Symptomer og hendelser gjennom livsløpet (Træland Hanssen, 2023)*



## Kasus

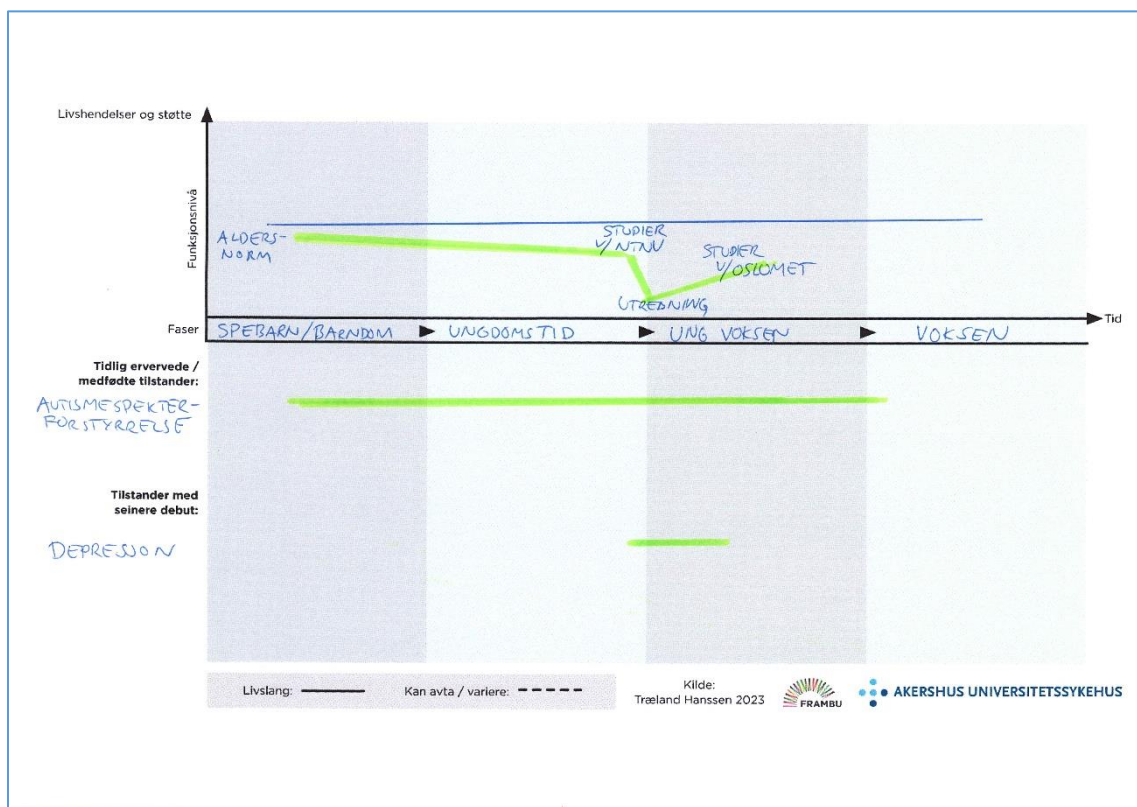
«Han vokste opp i et trygt hjem med foreldrene og en fem år eldre søster. Han pratet tidlig, likte å bygge lego og lese faktabøker om insekter. Trivdes og presterte godt faglig på barneskolen. I friminuttene var han vanligvis sammen med klassevenninnen. De foretrakk å studere småkryp i skogen og spille sjakk heller enn å spille fotball. På ungdomsskolen var han flink i matematikk, men strevde med stilskriving og prosjektoppgaver hvor det ble stilt krav til selv å skulle organisere lærestoffet. Læreren tilpasset undervisningen ved å gi matematikkundervisning tilpasset eldre elever, og ellers til å disponere skriftlige oppgaver. På videregående skole (VGS) varierte karakterene fra seksere i realfag, til firere i kroppsøving og norsk. Strevde fortsatt med stilskriving og prosjektoppgaver. Far hjalp mye til med lekser. Han var ofte utkjørt etter endt skoledag og hadde lite kontakt med medelever. Til og fra skolen fikk han sitte på med mor.

Etter VGS flyttet han til Trondheim for å starte realfagsstudier på NTNU. Foreldrene hjalp til med å finne hybel, gledet seg og var stolte over at han hadde kommet inn på førstevalget. Da de ringte for å høre hvordan det gikk, fikk de til svar at alt var bra. Da søsteren dro på besøk i november ble hun imidlertid bekymret, han så sliten og tynn ut., hybelen var rotete, og det var lite mat i kjøleskapet. Det viste seg at han ikke hadde vært på lesesalen eller forelesninger de siste ukene, og hadde ikke blitt kjent med noen på kullet.

Søsteren fulgte han til studentenes psykiske helsetjeneste, hvor det ble påvist depresjon. Psykologen der fikk i tillegg mistanke om Asperger syndrom da han fortalte om å bli overveldet av lyder og lukter på lesesalen, strevde med å komme i kontakt med medstudenter og hvor slitsomt det var når planer plutselig ble endret. Han ble viderehenvist til DPS, hvor Aspergerdiagnosen ble bekreftet. I komparentsamtalene fortalte foreldrene at de alltid hadde tenkt at han hadde litt andre interesser og litt større oppfølgingsbehov enn jevnaldrende. Likevel hadde de ikke sett behov for utredning, ettersom han hadde trivdes på skolen, fått god tilrettelegging og «fått lov til å være seg». Først nå var de blitt klar over hvor mye ekstra oppfølging de faktisk hadde bidratt med. De hadde ikke vært forberedt på hvor slitsomt det skulle bli for han å bo alene, ta buss, handle mat og vaske egne klær.

Han bestemte seg for å flytte tilbake til foreldrene en periode. Det ble sendt henvisning for kontinuering av behandling ved hans lokale DPS, hvor han hadde god effekt av behandling for depresjon og psykoedukasjon om Asperger syndrom. Neste skoleår startet han på nytt med realfagsstudier, denne gangen på OsloMet. I forkant tok han kontakt med studieveileder, som hjalp til med å finne en kollokviegruppe og et rolig sted der han kunne lese. Etter et halvår flyttet han på hybel i gangavstand til forelesningssalen, for å unngå å bruke energi på å ta buss. Dette gjorde det også lettere å komme akkurat presis til forelesninger, og med det unngå vanskelig «small-talk» med medstudenter. På spørsmål om han ønsket hjelp til å finne noen å spise lunch sammen med på studiet, takket han nei, og begrunnet dette med at studiestedet utelukkende var et sted for læring. Hen opplevde å få dekket sitt behov for sosial samhandling i den lokale sjakkklubben, samt på ukentlige middager med foreldrene og søsteren. Familien hjalp til med å sette opp ukeplan for handling, vask av hybel og klær. Han opplever nå hverdagen som håndterlig og forutsigbar, trives med studiene og føler seg ikke lengre deprimert.»

Livsløpsfigur, eksemplifisert med kasuset ovenfor.



### Somatiske forhold ved utredning

Personer med ASF har økt risiko for et bredt spekter av medisinske lidelser. Disse lidelsene kan opptre samtidig med ASF, eller de kan være utløst av uheldige livsstilsfaktorer forbundet med ASF. Studier har vist at barn med ASF har et mer usunt kosthold og høyere risiko for fedme enn andre barn. En svensk registerbasert studie viste økt dødelighet av alle typer medisinske og psykiatriske tilstander. For de fleste sykdomskategoriene var økningen i dødelighet størst hos dem som hadde ASF med utviklingshemming. Det eneste unntaket var selvmord, som var vanligst blant dem med kognitive evner innenfor normalområdet. Denne gruppen hadde ni ganger så høy selvmordsrisiko som normalbefolkningen. (NOU 2020:1, s. 29-30).

Det er derfor viktig at en person med ASF følges opp av sin fastlege i forhold til vanlige somatiske tilstander som også kan medvirke til redusert psykisk helse. En del personer med ASF oppsøker sjelden sin fastlege. Helseundersøkelse hos fastlegen med jevne mellomrom vil gi kontinuitet og oversikt, og vil kunne bidra til at flere får nødvendig hjelp både når det gjelder primærdiagnosen, og somatiske og psykiske vansker. (NOU 2020:1, s. 31).

Som alltid i en utredning av psykisk lidelse er det viktig å utelukke, eller eventuelt vurdere effekten av, mulige somatiske forklaringer til psykiske symptomer. Det er ikke uvanlig at for eksempel infeksjoner, fordøyelsesbesvær, munnplager, smerter og andre somatiske plager kan komme til uttrykk i form av funksjonsforstyrrelser som lett kan oppfattes som forsterkede autistiske trekk, primær psykisk lidelse eller forverring av kjent psykisk lidelse. Det vil da være aktuelt for pasienten å kontakte fastlegen for avklaring av somatiske årsaker.

Når en person med ASF henvises fra fastlegen til spesialisthelsetjenesten med en funksjonssvikt som gir mistanke om psykisk lidelse, bør fastlegen samtidig gjøre en orienterende somatisk utredning for å avklare om det er somatisk tilstand som kan ligge til grunn for funksjonssvikten. I veilederen «Sammen om mestring», kap. 4 (Helsedirektoratet, 2014) gis føringer for ansvar for kartlegging, utredning og behandling ut fra alvorlighetsgrad og varighet av de psykiske vanskene. Dersom pasientens problemer tilsier at hen er i hovedforløp 1 kan fastlege/ bedriftslege avklare og sette inn tiltak. Er pasienten i hovedforløp 2 bør somatisk helse avklares av fastlegen, som også har en sentral rolle i behandling og oppfølging. Spesialisthelsetjenesten bør stå for diagnostikken ved kortvarige, alvorlige problemer og når mildere problemer vedvarer over tid. For pasienter i hovedforløp 3 må kartlegging og utredning gjøres nøyaktig og helhetlig. Dette gjelder særlig alvorlige lidelser som psykoser, alvorlige stemningslidelser, personlighetsforstyrrelser og alvorlig rusmiddelavhengighet m.fl. som bør diagnostiseres av spesialisthelsetjenesten. Fastlege har samtidig ansvar for å bidra inn i samarbeid om dette.

En del personer med ASF har sensorisk dysfunksjon, andre kan ha en mer typisk spiseforstyrrelse, slik at de er utsatt for ernæringssvikt. Det kan da være aktuelt å koble på tiltak som for eksempel klinisk ernæringsfysiolog. Her er det også naturlig at fastlegen har ansvar for dette når pasienten er i hovedforløp 1, mens spesialisthelsetjenesten bør bidra inn når pasienten er i hovedforløp 3. For pasienter i hovedforløp 2, bør en gjøre det som er mest naturlig ut fra hvilket behandlingsapparat som er i gang kombinert med type, alvorlighetsgrad og varighet av problematikken.

Dersom en ikke finner somatisk årsak, eller vanskene vedvarer etter at somatiske problemer anses ferdigbehandlet, kan det være aktuelt å kontakte spesialisthelsetjenesten med tanke på henvisning til behandling av eventuell psykisk lidelse eller for å gi råd til førstelinjen.

Dersom pasienten er henvist for utredning og behandling av psykisk lidelse, og det i den forbindelse oppstår mistanke om ASF, utredes denne i henhold til Interne råd for utredning av autismespekterforstyrrelser (se EQS-prosedyre 41033 for fremgangsmåte).

Den medisinske utredningen bør inneholde:

- Somatisk anamnese, samt medikament- og rushistorikk.
- Somatisk undersøkelse (bør gjøres av fastlege ved henvisningen).
  - Orienterende klinisk undersøkelse.
  - Blodprøver, urinprøver, ev. prøver fra sår eller mulig infeksjonsfokus.
  - Eventuelt relevante bildeundersøkelser.
- Aktuell medisinliste
- En bør se gjennom tidligere utredninger med tanke på om det er ytterligere undersøkelser som nå bør gjennomføres fordi det nå har tilkommet nye opplysninger eller symptomer. Noen ganger kan ASF ha organiske årsaker. Sjeldne genvarianter øker sannsynligheten for utvikling av ASF, for eksempel Fragilt X syndrom, Rett syndrom eller DiGeorge syndrom.

Se også [vedlegg 2](#) for mer detaljert oversikt over medisinsk utredning.

### **Erfaring: Om utredning**

*«Mennesker på autismespekteret er en mangfoldig og uensartet gruppe. Dessverre finnes det fortsatt en god del stereotypier og fordommer om oss. Viktig å skille mellom hvilke symptomer og trekk som skyldes autisme, og hva som er psykiske lidelser. Her kan feiltolkning gå begge veier.*

*Psykiske lidelser kan lett bli oversett og bli oppfattet som en del av autisemen. Vi har økt sårbarhet, men det er ikke ensbetydende med å ha psykiske lidelser. Psykiske lidelser kan ha en ytre årsak, blant annet mobbing i oppveksten. Der er viktig å ikke avskrive symptomer på for eksempel angst, depresjon eller spiseforstyrrelser som en del av autisemen. Dette kan føre til at personer på autismespekteret ikke får nødvendig hjelp.*

*På den andre siden kan også trekk som skyldes autisemen feilaktig bli oppfattet som psykiske lidelser. For eksempel kan det å bli opptatt av særinteresser tolkes som mani, hypomani eller tvangshandlinger. Overbelastningsreaksjoner kan oppfattes som angstanfall*

*Blir det lagt for mye vekt på vansker med sosialt samspill og kommunikasjon? Selv om dette regnes som kjernesymptomer på autisme, kan det egentlig være et symptom på eksekutive og sensoriske vansker? Hvis man sliter med å sortere sanseintrykk, går det ut over evnen til å fungere sosialt.*

*Personer på autismespekteret mangler ikke evnen til omsorg og medfølelse for andre, men har ofte problemer med å sette seg inn i andre menneskers tanker og følelser. Vi er ikke følelseskalde og fjerne, og kan like gjerne være oversensitive og ta inn for mye.»*

Torhild Jåvold. Brukerrepresentant og styremedlem i Aust-Agder lokallag for Autisemeforeningen.

## Generelt om behandling

### Samtalebehandling

#### *Ta utgangspunkt i pasientens styrker og særinteresser*

Etter utredning har det mest sannsynlig kommet fram ressurser, styrker og særinteresser som kan være nyttig å ta utgangspunkt i dersom man starter opp med samtalebehandling. Belys det som fungerer godt, dette kan bidra til at selvfølelsen styrkes. Særinteresser kan være et godt utgangspunkt for å jobbe med relasjonsbygging og allianse.

#### **Kasus**

*«Pasienten elsket å snakke om belysning, elektriske apparater og særlig lyspærer. Han hadde en enorm kunnskapsbase om temaet og kunne gjerne snakke lenge. Etter et par konsultasjoner ble terapeut og pasient enig om at man kunne ta tur på å snakke om de tema man selv var mest interessert i. Man fikk 10 minutter hver. Først fikk pasienten snakke om sine særinteresser, så måtte man snakke 10 minutter om det terapeuten var opptatt av. Denne løsningen var pasienten veldig fornøyd med, og bidro til økt motivasjon hos ham for å jobbe godt i terapien, samtidig som han fikk øvd seg på turtaking i samtaler».*

#### *Hvordan gjennomfører jeg samtalebehandlingen?*

- Å være terapeut for en person med ASF innebærer helt spesielle utfordringer. Terapeuten bør ha egen kompetanse på ASF, eller få veiledning fra fagperson med slik kompetanse og/eller samarbeid med andre med tilsvarende erfaringer og utfordringer. Dersom man som behandler har lite erfaring med pasientgruppen, kan følgende nettkurs anbefales: [Kurs: Autismespekterforstyrrelse \(helsekompetanse.no\)](https://www.helsekompetanse.no/kurs/autismespekterforstyrrelse). Dette kurset er gratis, og kan tas i bolker (er under faglig oppdatering pr. 29.05.24, og derfor ikke tilgjengelig en periode).
- Det er ofte nødvendig med en mer instruerende og støttende holdning hos samtalebehandleren, enn åpne og utforskende spørsmål. Man anbefaler på et generelt plan kognitiv atferdsterapi og motiverende intervju med de fleste.
- Vær forberedt på at det kan ta lang tid for pasienten å komme til poenget, og det kan ta lang tid å skifte samtaleemne. En del har prosesseringsvansker og lengre latenstid. Av denne grunn kan noen ha behov for lengre konsultasjoner enn vanlig. Noen trenger også lengre tid mellom konsultasjoner, for eksempel dersom de trenger ekstra god tid på å prosessere informasjon eller å gjøre hjemmeoppgaver.
- Andre kan trenge kortere og hyppigere konsultasjoner, spesielt dersom de har lett for å bli overveldet av mye informasjon.
- Det anbefales å gi tydelig informasjon om rammene for samtalebehandlingen: hvor lenge samtalen skal vare, hvorfor pasienten er der og hva som forventes av dem. Det er ofte viktig med forberedelse fra time til time («neste gang skal vi X og Y...»), og at det er en klar struktur på timene.

*«The teacher who does not understand that it is necessary to teach autistic children seemingly obvious things will feel impatient and irritated»  
Hans Asperger (1944/91, s. 54)*

- Skriv ned avtaler og viktige momenter fra terapien. En egen skrivebok (terapi bok) pasienten kan ha med seg hver konsultasjon kan være lurt.
- Mange pasienter med ASF har konkret og/eller visuell tankegang. Det kan derfor være nyttig å gjøre aktive ting som tillegg til samtalebehandling. Eksempler på dette kan være spille spill, rollespille, se film sammen, tegne/male og lignende. Det kan også være lettere å drøfte konkrete episoder, fremfor å snakke abstrakt og overordnet om temaer (for eksempel ikke snakke om sinnemestring generelt, men snakke om konkrete episoder der pasienten var sint).
- Det kan være hensiktsmessig å unngå tider på dagen eller i løpet av uken der pasienten ikke er opplagt, for eksempel på slutten av en lengre arbeidsuke. Det å ha en kronisk funksjonsnedsettelse innebærer svært ofte at man bruker mye krefter på ting som andre ikke trenger å bruke krefter på. Pasienten kan ofte være sliten på grunn av dette. Det kan også være lurt å velge tidspunkt for behandlingskonsultasjoner som ikke innebære store rutinebrudd for personen.
- Nærpersoner (familie, venner, tjenesteytere) kan være viktige ressurser, da de ofte kjenner pasienten aller best og dermed kan sitte på kunnskap om hvordan best kommunisere og nå inn til pasienten. Nærpersoner kan hjelpe til med å «oversette» det som er vanskelig til eller for pasienten. De kan også hjelpe til med å huske det man snakker om i timene, hjelpe til med å gjennomføre hjemmeoppgaver, gi generelle motivasjonsstøtte og lignende. Ofte vil det være hensiktsmessig at de pårørende eller andre nærpersoner er med i hele eller deler av behandlingstidene, etter nærmere avtale med pasienten.
- Med noen pasienter med ASF kan det være utfordrende for terapeuten å vurdere kvaliteten på relasjonen, fordi pasienten kan gi lite nonverbalt eller verbalt uttrykk for dette (eksempel: lite smil, gjensynsglede, lite blikkontakt under samtalen). Det er lett å føle seg mislykket som terapeut. Men en tilsynelatende uinteressert eller mimikkløs pasient kan allikevel oppleve god relasjon til sin behandler. Adresser relasjon direkte med pasienten, fremfor å anta hvordan relasjonen er på bakgrunn av nonverbale cues.

### Kasus

*«Jeg brukte mye tid på å forberede meg til timene, og følte at jeg hadde gode planer, men når pasienten kom, snakket hun i vei, og jeg opplevde det som vanskelig å komme til orde. Nesten uansett tema, snakket hun som om hun var ekspert, og ba sjelden om hjelp eller råd. Det var som om vår relasjon ikke utviklet seg over tid: Samtidig som hun «ropte» om hjelp, ble jeg hindret fra å kommunisere. Denne tvetydige situasjonen kunne gjøre meg utålmodig og irritert. Vi måtte bryte dette mønsteret, og laget en skriftlig avtale om fast struktur i timene; En del innledningsvis hvor hun fikk fortelle om situasjoner siden forrige time, så en del til psykoedukasjon om angst, alkoholmisbruk og etter utredning også om Asperger syndrom, og til slutt en del med øvelse til neste gang. Ofte måtte vi utvide rammene, men klare avtaler om fast struktur hjalp mye for arbeidet. Vi måtte ta utgangspunkt i helt konkrete situasjoner fra hennes eget liv. Det ga mening for henne, og hun så ut til å like denne strukturen. Hun grublet mye for å prøve å forstå andres atferd, og vi måtte gå svært systematisk til verks. Hun forholdt seg bokstavelig til det hun hørte, leste og lærte, som om informasjonen kunne plottes inn i et diagram, men når vi fant frem til denne strukturen, følte jeg meg ikke like hjelpeløs lenger».*

Hentet fra «[Håndbok om Asperger og rus](#)» (Nasjonal kompetansetjeneste TSB og Nevsom, 2018).

- Avslutning av samtalebehandlingen bør adresseres tidlig i forløpet, gjerne i løpet av de første timene. For mange med nevroutviklingsforstyrrelse kan dette være et sårbart tema. Mange kan også være vant til at hjelpepersoner er inne i mange år av gangen. En mulighet er å konkret skissere et antall timer innledningsvis, og si at man så kan vurdere å sette opp flere timer dersom det er behov for det.
- Ved siden av tradisjonell samtaleterapi trenger mange også hjelp til å mestre arbeid, skaffe bolig/boevne og fritidsaktiviteter (Se kapittelet «[Hjelpetiltak og instanser](#)»).
- Overgang til behandling i førstelinjetjenesten bør planlegges i god tid i forveien, og man bør ha mulighet for oppfølging av eventuelt ny behandlingskontakt i kommunen eller bydelen før avslutning.

### **Erfaring: Om hva som kan være til hjelp**

*«Lavterskel støttesamtaler med psykolog eller andre fagpersoner. Langvarig oppfølging, men ikke nødvendigvis like tett hele tiden. Autisme er en livslang diagnose, men hvordan den arter seg vil variere i løpet av livet. Det kan variere hvor mye man trenger hjelp og oppfølging. I perioder kan autismen være mindre framtrødende, men overganger og endringer i livet (for eksempel flytting, dødsfall eller samlivsbrudd) kan gjøre den mer tydelig igjen.*

*Jobbe med å finne verktøy for å håndtere vanskelige situasjoner, for eksempel forebygge stress og overbelastning. Mange på autismespekteret har gode intellektuelle evner og kan bruke disse for å kompensere for manglende sosiale ferdigheter.*

*Kartlegging av sensoriske og eksekutive vansker, og metoder for å håndtere dette. Finnes det hjelpemidler? Hvordan håndtere livet når man blir overmannet av inntrykk og synes omgivelsene blir kaotiske? Hvordan planlegge og gjennomføre gjøremål og aktiviteter?*

Vær varsom med bruk av gruppeterapi, i alle fall for dem som er i en sårbar situasjon. Det er krevende nok å skulle snakke med en fremmed om man ikke også må forholde seg til flere fremmede mennesker og deres problemer. Gruppesamlinger kan kanskje brukes for hverdagsmestring. Samtalegrupper med andre på spekteret kan være nyttig hvis man ikke sliter med alvorlige vansker

*Åpenhet rundt det å ha en diagnose. Når skal man være åpen, og hvor mye skal man fortelle? Fagpersoner kan være til god hjelp her med å finne balansen. Personer på autismespekteret kan like gjerne bli for åpne og private som å være for lukkede.»*

Torhild Jåvold. Brukerrepresentant og styremedlem i Aust-Agder lokallag for Autismedforeningen

### **Medikamentell behandling**

Det er beskrevet i litteratur at personer med ASF er mer sensitive for bivirkninger utløst av psykofarmaka enn andre pasienter. Anbefalinger for psykofarmakologisk behandling i denne pasientgruppen sammenlignes med behandling av barn og eldre, hvor det bør vises ekstra forsiktighet, sakte opptrapping og ha ekstra fokus på evaluering av effekt og bivirkninger. Kombinasjon av mulig endret farmakokinetikk, farmakodynamikk, CYP-mutasjoner, medfødte hjerneorganiske og genetiske avvik, legemiddelinteraksjoner i kombinasjon med vansker å

identifisere følelser og tanker samt vansker med å kommunisere kan gjøre evaluering av effekt og bivirkninger ekstra utfordrende. Om mulig bør man også involvere i tillegg til pasienten, personer som står pasienten nært som pårørende, lærere og boligpersonalet ved evalueringen. Pasienten med ASF kan få alle bivirkninger på lik linje med resten av befolkningen, det vises til generelle lærebøker om psykofarmaka. Det gjennomgås her litteratur som har fokus spesielt på ASF, psykofarmaka og bivirkninger. Dette avsnittet er skrevet med støtte i bl.a. Matson og Sturmey (2022, s. 1099-1283), Lord et al. (2022), NICE (2021), Barlindhaug (2022), BMJ Best Practice (2023) og Augustyn, M. og Weissman, L. (2021).

Noen av de vanligste psykofarmaka-bivirkninger beskrevet hos personer med ASF er:

- Ekstrapyramidale bivirkninger. Det er nå oversatt til norsk et utredningsverktøy for kartlegging av ekstrapyramidale bivirkninger; [diepss-scale-norwegian](#), med manual. Her får man ved behov kartlagt og evaluert grundig EPS bivirkninger. Medikamentene som har vist seg å gi høyest risiko for disse bivirkningene er Haloperidol og Lurasidone.
- Nyoppståtte krampeanfallet eller forverring av epilepsi: Antipsykotika har krampeterskel-senkende effekt. Det medikamentet som senker krampeterskelen mest er Clozapine, mens Risperidon og Aripiprazol har vist å påvirke krampeterskelen minst.
- Hyperaktivitet, uro og aggresjon kan skyldes:
  - Paradoksal effekt av noen medisiner (benzodiazepiner).
  - Økt sensitivitet/sårbarhet for aktivering av latent affektiv/bipolar lidelse (SSRI).
  - Akatisi (antipsykotika).
- Vektendringer:
  - Vektnedgang (sentralstimulerende).
  - Vektoppgang og utvikling av metabolsk syndrom og diabetes. Psykofarmaka som fører til mest vektoppgang er Clozapine, Olanzapine.
- Antikolinerge bivirkninger som agitasjon, restless legs, dysartri, forvirring, obstipasjon, urinretensjon, munntørrhet, kvalme, oppkast, diare, feber, uklare syn, hjertebank.
- Obstipasjon kan være meget plagsomt og gi følgesymptomer som hodepine, abdominale kramper og smerte. Kan presentere seg som forverring av psykisk helse og atferd, som for eksempel nedstemthet, initiativløshet, søvnevansker, redusert matlyst, agitasjon og aggresjon.
- Polyuri og polydipsi, kan skyldes tørr munn. Også vanlig ved Lithium-behandling.
- Søvnendringer: innsøvningsvansker, redusert søvnlengde, eller sedasjon på morgen og utover dagen.
- Seksuell dysfunksjon, menstruasjonsforstyrrelser.
- Prolaktin økning. Psykofarmaka som gir høyest økning er Clozapine, Amisopride.
- BT endringer. Økt QT tid som blant annet Clozapine, Amisopride.

[UKU Bivirkningsskala, Selvutfyllingsversjon](#) er en tilrettelagt versjon for pasientene for kartlegging av bivirkninger, med egne tilrettelagte spørsmål om bivirkninger. Den kan brukes som selvutfylling eller av behandler som intervju av pasienten selv eller pårørende/boligpersonalet. Bivirkninger er delt opp i 10 spørsmål om «psykiske bivirkninger», 9 om nevrologiske, 11 om autonome og 16 om «andre bivirkninger». Graderes etter alvorlighetsgrad.

Gjennomgang av psykofarmaka og bivirkninger som det er mest forsket på i gruppen personer med ASF<sup>1</sup>:

- Risperidon: Psykose behandling, affektive psykoser og tvangslidelse. Kan forsøkes ved utfordrende atferd der andre tiltak ikke har hatt effekt. Har best dokumentert effekt ved irritabilitet, selvskadende atferd, sinneutbrudd og aggresjon. Effekt på sosial interaksjon og kommunikasjon er dårlig dokumentert. Vanlige bivirkninger er vektøkning, sedasjon, prolaktin økning.
- Aripiprazol: Psykose behandling, affektive psykoser og tvangslidelse. Kan forsøkes ved utfordrende atferd der andre tiltak ikke har hatt effekt. Sannsynligvis effekt på irritabilitet, hyperaktivitet og stereotypier hos barn, unge og voksne med ASF. Vanlige bivirkninger er vektøkning, sedasjon, søvnighet, oppkast, tremor. Hos noen pasienter har den hovedsakelig sederende effekt og bør tas på kvelden, mens hos andre mer oppkvikkende effekt og bør tas på morgen.
- Buspiron hadde i en RCT-studie effekt mot repetitiv og restriktiv atferd, men ingen effekt på Autism Diagnostic Observation Schedule (ADOS) totalskår.
- Metylfenidat: Behandlingseffekt kan være mindre og risiko for bivirkninger større ved behandling av pasienter med ADHD og samtidig ASF enn hos pasienter med kun ADHD. Bivirkninger kan være redusert matlyst, søvnvansker, magesmerter, vektnedgang, nedstemhet, tilbaketrekking, irritabilitet og endret personlighet. I barnestudier er det vist at Metylfenidat er mindre effektivt (ca. 30%) hos pasienter med kombinasjon ASF og ADHD enn hos barn uten ASF (ca. 70-80).
- Atomoxetin: Anbefalt i flere internasjonale retningslinjer som andrevalg for barn med komorbiditet ASD og ADHD. Bivirkninger er kvalme, trøtthet og søvnvansker.
- SSRI: Økt risiko for endret atferd som er karakterisert med symptomer som økt aktivitet, hevet stemningsleie, økt impulsivitet, søvnvansker, og mulig redusert matlyst. Lite evidens for effekt på repetitiv atferd. Moderat effekt på ASF og angst som ofte er assosiert med sensorisk overload, frykt for endringer, økt stressnivå og ASF og tvangslidelse.
- Benzodiazepiner brukes i kortere perioder (kortere enn 2-4 uker) for angst når andre psykofarmaka ikke gir tilstrekkelig effekt. Det kan oppstå paradoksale bivirkninger hos personer med ASF med økt agitasjon, så vær obs ved oppstart. Som for alle pasienter anbefales ikke langvarig behandling med benzodiazepiner og andre relaterte GABA-antagonister p.g.a. risiko for toleranse og kjente bivirkninger.
- Alpha-adrenerge agonister som Clonidine and Guanfacine er også anbefalt som andre valg for barn med ASF og ADHD. Det er ingen data som støtter å kombinere ADHD medisinering. Bivirkninger av Clonidine er sedasjon, svimmelhet, trøtthet, redusert aktivitet.

---

<sup>1</sup> NB: Manglende RCT-studier gjennomført for voksne, hovedsakelig forskning for barn med ASF.

## Diagnosespesifikke råd om utredning og behandling

### Depresjon

Helverschou (2022) indikerer at ut fra forskning kan det se ut til at unge voksne med ASF kan ha opptil fire ganger større risiko for å oppleve depresjon sammenliknet med unge i den generelle befolkningen. Depresjon er en av de symptomlidelsene som har spesielt stor overlap med symptomene på ASF i seg selv, og sammen med de kommunikative vanskene gjøre det differensialdiagnostiseringen vanskelig. Igjen blir det viktig med opplysninger om tidligere funksjonsnivå, og hva som har endret seg. Helverschou skriver om at det er lite forskning på tema behandling av depresjon for spesifikt denne gruppa: «*Evidensgrunnlaget for diagnostisering og behandling av depresjon hos mennesker med ASF er imidlertid svakt. Det er ikke tilstrekkelig forskning på noen av disse områdene til at man kan utarbeide retningslinjer som er fundamentert i god vitenskapelig forskning*» (Helverschou, 2022).

### Utredning

Helverschou skriver også at noe av det første man ser ved depresjon hos denne gruppa er forverring av autismesyntomer som tvangsmessig og rigid adferd. Videre trekkes det fram noen spesifikke depresjonstegn hos personer med ASF; dette involverer endret forhold til særinteresser; da f.eks. redusert glede av de, økt intensitet i de, eller endring til mørkt/morbid innhold i de. Videre økt repetitiv adferd, økt angst og behov for forutsigbarhet og at ting blir gjort likt, økt aggresjon eller irritabilitet, regressiv adferd og redusert evne til egenomsorg. For øvrig er depresjonssymptomene til gruppa de samme som for andre, men kan være litt vanskeligere/annerledes å kartlegge.

*Symptomer og kjennetegn spesifikke for depresjon og ASF, samt hvilke som kan være tilstede ved begge lidelser.*

Depresjon	Felles-overlappende	ASF
Nedsatt stemningsleie (i forhold til habituelte)	Nedsatt mimikk	Konkret tenkning
Mindre glede av aktiviteter	Sosial tilbaketrekning	Oppmerksomhet på detaljer
Nedsatt matlyst	Avvikende blikk-kontakt	Særinteresser
Dårligere søvn	Sosiale vansker	Mer stabile atferdstrekk
Emosjonell avflating	Redusert gjensidighet i kommunikasjon	
Episodisk	Tvangssymptomer	
	Rigiditet	

### Behandling

Det er lite spesifikk forskning på hvilken depresjonsbehandling som eventuelt har bedre effekt enn andre tilnærminger for personer med ASF. Om tilpasning av metoder kan igjen nevnes å bruke visuelle hjelpemidler. Videre kan nevnes at ved bruk av SSRI kan det være lurt med særlig oppmerksomhet på økt irritabilitet og aggresjon som mulig bivirkning, særlig i forhold til barn og unge (Helverschou, 2022).

### Angst

Pasienter med ASF har varierende grader av kognitive og sosial-kommunikative vansker, og det er en svikt i disse systemene som synes å trigge eller bidra til utviklingen av sosiale angstsymptomer i alle aldersstadier. Bellini (2006) foreslår at temperament er knyttet til utviklingen av sosial angst hos personer med ASF. Dette da høy grad av fysiologisk årvåkenhet bidrar til at personer med ASF er svært fysiologisk aktivert i sosiale situasjoner.

## Utredning

Det er viktig å skille angst fra ubehag og unngåelse som en normalt vil forvente ved ASF.

*Symptomer og kjennetegn spesifikke for sosial angst og ASF, samt hvilke som kan være tilstede ved begge lidelser.*

Sosial angst	Felles – overlappende	ASF
Unngåelse grunnet: Frykt for negativ evaluering Frykt for kritiske blikk Frykt for hva andre tenker om en Høy grad av fysiologisk aktivering	Unngåelsesatferd Emosjonell aktivering	Unngåelse og ubehag grunnet: Sensorisk overbelastning Opplevelse av manglende kontroll og mestringsmulighet

Det vil altså være nødvendig med undersøkelse av bakenforliggende årsak. Mennesker med ASF vil ofte ha en annerledes angstprofil, med dårligere innsikt (høyere forekomst av aleksitymi, redusert evne til innsikt). Ved utredning benyttes de vanlige utredningsverktøyene for angst, for eksempel BAI og MINI. Behandler bør i utredning av denne pasientgruppen regne med utvidet behov for konkretisering og kontekstualisering. En bør også være klar over at ved utfylling av selvrapportskjemaer må dette suppleres med klinisk inntrykk, hvor en tar høyde for hvor mye som kan forklares av grunnlidelse. Generelt synes forekomst av angst og angstsymptomer å være høy hos mennesker med ASF (Helveschou, 2022b).

Det er også svært krevende å skille symptomene fra hverandre, for eksempel vil personer med ASF kunne reagere negativt på høye lyder og uforutsette hendelser (Helveschou, 2022b). Er det da ubehag på grunn av ASF, eller er det en angstreaksjon på hendelsene, en reaksjon som personer med ASF vil ha større sannsynlighet for å få? Tilsvarende vil en ofte se at personer med ASF profiterer mye på økt forutsigbarhet, og at dette demper symptomtrykket. Dette (økt forutsigbarhet) vil være samme intervensjon som en kan bruke ved angst. En kan forstå at spørsmålet om hvorvidt ASF er en angstlidelse har vært stilt. Det anbefales likevel å forsøke skille ut angstproblematikk som «fortjener» en egen diagnose, også ved ASF, for å sikre at personen får behandling for dette.

## Behandling

Behandling består gjerne av en kombinasjon av tiltak:

- Sosial ferdighetstrening
- Psykoedukativ behandling
- Stressreduserende tiltak
- Gruppebehandling

Dette er behandling som er basert på samme prinsipper som hos nevrotypiske, men hvor behandler må skille mellom hvilke symptomer en kan forvente ut ifra grunnlidelse og hva som kan tilskrives sosial angst. Behandlingsplanen vil dra nytte av å være konkret, med en noe mer pragmatisk tilnærming, til kontrast fra den typiske sokratiske tilnærmelsen (Dubin & Gaus, 2009).

Eksempelvis dersom pasienten er engstelig for å ha sagt noe feil kan det være nyttig å trene på å uttrykke denne bekymringen i situasjonen, gjennom å si «jeg blir litt usikker nå, er det slik at jeg har fornærmet deg?». Det vil i mange tilfeller være nødvendig å involvere pårørende, som støtte utenfor terapien.

I Arbeidsbok for personer med Asperger syndrom utarbeidet av Diakonhjemmet gis følgende råd for angstbehandling;

- Sortering og prioritering.
- Tilgang på støtteperson/mentor.
- Planlegging.
- Tilrettelegging.
- Trening av oppmerksomhet.
- Handlingsregler.

## Psykose

Pasienter med ASF har økt sårbarhet for å utvikle psykotiske symptomer, inkludert psykotisk episode. Ifølge Helverschou (2022) fant en oppsummeringsartikkel i 2018 (Marin et al., 2018) at det var en forekomst på omtrent 6 % for diagnostisk samtidighet av ASF og psykose. En annen studie (Hilker et al., 2017) har funnet at forekomst for psykose hos den generelle befolkningen er på omtrent 1 %. Altså indikerer disse studiene, når man sammenlikner tallene, at forekomsten av psykose er forhøyet blant de med ASF.

Når det gjelder schizofreni er det både en del overlappende symptombilde og genetisk overlapp mellom dette og ASF. Det kan synes som at overlappen gjelder schizofreni og nevroutviklingsforstyrrelser generelt (Helverschou, 2022). Også i nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser er det spesifisert at flere nyere studier har funnet delte biologiske funn mellom psykose og ASF, og at mange mener at en bør revurdere muligheten for at lidelsene er mer relaterte enn det de oftest blir betraktet som i dag (Helsedirektoratet, 2013).

Historisk sett er det ikke så lenge siden det ble rom for å sette både en schizofreni-diagnose og ASF, nærmere bestemt ble det åpnet for dette i ICD-10, som kom i 1992. Behandlingsmessig innebærer de to lidelsene en nokså forskjellig tilnærming. ASF er en lidelse der behandlingen vektlegger varig tilrettelegging (dog i svært forskjellig grad), mens i psykosebehandling anbefales ofte en kombinasjon av psykososial behandling og legemidler, og behandlingen vil være viktigst i perioder i livet med psykotisk episode eller i perioder med ekstra høy risiko for å utvikle dette.

## Utredning

I utredning av tentativ samtidig ASF og psykose er det viktig å huske på, eller være klar over, at personer med ASF oftere enn andre har en egen indre logikk som, i møte med stressfaktorer eller negative livshendelser kan komme til uttrykk på en måte som lett kan misforstås som et psykotisk symptom. Dette kan for eksempel være måter å forstå verden på (svært konkret) som er avvikende, og i møte med stressfaktorer og økt angst kan pasienten da gi uttrykk for overbevisninger som lett kan vurderes som vrangforestillinger. Det er derfor viktig (om mulig) å sette seg inn i personens egen logikk og indre verden slik den er i habituell tilstand, og ta hensyn til dette når en skal vurdere om personen er inne i en psykotisk episode. Nærpersoner kan være en viktig nøkkel for informasjon her.

*Symptomer og kjennetegn spesifikke for schizofreni og ASF, samt hvilke som kan være tilstede ved begge lidelser.*

Schizofreni	Felles - overlappende	ASF
Vrangforestillinger Emosjonell avflating Tankeforstyrrelser Hallusinasjoner Varierende symptomtrykk	Nedsatt mimikk Sosial tilbaketrekning Avvikende blikkontakt Sosiale vansker Redusert gjensidighet i kommunikasjon	Konkret tekning Oppmerksomhet på detaljer Idiosynkrasi Tvangssymptomer Særinteresser Mannerismer Mer stabile atferdstrekk

Typisk for samtidighet i ASF og psykotisk episode (særlig schizofreni) er at funksjonsfallet som vanligvis assosieres med de psykotiske symptomene/episoden ofte kan bli tydeligere og mer alvorlig. ASF vil jo ofte i seg selv innebære vansker med visse aktiviteter, men ved psykotisk episode i tillegg vil en forvente ytterligere funksjonsfall. Helverschou (2022) skriver at dette gjelder spesielt søvnløshet, vekttap, sterk generell uro, irritabilitet/aggresjon og selvskade.

Som tidligere nevnt har pas. med ASF større sårbarhet for å utvikle psykotiske episoder også, (ikke bare schizofreni). Dette bør en være ekstra observant på ved diagnostisering av psykosen; har pasienten i tillegg nok (og kjennetegnende, samt alvorlige) symptomer og funksjonsfall til at schizofreni er best beskrivende diagnose, eller er det snakk om enkeltstående psykotiske episoder hos en pasient som mellom disse «bare» har ASF?

### Behandling

Erfaringsmessig stiller kombinasjonen ASF og psykotisk episode større krav til fleksibilitet hos behandler og systemet enn hver enkelt av de alene. Dette gjelder for eksempel tilpasning av samtalebehandling til hver enkelt pasient. Personer med ASF kan trenge lenger tid på eksempel døgnpost før effekten av behandlingen kommer, og det samme med poliklinisk behandling. Dette da endringer i seg selv er krevende og det å tilpasse seg ukjente rammer krever mer enn for andre pasienter, og at en først kan få god utbytte av behandlingsintervensjonene når denne tilpasningen har skjedd.

Helverschou anbefaler bruk av visuelle hjelpemidler i behandlingen av gruppen. De skriver at «personer med ASF er vanligvis sterkere visuelt enn auditivt, og det å konkretisere ved hjelp av bilder, selvhjelpskort, bøker for ungdom/barn om kroppen og samfunnet, og bruk av internett sammen med pasienten er noen muligheter». Deres erfaring sammenfaller altså med NICE guidelines for gruppen med samtidig ASF og komorbid psykisk lidelse.

Helverschou (2022) skriver at tidligere antakelser om at personer med ASF ikke profitterer på behandling i døgnenhet har vist seg å være ubegrunnet, i alle fall for de fleste, under forutsetning av at de får behandling på en enhet med autisemekompetanse og ferdigheter til å tilpasse behandlingen. Dette har blitt bekreftet av funn fra forskning gjort av Bakken & Høidal (2014).

## Bipolar affektiv lidelse

### Utredning

Bipolar lidelse kjennetegnes av depressive og maniske episoder. I forhold til de depressive episodene gjelder det som er skrevet i kapitlet om depresjon. I tillegg kan nevnes at ved hypomane eller maniske episoder kan særinteresser gjøre seg ekstra betegnende – da det i slike perioder ofte vil være slik at personene dyrker disse interessene i enda større grad enn før, og at det for eksempel går utover døgnrytme og søvn i mye større grad enn i habituell tilstand.

### Behandling

Ved bipolar lidelse, både ved komorbiditet og ikke, anbefales medikamentell behandling i tillegg til psykosial behandling. En kan anbefale å være ekstra tålmodig med medikamentutprøving da gruppen ofte reagerer (negativt) på endring i seg selv. Psykofarmaka – her stemningsstabiliserende kan gi pasienten en følelse av å være endret, og dette i seg selv må kanskje gå seg til før man får evaluert selve effekten på symptomtilstanden. Vår erfaring er for øvrig at tradisjonell psykososial behandling ved bipolar lidelse, for forebygging av nye episoder, for eksempel gjennom å følge kriseplan samt å prioritere fast døgnrytme, kan denne pasient gruppen være bedre på å gjennomføre dette enn andre. Kanskje er det fordi mange ofte er flinke til å bruke skjemaer, og liker rutiner og regelmessighet.

## Obsessiv-kompulsiv lidelse

Tvangstanker er gjentatte plagsomme, påtrengende tanker, bilder eller impulser som kan prege store deler av hverdagen. Tvangstankene kan videre føre til repeterende atferd og ritualer. Hos personer med reduserte kognitive evner grunnet redusert mentaliseringsevne, kan det i noen tilfeller hovedsakelig være tvangshandlinger som presenteres, mens tvangstanker er mer ubevisste eller utilgjengelige. Personen kan ha redusert innsikt, og vansker å identifisere tanker og verbalisere dem videre til behandleren. Tvangshandlinger og ritualer blir uimotståelige å gjennomføre. Angsten, ubehaget og uroen øker hvis pasienten prøver å motstå dem. Det hele oppleves gradvis kaotisk, u håndterbart av pasienten og lidelsestrykket øker. Det antas at årsaken til tvangslidelse er genetisk og er en funksjonsforstyrrelse. Eksempler på tvangstanker kan være frykt for smitte, sykdom, seksuelle tanker, religiøse tanker, katastrofetanker om døden, grubling. Tvangshandlinger kan det være vasking av hender, dusjing, overdreven tannpuss, telle, sortere, sjekke, rydde, samle, flytte i bestemt orden/plass, gjentatt spørring, gjentatt bekræftelsesbehov, berøre. Hos personer med lav kognitiv fungering/psykisk utviklingshemming kan symptomer være atypiske og mer sensorisk drevet. Det kan være vansker å komme i gang, være fastlåst i visse bevegelsesmønstre, ikke komme seg videre i handlingen eller ikke klare å avslutte en handling. Pasienten framstår stresset, og lider av sterk ubehag.

I noen tilfeller vil det være en glidende overgang fra stereotyp atferd og idiosynkratiske uttrykk til OCD. Man bør ha en oversikt over personens stereotype atferd, og hva er som er vanlig/habituell atferd og fungering. Videre bør man kartlegge atferd og tanker som er nyoppstått siste tiden, eller som har blitt mer uttalt og forsterket. Selvskading kan også utvikle seg til å være en form for tvangshandling, som hudplukking og trikotillomani.

Stereotyp atferd defineres som stereotype og repeterende bevegelser som vedvarer i fravær av sosiale konsekvenser og som ser ut til å produsere visse typer sensoriske stimuleringer (Lovaas, Newsom, & Hickman, 1987). Stereotypier er ritualiserte bevegelser eller handlinger uten et mål som er helt tydelig for andre rundt personer. Ofte er disse bevegelser ubevisste og har vært til stede siden ung alder. De kan også arte seg som selvstimulering som går på å stimulere sanser på sin egen kropp. Eksempler på selvstimulerende og stereotyp atferd kan være for eksempel være å klappe eller vifte

med hendene, sparke beina eller hode mot møbler eller slå seg på kroppen. Snurre kroppen, hoppe, rugge med kroppen, snurre hender, lage lyder, stirre lenge på lyskilder, vifte osv. Denne atferden kan ha mange funksjoner som å regulere følelser og tanker både positive og negative, fokusere og konsentrere bedre. Regulere styrken av sansene og hindre under- eller overstimulering. Aktivisere seg og underholde seg selv osv. Ved stereotype bevegelser er pasienten avslappet, harmonisk, mens ved tvangshandlinger ser man symptomer på angst, uro, ansenthet, førrøyet puls, irritabilitet og agitasjon.

Kapitlet om OCD er skrevet med støtte i Helverschou (2022b), RHABU & RBUP (2022), Malt, U.F., Andreassen, O.A., Malt, E.A., Melle, I. & Årslund, D. (2018) samt Dalhaug et al. (2023).

### Utredning

Ved utredning benyttes de vanlige utredningsverktøyene for OCD, for eksempel MINI og Y-BOCS.

Sjekkliste Psychopathology in Autism Checklist (PAC) er utviklet i Norge spesielt for ungdom og voksne med ASF og utviklingshemming. PAC inkluderer 42 spørsmålsledd fordelt på fem delskalaer: psykose, depresjon, tvangslidelse (OCD), angst og generelle tilpasningsvansker. Pasienten må skåre over cut-off på generelle vansker samt delskalaer for at det skal være mistanke om psykisk lidelse. Ved mistanke om psykisk lidelse bør man gå videre med utredning.

Diagnostisering baseres på at klinikeren har god kunnskap til ASF og psykiske lidelser, samt øvrige mulige komorbide tilstander (for eksempel psykisk utviklingshemming, andre nevropsykiatriske tilstander). Videre må behandleren ha gjennomført intervjuer med pasienten, nærpersioner og observert pasienten gjennom en multimodal tilnærming. Man må kartlegge omfang av tidsbruk per dag, graden av funksjonsfall og i hvor stor grad det påvirker alle livsområder. Nyoppståtte symptomer som angst, uro, atferdsendring, søvnvansker, dårligere kontaktevne og konsentrasjon, økt rigiditet, økt aggresjon og sinne. Ved forsøk på å hindre eller avbryte handlinger kan pasienten reagere med sinne, irritabilitet, aggresjon og i verste fall fysisk utagering. Endelig diagnose stilles på bakgrunn av helhetlig bilde og det totale lidelsestrykket.

### *Differensialdiagnostikk eller komorbiditet*

Depresjon kan forekomme samtidig med tvangslidelse (pasienten utvikler etter hvert redusert stemningsleie, søvnvansker, redusert matlyst, mister interesser for andre aktiviteter). Tilsvarende gjelder for angstsymptomer med fysiologisk aktivering. Når det gjelder psykotiske symptomer kan tvangstanker også grense opp mot vrangforestillinger (pasientens egne tanker versus høre stemmer/realitetsbrist). Hos noen pasienter er det utfordrende å skille mellom om tanker er en del av en psykotisk lidelse, eller om tankene er komorbide med langvarig og alvorlig OCD. Tourettes syndrom, ADHD og tvangspreget personlighetsforstyrrelse forekommer ofte sammen med OCD som komorbid lidelse. Nyoppstått psykisk lidelse, for eksempel psykoselidelse, kan føre til økning av både autistiske symptomer og tvang, og kan dermed forbli både udiagnostisert og ubehandlet.

### Behandling

Miljøterapi er anbefalt hvis boligpersonalet eller andre nærpersioner er tilgjengelige for å gjennomføre slik behandling. Sentralt her er individuelt tilrettelagte tilbud som kan innebære kommunikasjonstilrettelegging, sikre struktur og forutsigbarhet i hverdagen, avklare og forebygge misforståelser samt eliminere eller redusere stressfaktorer. Miljøterapeuten bør også være tilgjengelig for å snakke med pasienten om følelser og tanker når det er behov for dette, samt tilby annen type aktivitet ved behov. Det er viktig med støttende tilnærming preget av lavaffektiv samhandling.

Det er videre anbefalt med samtaleterapi i form av psykoedukasjon, atferdsterapi og «eksponering og responsprevensjon». Disse behandlingsformene er i forhold til denne pasientgruppen ofte mer utfordrende å gjennomføre, og krever mer forberedelser, enn hos personer uten ASF. Behandlingen må tilpasses personens grad av kognitive evner, ekspressive og impulsive vansker, stresstoleranse, mentaliseringsevne, livssituasjon og ikke minst pasientens motivasjon. Tilsvarende forhold bør også vurderes når man skal gjøre valg av behandlingstilnærming, for eksempel i forhold til i hvilken grad pasienten vil profitere på samtaleterapi og hvilke tilpasninger som i så fall må gjøres ved denne.

Medisinering er aktuelt hvis man ikke kommer i mål med samtaleterapi og eventuelle miljøterapeutiske tiltak, eller i tillegg til disse. Første valg er selektive serotoninreopptakshemmere SSRI (forstyrrelser i serotonin funksjonen). Antipsykotika ser ut til å ha en viss effekt på stereotypisk og tvangsmessig atferd (regulerer dopamin). Mest brukte er Risperidon og Aripiprazol.

*Symptomer og kjennetegn spesifikke for OCD og ASF, samt hvilke som kan være tilstede ved begge lidelser.*

OCD	Felles – overlappende	ASF
<p>Ofte debut i ungdom-voksen alder, men kan starte i barndom.</p> <p>Påtrengende tanker og atferd som må utføres for å unngå angst og stress.</p> <p>Forbundet med indre uro og angstlignende symptomer.</p> <p>Lite initiativ for andre lystbetonte aktiviteter som personen ellers er interessert i.</p> <p>Forsøk på å avbryte fører til angst, uro, sinne, agitasjon, og hos noen utagering og selvskading.</p> <p>Ses et funksjonsfall sammenlignet med habituell fungering.</p>	<p>Repeterende atferd</p> <p>Kan utkonkurrere andre aktiviteter, og oppta store deler av dagen.</p>	<p>Til stede siden barne-ungdomsalder.</p> <p>Kan ha stereotype og repeterende bevegelse som for omgivelsene fremstår å være formålsløst.</p> <p>Opplevs som «riktig» av pasienten.</p> <p>Ubevisst funksjon:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- regulere følelser og tanker, både positive og negative.</li> <li>- fokusere og konsentrere seg bedre.</li> <li>- regulere styrken av sansene og hindre under- eller overstimulering.</li> <li>- aktivisere seg og underholde seg selv.</li> </ul> <p>Konkurrerer ikke med andre aktiviteter.</p> <p>Avbrytes lett og pasienten går over til vanlige aktiviteter.</p> <p>Ingen funksjonsfall.</p> <p>Pasienten er avslappet, harmonisk.</p>

*OCD-teamet ved Nedre Romerike DPS*

OCD-teamet ved Ahus kan kontaktes ved mistanke om OCD. Det tilbys primært komprimert, intensiv 4-dagers behandling i tråd med Bergensmodellen (individuell behandling i gruppeformat) basert på ERP (Eksponering med responsprevensjon). Det gjøres individuelle tilpasninger hvis det er nødvendig og hensiktsmessig, der pasienten har en (klar) OCD etter endt utredning.

Det kan være vanskelig å skille mellom tvangspreget adferd og rigiditet ved ASF og tvangshandlinger - slik det kommer til uttrykk ved OCD. Dette gjør at man kan overse en reell OCD, men også at man kan feiltolke (og feil-diagnostisere) adferd som tvangshandlinger. Økt tvangspreget, ritualisert adferd kan være et uttrykk for belastninger og stress, og kan mistolkes som tvangshandlinger.

Sentralt her er at når det er snakk om tvangshandlinger, vil de oppleves som påtvungne, og det vil som regel gi angst når man bryter med disse. Tvangspreget adferd derimot vil ikke på samme måte oppleves som noe man gjør for å unngå angst, men snarere noe man selv ønsker å gjøre eller bare gjør. Man kan da bli irritert og frustrert hvis man ikke får utført adferden, snarere enn å kjenne på angst. Noen ganger kan fokus i behandling være på å innføre nye regler (regelstyring).

For at man skal gå i gang med ERP er det sentralt at adferden er ego-dyston, altså noe pasienten selv tenker er ufornuftig å gjøre, og noe man også selv ønsker å slutte med.

## Posttraumatisk stresslidelse

### Utredning

Det foreligger ingen klare retningslinjer for utredning av traumelidelse hos pasienter med ASF. I ICD-10 defineres traume som *"...en belastende livshendelse eller situasjon (av enten kort eller lang varighet) av usedvanlig truende eller katastrofal art, som sannsynligvis vil fremkalle sterkt ubehag hos de fleste (...)"* (WHO, 2011, s. 347). Hva som oppleves som traumatisk vil kunne variere fra mer nevrotypiske, da pasienter med ASF er mer sårbar for sensorisk oversensitivitet, ofte kombinert med redusert forståelse av ytre miljø som igjen vil kunne gjøre omverdenene til noe som lettere virker skremmende og truende. (Kildahl et al., 2020). Pasienter med ASF har også en mer begrenset evne til introspeksjon, og større utfordringer med å rapportere om egne vansker (RKT, 2019).

I hvor stor grad et traume påvirker individet avhenger av flere faktorer slik som eksempelvis sårbarhet hos individet.

- Alvorligheten av traumet eller hvorvidt det er et objektive traume er ikke ledende for diagnostisering, heller subjektiv opplevelse, symptomer og funksjonsfall. En ser at det foreligger mulig større variasjon i symptomuttrykk fra dag-til-dag hos individer med komorbid ASF og PTSD.
- Alle personer med ASF tilfredsstiller ikke nødvendigvis kriteriene for PTSD, men kan profitere på behandling.
- Differensialdiagnostisk må det vurderes opp mot ruslidelse, spiseforstyrrelser, personlighetsforstyrrelser, psykoselidelse, andre angst- og affektive lidelse, samt dissosiative og somatoforme lidelser.

I utredning av traumer er selvrapporing mye anvendt. For pasienter med ASF foreligger det større utfordringer med selvrapporing enn det en ser i normalbefolkningen, allikevel kan det virke å være dette som er det beste verktøyet i utredning (Kildahl et al., 2017). Her kan det også være vanskelig å få tak på problematikken grunnet unngåelse i verbaliseringen heller enn manglende verbale evner.

Symptomer på traume i denne pasientgruppen er ikke alltid synlige utad og kan ofte forveksles med for eksempel symptomer på engstelse og depresjon (Brenner et al., 2018).

Som behandler i en slik utredning må en ha enda tydeligere fokus på at man må spørre direkte om erfaringer slik som vold, overgrep og mishandling, samtidig som man må spørre spørsmål omkring traumet.

Her kan traumekartleggingsskjema anvendes som en mal/guide, eksempelvis:

- CTQ, TRAPS-II, PTSD-del i MINI kan være nyttig.
- DM-ID (Diagnostic Manual – Intellectual Disability) anbefaler å først identifisere traumatiske hendelser for så å vurdere hvordan disse hendelsene påvirker pasienten. Dette kan være et nyttig utgangspunkt også for pasienter med ASF.

- PAC (Psychopathology in Autism Checklist) er utviklet i Norge i 2009 og inkluderer 42 spørsmålsledd fordelt på fem delskalaer: psykose, depresjon, tvangslidelse (OCD), angst og generelle tilpasningsvansker.
  - PAC ble utviklet basert på en forståelse av at det er nødvendig å kunne skille mellom tegn på ASF og tegn på psykisk lidelse (Stiftelsen SOR, 2022). Selv om en anvender spørreskjema er det klinikers vurdering som vil være ledende for diagnostisering. Her må klinisk skjønn og en helhetlig forståelse av pasienten være retningsgivende for konklusjonen.

Traumene kan komme til uttrykk gjennom atferd hvor en ikke finner en tydelig trigger, og det kan sånn sett være nødvendig med observasjon av pasienten over tid (Kildahl et al., 2020). I en klinisk hverdag vil det for behandler kunne være nyttig å benytte seg av komparenter for å supplere ens kliniske inntrykk der dette er mulig. I tillegg til komparent kan også pasientens historikk innen helsevesenet supplere en utredning, dog må dette vurderes med forsiktighet. Ved bruk av komparent og historikk kan det være lettere å få et mer helhetlig bilde av pasienten slik at funksjonsfall, symptomtrykk og eventuelle endringer rapporteres av de som kjenner pasienten best. Dersom pasienten har erfart traumatiske hendelser i tidlig barndom (spesifikke eller vedvarende) kan også kartlegging av utviklingshistorie være aktuelt, dersom dette ikke foreligger fra tidligere.

*Symptomer og kjennetegn spesifikke for traumelidelser og ASF, samt hvilke som kan være tilstede ved begge lidelser.*

Traumelidelser	Felles – overlappende	ASF
Gjenopplevelse	Sosial tilbaketrekning og redusert hjelpesøking Maladaptive mestringsstrategier Unngåelse og isolering Emosjonelle utbrudd, sinne og aggresjon Repetitiv atferd og kognitiv rigiditet Økt ruminering Sensorisk hypersensitivitet og hyperarousal Vansker med delt oppmerksomhet	Begrenset evne til introspeksjon Selvrapporteringsvansker Grunnleggende sårbarhet for sensorisk oversensitivisering Begrenset forståelse av ytre miljø Større grad av variasjon i symptomtrykk fra dag-til-dag

## Behandling

Det foreligger heller ingen klare retningslinjer for behandling av traumelidelse hos pasienter med ASF. NKVTS har utarbeidet en oversikt over sentrale elementer i et behandlingsløp for PTSD hos voksne, [Oversikt over sentrale elementer i et behandlingsforløp for PTSD \(nkvts.no\)](#), (NKVTS, 2020).

Behandling og tilrettelegging av grunnlidelsen vil være nødvendig for behandling av tilleggsvanskene. Eksempelvis dempe stress/belastning og sikre tilrettelegging i hverdagen. Stabilisering kan være det mest hensiktsmessige tiltaket da behandling ikke alltid vil være en egnet eller tilgjengelig mulighet. Dette f.eks. under livskriser eller ved store overganger i livet. Hvorvidt pasienten skal behandles i spesialisthelsetjeneste eller kommunal psykisk helsetjeneste må vurderes ut fra alvorlighet, alder, funksjonsnivå og livssituasjon. Gruppen er heterogen og dette kan ikke vurderes på gruppenivå. Det foreligger noen kontraindikasjoner for behandling, slik som at hvis pasienten bor i et traumatisk miljø må det prioriteres å stabilisere miljøet pasienten bor i fremfor annen behandling i første omgang. Også pågående rusmisbruk vil kunne gjøre behandling utfordrende (NKVTS, 2020).

For traumelidelser hos voksne generelt er det vist god støtte for individuell CT-PTSD og EMDR, der disse behandlingsformene har vist å kunne redusere kliniske symptomer på PTSD (Bisson et al., 2013). EMDR-terapi ligger på mellom 8-12 sesjoner og stiller mindre språklige krav, og kan på så måte tenke seg å egnes godt også for personer med ASF (Evensen, 2016). CT-PTSD kan også være en nyttig terapiform, dog med tilpasninger til pasientens adaptive evner og kjernesymptomene i ASF. Herunder kan en kapitalisere på særinteresser, jobbe med rutinefokus, visualisere eller dra nytte av visuelle hjelpemidler, avslapningsøvelser tilpasset pasientens sensoriske sensitivitet (Peterson et al., 2019).

Det vil som ved annen behandling være nyttig med en god allianse mellom pasienten og behandler, psykoedukasjon med fokus på rasjonale, samtidig som det må foreligge motivasjon for behandling. Det kan være nyttig å involvere pårørende dersom dette er aktuelt. Pasienter med ASF kan ha større utfordringer med reguleringsevne, og denne bør kartlegges – i hvilken grad tåler pasienten egen affekt? Klarer pasienten å ta vare på primære behov? Regulerende stabiliseringsstrategier kan være nyttig.

Tilbud som en kan orientere pårørende og pasienten om er blant annet:

- [Landsforeningen for PTSD i Norge](#)
- [Landsforeningen mot seksuelle overgrep](#)

I sum er ASF en spekterlidelse, der det er variasjoner i funksjon og utbytte av behandling. Dog med tilpasninger til den enkelte vil en kunne anvende elementer fra «ordinær» traumebehandling.

Nyttige ressurser:

- [traumebehandling.no](#)
- [rvts.no](#)
- [nkvts.no](#)
- Modum bads behandlingsmanual «Tilbake til nåtid», eller ved dissosiasjon heftet «Fotfeste i nåtid» av Ellen Jepsen v/Modum Bad.

## Personlighetsforstyrrelse

### Utredning

Det foreligger et betydelig overlapp i symptomer mellom ASF og visse personlighetsforstyrrelser. Lugnegård et al. (2012) fant også at det var en kjønnsforskjell, med flere menn med Asperger syndrom som møtte kriteriene for en personlighetsforstyrrelse sammenlignet med kvinner. I klinikk ser en stadig at kvinner ofte får en PF-diagnose der det faktisk burde vært diagnostisert ASF. Overlappet i symptomer ser en gjerne for de personlighetsforstyrrelser som innunder DSM-5 tilhører klynge A (de underlige og eksentriske) og klynge C (engstelige og frykttulle). Det er også en betydelig andel av personer med borderline personlighetsforstyrrelse som tilfredsstillt kriteriene for ASF (Rydén et al., 2008). Personlighetsforstyrrelse er også en viktig differensialdiagnose når man setter en ASF-diagnose. I ICD-10 fremkommer tvangspregget personlighetsforstyrrelse som den eneste personlighetsforstyrrelsen som ekskluderer en Asperger syndrom-diagnose (WHO, 2011).

Når pasienter med ASF blir mer og mer bevisst på sine egne begrensinger, øker samtidig risikoen for komorbide tilstander som angst, depresjon og personlighetsforstyrrelse (Vujik & Arntz, 2017). Eksempelvis kan en tenke at en personlighetsforstyrrelse kan utvikles som følge av å ha levd med et usynlig handicap gjennom livet der en har hatt utfordringer særlig i sosialt samspill og i det relasjonelle med jevnaldrende. Pasienter med ASF kan ha unnavikende og avvikende atferd som

forsterkes av erfaringer i barndommen, der de som resultat kan utvikle en engstelig unnvikende personlighetsstruktur utover det en ser ved ASF alene.

Etter vår erfaring kan det være viktig at du som behandler er særlig observant på differensialdiagnostikk hos pasienter med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse der man kommer til kort med behandling rettet mot denne diagnosen. Er det egentlig høy grad av forutsigbarhet pasienten trenger? Er det vanskelig å forstå *kodene* i sosialt samspill, er det det som egentlig ligger til grunn for vanskene i sosiale relasjoner? Springer en eventuell preferanse for noen «utvalgte» behandlere egentlig mest ut fra et behov for forutsigbarhet, kontroll og minst mulig endringer? Kan det være ASF som egentlig er grunnen til lav affektbevissthet og dertil mestingsstrategier som for eksempel selvskadning? Dersom svaret er ja på flere av disse spørsmålene kan det være lurt å gå videre med kartlegging for ASF. Riktig diagnose er avgjørende for riktig behandling og personer med udiagnostisert ASF kan oppnå betydelig bedring i helse og livskvalitet ved å få riktig diagnose og påfølgende psykoedukasjon. Behandling for emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse kan være helt feil for pasienter med ASF og gjøre symptomtrykket høyere. For kartlegging ved mistanke om komorbid PF anbefales utredning med standardiserte verktøy, som SCID-5-PF, IOWA eller SIPP. Videre anbefales utviklingsanamnese med komparent, der en spesifikt tar høyde for, og utforsker, starttidspunkt og grad av vansker hos pasienten.

*Symptomer og kjennetegn spesifikke for personlighetsforstyrrelser og ASF, samt hvilke som kan være tilstede ved begge lidelser.*

Personlighetsforstyrrelser	Felles - overlappende	ASF
Vanskene vil ofte være situasjonsbetinget  Utfordringer i interpersonlige (mellommenneskelige) kontekster	Vansker: - relasjonelt - emosjonelt - med mentalisering - selvregulering - selvbilde - forståelse  Uvanlig språk og væremåte, unnvikende sosial væremåte.	Ved ASF er vanskene iboende i større grad enn tillært  Ofte sensorisk betingede vansker fremfor interpersonlige

Det kan være nyttig med en kartlegging av funksjonsfall, evnenivå og språklige evner. Dog vil det trolige foreligge en diagnostisk tvil selv etter man har utredet grundig. Dersom man vurderer å ikke sette en personlighetsforstyrrelse vil det allikevel være nyttig å beskrive de personlighetstrekkene man ser for å bedre kunne forstå pasienten, samtidig som det er nyttig for kollegaer i psykisk helsevern og samarbeidspartnere (Lugnegård et al., 2012; Horndalsveen, 2022).

### Behandling

Det foreligger ingen konsensus eller anbefaling, og det er per nå lite studier om tema. Det som trolig vil være mest aktuelt er tilpasset samtalerterapi og vurdering av medikamentell behandling. Behandling og tilrettelegging av grunnlidelsen vil være nødvendig for behandling av tilleggsvanskene; eksempelvis dempe stress/belastning og tilrettelegging i hverdagen. Det kan anbefales økt fokus på:

- Grunnleggende levereregler
- Sosial ferdighetstrening
- Atferdsekspirimeter

- Identifisere de situasjoner som blir vanskelige (kasus/narrativ).

Herunder tenkes det nyttig å arbeide konkret med pasientens erfaringer da manglende generalisering kan være utfordrende. Andre mulige begrensninger er for eksempel språk og mulig redusert forståelse for eget indre, emosjonelt liv.

Vujik og Arntz (2017) har studert muligheten for å anvendte skjematerapi på pasienter med ASF og komorbid PF, uten å konkludere med konkrete anbefalinger på dette. DBT – dialektisk atferdsterapi – anvendes ved borderline personlighetsforstyrrelse. Noen ganger er ASF et eksklusjonskriterie for deltagelse i en slik terapigruppe, andre steder gjøres det en mer individuell vurdering. Pasienter med ASF kan tenkes å ha utfordringer med å følge gruppestrukturen og det dette innebærer. Noen har rullerende inntak i slike terapigrupper, dette kan for noen oppleves som ustrukturert og uforutsigbart. Det kan også være utfordringer dersom pasienten med ASF ikke klarer å koble seg på de andre gruppedeltagerne. Her kan det oppleves som invalidiserende dersom man som gruppedeltager deler noe, men en ikke får adekvat respons. Det er også fordeler med gruppe dersom en klarer å forholde seg til gruppestrukturen. Herunder er det noen å kjenne seg igjen i, det er et samhold, sosial trening, samt øve seg på mellommenneskelige ferdigheter og mentalisering. Gruppe vil trolig fungere bedre når det er en ren Asperger-gruppe. Vanskene oppstår når mennesker med ASF må kommunisere med nevrotypiske, dog dersom de kommuniserer med mennesker mer lik seg selv i mentaliseringsevne og empatisk forståelse vil dette trolig fungere bedre.

Oppsummert må behandlingen tilpasses individet, likt som ved andre lidelser.

### Hyperkinetiske forstyrrelser

ASF, ADHD og Tourettes syndrom er alle nevrouviklingsforstyrrelser som medfører økt behov for tilrettelegging. Ettersom graden av symptomoverlapp og komorbiditet er høy, vil enkelte tiltak være hensiktsmessig for alle. Samtidig dreier det seg om ulike tilstander, og innsikt i individuelle utfordringer og behov kan gjøre det lettere med kravtilpasning og tiltaksutforming. Tabellen under gir oversikt over trekk som kan være felles og unike ved de ulike tilstandene.

*Symptomer og kjennetegn spesifikke for ADHD og ASF, samt hvilke som kan være tilstede ved begge lidelser (Antshel og Russo, 2019).*

ADHD	Felles - overlappende	ASF
ADHD kan avta i voksen alder Opplever at tema ikke er interessant, blir da uoppmerksom Strever med inhibisjon og planlegging/problemløsning. Eksekutive vansker mer uttalte enn ved ASF. Eksekutive vansker bedrer seg i mindre grad med økende alder enn ved ASF. Sosiale vansker som følge av impulsivitet og hyperaktivitet. Tiltak: Trene på egenledelse.	Nevrouvikingsforstyrrelse Debut i barndom Høy arvelighet Eksekutive vansker (oppmerksomhetsvansker) KAN streve i vennerelasjoner Sensoriske vansker/økt sårbarhet for å bli sliten	Livslange utfordringer Strever med kognitiv fleksibilitet/vekslende oppmerksomhet. Kjernesymptomer: - Kommunikasjonsvansker - sosiale vansker - særhet/rigiditet. Sosiale vansker resultat av manglende kompetanse. Tiltak: Trene på sosiale ferdigheter som kan fremme samhandling.

## Utredning

HelseDirektoratet har utviklet [Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av ADHD/Hyperkinetisk forstyrrelse](#). Ved utredning av ADHD fokuseres det på symptomer i barndom og nåtid, differensialdiagnostikk og grad av funksjonssvikt. I tråd med Prioriteringsveileder - psykisk helsevern for voksne, skal utredning av ADHD i spesialisthelsetjenesten konsentreres om de som har betydelige funksjonsproblemer på skole, arbeid og i hjemmet.

## Behandling

Når ADHD-diagnosen er satt bør pasienten tilbys psykoedukasjon. Det er nyttig å informere pasienten om ADHD Norge og deres hjemmeside (<https://www.adhdnorge.no>). Vedrørende behandling presiseres i nasjonal veileder det at det skal gjøres individuell vurdering av hvilke tiltak pasienten kan ha mest nytte av, og at hjelpeinstansene bør samarbeide om behandling. Mange vil ha god nytte av oppfølging i kommunal psykisk helsetjeneste. Medikamentell behandling av ADHD igangsettes i spesialisthelsetjenesten, men fastlege kan overta ansvaret etter hvert.

## Tourettes syndrom

I 2021 kom den første norske kunnskapsbaserte retningslinjen for Tourettes syndrom og tics, <https://tourette.metodebok.no/>. Her anbefales det at ticstilstander utredes i spesialisthelsetjenesten. Videre anbefales det at alle med Tourettes syndrom tilbys psykoedukasjon. Dersom det er aktuelt med ticsreduserende behandling, bør dette skje i spesialisthelsetjenesten. Ticskontrollerende trening bør være førstevalget, og det anbefales minst tre måneders behandlingstid før man vurderer effekten av igangsatt behandling. Legemiddelbehandling kan dempe tics noe hos noen, og kan forsøkes når ticskontrollerende trening ikke har hatt tilstrekkelig effekt eller har vært for vanskelig å gjennomføre.

*Symptomer og kjennetegn spesifikke for Tourettes syndrom og ASF, samt hvilke som kan være tilstede ved begge lidelser.*

Tourettes syndrom	Felles - overlappende	ASF
Vanlig med forverring rundt 14-15 år og bedring i voksen alder. Ca 1/3 blir symptomfrie.	Nevroutvikingsforstyrrelse Debut i barndom Arvelighet Økt forekomst av psykiske helseplager Sensoriske vansker/økt sårbarhet for å bli sliten.	Livslang

## Avhengighet

Det foreligger blandede data når det gjelder forekomst av avhengighet. En stor svensk populasjonsbasert kohortstudie antyder at forekomsten er dobbelt så stor blant personer med ASF enn hos de uten, på tvers av alle rusmidler (Butwicka et al., 2017). En annen studie viser at risikoen for rusbruk firedobles ved samtidig ASF og ADHD (Lugo-Marina et al., 2018). Imidlertid konkluderer en amerikansk metaanalyse med at ASF- populasjonen har en signifikant redusert risiko sammenliknet med ADHD- og normalpopulasjonene (Yule et al., 2023). Likevel rapporteres en betydelig økning for problematisk bruk av alkohol og cannabis i ASF- populasjonen. Forfatterne peker på de angstdempende egenskapene til disse rusmidlene som mulige forklaringsmodeller for dette funnet.

Som behandler rådes det til å ta høyde for en sårbarhet for rusmidler med beroligende effekt. Samtidig kan man ikke utelukke en generell økt sårbarhet for problematisk rusbruk hos mennesker med ASF.

### Utredning

Avhengighet er et komplekst fenomen. ICD-10 (F10-19) nevner i sin beskrivelse av Avhengighetssyndrom «*en rekke atferdsmessige, kognitive og fysiologiske fenomener som utvikler seg etter gjentatt stoffmisbruk, hvor bruker har sterkt ønske om å ta stoffet tross dets skadelige konsekvenser*». Kjernen er tap av kontroll, håndtering av vanskelige følelser og ikke årsakene til dem, og for mange kan dette utløse skamfølelse. Man bør derfor undersøke fenomenologien i den enkeltes rusbruk, særlig med tanke på tvangshandlinger, overbevisninger, triggere og historikk.

Generelt gjelder de samme underliggende mekanismene ved avhengighet for personer med ASF som ellers i befolkningen; selvmedisinering mot angst og uro, grubling, håndtering av følelser og så videre (Nasjonal kompetansetjeneste TSB og NevSom, 2018).

En del personer med ASF viser tendens til å like gjentakende og ritualiserte handlinger, slik all rusbruk innebærer. Dette kan medføre en ekstra, særlig sårbarhet for å utvikle et problematisk forhold til rus. Andre hypoteser er at kommunikasjonen oppleves enklere under påvirkning av rus og at det blir enklere å «maskere» ASF. Personer uten ASF vil derimot kunne oppleve at kommunikasjonsvanskene og sosial klønethet forverres når mennesker med ASF ruser seg, og dermed bidrar til økte vansker (Nasjonal kompetansetjeneste TSB og NevSom, 2018).

Diagnostikk for øvrig gjøres etter kriteriene i ICD 10/ICD 11- eventuelt DSM V, men dette er mindre aktuelt i norsk kontekst.

### Behandling

Noen personer med ASF har en spesiell kommunikasjonsstil, og kan for eksempel gi inntrykk av å være eksperter på rus. Dette kan utfordre en god terapi og allianse. Det er derfor viktig med en grundig klargjøring av roller og rollefordeling tidlig i forløpet (Nasjonal kompetansetjeneste TSB og NevSom, 2018).

Behandlingen bør være integrert og adressere både ASF og avhengighet samtidig. Behandler bør derfor ha kunnskap om begge tilstander. En bør unngå å jobbe med de to tilstandene sekvensielt og heller adressere dem parallelt i forløpet hvor det gis psykoedukasjon om begge temaene. Dette er særlig viktig der ASF er diagnostisert sent (Nasjonal kompetansetjeneste TSB og NevSom, 2018).

Anbefalt metodikk er kognitiv terapi, men også elementer av motiverende intervju kan være aktuelt. Teknikker fra motiverende intervju kan være særlig nyttig i forbindelse med utarbeidelse av behandlingsmål. Behandlingsmål bør være konkrete og tydelige sammen med en oversiktlig behandlingsplan. Gruppeterapi anses generelt ikke som en god intervensjonsform ettersom rask dialog mellom flere personer kan bli for vanskelig å følge og gruppesituasjonen i seg selv kan for noen fremkalle sosial angst (Nasjonal kompetansetjeneste TSB og NevSom, 2018).

Selve behandlingen bør vektles mot konkrete teknikker for å få til bedring, for eksempel gjennom øving på spesifikke mestringsstrategier. Det er nyttig å visualisere mest mulig. Noen har også nytte av lengre sesjoner, altså øke fra 45 til 90 minutter, og legge til rette for at den foregår på samme tid og sted. Behandler bør dessuten innta en mer autoritativ posisjon enn vanlig (Nasjonal kompetansetjeneste TSB og NevSom, 2018).

Behandlingen bør, som rusbehandling ellers, være pragmatisk. Ikke alle har ønske om å slutte helt med rus. En bør derfor ha fokus på hva som skaper skadereduksjon og som kan bringe rusbruken inn i mer kontrollerte former.

Ved behandlingsslutt bør det være etablert andre omsorgstilbud i kommunen som kan følge opp og gi støtte i fortsettelsen (Nasjonal kompetansetjeneste TSB og NevSom, 2018).

### Spiseforstyrrelser

*Seksjon klinisk ernæring Ahus v/Klinisk ernæringsfysiolog Ingvild Cathrine Harlem har sagt seg villig til å skrive om dette sommeren 2024. Det interne rådet vil oppdateres når denne teksten er ferdig skrevet.*

### Kjønnsinkongruens

I ICD-11 er kjønnsinkongruens definert som en markert og vedvarende inkongruens mellom opplevd kjønn og tildelt kjønn ved fødsel (Helsedirektoratet, 2020). Kjønnsinkongruens blir i dag regnet som en del av kjønns mangfoldet vi har i samfunnet, og ikke lenger som en psykisk lidelse. For å sikre tilgang til behandling beholdes diagnosen i ICD-11, da under kapittelet om seksuell helse. Det er registrert en overrepresentasjon av autismespektertilstander i pasientgruppen, varierende fra 20 til 26 % i publiserte data fra flere europeiske land (Kaltiala-Heino et al., 2015; Van der Miesen et al., 2016; Heylens et al., 2018).

Flere med ASF opplever at endringer og overganger er vanskelig, også pubertetens psykiske og kroppslige endringer. For enkelte representerer strev med kjønnsidentitet en overopptatthet eller særinteresse som kan gå over med tid. Videre kan en følelse av annerledeshet og utenforskap feiltolkes som det å tilhøre et annet kjønn (de Vries et al. 2010). Kognitiv rigiditet kan gjøre det utfordrende å se nyanser i kjønnsuttrykk og kjønns kategorier, og forstå at det er mulig å integrere feminine og maskuline sider hos en og samme person (Strang et al., 2018).

Henviste pasienter får tilbud om utredning- og behandling med sameksisterende ASF/ kjønnsinkongruens. Noen pasienter som har sameksisterende ASF og kjønnsdysfori må i særskilte tilfeller utredes av eksperter på ASF før man kan starte eller fortsette utredningen ved NBTK (Oslo Universitetssykehus, 2021).

Generelle råd for behandlere i oppfølging av pasienter med sameksisterende ASF og kjønnsinkongruens:

- Bruke tid i utforskende samtaler om kjønnsopplevelse. Det vil være viktig å støtte opp under den individuelle prosessen for å avdekke om manglende samsvar mellom opplevd og tildelt kjønn viser seg konsistent og vedvarende over tid eller er forbigående.
- Gi konkret og tydelig informasjon om kjønnsinkongruens, utredning og ulike behandlingstilnærminger. Eksempelvis samtalegrupper med andre i tilsvarende situasjon, utforskende samtaler, tilgang på hjelpemidler og eventuelt henvisning videre til nasjonal behandlingstjeneste for kjønnsinkongruens (NBTK).
- Det vil med den aktuelle pasientgruppen være særlig hensiktsmessig med et tettere samarbeid mellom aktuelle instanser, f.eks. at lokal behandler i psykisk helsevern deltar på samtaler og følger opp pasient gjennom utredning/ behandling på NBTK.

Ved DPS Nedre Romerike ble det i 2021 etablert et Kompetansenettverk for kjønnsinkongruens. Kompetansenettverket har som mål å øke kompetansen på kjønnsinkongruens blant behandlere i region Helse Sør-Øst, samt å fremme et likeverdig, tilpasset og kunnskapsbasert behandlingstilbud for målgruppen. I 2024 videreutvikles dette tilbudet gjennom etablering av et regionalt «Senter for kjønnsinkongruens» ved Ahus.

## Behandling ved forverring av alvorlig psykisk lidelse

Pasienter med ASF og samtidig alvorlig psykisk lidelse kan i perioder oppleve forverring i form av eksempelvis økt mani, økte psykotiske symptomer, mer alvorlige former for utfordrende atferd eller mer omfattende tvangshandlinger. Ofte vil man se samtidig forverring på flere områder samtidig. Dette vil medføre økning i lidelsestrykket hos pasienten selv, men det vil også ofte samtidig sette familie, andre nærpå personer og hjelpeapparatet på betydelig strekk. Det er i slike situasjoner viktig at man som behandler og behandlerteam gjør det som er mulig å gjøre behandlingsmessig, innenfor rammene av tilgjengelige behandlingstilnærminger, gjeldende lovverk, menneskelige og faglige ressurser samt aktuelle samarbeidspartnere.

Erfaringsmessig vil man som behandler likevel jevnlig oppleve at man ikke lykkes med å hjelpe pasienten så godt eller så fort som man ønsker, selv om man prøver så godt man kan, også med å følge alle de råd og anbefalinger som gis i dette interne rådet. Dette kan skyldes flere forhold, deriblant;

- Alvorlighetsgraden, kompleksiteten og det kroniske ved pasientens tilstandsbilde.
- Begrensninger i de faglige tilbudene som er tilgjengelig i primær- og spesialisthelsetjenesten.
- Utfordringer i samarbeidet med pasienten og/eller nærmeste pårørende og andre hjelpeinstanser internt og eksternt).

### Kasus

*«Pasient på 19 år med autismespekterforstyrrelse og uspesifisert schizofreni. Pasienten er tidligere innlagt AKU flere ganger. Dette skjer da gjerne i perioder med økt stress, eksempelvis når omsorgsperson i nær familie blir syk eller om pasienten skal bytte skole. Pasienten reagerer da med forvirring og økte psykotiske symptomer, hvor hun stopper helt opp i handlingskjeder, får økende vansker med døgnrytme og matinntak. Hun motsetter seg da også ofte undersøkelse av lege og inntak av medisiner. Under tidligere akuttinnleggelse har hun blitt innsatt på antipsykotisk medikasjon som har stabilisert situasjonen noe. Nå økende vansker, trolig utløst av bytte av kontaktlærer på skolen. Pasienten nekter nå å reise til skolen, men klarer ikke å sette ord på hva hun opplever og føler i situasjonen. Pasienten spiser mindre og mindre, og har negativ vektutvikling med faretruende lav BMI. Hun reagerer på oppfordringer og forsøk på grensesetting fra familiemedlemmer med eksplosive utageringer rettet mot disse. Nå innlagt på akuttpsykiatrisk avdeling til tvungen observasjon grunnet alvorlig utagering mot far. Kommer til avdelingen i håndjern, etter at politiet måtte tilkalles til familiehjemmet.*

*På post vurderes aktuell symptombilde som forverring av underliggende psykose grunnet økt stress. Det igangsettes innledningsvis bruk av skjerming samtidig med doseøkning av antipsykotika, med påfølgende reduksjon av utfordrende atferd. Måltidene tilrettelegges nøye i forhold til hennes funksjonsvansker, noe som fører til gradvis økt matinntak. Det fremkommer gjennom innleggelsen at pasienten i perioder med forverring av alvorlig psykisk lidelse har omfattende funksjonsvansker, til tross for kognitive evner innenfor normalområdet. Akuttavdelingen oppretter derfor samarbeid med kommunen, med mål om å etablere et egnet botilbud i kommunen. Kommunen kjenner pasienten fra tidligere, og er innstilt på å tilby pasienten leilighet i en heldøgns bemannet bolig hvor det er miljøpersonell med kompetanse på psykisk lidelse.*

*Etter 10 dagers innleggelse er det ikke lengre grunnlag for videre innleggelse på tvangsparagraf. Pasienten spiser nå regelmessig med påfølgende forsiktig økning i BMI, og har i løpet av de siste fem dagene ikke vist uttalte psykotiske symptomer, heller ikke utfordrende atferd. Behandlerne på post*

*vurderer pasienten som samtykkekompetent når situasjonen nå har bedret seg. Pasienten tilbys videre frivillig innleggelse for nærmere funksjonskartlegging, som grunnlag for etablering i egen bolig med bistand etter utskrivelse. Pasienten ønsker ikke videre innleggelse, men vil hjem til foreldrehjemmet.*

*Foreldrene vegrer seg sterkt for å ta henne hjem igjen. De begynner å få egne helseplager som følge av de store omsorgsoppgavene. Pasienten har også mindreårige søsken som fortsatt bor hjemme, og som er veldig negativt preget av situasjonen rundt søsteren. Det gis psykoedukasjon og støttesamtaler til familien, hvor det blant annet legges vekt på å understreke pasientens behov for et heldøgns omsorgstilbud i kommunen.*

*Pasienten insisterer likevel på utskrivelse til familiehjemmet, og foreldrene ønsker ikke å nekte henne dette. Pasienten skrives ut til foreldrehjemmet, med oppdatert kriseplan og tilbud om poliklinisk oppfølging ved TiRe.*

*Etter utskrivelse nekter pasienten å møte opp til timer ved TiRe. Etter en stund gir familien opp forsøkene med å overtale henne. TiRe avslutter videre oppfølging, men åpner for en rehenvisning.*

*Pasienten er nå veldig sjelden på skolen, og isolerer seg i økende grad i foreldrehjemmet med eskalerende symptomer på psykose og spisevegring. Foreldrene frykter nå nye utageringer med påfølgende innleggelser i akuttpsykiatrien».*

Det er viktig at behandlere i psykisk helsevern har både en forståelse og aksept for at periodevis forverring eller manglende fremgang i noen tilfeller er uunngåelig, men uten at dette følges av passivitet og apati fra behandlerens side. Man kan gjøre det som både *skal* og *kan* gjøres i forhold til den pasienten man har behandlingsansvar for, og samtidig ha realistiske forventninger til hvilken behandlingseffekt det er mulig å oppnå på kort og på lang sikt. Det kan da være nyttig å ha fokus på følgende forhold:

- **Sikre at det er gjennomført en helhetlig utredning av grunntilstander og komorbide tilstander**, dette for å optimalisere tilrettelegging og bistand for funksjonsvansker og behandling for tilleggsvansker. Se «Interne råd Ahus for utredning av autismespekterforstyrrelse» (EQS 41033) og øvrige kapitler i dette heftet.
- **Sikre «rett behandling til rett tid»**. I divisjon Psykisk helsevern og rus finnes det et bredt spekter av ulike behandlingstilbud som kan være aktuelle i ulike faser av et pasientforløp, og til ulike formål. Det er viktig at behandlere kjenner til hvilken funksjon de ulike avdelingene har, og ved behov henviser til eller ber om råd fra andre avdelinger når det er behov for det.
- **Sikre optimalisert samarbeid underveis i behandlingsforløpene**. Dette gjelder både ved sekvensielle forløp hvor en avdeling overtar og viderefører behandlingsansvaret fra en annen avdeling, og når pasienten følges ved flere avdelinger samtidig. Det skal aldri være tvil om hvilken behandler som til enhver tid har hovedansvaret. Ved eventuelle uenigheter mellom avdelinger, se følgende EQS-rutine for beskrivelse av fremgangsmåte; HEI-rutine, Samhandling – Effektiv og ansvarlig pasientbehandling, EQS-nummer 29089.
- **Sikre god informasjon til, og samarbeid med, pårørende og førstelinjetjenesten**. I mange situasjoner kreves det samtidig innsats fra førstelinje, spesialisthelsetjeneste og pårørende for at man skal få stabilisert pasienten og komme i posisjon til å gi videre tjenester.

- **Vurder pasientens samtykke- og beslutningskompetanse.** Helsehjelp kan som hovedregel kun gis med pasientens samtykke, dette gjelder også for kommunale helse- og omsorgstjenester. Dette forutsetter imidlertid at pasienten er informert og har samtykke-kompetanse i det aktuelle spørsmålet. Det er viktig at behandlere gjør fortløpende vurderinger av hvorvidt pasienten er samtykke-kompetent eller ikke i forhold til aktuelle problemstillinger, og ved behov journalfører sine vurderinger. I tilfeller med manglende samtykke- og beslutningskompetanse hos pasienten får nærmeste pårørende og helsepersonell en viktig rolle i forhold til å gjøre vurderinger og ta beslutninger på vegne av pasienten. Eventuelle inngrep med bruk av tvang og makt må alltid ha hjemmel i lov. Se Intern veileder for vurdering- og beslutningskompetanse for nærmere beskrivelser (EQS-id 43323).

## Litteratur

- Akershus Universitetssykehus (2023). *Ahus – Barn som pårørende og etterlatte*. [EQS-prosedyre 21391](#).
- Antshel, K. M., and Russo, N. (2019). Autism Spectrum Disorders and ADHD: Overlapping Phenomenology, Diagnostic Issues, and Treatment Considerations. *Current Psychiatry Reports* 21, 34. <https://doi.org/10.1007/s11920-019-1020-5>.
- [APA 7th - Kildekompasset](#)
- Bakken, T. L., & Høidal, S. H. (2014). Asperger syndrome or schizophrenia, or both? Case identification of 12 adults in a specialized psychiatric inpatient unit. *International Journal of Developmental Disabilities*, 60(4), 215–225.
- Barlindhaug, S.F. (2022). *Autismspekterforstyrrelser*. Norsk Elektronisk Legehåndbok. [Autismspekterforstyrrelser - NEL - Norsk Elektronisk Legehåndbok \(legehandboka.no\)](#)
- Bellini, S. (2006). The development of social anxiety in adolescents with autism spectrum disorders. *Focus on Autism and other Developmental Disorders*, 21(3), 138-145. [The Development of Social Anxiety in Adolescents With Autism Spectrum Disorders - Scott Bellini, 2006 \(sagepub.com\)](#)
- Bisson J.I., Roberts N.P., Andrew M., Cooper R., Lewis C. (2013). Psychological therapies for chronic post-traumatic stress disorder (PTSD) in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 12. [Psychological therapies for chronic post-traumatic stress disorder \(PTSD\) in adults - PMC \(nih.gov\)](#)
- BJM Best Practice (2023, 01.oktober). *Autism spectrum disorder. Straight to the point of care*. [Autism spectrum disorder - Management Approach | BMJ Best Practice US](#)
- Butwicka, A., Långström, N., Larsson, H. et al. (2017). Increased Risk for Substance Use-Related Problems in Autism Spectrum Disorders: A Population-Based Cohort Study. *J Autism Dev Disord* 47, 80–89. <https://doi.org/10.1007/s10803-016-2914-2>
- Dalhaug, K. C., Storvik, K., & Kildahl, A. N. (2023). Undiagnosed psychotic disorder in autistic individuals with intellectual disabilities and suspected obsessive-compulsive disorder: An explorative, clinical study. *Journal of Mental Health Research in Intellectual Disabilities*, 16(3), 226-252.
- De Vries, A. L., Noens, I. L., Cohen-Kettenis, P. T., van Berckelaer-Onnes, I. A., & Doreleijers, T. A. (2010). Autism spectrum disorders in gender dysphoric children and adolescents. *Journal of autism and developmental disorders*, 40(8), 930-936.
- Dubin, N. & Gaus, V. L. (2009). *Asperger syndrome and anxiety: A guide to successful stress management*. London: Jessica Kingsley publ.
- DuBois, D., Lymer, E., Gibson, B. E., Desarkar, P., & Nalder, E. (2017). Assessing sensory processing dysfunction in adults and adolescents with autism spectrum disorder: a scoping review. *Brain sciences*, 7(8), 108.
- Evensen, K. B. (2016). Du har hjernevasket meg. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 53(8), 618-623. <https://psykologtidsskriftet.no/fra-praksis/2016/08/du-har-hjernevasket-meg>

- Fuentes, J., Hervás, A., Howlin, P., & ESCAP ASD Working Party (2021). ESCAP practice guidance for autism: a summary of evidence-based recommendations for diagnosis and treatment. *European child & adolescent psychiatry*, 30(6), 961–984. <https://doi.org/10.1007/s00787-020-01587-4>.
- Helsedirektoratet (2013). *Utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser. (IS-1957)*
- Helsedirektoratet (2014). *Sammen om mestring. Veileder I lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne. Et verktøy for kommuner og spesialisthelsetjenesten (IS-2076)*.
- Helsedirektoratet (2020). *Kjønnsinkongruens. Nasjonal faglig retningslinje. [Kjønnsinkongruens - Helsedirektoratet](#)*
- Helsedirektoratet (2023). *Psykisk helsevern for voksne. Prioriteringsveileder. [Psykisk helsevern for voksne - Helsedirektoratet](#)*
- Helverschou S. B. (Red.). (2022a). *Autisme og mental helse*. Gyldendal.
- Helverschou S. B. (2022b). Angst og tvangslidelse. I S.B. Helverschou (Red.). *Autisme og mental helse* s. 89-104). Gyldendal.
- Heylens, G., Aspeslagh, L., Dierickx, J., Baetens, K., Van Hoorde, B., De Cuypere, G., & Elaut, E. (2018). The co-occurrence of gender dysphoria and autism spectrum disorder in adults: An analysis of cross-sectional and clinical chart data. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 48, 2217-2223.
- Hilker, R., Helenius, D., Fagerlund, B., Skytthe, A., Christensen, K., Werge, T.M., Nordentoft, M. & Glenthøj, B. (2017). Heritability of Schizophrenia and Schizophrenia Spectrum Based on the Nationwide Danish Twin Register. *Biological psychiatry*, 83, 492-498.
- Horndalsveen, K. V. (2022). *Autismespekterforstyrrelse hos pasienter i DPS – Hvordan skille fra personlighetsforstyrrelse*. Spesialistoppgave i Voksenpsykologi.
- Kaltiala-Heino, R., Sumia, M., Työläjärvä, M., & Lindberg, N. (2015). Two years of gender identity service for minors: overrepresentation of natal girls with severe problems in adolescent development. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 9, 1-9. <https://doi.org/10.1186/s13034-015-0042-y>
- Kildahl, A. N., Helverschou, S. B., Bakken, T. L., & Oddli, H. W. (2020). “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*, 33(5), 1119–1132. <https://doi.org/10.1111/jar.12734>
- Lord, C., Charman, T., Havdahl, A., Carbone, P., Anagnostou, E., Boyd, B., Carr, T., de Vries, P.J., Dissanayake, C., Divan, G., Freitag, C.M., Gotelli, M.M., Kasari, C., Knapp, M., Mundy, P., Plank, A., Scahill, L., Servili, C., Shattuck, P.... & McCauley, J. B. (2022). The Lancet Commission on the future of care and clinical research in autism. *The Lancet*, 399(10321), 271-334.
- Lugnegård, T., Hallerbäck, M. U., & Gillberg, C. (2012). Personality disorders and autism spectrum disorders: what are the connections? *Comprehensive Psychiatry*, 53(4), 333-340.

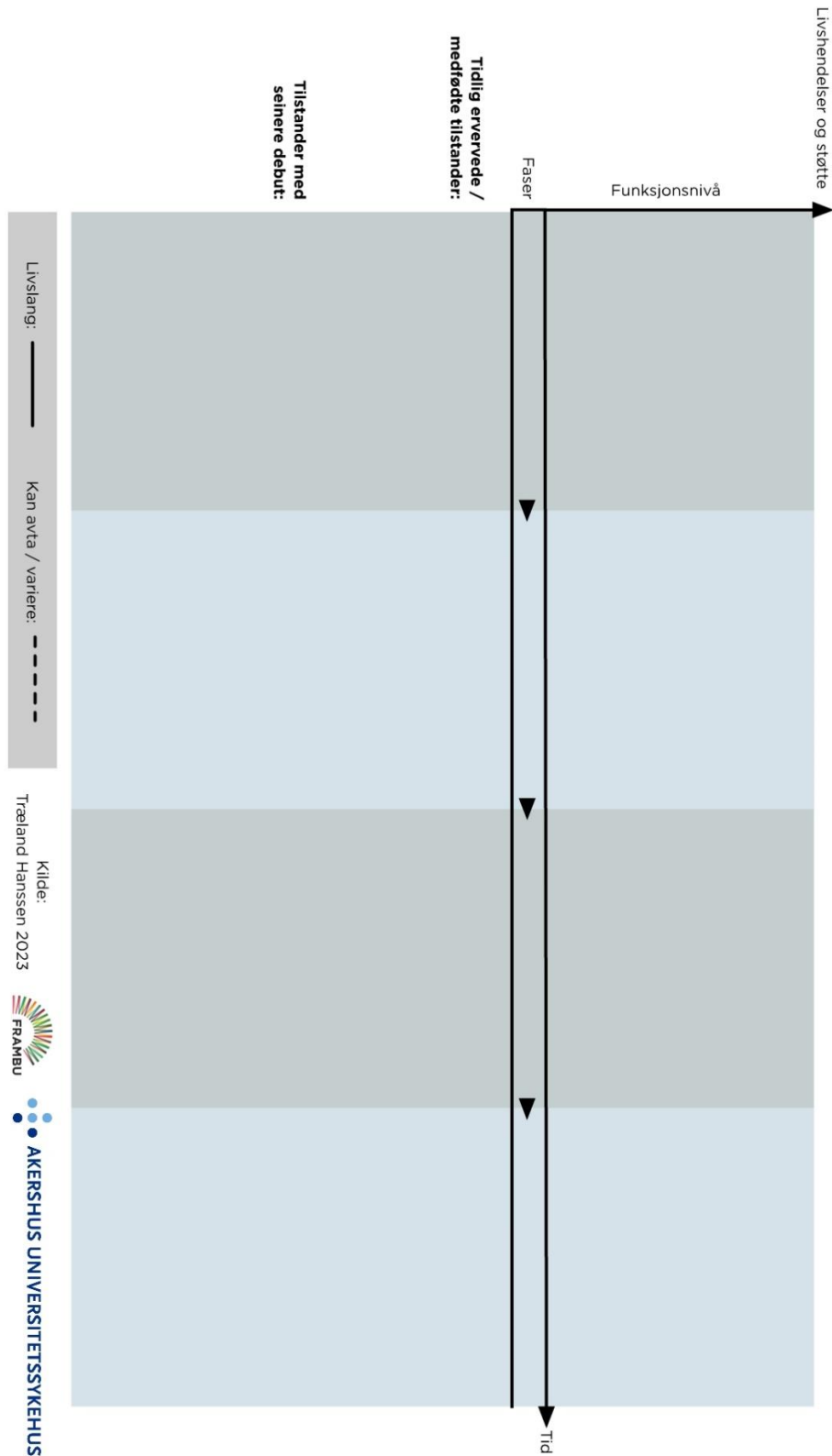
- Lugo-Marin, J., Magan-Maganto, M., Rivero-Santana, A., Cuellar-Pompa, L., Alviani, M., Jenaro-Rio, C., ... & Canal-Bedia, R. (2019). Prevalence of psychiatric disorders in adults with autism spectrum disorder: A systematic review and meta-analysis. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 59, 22-33. <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2018.12.004>
- MacLennan, K., O'Brien, S., & Tavassoli, T. (2022). In our own words: The complex sensory experiences of autistic adults. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 52(7), 3061-3075.
- Malt, U.F., Andreassen, O.A., Malt, E.A., Melle, I. & Årslund, D. (Red.). (2018). *Lærebok i psykiatri*, 4. utgave. Gyldendal.
- Marin, J. L., Rodriguez-Franco, M. A., Chugani, V. M., Maganto, M. M., Villoria E. D., and Bedia., R. C. 2018. Prevalence of schizophrenia spectrum disorders in average-IQ adults with autism spectrum disorders: a meta-analysis. *Journal of Autism and Developmental disorders*, 48, 239-250.
- Matson, J.L. & Sturmey, P. (2022). *Handbook of autism and pervasive developmental disorder : assessment, diagnosis, and treatment*. Springer Nature.
- Moody, C. T., & Laugeson, E. A. (2020). Social skills training in autism spectrum disorder across the lifespan. *Psychiatric Clinics*, 43(4), 687-699.
- NAKU (Nasjonalt kompetansemiljø om utviklingshemming). (2023, 01. oktober). *Sosiale historier som metode*. <https://naku.no/kunnskapsbanken/sosiale-historier-som-metode>.
- Nasjonal kompetansetjeneste TSB og NevSom (Nasjonalt kompetansesenter for Nevroutviklingsforstyrrelser og Hypersomnier), (2018). *Håndbok. Asperger syndrom og rus. Kunnskap og veiledning i diagnostikk og behandling*.
- NICE (National Institute for Health and Care Excellence). (2021). *Autism spectrum disorder in adults: diagnosis and management*. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg142>.
- NKVTS (Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress). (2020). *Presentasjon av sentrale elementer i et behandlingsforløp for posttraumatisk stresslidelse (PTSD)*. [Oversikt over sentrale elementer i et behandlingsforløp for PTSD \(nkvts.no\)](https://nkvts.no/oversikt-over-sentrale-elementer-i-et-behandlingsforloep-for-ptsd)
- NOU 2020:1. (2020). *Tjenester til personer med autismspekterforstyrrelser og til personer med Tourettes syndrom*. Helse- og omsorgsdepartementet. [NOU 2020: 1 - regjeringen.no](https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/nou20201).
- Peterson, J. L., Earl, R., Fox, E. A., Ma, R., Haidar, G., Pepper, M., Berliner, L., Wallace, A., & Bernier, R. (2019). Trauma and Autism Spectrum Disorder: Review, Proposed Treatment Adaptations and Future Directions. *Journal of child & adolescent trauma*, 12(4), 529–547. <https://doi.org/10.1007/s40653-019-00253-5>
- RHABU & RBUP (Regionsenter for habiliteringstjenesten for barn og unge, Regionsenter for barn og unges psykiske helse Øst og Sør). (2022, 01. oktober). *God psykisk helse for alle: Utredning og behandling av psykiske lidelser hos barn og unge med intellektuell funksjonsnedsettelse og/eller autisme*. [God psykisk helse for alle - Oslo universitetssykehus \(oslo-universitetssykehus.no\)](https://www.oslo-universitetssykehus.no/god-psykisk-helse-for-alle)
- RKT (Regional kompetansetjeneste for autisme, ADHD, Tourettes syndrom og narkolepsi i Helse Sør-Øst). (2022). Regional retningslinje for utredning og diagnostisering av autismspekterforstyrrelse (ASF). [Regional retningslinje ASF \(oslo-universitetssykehus.no\)](https://www.oslo-universitetssykehus.no/regional-retningslinje-asf)

- Robertson, C.E., & Baron-Cohen, S. (2017). Sensory perception in autism. *Nature Reviews Neuroscience*, 18, 671–684.
- Rydén, G., Rydén, E. & Hetta, J. (2008). Borderline personality disorder and Autism Spectrum Disorder in females - A cross-sectional study. *Clinical Neuropsychiatry*. 5 (1), 22-30.
- Oslo universitetssykehus. (2021, 22. februar). Nasjonal behandlingstjeneste for kjønnsinkongruens (voksne). *Kjønnsinkongruens*. [Kjønnsinkongruens - Oslo universitetssykehus \(oslo-universitetssykehus.no\)](https://www.kjonninkongruens.no)
- Strang, J. F., Meagher, H., Kenworthy, L., de Vries, A. L., Menvielle, E., Leibowitz, S., ... & Anthony, L. G. (2018). Initial clinical guidelines for co-occurring autism spectrum disorder and gender dysphoria or incongruence in adolescents. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*.
- Stiftelsen SOR (2022, 01. oktober). *Verktøy for kartlegging av traumer*. [Verktøy for kartlegging av traumer - Stiftelsen SOR](https://www.sor.no/verktoy-for-kartlegging-av-traumer)
- Toen, A., Steyaert, J., Alaerts, K., Evers, K., & Van Damme, T. (2021). A systematic review of self-reported stress questionnaires in people on the autism spectrum. *Review Journal of Autism and Developmental Disorders*, 1-24.
- Van Der Miesen, A. I., Hurley, H., & De Vries, A. L. (2018). Gender dysphoria and autism spectrum disorder: A narrative review. *Gender Dysphoria and Gender Incongruence*, 82-92.
- Vuijk, R., & Arntz, A. (2017). Schema therapy as treatment for adults with autism spectrum disorder and comorbid personality disorder: protocol of a multiple-baseline case series study testing cognitive-behavioral and experiential interventions. *Contemporary Clinical Trials Communications*, 5, 80-85.
- Weissman, L. (2021). *Autism spectrum disorder in children and adolescents: Pharmacologic interventions*. UpToDate. [Autism spectrum disorder in children and adolescents: Pharmacologic interventions - UpToDate](https://www.uptodate.com/contents/autism-spectrum-disorder-in-children-and-adolescents-pharmacologic-interventions)
- World Health Organization (WHO). (2011). *ICD-10. Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer*. World Health Organization.
- Yule, A. M., DiSalvo, M., Biederman, J., Wilens, T. E., Dallenbach, N. T., Taubin, D., & Joshi, G. (2023). Decreased risk for substance use disorders in individuals with high-functioning autism spectrum disorder. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 32(2), 257-265.

## Vedlegg

### Vedlegg 1: Kartlegging av symptomer og hendelser gjennom livsløpet

(tom mal til bruk i pasientbehandling)



## Vedlegg 2: Medisinsk utredning

### Historikk, bakgrunnsopplysninger

- Somatisk og nevropsykiatrisk anamnese i samarbeid med lege
- Hereditet
- Allergier
- Rusmiddelhistorikk
- Gjennomgang av journalen med tanke på tidligere bruk av medisiner, med oppsummering

### Aktuelle undersøkelser

- Aktuell sykehistorie, symptomer og endringer i væremåte
- Klinisk undersøkelse
  - Generell undersøkelse (høyde, vekt, blodtrykk, puls, lunge, cor, collum, abdomen, hud)
  - Nevrologisk undersøkelse (hjernenenerver, muskeltonus, gange, koordinasjon, grov- og finmotorikk, styrke, bevegelsesforstyrrelser, tremor, ataksi, reflekser)
  - Syn og hørsel
- Naturlige funksjoner (vannlatning, avføring, spisemønster, menstruasjon, seksualitet)
- Stimulantia (legal og illegal rus, vanedannende midler, røyk, snus)
- Aktuell, oppdatert medisinliste (Kilder kan være pasient, pårørende, boligpersonell, fastlege, legemidler i bruk i DIPS, kjernejournal)
- Orienterende, generelle blodprøver
  - Hematologi: Hb, lkc, Trc
  - Elektrolytter og metabolitter: Na, K, Ca, kreat., alb.
  - Enzymer og proteiner: CK, ALAT, G-gt, ALP
  - Jernstoffsiktet: Ferritin
  - Lipider og glukose: HbA1c, lipider
  - Endokrinologi: TSH, fT4,
  - Vitaminer, sporelementer, annet: Vit B12, Vit D, Folat, homocystein
- Serumkonsentrasjonsmålinger
- CYP-testing og SSRI-panel/serotonintransportør hvis ikke tidligere gjort
- Ved behov andre supplerende undersøkelser
  - EKG
  - Russcreening i urin
  - CDT/PEth ved mistanke om alkoholproblemer
  - Genetiske analyser hvis aktuelt (se Interne råd for utredning av ASF, EQS-nr. 41033)
  - EEG ved for eksempel anfallspreg
  - Bildediagnostikk (Rtg, CT, MR)
- Vurdere behov for henvisning til andre instanser, eventuelt i samarbeid/dialog med fastlege (Stikkord: Øyelege, ØNH, hjerte, lunge, endo, nevro, gastro, osv.)

Dersom pasienten har en kjent ASF, men hvor ikke alt er konkludert ennå, for eksempel hvis det fra genetisk avdeling besvares at Array-funn kan revurderes om tre år, kan vi sende inn rekvisisjon på nytt. Det kan også være indikasjon for oppfølging underveis av blodtrykk/puls, vekt/BMI/livvidde, ev. EKG, kontroll av blodprøver eller andre undersøkelser ved bruk av ulike typer psykofarmaka.

### Formatering i dokumentet:

Tekst: Calibri (brødtekst), størrelse 11

Figurer og tabeller: Calibri, størrelse 11, kursiv. I tabeller markeres overskrifter med fet tekst og cellene med blått, uthevingsfarge 5, lysere 80% (den øverste/lyseste blåfargen i standardvalgene).  
Punktliste i tabell markeres med -, innrykk 0.3 hengende og avstand 6 pkt.

Punktliste i tekst: Sort prikk, Innrykk hengende 0,63

Referanser: Skrives fortløpende i teksten. Bruker ikke punktliste. APA-stil.

Kasus: Markeret med skyggelegging gull, uthevingsfarge 4, lysere 80%. Teksten skrånstilles og settes i anførselstegn

Tekstbokser: Markeret i skyggelegging

Overskrift i hurtigguide: Calibri light, størrelse 12, blå, uthevingsfarge 5, mørkere 25%

Endringslogg:	
01.05.23: 0.1	Dokumentet er opprettet, de siste tekstversjonene er satt inn
03.05.23: 0.2	Dokumentet er gjennomgått av redaktørgruppa, forslag til endringer skrevet inn+kommentarer
21.05.23: 0.3	Ny versjoner av tekster er satt inn.
26.05.23: 0.4	Oppdatert etter gjennomgang på samling 24.05.23.
28.07.23: 0.5	Ny versjoner av tekster er satt inn. Jan Erik har gjort enkle omskrivninger av språk når nødvendig.
31.07.23: 0.6	Nye versjoner av tekster er satt inn.
08.08.23: 0.7	Nye versjoner av tekster er satt inn: <ul style="list-style-type: none"><li>• Psykoedukasjon, stressmestring</li></ul>
10.08.23:1.0	Nye tabeller satt inn fra Sindre. Ny tekst satt inn fra Agnete
10.08.23: 1.1	Etter gjennomgang i redaktørmøte 10.08
25.08.23: 1.2	Ny tekst fra Amra (Medikamentell behandling) og Jan Erik (Pasientbehandling ved forverring...) er satt inn. /
14.09.23: 1.3	Gjennomgang på redaktørmøte, avsluttet midtveis i Ocd-kapitlet (se egen merknad)
05.10.23: 1.4	Ferdig førsteutkast på oversikt «hurtigguide» og «hvem har bidratt» v/Jan Erik
08.10.23: 1.5	Endringer v/Agnete, jmf. Epost 7.10, samt Jan Erik (referanser)
10.10.23: 1,6	Jan Erik har jobbet videre med referanser og litteraturliste (tatt til og med ocd).
11.10.23: 1.7	Oppdatert etter redaktørmøte
12.10.23: 1.8	Jan Erik har jobbet videre med referanser
12.10.23:1.8	Agnete har jobbet med lay out (sideskift, like formatering i dokumentet), og tatt stavekontroll.
13.10.23: 1.9	Agnete har ordnet med lik linjeavstand gjennom dokumentet. Tatt i bruk «overskiftstype 1» og korreponderende flyttet alle overskiftstyper ett nivå slik at formatteringen ble ryddigere. Forslag om overskrift forord – se side 5. Skrevet inn bidrag om personlighetsforstyrrelse.
13.10.23: 2.0	Versjon lagt ut for gjennomgang i hele fagutviklingsgruppen.
20.11.23: 2.1	Versjon etter fagutviklingsmøte 18.10.23
06.03.24: 2.2	Jan Erik har satt inn hyperkoblinger
23.05.24: 2.3	Jan Erik har oppdatert med de siste referansene+livsløpsfigur.

29.05.24: 3.0	Jan Erik siste gjennomlesning og korrektur før utsendelse til arbeidsgruppe og medforfattere.
---------------	---