

Psykiske lidelser hos mennesker med utviklingshemning

2: de faglige utfordringene

Harald Martinsen, Professor/
psykolog, Institutt for
Spesialpedagogikk, UiO

Trine Lise Bakken, Forsker/
psykiatrisk sykepleier, PPU/
Ullevål Universitetssykehus HF

Sissel Berge Helverschou,
Forsker/psykologspesialist,
Autismeenheten,
Rikshospitalet –
Radiumhospitalet HF

Terje Nærland, Psykolog/
stipendiat, Institutt for
Spesialpedagogikk, UiO

Dette er artikkel nummer to om psykisk lidelse hos mennesker med utviklingshemning. Den første artikkelen ble publisert i februarnummeret av SOR-rapport, og omhandlet de organisatoriske og prinsipielt faglige utfordringene ved utformingen av egnede tilbud til mennesker med store og sammensatte vansker. Synspunktene som kommer til uttrykk i artiklene, ble også presentert på SOR-konferansen *Tar psykiatrien utviklingshemmede på alvor?* i november 2005. I artikkel nummer to legges det spesielt vekt på utfordringene ved å identifisere og utrede psykisk lidelse hos mennesker som selv ikke kan forklare og fortolke sine opplevelser. Artikkelen avsluttes med en kort innføring i hvilke implikasjoner de diagnostiske utfordringene gir for behandling.

Bakgrunn: Lesbarhet og fortolkning

Mennesker med dårlige språk- og kommunikasjonsferdigheter er vanskelige å forstå. Hos mange ulike grupper av funksjonshemninger er tolkningsproblemene uløselig vevd inn i en negativ skjevutvikling knyttet til kommunikasjon, språk og sosiale ferdigheter. Den lave lesbarheten er både kjennetegn og følge av funksjonshemningen, og den fungerer som føring for og årsak til typiske utviklingsmessige problemer.

Hos barn med autisme er ofte vanskene med å forstå dem sentrale i foreldrenes opplevelse av ikke å få «kontakt» med barna i den tidlige utviklingen. Barnas avvikende reaksjonsmønster gjør det vanskelig å vite hvordan barna har det og hva de ønsker; for eksempel om barna har fått nok mat eller fremdeles er sultne.

Omsorgsgiverne er avhengige av holdepunkter for å tolke barna. For foreldre til vanlige barn i den førspråklige perioden, kan holdepunktene være noe som skjer i situasjonen, noe barnet nettopp har gjort, tidligere erfaringer med barnet, generell kunnskap om barn, eller egenskaper ved barnets atferd: «Sånn skriker hun når hun er sulten (sint, redd osv.)». Den voksnes tolkning blir bekreftet eller avkreftet av hvordan barnet reagerer på det den voksne gjør. Ofte «gjetter» omsorgsgiverne på mulige årsaker, og bruker barnas reaksjoner på det de gjør som holdepunkter på om det de gjettet stemte. De sjekker for eksempel bleien og ser på klokken for å finne ut hvor lenge det er siden barnet sist sov eller spiste.

I den tidlige spedbarnsalderen er holdepunktene for fortolkning få. I stor grad blir de hentet fra barnas kroppslige reaksjoner. Fortolkningene er gjerne knyttet til barnas tilstand. Barna blir tillagt få følelser og svært lite ønsker, interesser og intensjoner. Når barnet er omlag tre måneder gammelt utvides foreldrenes fortolkninger samtidig som selv uerfarne foreldre blir eksperter på sitt eget barn (Martinsen, Sarfi og Smørvik, 1994). Kilden til den utvidete forståelsen er i første rekke at foreldrene lærer av barnas reaksjoner på hva foreldrene gjør. På dette alderstrinnet ser foreldrene typisk på egne handlinger som årsak til at barnet gråter; – «Så dum mamma var. Jeg skulle jo ha sjekket at vannet ikke var for kaldt!»

Etter hvert som barna utvikler nye ferdigheter, utvides også omsorgsgivernes forståelse av barna. Foreldrene tolker for eksempel oftere følelser og ønsker hos barna, etter at barna er blitt i stand til å gripe og holde på ting. Det at barnet griper etter og holder smokken, blir for eksempel brukt som et holdepunkt for interesse. En tilsvarende økning i tilskrivning av interesser, ønsker og følelser følger av at barna blir i stand

til å sitte stabilt og derved kunne strekke seg, se på og gripe etter ting. Det at barna strekker seg mot noe blir et holdepunkt for interesse.

Tilsvarende eksempler finner man hos funksjonshemmede. Barn og voksne med omfattende bevegelseshemninger og som har vanskelig for å sitte stødig, blir for eksempel i større grad tilskrevet interesser, ønsker og intensjoner hvis det blir tilrettelagt for en stabil sittestilling. Det å kunne sitte stødig gjør det mulig både å være oppmerksom mot omgivelsene og ha en fokusert atferd som kan fungere som holdepunkter for samværspartnerne.

Hos funksjonshemmede mennesker finner man igjen det samme mønstret med fortolkninger og bruk av holdepunkter som man finner hos vanlige barn i førskolealderen. Foreldre og andre nærpersoner er avhengig av holdepunkter for fortolkning. Gjetatteferd, som bygger på holdepunkter og personens reaksjoner på hva samværspartneren gjør, er framtreddende.

En mann i tredivårene med autisme og dårlige språk- og kommunikasjonsferdigheter hadde flyttet hjemmefra, men besøkte foreldrene annenhver uke. På et tidspunkt begynte han å gå til et rom som sto ubrukt. Der gikk han fram og tilbake foran et tomt garderobeskap, åpnet og lukket døren og laget lyder som mor tolket som en blanding av uttrykk for ubehag og et krav om noe. Dette gjentok seg flere hjemmelger på rad. Moren kom på at bladressen hans engang pleide å henge i nettopp det skapet. Siste gang han hadde brukt den dressen hadde de vært på Theaterkafeen. Hun kjøpte derfor en ny dress til ham, og neste helg hadde hele familien festmiddag på Theaterkafeen. Det ble en vellykket kveld. Mor konkluderte: «Du skulle sett hvor gjennomblid han var. Det var nok dette han hadde prøvd å be om hele tiden!»

Når holdepunktene er få og hovedsakelig hentet fra personens kroppslige reaksjoner, blir fortolkningen gjerne begrenset til tilstandsfortolkninger; opplagt, dårlig, osv. Når det i tillegg blir

hentet inn holdepunkter fra de vanlige rutinene, blir tilstandsfortolkningene utvidet slik at man kanskje kan si sulten, trøtt, osv. For å tolke interesser, ønsker og intensjoner inn i personen er man avhengig av å se at en atferd er meningsfull i forhold til situasjonen.

Foreldre til barn med omfattende språk- og kommunikasjonsforstyrrelser, som barn med autisme, har en vanskeligere oppgave i å forstå sine barn enn hva foreldre flest har. Dette skyldes at barnas uttrykk og reaksjoner er uvanlige, idiosynkratiske, mindre lesbare og ofte også færre enn hos andre barn. Barna reagerer annerledes på vanlige former for stimulering, fokuserer på andre forhold i situasjonen og har andre interesser enn vanlige barn. Alle former for holdepunkter for å forstå barna blir mer lavfrekvent og mindre tilgjengelige. Allikevel utvikler foreldre til barn med autisme etter hvert en tilsvarende ekspertise på eget barn som foreldre med vanlige barn gjør. Dette tar lengre tid, og gjennom hele livet vil forståelse av de med de dårligste språk- og kommunikasjonsferdighetene være en stor utfordring. Gapet mellom hva foreldrene forstår og hva andre uten spesiell nærpersonkunnskap skjønner av barnas reaksjoner, er imidlertid langt større enn hos vanlige barn; nettopp fordi de uvanlige uttrykkene og den idiosynkratiske kommunikasjonen setter så høye krav til erfaring.

For å kunne tolke og forstå funksjonshemmede mennesker med omfattende språk- og kommunikasjonsvansker kreves at man beskriver deres uvanlige og idiosynkratiske form for kommunikasjon. Dette gjøres ved å samle informasjon fra nærpersoner, noe som kan være en møysommelig og tidkrevende prosess. De beskrivelsene som kommer fram i en slik prosess viser tydelig at barna gjør seg forstått bare gjennom en utstrakt fortolkning fra nærpersonenes side.

Det kan lages en egen «ordbok», for å gi en oversikt over hvorledes mennesker med omfat-

tende kommunikasjonsvansker kommuniserer. I en slik ordbok skriver man ned de uttrykkene nærpersonene bruker og forklarer betydningen av uttrykkene. Man skiller mellom beskrivelsene av personens egen kommunikasjon, atferden som personen viser sin forståelse gjennom og hva nærpersonene gjør når personen forstår. Slike innsamlinger av nærpersoninformasjon om personens brukskommunikasjon og forståelse viser at de ulike nærpersonene som regel både bygger på ulike uttrykk når de tolker personen, og oppfatter kommunikasjon om ulike forhold. Når dette har blitt klart, har det i flere tilfeller ført til at personens kommunikasjon har økt på en dramatisk måte som følge av at de enkelte nærpersonene har adoptert også de andres måte å forstå og kommunisere til personen på (Tetzchner og Martinsen, 2002).

Overfortolkning og feilfortolkning

Det er naturlig for et menneske å legge merke til og oppfatte forhold i en situasjon, og samtidig å tilskrive forholdet en sosial mening. I særlig grad gjelder dette for forhold knyttet til andre mennesker. Omsorgsgiverne snakker for eksempel nesten kontinuerlig til barna sine mens de er i samspill med dem, som om de forsto det som ble sagt.

En mor hadde nettopp gitt sin to måneder gamle jentunge bryst og satt med henne på fanget. Radioen sto på, og det ble sendt en valgsending hvor en kjent politiker ble intervjuet. Jentungen gulpet opp noe melk. Moren sa: «Ja. Helt enig! Jeg kan spy av å høre på'n jeg også».

Dette er en typisk måte å samtale med spedbarn på; lenge før noen kan tro at barnet forstår det som blir sagt. En slik måte å reagere på – reagere *som om* barnet mente og forsto ting som det gjør først på et senere tidspunkt i utviklingen – kalles *overfortolkning*. Dette er en ubevisst måte å

oppføre seg på i samspill med barn. Overfortolking blir vanligvis regnet som en drivkraft i den kommunikative, språklige og sosiale utviklingen. Overfortolkingene skaper opplæringsbetingelser og føringer for at barnet senere forstår og blir i stand til intendert å kommunisere det som startet som en overfortolking. I de første levmånedene er det tydelig at det bare er omsorgsgiveren som reagerer som om barnet mente og intenderte å kommunisere noe bestemt. Senere i utviklingen blir det stadig vanskeligere å skille mellom forståelse og overfortolking av barnas aktiviteter og atferd. Hele tiden reagerer imidlertid den voksne intuitivt uten å ta opp sin egen forståelse til bevisst vurdering.

Uvanlige og idiosynkratiske måter å reagere og kommunisere på hos funksjonshemmede mennesker blir ofte *feilfortolket*. Uttrykk for tilstander og følelser er særlig utsatt. Sjansen for feilfortolking er også spesielt høy for ekkotale, faste fraser og vokabler – dvs. idiosynkratiske ytringer med ordkvalitet – som ofte blir brukt av mennesker med funksjonshemninger, for eksempel mennesker med autisme eller blindhet.

En fagperson satt i sofagruppen i stuen hos en familie med en 12 år gammel gutt med autisme sammen med guttens mor og ventet på at gutten skulle komme hjem fra skolen. Da gutten kom inn fra drosjen, satte han sekken sin i gangen og gikk helt fram til den fremmede. Han snuste og stirret fagpersonen tett inn i ansiktet og sa: «Kvalme lepper. Kvalme, heltrukne lepper». Dette var imidlertid ingen henvendelse til fagpersonen og kan best forstås som et spørsmål til mor. Mor forklarte bakgrunnen. Hun og gutten pleide å leke «ordleker» i tiden rett etter gutten kom hjem fra skolen, til far kom fra jobben og de skulle spise. De pleide å snakke om hvorledes ord kunne brukes, og gutten syntes det var morsomt å få eksempler på hvilke ord som man *ikke* kunne bruke i forskjellige sammenhenger. Dagen før hadde de tatt opp ansiktstrekk, blant annet leppene. Mor hadde blant annet sagt at man kunne si at lepper var «tynne» og

«fyldige» og at man til nød kunne si at lepper var «heltrukne». Derimot kunne man ikke si at lepper var «kvalme». Gutten og moren pleide å sitte på stua med ordleken, og fagpersonen satt på guttens faste plass. Skulle man tolke det gutten sa, er derfor kanskje den beste oversettelsen: «Hvorfor sitter den mannen på plassen min? Vi skal jo leke ordleken!»

Et vanlig eksempel på en feilfortolking er at det blir sagt om for eksempel barn med medfødt blindhet, autisme, Down syndrom og andre funksjonshemninger at de er «snille». Dette er et uttrykk for at barnet er passivt og derfor er lite oppmerksomhetskrevenende og sjelden gråter. I stedet for at det skal bli sett på som positivt at barnet gjør lite av seg, bør det sees på som et varsel om at barnet er i utviklingsmessig risiko.

Feilfortolkninger av når de aktivt bruker hørselen til å være oppmerksom og lytte på hva som skjer, utgjør en alvorlig og tidligere vanlig utviklingsrisiko for blindfødte barn.

Et vanlig, seende barn på fire måneder ligger våken i senga. Mor kommer inn i rommet og sier «Hei». Det vanlige barnet vil snu seg mot døra, pludre, smile, ha et rikt og animert minespill, sparke med beina og veive med armene. Mor vil typisk føle seg velkommen og oppleve at barnet vil bli tatt opp. Erstatt så det vanlige barnet med et blindfødt barn på samme alder. Når mor kommer inn i rommet blir det blinde barnet liggende urørlig i samme stillingen. Det vil ligge helt stille, ikke bevege verken armer eller ben og ikke lage lyd. Ansiktet vil være stivt og uttrykksløst uten smil eller mimikk. En typisk reaksjon hos mor, hvis hun ikke har fått særskilt opplæring, er å tolke barnet som uinteressert i kontakt og oppleve at barnet helst vil være alene for seg selv. Hun vil derfor ikke ta barnet opp, men gå stille ut

Det blinde barnet i eksemplet viser en intens lyttereksjon. Det sterkeste uttrykket som barnet har for oppmerksomhet og interesse i det som skjer – at mor kommer inn – blir fortolket som en mangel på interesse. Konsekvensen er at det

blinde barnet ikke får de samme samspillerfarin-
gene som andre barn. Viktigste her er at barnet
ikke opplever å få kontingente og meningsfulle
reaksjoner på egen atferd når det er våkent,
oppmerksomt og motivert. Dette innebærer en
utviklingsmessig risiko for passivitet og utvikling
av autistiske trekk (Martinsen, 1977).

Barn med autisme og Asperger syndrom blir
ofte utsatt for negative feilfortolkninger, gjerne
motivasjonsfortolkninger. For eksempel har
mange ofte et irriterende smil og roser i kin-
nene når de har gjort noe galt og blir kjeftet på.
Egentlig uttrykker smilet og ansiktsuttrykket at
barna er i en indre konflikt, men det blir tolket
som at barnet er bevisst provoserende og feiltok-
ningen er opphav til kjeft, mas og grensesetting.
Tilsvarende feiltolkninger kommer til uttrykk
når barn med autisme eller Asperger syndrom
viser vegring mot oppgaver eller aktiviteter som
for dem fremstår som skremmende eller ufor-
ståelige eller når de har manglende oversikt over
hva som skal skje eller hva som forventes av dem.
Feilaktig blir de ofte sett på som late og umoti-
verte: «Det den ungen trenger er en gulrot foran
og et spark bak!»

Generelle diagnostiske problemer

Det er to viktige formål ved diagnostisering: (1)
Å finne frem til mest mulig riktig forklaring på
beskrivelse av klientens problemer for å kunne
gi optimal behandling eller kompensering
tilrettelegging; og (2) Å kunne forske på ulike
medisinske tilstander. Et felles sett av kriterier gir
forskere mulighet for å identifisere sammenlign-
bare klienter, noe som bidrar til akkumulering
av kunnskap om tilstanden. Dette vil igjen
kunne føre til et bedret helsetilbud til klientene.
Psykiatriske diagnoser innebærer deskriptiv og
kriteriebasert diagnostikk hvor grunntanken
er å gi nøkterne beskrivelser av lidelsenes

manifestasjoner. Diagnosene er uttrykk for en
allmenn konsensus innen fagfeltet om hvordan
man tenker om og forstår de ulike lidelsene.
Dette kommer til uttrykk ved at de diagnostiske
manualene jevnlig kommer i nye revisjoner og
versjoner. I Norge benyttes diagnosemanual
utarbeidet av Verdens helseorganisasjon (WHO,
ICD). De diagnostiske begrepene som anvendes
i ICD-10 er operasjonalisert, dvs. hver diagnose
defineres av flere symptombeskrivende kriterier.
Likevel er det grunn til å påpeke at de ulike
lidelsene ikke oppfattes som distinkt avgrensede
tilstander og de fleste klienter har plager som
oppfyller kriteriene for flere diagnoser. Dette
betyr ikke nødvendigvis at de har flere lidelser.
Slik de diagnostiske kategoriene for psykiske
lidelser er definerte, er det høy grad av over-
lapp; både begrepsmessig og empirisk mellom
lidelsene. I utgangspunktet er det vanskelig å si
i hvilken grad dette skyldes at diagnosekriteriene
er dårlige redskaper eller at symptomene på ulike
psykiske vansker faktisk overlapper. Poenget er
at det er lidelser og ikke individer som diagnosti-
seres i disse systemene.

Det er imidlertid et iboende problem med
diagnosekategoriene at de er laget ut fra for-
målet om å holde ulike funksjonshemninger
og lidelser fra hverandre. Dette er demonstrert
klart ved definisjonen av autisme. Autismen er
et syndrom som man kan gå ut fra at favner
etiologisk svært ulike undergrupper. Kriteriene
bygger på atferdsmessige beskrivelser. Det er
ingen anerkjent fenomenmessig kjerne – et
utgangspunkt for validering – som definerer
autisme. Dette gjenspeiles i at man stadig endrer
syn på hvorledes syndromet skal karakteriseres.
Utviklingen har gått fra at autisme ble karakteri-
sert som en emosjonell forstyrrelse, deretter som
en grunnleggende kommunikatív vanske og en
kognitiv forstyrrelse knyttet til relativt avgrensede
kognitive funksjoner som «theory of mind» og

eksekutivfunksjoner. Samtidig er det anerkjent at man trenger en utviklingsmessig forklaring.

Definisjonen av utviklingshemning er et enda klarere eksempel. Diagnosen utviklingshemning er i hovedsak en *administrativ* kategori; opprinnelig laget for å betegne de som ikke ville klare å fungere i et ordinært skolemiljø. Diagnosen utgjør en sekkekategori som innbefatter høyst ulike etiologiske grupper og funksjonshemninger.

Diagnosene knyttet til psykiske lidelser har alle en klar kjerne; dvs. fenomenologiske beskrivelser som utgjør den teoretiske og kliniske validiteten. Allikevel gjenspeiler diagnosekriteriene denne kjernen i bare begrenset grad. Man bør skille klart mellom diagnostisering og det å identifisere og gjenkjenne de ulike psykiske lidelsene. Den kliniske utfordringen er ikke bare knyttet til diagnostiseringsproblemer. Den går langt dypere. Moderne diagnostikk har sterke islett av pragmatisk nosologi, også for psykiske lidelser. Kategoriene er ment å skille mellom ulike tilstander. Validitetsmessige hensyn kommer i andre rekke. Dette kommer til uttrykk i den gamle forskjellen mellom ICD og DSM (det amerikanske diagnosesystemet), som i dag er i stor grad er utvisket fordi ICD ligner mer på DSM. For å bruke ICD trengte man tidligere i større grad å være ekspert; noe som kunne gå på reliabilitet og validitet løs hvis den teoretiske og kliniske kompetansen til den som diagnostiserte var for liten. Idealet bak DSM når dette systemet ble innført, var at en noenlunde habil fagperson skulle kunne utføre diagnostiseringen i fall vedkommende har de nødvendige hjelpemidlene tilgjengelig. Det å kunne «oversette» fra den/de lidelsene som diagnosekriteriene teoretisk og klinisk – validitetsmessig – prøver å avgrense, er vesentlig mer krevende enn det å bruke et vanlig sett med diagnostiske kriterier.

Kjennetegn som forutsetter godt språk og kommunikasjon

Vanskene med å diagnostisere psykisk lidelse hos mennesker med utviklingshemning skyldes hovedsakelig to faktorer: *Nedsatt evne til egenrapportering og introspeksjon* og *spesiell fremtredelsesform*. Diagnostisering av psykiske lidelser hos personer i normalbefolkningen baserer seg hovedsaklig på informasjon fra personen selv. Mennesker med utviklingshemning kan imidlertid ha vansker når de skal gjøre rede for sine problemer. For å gjennomføre en god diagnostisk vurdering av denne gruppen, vil informasjon ved egenrapportering være begrenset. Observasjon alene vil heller ikke være tilstrekkelig. Diagnostisering på grunnlag av informasjon fra en tredje part kan gi usikker validitet (Moss 1999), medføre mange falske positive (Matson m. fl. 1997) og mangle informasjon om atypiske symptomer. Informasjon fra nærpå personer med god og langvarig kjennskap til målpersonen og personens variasjon i atferd og stemningsleie over tid, er nødvendig i tillegg til direkte observasjon for å få tilgang på informasjon om endring fra vanlig fungering (Howlin 2003, Lainhart 1999, Helverschou 2003).

Det er heller ikke klart hvordan ulike psykiske lidelser arter seg hos for eksempel personer med autisme og utviklingshemning (Clarke m.fl., 1999; Lainhart 1999). Symptomene på psykisk lidelse kan fremtre annerledes enn de gjør i normalbefolkningen. Dette omtales gjerne som at mennesker med autisme og utviklingshemning kan ha idiosynkratiske (særegne for denne personen) og atypiske (uvanlige) symptomer (Lainhart 1999). Blant annet har økt repetende og ritualistisk atferd blitt beskrevet som atypiske symptomer på angst hos mennesker med autisme (Tantam 2000) og utfordrende atferd som atypiske symptomer på depresjon i gruppen (Myers og Winters, 2002). Det har også

blitt hevdet at mennesker med autisme ikke viser sinnsstemninger på «normalt vis» (Lainhart 1999).

Selv om fremtredelsesform kan være ulik, er det rimelig å legge til grunn at psykiske lidelser hos mennesker med autisme og utviklingshemning begrepsmessig er de samme som for normalt intelligente (Lainhart 1999). At mennesker med autisme kan forstås ut fra de samme grunnleggende psykologiske mekanismer som andre er uttrykk for en helhetlig psykologisk forståelsesramme (Jacobsen og Bekk, 2005). Dette impliserer at personer med autisme og utviklingshemning ikke bare kan rammes av de samme psykiske lidelsene som normale, men at også kjernesymptomatologien i hovedgruppene av lidelser er lik. Kasusbeskrivelser støtter en slik antagelse (Lainhart 1999, Clarke m. fl. 1999).

Overlapp mellom tilstander

Det er også vanskelig å skille mellom symptomer på psykisk lidelse og autisme (Lainhart, 1999; Clarke m.fl., 1999; Ghaziuddin 2005). Tre vanlige feil kan bli gjort (Wing, 1997): For det første kan ukomplisert autisme bli diagnostisert som psykisk lidelse. Den andre feilen er å overse at mennesker med autisme kan ha en psykisk lidelse i tillegg til autisme. Tidligere ble psykiske vansker hos denne gruppen feilaktig tilskrevet grunnlidelsen (Lainhart 1999). En medvirkende grunn til dette er at autismsymptomene forsterkes hos de som utvikler psykisk lidelse. Den tredje feilen er å se den psykiske lidelsen, men ikke den bakenforliggende autismen. Begge disse to siste feilene kan kalles *Diagnostisk skygging*; – at forekomsten av en lidelse hos en person fører til at andre lidelser som personen har blir oversett. (Jopp og Keys 2001)

Overlappende symptomer mellom autisme og psykisk lidelse gjelder særlig psykose og tvangslidelse. Det er en rekke symptomområder

som overlapper mellom psykose og autisme, og da særlig schizofrene psykoser og autisme. Det gjelder i første rekke lav sosial aktivitet, manglende motivasjon, mimikkfattigdom, idiosynkratisk språk, språkfattigdom, bisarr atferd og affektfattigdom (affektavflatning) og til dels også spesielle interesser, «særinteresser». Disse overlappende symptomer vil vanskeliggjøre diagnostiseringsarbeidet og også den begrepsmessige avklaring vedrørende psykoser hos personer med autisme. Selv hos de personene med Asperger syndrom som har hallusinasjoner og vrangforestillinger, er det ikke enkelt å diagnostisere psykoser. Personer med autisme har gjerne sine helt egne syn på omgivelsene og bruker ofte også ord på en personlig måte. Slike idiosynkrasier kan mistolkes som vrangforestillinger, og det er særlig grunn til å fremheve konkret tenkning, dårlig kommunikasjonsevne og bokstavelighet som kilder til misforståelser i diagnostiseringsarbeidet (Howlin 2003; Wing 1997, Bakken m.fl. 2004).

Ifølge psykiatriske diagnosekriterier vil de fleste mennesker med autisme kunne få en tvangslidelsesdiagnose fordi et av symptomområdene knyttet til autisme overlapper med tvangslidelse. Det viktige er imidlertid å kunne identifisere de med autisme som har så store vansker at det kan karakteriseres som en tvangslidelse. For de som har kompetanse på autisme, er det imidlertid mulig å identifisere de personene som skiller seg ut fra det som er vanlig repeterende og stereotyp atferd innen gruppen.

Funksjonshemmingen feilfortolkes som psykisk lidelse

Uvanlige og idiosynkratiske uttrykk for normale reaksjoner og funksjoner kan også bli tolket som uttrykk for en psykisk vanske. Bruk av hørselen i orientering hos blinde, særlig bruk av ekkolokalisering kan lett mistolkes.

En blind gutt står i døråpningen til dagligstuen med kroppen av og til inn i rommet og av og til inn i gangen utenfor. Han rugger fram og tilbake med overkroppen, klapper i hendene, stamper hardt med beina og utstøter høye rop.

Dette er en beskrivelse av en blind gutt som bruker ekkolokalisering til å få informasjon om rommet. Når han rugger fram og tilbake sammenlikner han lydbildet fra dagligstua og gangen. Klappingen i hendene, stampingen med beina og de høye ropene er måter å utløse ekko på. Barn som er flinke til å bruke hørselen på denne måten får informasjon om rommets størrelse, form, møblering, om det er mennesker i rommet og hvor mange mennesker det eventuelt er. Når blinde barn har vist en slik atferd har dette imidlertid ofte blitt tolket både som autistiske trekk og som uttrykk for at barna strir med psykiske vansker.

En synshemmet gutt med autisme hadde synsfeltutfall og katarakt. I kantina på den barnepsykiatriske avdelingen hvor han var innlagt var det store sol-vendte vinduer. Hvis det var sol ute ble det sterkt motlys når man kom inn i kantina, noe som gjorde at gutten ble funksjonelt blind. Gutten reagerte på denne situasjonen med å bli engstelig og vise tegn på ubehag. Fordi han hadde dårlige mobilitetsferdigheter, presset han seg mot veggen og skled langs den når han skulle finne fram til matbordet. Samtidig stampet han med beina og ropte høyt meningsløse ting som for eksempel «*Á tanta mi. Tanta mi*». Til tross for at synstapet var godt kartlagt og beskrevet for personalet på avdelingen ble denne atferden ikke knyttet til guttens synsproblemer, men tolket som uttrykk for psykiske plager. Gutten fikk leketerapi, og foreldrene hans fikk også terapi.

Funksjonshemmingen overskygger

En gitt funksjonshemming kan overskygge både tilstedeværelsen av andre funksjonshemninger og psykisk lidelse. Et eksempel er blinde mennesker. Det er mange mennesker med blindhet

som tilfredsstillende tilstrekkelig mange kriterier på autisme til at en autismediagnose kan stilles og som følgelig har behov for autismetiltak, men som ikke får diagnosen. En av hovedgrunnene til dette, er den høye forekomsten av autistiske trekk hos barn og voksne med et medfødt synstap, selv hos de som ikke tilfredsstillende kravene til en autismediagnose. Stereotype former for atferd som vifting, rugging, øyeballpressing, leking med håret osv. som regnes som autistiske trekk, er så vanlige innen blindepopulasjonen at de omtales som «blindismer» i de miljøene som arbeider med synstap. Flertallet av normalt fungerende blinde, også de som ikke har autisme, har høy grad av vansker knyttet til forståelse av språk og sosiale situasjoner som likner på de vanskene mennesker med autisme og Asperger syndrom har. Dette har tradisjonelt ført til at blindheten har overskygget autismen hos de mange som har en dobbeltdiagnose.

De idiosynkratiske utfallene av både de psykiske vanskene hos mennesker med utviklingshemning og av funksjonshemmingene hos de med psykiske vansker innebærer store faglige utfordringer; – hvordan ser for eksempel psykiske vansker ut hos mennesker med autisme og utviklingshemning, og hvordan ser for eksempel autisme ut hos mennesker med psykiske vansker?

Angst hos barn med autisme og dårlige språk- og kommunikasjonsferdigheter er et godt eksempel på at barnas problemer blir tilskrevet autismen, og deres angst *oversett*. Barn med autisme har ofte sterke negative reaksjoner i transittsituasjoner, for eks. når de skal bli tatt med fra en situasjon og aktivitet til noe nytt. De ser redde og svært ofte engstelige ut. Barnas reaksjoner henger tett sammen med deres negative reaksjoner på nye og ukjente situasjoner, og i dag er det anerkjent at det beste botemidlet er å gi dem en oversikt over det som skal skje. Nettopp fordi disse reaksjonene er så vanlige

innen gruppen, var det inntil for relativt kort tid siden svært vanskelig å få gehør for at barna var reddet, engstelige eller hadde angst. Er tanken først kommet opp, er parallellen til en angstopplevelse slående. Barna er i høy fysiologisk beredskap. Det synes klart at de vet at noe skal skje. Deres dårlige kommunikative ferdigheter gjør det imidlertid vanskelig å fortelle dem dette. Tilsvarende fører manglende oversikt over egen hverdag til at de ikke vet hva som skal skje. Dette ligger nært en situasjon som man ut fra beskrivelsen av angstopplevelser kan sees på som angstutløsende. Situasjonen som barna er i, kan sammenliknes med det å våkne opp i Kina uten å kunne språket og kulturen og være omgitt av mennesker som vil deg noe. Sannsynligheten for at autismen skal overskygge en psykisk lidelse øker sterkt fordi de autistiske trekkene øker når et menneske med autisme får en psykisk lidelse (Tantam 2000 Wing, 1997).

Psykiske lidelser og tilpasningsvansker hos mennesker med utviklingshemning

Tilpasningsvansker

Tilpasningsvansker rammer de fleste med psykisk lidelse. Søvnproblemer, problemer med matinntak, irritabilitet, fortvilelse, å opprettholde personlig hygiene, det å kunne ta seg av de daglige gjøremål, er indikasjoner på at noe er «galt fatt». Sosiale arenaer og det å kommunisere med andre vil også kunne påvirkes negativt av en psykisk lidelse. Mange opplever psykosomatiske reaksjoner; smerter i mage eller bryst, eksem, kløe, synsforstyrrelse eller fordøyelsesbesvær. Hvor sterkt tilpasningsvanskene oppleves, vil avhenge av hvor alvorlig den psykiske lidelsen er, den enkeltes evne til å hanskes med sine problemer og ikke minst omgivelsenes evne til å støtte og hjelpe.

Erfaringsmessig ser vi flere typer tilpasningsvansker hos utviklingshemmede. Det kan være somatiske plager som tannverk, hodepinnetilstander, forstoppelse, trange sko, diabetes, dårlig syn eller hørsel. Vanskene kan også være av psykosomatisk art, en følge av det livsstresset funksjonshemmingene, og dermed forståelsesvanskene, medfører. Ugunstige miljøbetingelser, som urimelige krav eller aktiviteter klienten misliker sterkt, samt tapsopplevelser, kan gi vansker i samspill med omgivelsene.

En voksen kvinne med alvorlig utviklingshemning, autisme og psykose viste alvorlig aggresjon knyttet til aktiviteter på dagsenteret. Disse vanskene ble forstått som en oppblomstring av psykotiske symptomer. Man diskuterte om omlegging av medikamenter og reduksjon i aktivitetsnivået på dagsenteret ville gi symptomreduksjon. Det ble avdekket at aggresjonen var knyttet spesifikt til bestikksortering, en aktivitet som klienten hadde blitt introdusert for noe tid forut for de økte samhandlingsvanskene. Bestikksortering ble byttet ut med skjæring og servering av ost, fordi man visste at hun likte gulost spesielt godt. Aggresjonsvanskene forsvant raskt ved bytte av aktivitet og det ble rapportert at hun viste tydelige tegn på trivsel.

Tilpasningsvansker forekommer i stor grad hos mennesker med utviklingshemning og psykisk lidelse (Gustafsson og Sonnander, 2005). Det å bedømme om personen har vansker i forhold til omgivelsene, er enkelt for de klientene som blir sinte, aggressive, skriker høyt eller viser markert funksjonsfall. Klienter som blir passive og stille blir vanligvis ikke oppfattet som et like stort «problem» i sitt miljø og blir derfor sjelden utredet for psykisk lidelse. Såkalt «utfordrende atferd» og tilpasningsvansker ser ut til å øke proporsjonalt med grad av utviklingshemning og alvorlighetsgrad av gjennomgripende utviklingsforstyrrelser (Stubrud 2005, Lyng 2005). Tilpasningsvansker har tradisjonelt blitt sett på som uønsket atferd hos klientene, og tolket

som egenskaper ved klienten snarere enn som symptom på at noe er galt i omgivelsene, eller at klienten lider av en psykisk lidelse (Wadel 1990). «Latskap», «aktivitetsvegning», «å ville ha oppmerksomhet», «å unngå krav» og det «å lure personalet» er beskrivelser som går igjen. Studier viser at en stor andel tilpasningsvansker vil reduseres eller forsvinne ved generelt godt habiliteringsarbeid (Stubrud 2005). Dette viser at individuelt tilrettelagte og helhetlige tjenester er av stor betydning for å forebygge og å redusere psykiske vansker hos funksjonshemmede senere i livet.

«Cecilie» er en kvinne i tjuårene år med lærevansker. Hun bor i kommunal fellesbolig. For et par år tilbake fikk hun det vanskelig. Hun slo etter personalet og hylte og gråt mye. Hun fremsto som kranglete og hisset seg lett opp. Hun ble liggende i sengen og tisset på seg. Personalet forklarte at hun slik slapp unna aktiviteter og at hun slo personalet for å unngå krav. Problemløsningen ble grensesetting og økt bemanning. Man skulle ikke oppmuntre til «mer av det samme» så personalet skulle oppholde seg minst mulig inne hos henne. Imidlertid virket ikke tiltakene og hun ble innlagt i en psykiatrisk spesialavdeling. Der fant man at hun var alvorlig deprimert. Hun viste kjernesymptomer på depresjon; tristhet, initiativløshet, passivitet, irritabilitet og aggresjon, og urininkontinens. Det ble gitt medikamentell behandling og miljøterapi. Personalet var mye inne hos klienten grunnet angstreaksjoner. Omsorgsbehandling med servering på sengen, ingen krav til egenaktivitet og forsiktig oppmuntring til det å være sammen med andre inngikk i behandlingen. Hun kom seg raskt og kunne skrives ut.

Unike uttrykk for kombinasjon av vansker

I Autismenettverket har det vokst fram stadig nye konkretiseringer av det som er unikt ved mennesker som har en dobbeldiagnose og ved et egnet tilbud til disse. Det har vist seg fruktbart å bruke en trekantsammenlikning for å spissformulere disse unike kjennetegnene. Det

ble først gjort med hensyn til mennesker med dobbeldiagnosen blindhet og autisme. Der ble det allerede ved Autismeprogrammets start formulert en strategi hvor man eksplisitt sammenliknet kjennetegn ved vanlige blinde barn og ungdommer, vanlige barn og ungdommer med autisme og barn og ungdommer som både er blinde og har autisme. Gjennom årene har det vokst fram en relativt lang liste av forhold som kjennetegner dobbeldiagnosen. Mange av forholdene på listen er ganske overraskende og setter andre krav både til fagkompetanse til de som er involvert i tilbudet og til de tilbudene og tjenestene som blir gitt til gruppen (Elmerskog m.fl. 2005).

Spesielle vansker hos mennesker med dobbeldiagnosen Down syndrom og autisme

Autismenettverket satte i 2003 i gang et prosjekt for å evaluere om dobbeldiagnosen Down syndrom og autisme representerte et eksempel på en undergruppe av autismebefolkningen som

1. hadde behov for ekstraordinært kompetansekrevene tjenester, og hvor
2. man ikke kunne regne med at de tilbudene og tjenestene de trengte *ikke* kunne bli dekket av den ordinære spesialisttjenesten.

Foreløpige erfaringer fra prosjektet tilsier at gruppen *har* behov for særskilte tiltak som i dag ikke blir dekket av den ordinære spesialisthelsetjenesten. Til tross for at en del forhold taler for at autisme og autismlignende tilstander er relativt vanlig i Downs-populasjonen, blir autisme sjelden diagnostisert i gruppen. Det synes som man i høy grad tillegger barnets vansker til kromsomerforstyrrelsen, selv når barnet har en væremåte som er klart avvikende fra «stereotypien» om Down syndrom. Det synes

som diagnosen Down syndrom dikterer en gitt pedagogikk og tilrettelegging, og denne blir fulgt til tross for manglende resultat og trivsel.

Dobbeldiagnosen Down syndrom og autisme kan tjene som et eksempel på hvordan psykiske vansker kan fremstå i en gruppe med flere funksjonshemninger. I gruppen med 10 barn og unge har dette prosjektet funnet flere former for passivitetsvansker, det være seg lært hjelpe-løshet, initiativløshet, vegring, dyspraxi og noe som foreløpig omtales som «psykotisk fjernhet». Dyspraxi, i betydningen vansker med å utføre handlinger når en har fokus på utførelsen, har overraskende blitt påvist hos syv av ti personer. Dette er langt hyppigere enn hos rene Down-, eller autisme-populasjoner. Elevene som ikke hadde dyspraxi hadde en god miljømessig tilrettelegging, og var i et miljø som var vant til autis-mevansker. Disse foreløpige resultatene antyder en særdeles uheldig utviklingsbane som disse barna er fare for å havne i. Kombinasjonen av den autistiske særhet og den forlengede proses-seringstid, i miljø som ikke tar hensyn til begge problemkomplekser, setter fart på en utvikling mot stadig mer passivitet og orientering bort fra omgivelsene. Mot slutten av denne utviklings-kjeden sees barn som fremstår som «fjerne» Særlig skremmende var en form for fjernhet som kan likne en psykotisk tilstand og som ble obser-vert hos flere av personene.

En gutt i ungdomsalderen med dobbeltdiagnosen autisme og Downs syndrom viste både dysprak-tiske utførelsesproblemer og en spesiell form for agitert fjernhet som minnet om psykose. Gutten skulle spise lunsj. Han hadde med seg en matboks i plast som var lukket med to plastlåser som skulle knipses åpen. Før han fikk sette seg til bords, skulle han dekke bordet med spisebrikke, asjett, glass, kniv og gaffel. Det var laget en «oppskriftbok» med bilder av tingene hvor det gikk fram i hvilken rekkefølge han skulle sette dem på bordet. Dette var en rutine som han var vant med gjennom flere

år. Han hentet først spisebrikken og plasserte den foran stolen sin. Dette gikk greit. Deretter gikk han fram til oppskriftsboken og så på første bilde som viste en stabel av tallerkener som sto i skapet, hvor skapdøren var åpen. Han brukte lang tid før han gikk til skapet, åpnet døra og tok ut en tallerken. Deretter stirret han først stivt på tallerkene og så deretter i retning av bordet. Etter en lang stund tok han med seg tallerken til bordet. Han gikk i et seigt tempo og brukte flere forsøk før han fikk satt tallerkenen rett ned på brikken. Det å sette glasset, kniven og gaffelen på plass tok enda lengre tid og forflytningen ble gradvis tregere for hver tur. Til sist satt han på stolen sin ved bordet. Han tok opp matdåsen, plasserte en tomme under hver av de to plastlåsene, pustet tungt, ble sterkt anspent og holdt pusten. Det så ut som han holdt på å hype seg opp for åpne boksen, men han seg sammen i kroppen, så opp i taket, slapp pusten ut og begynte å flippe med matboksen. Deretter samlet han seg og fokuserte på nytt på å åpne boksen. Men det samme skjedde som første gang. Etter flere forsøk klemte han så hardt til med tomlene at lokket på boksen føk opp og brødskivene spratt utover bordet og gulvet. Da sank han helt sammen. Etter lang tid, og med trege bevegelser, plukket han så skivene opp igjen, la dem i boksen og klemte låsene på plass. Så var det tilbake til utgangspunktet. Full konsentrasjon om å få åpnet boksen – helt til han plutselig falt i staver. Han så med tomt blikk ut i rommet, ble urolig i kroppen og blodrød på halsen og i ansiktet. Det syntes ikke som han var opp-merksom på noe av det som skjedde rundt ham. Slik satt han. Av og til så han på matboksen som om han ikke skjønnte hva den var; – som om den plutselig og uventet var falt ned i hånden hans. Det virket som han hadde det svært vondt.

Spesifikke kjennetegn på psykisk lidelse hos utviklingshemmede

Ved å ta utgangspunkt i hvordan de ulike psy-kiske lidelsene er definert i diagnosemanualene og kjernen i den teoretiske validiteten, kan holdepunkter for de ulike lidelsene identifiseres. Holdepunkter for psykisk lidelse hos utviklings-hemmede tar utgangspunkt i at det har skjedd

en ending i atferd hos klienten. For å innhente informasjon om disse holdepunktene, bør nærpersoner som kjenner personen godt intervjues. Informantene bør ha kjent vedkommende minst ett år, og kan være familie, personale i bolig, på arbeidsplass eller skole.

Holdepunkter for **psykose** er forstyrret eller usammenhengende tenkning og tale, forstyrret virkelighetsoppfatning, disorganisert atferd, og negative symptomer.

Det er vanskelig å skille mellom ulike former for psykoser hos utviklingshemmede. Schizofreni-liknende psykose er preget av *sosial tilbaketrekking* og et svingende symptombilde i tillegg til *bisarr atferd* utover det normale. Personer med manisk psykose er preget av et meget høyt aktivitetsnivå samt pågåenhet i forhold til enkelte objekter eller samvær med enkelte personer, i tillegg til forhøyet stemningsleie. *Mani* er i det alt overveiende del av en **bipolar lidelse**. *Disorganisert atferd* viser seg ved at klienten ikke klarer å starte eller gjennomføre tidligere innlærte, kjedete og målrettede aktiviteter, har tap av orienteringsevne i kjente omgivelser og avsporer lett fra aktivitet eller samhandling. *Sosial tilbaketrekking* viser seg ved at klienten gjør færre henvendelser til nærpersoner, gir mindre blikkontakt eller færre svar på henvendelser. *Mani* viser seg ved markert mindre søvn, vansker med å sovne inn om kvelden, langt mer aktiv enn vanlig.

En godt voksen mann med autisme og moderat utviklingshemning ble psykotisk. Han ble innlagt i psykiatrisk sykehus. Han var meget nøye med hygien og hadde et godt innøvd morgenrituale som inkluderte dusj hver dag. Da han ble psykotisk var han ikke i stand til å håndtere det han trengte for å dusje; såpe, klut, skru på vannet. Han kunne starte midt i dusj-sekvensen og sporet lett av. Han trengte hjelp i nesten alle ledd i dusj-sekvensen, selv om han vanligvis kan dette godt. Han viste også bisarr atferd, armer og ben virket helt ukoor-

dinerte og gikk i «alle» retninger. Han hadde også disorganisert språk. Dette viste seg i bruk av færre ord og mer utydelig uttale.

Symptomer på **depresjon** er passivitet, tap av ferdigheter, gledesløshet og reguleringsproblemer. *Reguleringsproblemer* kan komme til uttrykk gjennom søvnproblemer, spiseforstyrrelser, vekttap eller forstyrrelser av fordøyelse og stoffskiftet. *Passivitet* og *gledesløshet* viser seg ved tap av interesse for, eller uvilje mot, tidligere positive aktiviteter, synlig tristhet og mimikkfattighet (hvis man vet med sikkerhet at personen har vist mer mimikk tidligere). Synlig tristhet og nedstemthet kan observeres kombinert med en nedsunken kroppsholdning. *Reguleringsproblemer* viser seg ved at personen viser mindre interesse for å komme til måltidene, spiser mindre enn vanlig, vekttap, tempo er satt ned, problemer knyttet til søvnen som han/hun ikke hadde tidligere.

Angst medfører høy kroppslig beredskap (arousal) og / eller unnvikelsesatferd. Meget sterke og plutselige angstreaksjoner betegnes som panikkanfall. Avhengig av hvilken sammenheng den høye kroppslige beredskapen og eventuelle panikkanfall opptrer i, vil den kategoriseres som ulike former for angstlidelse. Panikkanfall kan forekomme i kombinasjon med generalisert angstlidelse, fobier og tvangslidelse. Panikkanfall kan forekomme når personen eksponeres for eller presses i forhold til situasjoner og aktiviteter som fryktes eller unngås. For psykisk utviklingshemmede vil nettopp panikkreaksjonene være symptomer som lar seg identifisere og operasjonalisere.

Kroppslig beredskap (høy arousal), viser seg ved tre eller flere av disse holdepunktene: Økt muskeltonus, ansenthet, utvidete pupiller, motorisk uro, rødming eller unormal blekhet, høy puls, pustevansker, unngåelsesatferd, fastfrysning i situasjonen. *Panikkanfall* vises ved

kraftigere kroppslige reaksjoner enn ved høy arousal, og kan i tillegg vise seg ved hyperventilering og svetting.

En person med *generalisert angst* har høy kroppslig beredskap (arousal), og reaksjonene viser seg på tvers av situasjoner og aktiviteter, forekommer hyppig og har vart lenge. Personen prøver å unngå en rekke situasjoner og aktiviteter, og hvis presses til deltagelse vil angstanfall (panikkanfall) utløses. En person med *fobisk angst* har høy kroppslig beredskap (arousal), og/eller tilbakevendende panikkanfall, og disse reaksjonene er knyttet til spesielle aktiviteter, hendelser eller objekter.

Holdepunkter for **tvangslidelser** er knyttet til at mennesker gjør ting mot sin egen vilje, og dersom de blir hindret i å gjøre dette, reagerer de som regel med angst eller panikkanfall. Dette vises ved at *personen ikke kommer i gang med en ønsket aktivitet fordi han/hun blir forhindrede av å fokusere på/gjennomføre tvangspreget atferd* eller at *personen avbrytes i gjennomføringen av en ønsket aktivitet fordi han/hun blir forhindrede av å fokusere på/gjennomføre tvangspreget atferd*.

En ung mann med autisme hadde sterk dragning mot nakne kvinneskuldre. Særlig ble han oppslukt av skuldre som var halvt dekket av snorer eller tekstiler. Et år han deltok på Autisimeforeningens sommerseminar, ble han sittende ved samme bord som en kvinne som hadde en kjole hvor skuldrene bare var dekket av tråder i et gittermønster. Han ble sittende som fjetret med blikket stivt festet på en av skuldrene til kvinnen. Etter hvert fikk han en ubehagelig blærespeng. Han klynket og hadde det vondt, men klarte ikke å slippe skulderen med blikket. Tilslutt oppfattet en som kjente ham godt problemet og la et lommetørkle over skulderen. Det løste problemet. Gutten kom seg fri og fikk gå på do.

Ved å fokusere på kjernen i den teoretiske validiteten unngår man avgrensingsproblemene i forhold til rutiner og repeterende atferd; noe

som ikke innebærer forhindring/avbrytelse av aktivitet som personen egentlig ønsker (biltur, kafé etc.). Angstreaksjonene som kommer dersom tvangshandlingen blir hindret, understreker ytterligere skillet til rutiner og repeterende atferd. Det kan synes som noen mennesker er kjennetegnet av å ha et tvangsmessig preg, og som er spesielt sårbare for å utvikle en tvangslidelse. Hvis man bruker kriteriene «gjøre ting mot sin egen vilje» og «atferden forhindrer personen fra å gjøre det vedkommende vil» synes det imidlertid at personene kan veksle mellom å ha en tvangslidelse og det å ha sterk grad av vanlig stereotyp og repeterende autistisk atferd.

En mann i tredveårene med autisme og dårlige språkferdigheter hadde tidlig skilt seg ut blant andre i autismegruppen på grunn av tvangsmessige trekk. I tre–fire års alder kjente han igjen de enkelte steinene som lå i grusgangen foran familiens hus og protesterte hvis de hadde blitt flyttet på. Han ordnet objekter i mønstre og rekkefølge ut fra tingenes fysiske attributter, og var sterkt opptatt av at ting skulle ha sin faste plass. Allikevel er det vanskelig å hevde at han tidlig hadde en tvangslidelse. Hans tvangsmessighet sperret ikke for ting som han egentlig ville gjøre. Senere utviklet mannen store atferdsproblemer, og mye av livet hans ble preget av konflikter og slagsmål. Samtidig utviklet og forverret tvangshandlingene seg. Det ble flere ting som han hang seg opp i, og måtte kontrollere at ikke ble forandret. Dører måtte lukkes, vindushasper måtte stå i riktig posisjon. De samme tingene skulle være der på samme plass, og de samme menneskene skulle være tilstede og stå i samme positur. På det verste gikk han fra person til person og rettet på dem; flyttet dem for eksempel litt til siden, løftet haken deres og satte den i riktig stilling. Helst skulle mennesker som han kjente si det samme hver gang han møtte dem, med lik ordlyd og betoning. På dette tidspunktet synes det neppe å være noen tvil om at han led av en tvangslidelse. Han var sterkt plaget og virket ulykkelig. Senere, når tilbudet hans ble bedre tilrettelagt og han ikke lengre var i konflikt med sine daglige samhandlingspartnere, sank grad og intensitet

av tvangshandlingene. Da virket det også som at han trivdes og hadde det bra. Hangen etter at ting skulle ha sin faste plass var fremdeles tilstede, og det var fremdeles mange forhold som han måtte sjekke. Omfanget sank imidlertid og sjekkrutinene hans forhindret ham ikke fra å ha et aktivt liv og å få gjort ting han var opptatt av.

Ut fra slike eksempler synes det som symptomer som kvalifiserer til en tvangslidelse varierer med grad av tilpasningsproblemer, på samme måte som allmenn autistisk atferd og autistisk repetende atferd spesielt gjør.

Idiosynkratiske, allmenne og ekvivalente holddepunkter

Symptomer på psykisk lidelse hos utviklingshemmede vil vise seg som idiosynkratiske, allmenne og ekvivalente kjennetegn hos klienten.

«Jens Petter» er en mann med alvorlig utviklingshemning og autisme. Han har perioder med alvorlig funksjonsfall og symptomer på psykisk lidelse som best forklares av diagnosen bipolar affektiv lidelse. I lange perioder har han det rimelig bra. Han går på jobb og trives med fritidsaktiviteter. Han bruker enkle setninger, og gjennomfører daglige gjøremål med høy grad av selvstendighet. Han kan sitte stille lenge av gangen. I perioder med høy symptombelastning endrer dette bildet seg dramatisk. Tegn på utvikling av en depressiv eller manisk fase er endret søvnmønster, tap av selvstendighet i gjøremål, irritabilitet eller aggresjon mot personalet i boligen. Når symptomene er mest fremtredende må Jens Petter ha hjelp til absolutt alt. Han må kles på, mates og trenger omsorg. Han er desorientert, har sterk angst og kan utagere mot ting eller personer. Angstreaksjonene er idiosynkratiske i den forstand at de ikke så lett lar seg kjenne igjen som angst. Jens Petter roper høyt at han vil reise med trikk. Han roper høyere og høyere og vil at personalet skal gjenta ordrett hva han sier. Disse ropene om trikk har lenge vært såpass fremtredende at andre tegn på angst som høy puls og hyperventilering har vært oversett. Ved siden av disse idiosynkratiske angsttegnene viser

også Jens Petter allmenne tegn på bipolar lidelse. Han har sterke svingninger både i energinivå og stemning. Han har både depressive og maniske faser. Søvn mønsteret er allment. Han sover ekstremt lite i maniske faser og er helt initiativløs i depressive faser, men sover lite da også.

Mennesker med autisme kjennetegnes blant annet av idiosynkratisk kommunikasjon, og i denne gruppen sees ofte også idiosynkratiske symptomer på psykisk lidelse. I prosjektet *Autisme og psykisk lidelse* (Martinsen m.fl. 2003) har alle de brukerne det har vært organisert prosjekter rundt, vist idiosynkratiske symptomer. Det kan se ut som særlig angstreaksjoner fremstår som idiosynkratiske. Et eksempel er en ung gutt som under angstanfall klapper sine nærpå personer på kroppen på en bestemt måte. Felles for mange av disse klientene er at disse særegne måtene å vise angst på, gjør at atferden lett kan bli oppfattet som typisk autistisk og derfor ikke som et symptom på psykisk lidelse.

Når et menneske er i fysiologisk beredskap som gutten i eksemplet over, vil det være en sammenheng mellom økt beredskap og følelsesmessige reaksjoner, en gjensidig påvirkning som gjør at personen kan virke både fjern og merkelig. Dette vil også påvirke oppmerksomheten.

Jens Petter i eksemplet over har også allmenne symptomer på psykisk lidelse. Imidlertid er Jens Petter en såpass uvanlig mann at selv disse allmenne tegnene ikke umiddelbart oppfattes som symptomer på psykisk lidelse. Hans symptomer måtte «oversettes» fra å gjelde for en mann med alvorlige funksjonshemninger til å passe inn i en kriteriesamling som er laget for å passe for vanlige folk. Det måtte en kraftig ryddeoperasjon til å forstå hva som var hva av hans meget kompliserte symptombylle. Når opprydningen var gjort, var det ikke vanskelig å se hvilke av hans symptomer som var ekvivalenter til allmenne kriterier.

Kliniske Implikasjoner

Behov for fenomenorientering og kunnskap om den enkelte klient

For å gi mennesker med omfattende og sammensatte vansker et tilstrekkelig godt tilbud, er det flere former for kunnskap som må være tilgjengelig; spesialisert kunnskap om de ulike lidelsene og forstyrrelsene personen lider av, samt hvordan kombinasjonene arter seg. (Dette kunnskapskravet ble drøftet i del 1 av denne artikkelen, SOR. Rapport nr. 1, 2006). I tillegg er gode tilbud til denne gruppen avhengig av en grundig beskrivelse og forståelse av det som er unikt ved den enkelte, det være seg, væremåte i ulike situasjoner, særlige forhold ved lesbarhet og fortolkning, eller omgangsform tilpasset svingninger i personens dagsform.

I Buskerudprosjektene, under veiledning fra Autismeenheten, ble det utviklet et verktøy for å systematisere nærpersoneinformasjonen og implementere den i planleggingen av persons tilbud. «Kompetansemappa» (Nærland, Wigaard, Kirkebøen og Tollefsen, 2004) har vist seg å være et godt klinisk verktøy, særlig for de brukerne med de mest sammensatte vanskene og som er vanskelig å lese og fortolke. Den sentrale funksjon til kompetansemappa er akkumulering av kunnskap om den aktuelle personen og det miljø han/hun lever i. Kompetansemappa gir en samlet oversikt over all vesentlig informasjon om personen; utredningsresultat, diagnoser og lignede «objektive» data settes sammen med nærpersoneinformasjonen. Kompetansemappa er tilgjengelig på alle relevante arenaer, dette gir gode muligheter for at personen blir møtt på en konsistent og forutsigbar måte, samt at dennes kommunikasjonspotensiale øker ved at avlesning og fortolkning er samkjørt. Kompetansemappa tjener som et sentralt redskap i personalopp-læringen i de miljø den er etablert.

Et integrert perspektiv: forebygging og behandling

En undersøkelse foretatt ved habiliterings-tjenesten i Østfold påpeker at ordinært men grundig habiliteringsarbeid påvirker og drama-tisk reduserer behovet for særlige tvangstiltak (Stubrud 2005). Av de personene med utvi-klingshemning som ble henvist i henhold til sosialtjenesteloven Kap. 6A/4A til habiliterings-tjenesten i Østfold, det vil si søkt om tillatelse til å bruke tvang og makt, var det 78,8 % som ikke lenger hadde dette behovet etter bistand fra avdelingen. Sentrale elementer ved tiltakene var individuell tilpassing med fokus på å tilrette-legge for positive aktiviteter, spesialtilpasning av kommunikasjon og samhandling, og tiltak for å stoppe eller dempe farlig og ødeleggende atferd.

Flere grupper med funksjonshemminger kan sies å ha sine psykiske tilleggsvansker som største utfordring i voksenalder. Denne kunnskapen understreker viktigheten av et grundig habili-teringsarbeid rettet mot barn og ungdom med antatt sterkt forhøyet risiko for å utvikle psykisk lidelse i ungdomstid eller voksenalder.

Målsettinger som ved måloppnåelse kan kompensere for sårbarhet relatert til psykisk lidelse er:

- Oversikt over hverdagen og egen rolle i de ulike situasjoner denne består av.
- Innhold i livet. Aktiviteter som fyller dagen og som oppleves som meningsfulle for personen selv.
- Evne til å gjøre rede for seg og sine opplevelse og delta i andres
- Opplevelse av å være en agent i eget liv. Ha mulighet til å unngå ubehageligheter og med jevne mellomrom få opplevelsen av å oppnå noe en har lyst å oppnå.

Omskrevet til å passe den aktuelle personen og det miljø som omgir denne bør disse målsettingene i konkretisert form finnes i enhver individuell plan.

Et egnet tilbud ved stadfestet psykisk lidelse vil også måtte skreddersys og tilpasses klientens *faser*. Klientens atferd vil endre i de ulike fasene. Intervensjon og samhandling vil derfor måtte tilpasses spesielt til de ulike fasene. En psykisk lidelse kan medføre svingninger i funksjonsnivå, og store vansker med emosjonsregulering. Dette gjelder særlig for stemningslidelser og psykoser, men også angst og tvangslidelse kan medføre betydelige svingninger hva symptombelastning angår. For klienter som selv ikke kan fortelle om sine plager, er det viktig at det foreligger gode beskrivelser av holdepunkter for at klienten er inne i ulike faser, og særlig viktig er en detaljert beskrivelse av *varseltegn*. En slik oversikt over faser og varseltegn bør implementeres i klientens individuelle plan.

«Per» er en voksen mann med moderat utviklingshemning og autisme. Han ble henvist til Prosjekt Autisme og psykisk lidelse etter årelange forsøk med å få bukt med perioder med aggresjon og andre tilpasningsvansker som roping, hodedunking, og alvorlig sosial tilbaketrekking. Per har en schizofreni-liknende psykotisk lidelse. Tilpasningsvansker viste seg ved dramatisk funksjonsfall, manglende søvn, sinne, gråt, roping, ekstrem uro og alvorlig utagerende atferd mot personalet. Per viste alvorlig disorganisert atferd. Han hadde særlig store vansker med å gjennomføre rutineoppgaver han vanligvis mestrer godt, som å kle på seg eller smøre på brødkiver. Han virker særlig desorientert i sosial samhandling. Han ble sint og slo, særlig etter å ha fått en verbal instruks. Personalet i boligen forklarte at han virket helt «oppløst». Han trakk seg fra all sosial kontakt. Disse fasene med «oppløst» atferd avløses av faser hvor Per er en stillferdig, blid og omgjengelig mann med særlig forkjærlighet for kaker og andre søte saker. Han snakker med sine tjenesteytere i en hyggelig tone og trives generelt godt med livet.

Han liker godt enkle arbeidsoppgaver, men tåler dårlig kritikk hvis han ikke mestrer. Da blir han innsluttet og mutt.

I en **akutfase** vil klientens funksjonsnivå normalt være falt til et nivå langt under det vanlige for personen. Også emosjonelle vansker er påfallende. Av dette følger at prinsipper for behandling i første rekke vil dreie seg om omsorgstiltak; sørge for at klienten opprettholder hygiene, får på seg klær, får i seg mat og får hvile etc. Angstreduserende tiltak vil være relevant for de fleste av klientene i en akutfase. Tjenesteytere må ta seg av alle oppgavene klienten ikke får til; krav og press må ikke inngå i den daglige samhandlingen. Klientens kognitive status medfører at instruks i de fleste tilfeller blir oppfattet, eller oppfattes som «skurr» av klienten. Når akutfasen er i ferd med å ebbe ut, vil det i en periode være restsymptomer (**residualfasen**). I denne fasen vil det være optimalt med forsiktig oppmuntring til deltagelse i sosiale sammenheng og i aktiviteter for å tilbakeføre klienten til det «vanlige livet».

I **latensfasen** kan klienten være så godt som symptomfri i forhold til den psykiske lidelsen. Det er sentralt å utrede sårbarhetsfaktorer: særlig vanlig er kritiske kommentarer, fiendtlighet og emosjonell overinvolvering for ellers normalt fungerende klienter (Jordahl og Repål, 1999). For mennesker med utviklingshemning kan for eksempel massiv instruksstyring, dårlig oversikt, for høye krav, somatisk sykdom, og lignende være sentrale sårbarhetsfaktorer. Disse faktorene er særlig viktig relatert til klienter med alvorlig psykisk lidelse og bør integreres i forståelsen av hvordan miljøarbeidet rundt klienten skal legges opp, også i faser hvor klienten ikke viser symptomer på psykisk lidelse. **Opptrapping** av symptomer kan indikere at en ny akutfase er i emning. Observasjon av varseltegn må derfor inngå i omsorgsplanen for klienten.

«Knut» er en mann i tredivårene med en bipolar lidelse. Han har relativt lange, stabile perioder hvor han skjøtter arbeidet og trives med sine fritidsaktiviteter. Med ujevne mellomrom får han faser med bipolar lidelse. Mønsteret har vært det samme gjennom mange år. En symptomfri fase avløses av en manisk fase, med en påfølgende langvarig depressiv fase. *Varseletegnene* før en manisk fase arter seg som redusert søvn, irritabilitet, rot på kjøkkenet, skingrende rop og han begynner å trippe (gå på tå). Boligpersonalet tar i bruk en alternativ dagsplan med færre aktiviteter og mindre krav til egenaktivitet hos klienten når varseltegnene viser seg. Det foreligger en avtale med habiliteringstjenesten som setter inn tiltak, spesielt veiledning. Fastlegen vurderer medisinsk behandling.

Ikke alle psykiske lidelser fremstår med like typiske faser, selv om de fleste mennesker med psykisk lidelse vil oppleve at symptombelastningen svinger. Mennesker med angstlidelser kan oppleve symptomer hver dag.

«Hans Erik» er en mann i 40-årene med autisme og alvorlig utviklingshemning som fikk behandling for hundefobi. Bakgrunnen var at han i liten grad fikk være ute, fordi han kunne han få panikkanfall og slå personalet hvis han møtte hunder. Han kunne også gripe fatt i dem og slepe dem av gårde, eller han kunne slå og lugge dem, og personalet viste etter hvert også angstreaksjoner i situasjoner hvor de sammen med han møtte eller risikerte å møte hund. Målsettingen var ikke at han skulle bli kvitt sine fobiske reaksjoner fullstendig, men at problemet skulle reduseres og dermed bli mer håndterbart for både ham og personalet. Man ønsket å bidra til at angsten ikke lenger skulle styre livet hans, med hensyn til hvor han skulle kunne bevege seg. Behandlingen bestod av flere elementer. Bl.a. en egen trening i å mestre samvær med hund. Erfaringene fra treningssituasjonene dannet grunnlag for utarbeidelse av miljøregler for hvordan personalet skulle håndtere uforutsette og naturlige møter med hund, dvs. hvordan de skulle skjerme ham fra direkte eksponering. Behandlingen førte til at personens angst for hunder ble noe redusert. Interessant er at når personalet visste

hvordan de skulle opptre, ble deres angst for å være ute med ham sterkt redusert. Dermed var ikke hundefobien lenger invalidiserende for «Hans Erik».

Samtidig som det må taes hensyn til den psykiske symptombelastningen i de ulike fasene, må det også taes hensyn til at funksjonshemming og psykisk lidelse vil påvirkes gjensidig. For å gi et fullverdig tilbud til klienten, må tjenesteytnerne kompetanse derfor dekke disse områdene: 1. fellestrekk hos grupper av mennesker med funksjonshemmingen og hvordan disse fellestrekkene varierer innen gruppen (eksempelvis autisme og Down syndrom), 2. fellestrekk hos gruppen med gjeldende psykisk lidelse (eksempelvis depresjon), og hvordan disse trekkene varierer innen gruppen. I tillegg må kompetansen dekke kunnskap om klienten som individ; både hva gjelder dagsformsvingninger, idiosynkratiske kommunikasjonsformer, temperament og interesseområder.

«Gerd» er godt voksen. Hun er utviklingshemmet og har autisme. I tillegg er hun i perioder dypt deprimert. I disse periodene har hun alvorlig energitap og er irritabel. Hennes autistiske ritualer tiltar i omfang. Hun samler pinner i et voldsomt omfang. Hun er ute av stand til å arbeide. Sett i lys av hennes depressive tilstand, ville det vært naturlig med en sykemelding slik at hun kunne være hjemme i leiligheten. Men fordi hun er helt avhengig av rammer og forutsigbarhet, blir hun kjørt til sitt arbeid hver hverdag til samme tid. Der arbeider hun imidlertid ikke. Hun ligger på sofaen og blir servert mat, kaffe og sigaretter med jevne mellomrom.

Til slutt et eksempel relatert til miljøarbeid knyttet til engstelse og angst. Forekomsten av angst ser ut til å være høyere hos mennesker med utviklingshemning generelt, og spesielt hos mennesker med autisme (Ghaziuddin 2005, Lainhart 1999, Tantam 2000).

«Herman» er en aktiv tenåring med moderat utviklingshemning og autisme. Han er svært glad i å bruke kroppen, særlig alt som har med fart å gjøre, sykling og aking er favorittaktiviteter. Han fremstår derfor som uredd. Men Herman er egentlig svært engstelig – særlig for menneskemengder, nye situasjoner og sterk lyd. Han har reagert sterkt i musikktime på skolen, og han prøvde å stikke av da piano ble introdusert i undervisningen. Når denne muligheten ble avskåret, ble han sint og sa stygge ting til læreren og medelever.

Vil Herman være i fasesonen for å utvikle en psykisk lidelse? Peker hans reaksjoner frem mot en mulig angstlidelse, eller en depresjon? Dette er vanskelig å predikere. Imidlertid vet man at det er en sterk sammenheng mellom angst og depresjon (Kringlen 2001). Hvis vi aksepterer at Hermans reaksjoner i musikktime kan tolkes som atypiske reaksjoner på angst, og at han også viser angstreaksjoner i andre situasjoner, kan det være grunnlag for å hevde at Herman faktisk er i risiko for å utvikle en angstlidelse. Dette forutsetter imidlertid at miljøet rundt han ikke gjenkjenner reaksjonene som angst, og heller ikke tar hensyn til dem i måten de reagerer i forhold til han på. På sikt er det også grunnlag for å frykte at han kan komme til å utvikle en depresjon.

Den atypiske og idiosynkratiske måten angsten hans fremstår på, bringer oss tilbake til utgangspunktet. Et forebyggende arbeid vil måtte fokusere mot *lesbarhet og fortolkning* av Hermans atferd på ulike arenaer. Med utgangspunkt i gode beskrivelser av hans idiosynkratiske angstreaksjoner, hvor også konvensjonelle angsttegn taes med, vil det være mulig å skape et miljø som tar hensyn til angsten hans, og dermed reduserer sannsynligheten for at han utvikler psykiske vansker senere i livet.

Referanser

- Bakken, Trine Lise; Helverschou, Sissel Berge; Eknes, Jarle; Kalvenes, Gro; Bjella, Harald; Eilertsen, Dag Erik; Martinsen, Harald (2004) *Psykiske lidelser hos voksne mennesker med autisme og utviklingshemning – Begrepsanalyse*. Autismenttverket.
- Bentall, P.B. (2003) *Madness explained. Psychosis and human nature*. Penguin Books.
- Clarke, D.J., Baxter, M., Perry, D. og Prasher, V. (1999) *The diagnosis of affective and psychotic disorders in adults with autism: seven case reports*. *Autism* 3(2) 149–164.
- Elmerskog, B., Martinsen, H., Storliløkken, M. og Tellevik, J.M. (2005). *Tactile-Haptic and Auditory perception, interests, and activity in high functioning blind persons with and without autism*. Poster presented at the 4th Nordic conference of Research on Autism Spectrum Disorders, Oslo 14.–16.april 2005.
- Gelder, M., Gath, D., Mayou, R., Cowen, P. (1998) *Oxford textbook of Psychiatry*. Third Edition. Oxford: Oxford University Press.
- Ghaziuddin, M. (2005). *Mental health aspects of autism and Asperger syndrome*. London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.
- Gustafsson, C. og Sonnander, K (2005) *A psychometric evaluation of a Swedish version of the psychopathology inventory for mentally retarded adults (PIMRA)*. *Research in Developmental Disabilities*, 26; 183–201.
- Helverschou, S.B. (2003) *Hvordan kjenne igjen psykiske vansker hos mennesker med autisme? – eksemplifisert ved angst*. Presentasjon på Erfaringskonferanse Molde juni 2003.
- Howlin, P. (2003) *Autistic disorders*. I: Howlin, P. og Udwin, O. (red.) *Outcomes in neurodevelopmental and genetic disorders*. Cambridge University Press.
- Jacobsen, K. og Bekk, M. (2005). *Psykologisk forståelse av autisme – implikasjoner for behandling*. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 42, 790–796.
- Jordahl, H og Repål, A (1999) *Mestring av psykoser*. Fagbokforlaget.
- Jopp, A. D. og Keys, C. B. (2001) *Diagnostic Over-shadowing Reviewed and Reconsidered*. *American Journal on Mental Retardation*, 106(5), 416–433.
- Kringlen, E. (2001) *Psykiatrici*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

- Kristiansen, B. og Rime, I. (2005). *Tid som virkemiddel for oppmerksomhet og oppmerksomhetsretting. Casestudie av et barn som er synshemmet og som har autisme*. Foredrag ved Fagtorget, Kultur for mestring – den spesialpedagogiske kompetansen i en inkluderende opplæring, Bergen 27. – 28. oktober 2005.
- Lainhart J.E. (1999) Psychiatric problems in individuals with autism, their parents and siblings. *International Review of Psychiatry*, 1: 278–298
- Martinsen, H. *Development of passivity and occurrence of stereotyped activities in congenitally blind children. Presentation of a model*. Monograph, University of Oslo, 1977. Nyutgivelse Tambartun Kompetansesenter, 1994.
- Martinsen, H. *Autistiske barn og ungdommer. Språk – kommunikasjon – familiebelastninger*. Monografi, Universitetet i Oslo, 1995.
- Martinsen, Harald; Helverschou, Sissel Berge; Kalvenes, Gro; Bjella, Harald; Eknes, Jarle; Bakken, Trine Lise; Eilertsen, Dag Erik. *Psykiske lidelser hos voksne mennesker med autisme og psykisk utviklingshemming*. Prosjektprofil, Autismenttverket 2003 (2).
- Martinsen, H., Sarfi, M. and Smørvik, D. *Why does my baby cry? Maternal beliefs about causes of crying in 2–16 weeks old infants*. Manuscript, University of Oslo, 1994.
- Matson, J. L., Smioldo, B. B., Hamilton, M. og Baglio, C.S. (1997) *Do Anxiety Disorders Exist in Persons with Severe and Profound Mental Retardation?* Research in Developmental Disabilities, 18(1), 39–44.
- Myers, K. og Winters, N.C. (2002) *Ten-year Review of rating Scales, II: Scales for Internalising Disorders*. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41(6), 634–659.
- Nærland, T., Wigaard, O., Kirkebøen, A., Tollefsen, M. Verktøykassen. *Habiliteringsarbeid for barn med gjennomgripende utviklingsforstyrrelser i Buskerud*. Autismenttverkets hefte-serie. Rapport nr.2 2003
- Tantam, D. (2000) *Psychological disorder in adolescents and adults with Asperger syndrome*. *Autism*, 4(1), 47–62.
- Tetzchner, S. von og Martinsen, H. (2002). *Alternativ og supplerende kommunikasjon. En innføring i tegnspråkopplæring og bruk av kommunikasjons hjelpemidler for mennesker med språk- og kommunikasjonsvansker*. Gyldendal akademisk.
- Wadel, C. (1990) *Den samfunnsvitenskapelige konstruksjon av virkeligheten*. SEEK A/S.
- Wing, L. (1997) *Det autistiske spektrum En vejledning for forældre og fagfolk*. København: Hans Reizels forlag.
- World Health Organization (1993) *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Diagnostic criteria for research*. Geneve.

Vi støtter arbeidet i forhold til mennesker med psykisk utviklingshemming i kommunen. Slik at de får bedre levevilkår og livskvalitet

AKERSHUS



Rælingen kommune
avd. for funksjonshemmede
2008 FJÆRDINGBY
Tlf. 63 83 51 00



Rømskog kommune
Helse og Omsorg
1930 AURSKOG
Tlf. 69 85 91 77

BUSKERUD



Krødsherad kommune
Sektor for oppvekst
3536 NORESUND
Tlf. 32 15 00 00

FINNMARK



Lebesby kommune
9790 KJØLLEFJORD
Tlf. 78 49 95 55



Sør-Varanger kommune
9915 KIRKENES
Tlf. 78 97 74 60

HORDALAND



Ullensvang Herad
Oppvekst - Kultur
5780 KINSARVIK
Tlf. 53 67 15 00



Kvinnerød kommune
5470 ROSENDAL
Tlf. 53 48 31 00

MØRE OG ROMSDAL



Tingvoll kommune
6630 TINGVOLL
Tlf. 71 53 24 00

ROGALAND



Time kommune
4349 BRYNE
Tlf. 51 77 60 00

TROMS



Balsfjord kommune
9050 STORSTEINNES
Tlf. 77 72 20 00

VEST-AGDER



Farsund kommune
4551 FARSUND
Tlf. 38 38 20 00