

**Rettspsykiatrisk undersøkte med autismspekterdiagnoser:
Alder ved identifisering og diagnostisk historie**

Sissel Berge Helverschou , Erik Søndena , Kari Steindal ,
Kirsten Rasmussen , Britta Nilsson og Jim Aage Nøttestad

Rettspsykiatrisk undersøkte med autismespekterdiagnoser:

Alder ved identifisering og diagnostisk historie

Gjennomgang av rettspsykiatriske erklæringer som omhandlet personer med autismespekterdiagnoser (ASD), tyder på manglende kompetanse til å gjenkjenne og diagnostisere ASD i alle ledd av hjelpeapparatet og blant de sakkyndige.

Det har stor betydning for tiltak og prognose at autismespekterdiagnoser (ASD) identifiseres tidlig (Stenberg, 2012). Undersøkelser av diagnosealder viser gjennomsnittsalder på tre år for barneautisme og syv år for Asperger syndrom i USA (Mandell, Novak & Zubritsky, 2005). Fra Norge finnes ingen tilsvarende samlet oversikt.

Autisme kjennetegnes av alvorlige vansker i forhold til kommunikasjon, gjensidig sosial interaksjon og et begrenset og repeterende mønster av aktiviteter og interesser (WHO, 1992, Statens helsetilsyn, 1996). Symptomene blir vanligvis synlige i løpet av barnets to til tre første leveår, og vanskene regnes som medfødte og livslange. Barneautisme og Asperger syndrom er de mest kjente undergruppene. Mange instrumenter er utviklet for å bedre reliabilitet og validitet ved diagnostiseringen (Helverschou & Steindal, 2008).

Ved gjennomgang av rettspsykiatriske erklæringer har vi kartlagt den diagnostiske historien til personer med ASD: Når ble ASD stilt første gang, hvilken instans stilte diagnosen, og fikk de først andre diagnoser? Kvaliteten på diagnostiseringsarbeidet til de sakkyndige ble vurdert for de som fikk ASD først ved rettspsykiatrisk undersøkelse.

Tabell 1. Diagnoser stilt av BUP (N=19)

| Diagnose | N | % |
|--------------------------------------|----|------|
| Lett psykisk utviklingshemning (F70) | 3 | 10 |
| ASD (F84.0, F84.4, F84.5) | 12 | 33,3 |
| ADHD (F90, F90.1) | 9 | 30 |
| Atferdsforstyrrelse (F91.1, F92.9) | 3 | 10 |
| RAD (F94.1) | 1 | 3,3 |
| Tourette syndrom (F95.2) | 2 | 6,6 |
| Rusrelatert psykisk lidelse (F19.9) | 1 | 3,3 |
| Paranoid psykose (F22) | 1 | 3,3 |
| <i>Totalt</i> | 32 | 100 |

Metode

Alle rettspsykiatriske rapporter i perioden 2000 til 2010 hvor ASD enten ble verifisert eller satt, ble gjennomgått. Vi kartla hvem som satte diagnosen første gang, årstall, observandens alder og øvrige diagnoser som ble stilt. Undersøkelsen er en deskriptiv arkivstudie.

For de observandene hvor ASD ikke var stilt før ved rettspsykiatrisk undersøkelse, ble kvaliteten på diagnostiseringsarbeidet til de sakkyndige vurdert med fem kriterier: Er symptomer innenfor de tre kjerneområdene for ASD beskrevet (1–3)?, Er standardiserte instrumenter benyttet (4)? Er informasjon om personenes fungering som barn innhentet (5)? Vanskene ved ASD skal fremtre i barnealder, og ved diagnostisering av voksne bør informasjon om tidligere fungering innhentes (Helverschou & Steindal, 2008). Studien er godkjent av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk og Riksadvokaten.

Resultater og diskusjon

I perioden 2000 til 2010 ble 48 rettspsykiatriske erklæringer avgitt hvor ASD enten ble verifisert eller satt. Observandene var 15–67 år gamle (M 28,3), og omfattet 41 menn og 7 kvinner. De fleste erklæringene (62,5 %) ble avgitt 2007–2010, noe som indikerer en økning i ASD blant personer mistenkt for lovbrudd. Økningen er i tråd med nyere prevalensstudier av ASD. Den endrede forståelsen av hvordan ASD framtrer, og øket kompetanse i hjelpeapparatet, antas som hovedgrunnene til at flere blir fanget opp og diagnostisert (Helverschou & Steindal, 2011).

Gjennomsnittlig diagnosealder for diagnostisering av ASD var 25,3 år (7–67), og 22 av 48 ble diagnostisert med ASD for første gang ved rettspsykiatrisk undersøkelse. At mennesker med gjennomgripende og omfattende vansker ikke har blitt identifisert tidligere, kan sees i sammenheng med at diagnosen er relativt ny og at det er dårlig kjennskap til diagnosen i hjelpeapparatet. Voksne med ASD blir kanskje ikke identifisert før det skjer dramatiske og uforståelige hendelser som i dette tilfellet, lovbrudd. Tilsvarende høy gjennomsnittlig diagnosealder (21 år) ble funnet i et prosjekt i regi av NAV (Steindal og flere, 2010), og viser at mange med ASD kanskje ikke blir identifisert før de faller utenfor samfunnets ordinære strukturer. Når tilnærmet halvparten av vårt utvalg først ble identifisert ved rettspsykiatrisk undersøkelse, kan det være uttrykk for at de er relativt godt

fungerende personer. Disse vil sannsynligvis i enda mindre grad bli fanget opp i hjelpeapparatet før det oppstår en livskrise eller en annen dramatisk hendelse.

Kunne lovbruddet vært forhindret hvis diagnosen var stilt tidligere? Vi må anta at de som ble gitt diagnosen av de sakkyndige, verken fikk adekvat hjelp eller var klar over sine spesifikke vansker før diagnosen. Men adekvat hjelp er heller ikke sikret ved en diagnose ved rettspsykiatrisk undersøkelse. Erklæringene utføres for retten, og informasjonen formidles kun til rettens aktører.

Diagnostiseringsinstans

Tolv av observandene ble identifisert med ASD av BUP, syv av andre faginstanser (Statped, privatpraktiserende og habiliteringstjenesten), og syv i voksenpsykiatri. Normalt evnenivå hos mange av observandene kan forklare at få ble diagnostisert i habiliteringstjenesten, og vi antar at praksisen er en annen i dag. Gjennomsnittlig diagnosealder var 14,2 år i BUP, 19,9 år i andre instanser, 28,6 år i voksenpsykiatri, og 31,1 år for de sakkyndige.

Bare 19 hadde vært henvist til BUP, og disse fikk 32 diagnoser fordelt på 8 diagnosegrupper. Den hyppigst stilte diagnosen var ASD, deretter Hyperkinetisk atferdsforstyrrelse (ADHD), Lett psykisk utviklingshemning og Atferdsforstyrrelse.

Vanskene ved ASD skal være tydelige i barnealder. Det tyder på lav kompetanse i kommunalt hjelpeapparat til å fange opp risikobarn når bare 19 av utvalget var blitt henvist til BUP. Manglende kompetanse på ASD synes også avdekket i BUP når bare 12 av 19 ble diagnostisert med ASD. Diagnosen ADHD ble nesten like hyppig stilt som ASD, og kan være uttrykk for både symptomoverlapp mellom tilstandene og komorbiditet. Samtidig kan det tyde på vegring mot å sette en diagnose som ASD. Den medikamentelle behandlingen som mange med ADHD fikk, kan ha vært feilbehandling, såfremt ADHD ikke var en komorbid tilstand til ASD.

Tabell 2. Diagnoser stilt i voksenpsykiatrien (N=35)

| Diagnose | N | % |
|---|---|-----|
| Organisk kognitiv lidelse (F06.7) | 1 | 1,3 |
| Rusrelatert psykisk lidelse (F10.1 F19.1, F19.22) | 3 | 3,8 |
| Psykose (F20.0, F20.9, F21, F22.9, F29) | 6 | 7,7 |

| Diagnose | N | % |
|--|----|------|
| Affektive lidelser (F31.7, F32.1, F33.2, F33.4) | 7 | 9,0 |
| Fobi (F40.0) | 1 | 1,3 |
| Tvangslidelse, OCD (F42.0) | 1 | 1,3 |
| Tilpasningsforstyrrelser (F43.1, F43.2) | 3 | 3,8 |
| Personlighetsforstyrrelser (F60.2, F60.3, F60.9) | 6 | 7,7 |
| Fetisjisme (F65.0) | 1 | 1,3 |
| Lett psykisk utviklingshemning (F70, F70.1) | 7 | 9,0 |
| Språkforstyrrelse (F80.2) | 1 | 1,3 |
| ASD (F84, F84.0, F84.1, F84.5, F84.8, F84.9) | 26 | 33,3 |
| ADHD (F90, F90.0, F90.1) | 7 | 9,0 |
| Atferdsforstyrrelse (F91.0, F91.9) | 2 | 2,6 |
| Tourette syndrom (F95.2) | 3 | 3,8 |
| Enkoprese (F98.9) | 1 | 1,3 |
| Uspesifikk psykisk lidelse (F99) | 1 | 1,3 |
| Føtalt alkoholsyndrom (Q86.0) | 1 | 1,3 |
| <i>Totalt</i> | 78 | 100 |

Totalt 35 ble henvist til voksenpsykiatrien, og totalt 82 diagnoser ble satt, fordelt på 21 diagnosegrupper. Den mest brukte diagnosen var ASD, deretter Lett psykisk utviklingshemning, ADHD, Personlighetsforstyrrelser og Depresjon.

Bare 26 av de 35 henviste fikk stilt ASD i voksenpsykiatrien, noe som tyder på manglende kompetanse også her. Eksempelvis var en av observandene innlagt mer enn 10 ganger uten at ASD ble konstatert. Økt bevissthet om komorbide tilstander til ASD, og den høye forekomsten av psykiske tilleggslidelser (Helveschou, Bakken & Martinsen, 2011), kan forklare de mange diagnosene som ble satt. Den høye forekomsten av ADHD og Lett utviklingshemning kan enten være komorbide tilstander eller feildiagnostikk. Men det er lite forenlig med forståelsen av ASD å diagnostisere personlighetsforstyrrelser som komorbide tilstander (Wolff, Townshend & Weeks, 1991). Innenfor autismefeltet vurderes personlighetsforstyrrelser som ekskluderende tilstander til ASD (Lugnegård, Unenge & Gillberg, 2012), selv om ICD-10 gir adgang til å diagnostisere begge tilstander. Forholdet

mellom personlighetsforstyrrelser og utviklingsforstyrrelser synes ikke fullstendig avklart, men kan være uttrykk for ulike fagtradisjoner heller enn ulike tilstander.

Tabell 3. Diagnoser stilt av de sakkyndige (N=48)

| Diagnose | N | % |
|--|----|-----|
| Rusrelatert psykisk lidelse (F 10.1, F10.21, F11.2, F19, F19.1, F19.6) | 9 | 9 |
| Psykose (F20.0, F20.1, F21, F22.9, F23.0) | 6 | 6 |
| Affektiv lidelse (F31.7, F32.1 F34.1) | 4 | 4 |
| Fobi (F40.0) | 1 | 1 |
| Tvangslidelse, OCD (F42.0) | 2 | 2 |
| Tilpasningsforstyrrelser (F43.1, F43.2) | 2 | 2 |
| Somatoforme lidelser (F45) | 1 | 1 |
| Personlighetsforstyrrelser (F60.2, F60.3, F60.7, F60.9) | 7 | 7 |
| Pyromani (F63.1) | 1 | 1 |
| Fetisjisme (F65.0) | 1 | 1 |
| Pedofili (F65.4) | 1 | 1 |
| Lett psykisk utviklingshemning (F70, F70.1) | 8 | 8 |
| ASD (F84, F84.0, F84.1, F84.5, F84.8, F84.9) | 45 | 45 |
| ADHD (F90, F90.0, F90.1) | 7 | 7,1 |
| Atferdsforstyrrelse (F91.1) | 1 | 1,0 |
| Tourette syndrom (F95.2) | 2 | 2,0 |
| <i>Totalt</i> | 98 | 100 |

I 45 av 48 rapporter konkluderte de sakkyndige med ASD. For de tre øvrige ble konklusjonen schizofreni og schizoid lidelse, schizofreni og rusrelatert lidelse eller bipolar lidelse og personlighetsforstyrrelse. En av disse var tidligere diagnostisert med ASD i BUP og to i voksenpsykiatri. De sakkyndige satte til sammen 98 diagnoser fordelt på 20 diagnosegrupper. ASD var den hyppigste diagnosen, deretter Lett psykisk utviklingshemning, Personlighetsforstyrrelser og ADHD.

De sakkyndige diagnostiserte også ASD og personlighetsforstyrrelse som komorbide tilstander. Dette kan ha sammenheng med at sakkyndige ofte har voksenpsykiatrisk bakgrunn og mindre kompetanse på utviklingsforstyrrelser. Den høye forekomsten av komorbide tilstander tyder på alvorlige og sammensatte vansker hos observandene. Ved sen identifisering av ASD utvikler mange psykiske tilleggslidelser, og manglende oppfølging kan ha medført vanskelig håndterbare livsbelastninger (Helverschou og flere, 2007).

Det er ikke et krav å benytte standardiserte instrumenter ved diagnostisering av autismspekterdiagnoser. Likevel er det overraskende at instrumenter ikke er rapportert benyttet til kvalitetssikring i flere enn seks rapporter

Kvalitet på diagnostiseringen

Våre kvalitetskriterier ble bare oppfylt i fire av de 22 rapportene hvor ASD ble diagnostisert av de sakkyndige. Det er rimelig å forvente beskrivelser av vansker innenfor hvert av kjernesymptomområdene for ASD når diagnosen settes for første gang. Når kommunikasjonsvansker ikke er beskrevet i 11 saker, kan man mistenke at observandene ikke har slike vansker, eller at observandenes pragmatiske språkvansker ikke har blitt fanget opp. Dette kan ha hatt betydning for de sakkyndiges forståelse av observandenes fremstilling av lovbruddet. Tilsvarende gjelder for manglende beskrivelser av sosiale vansker i en sak, og fem saker hvor repetitiv, stereotyp atferd eller begrensede og altoppslukende interesser ikke er beskrevet. Disse forholdene kan ha medført feildiagnostisering, selv om denne er uten betydning for de sakkyndiges mandat.

Det er ikke et krav å benytte standardiserte instrumenter ved diagnostisering av ASD. Likevel er det overraskende at instrumenter ikke er rapportert benyttet til kvalitetssikring i flere enn seks rapporter. Spesielt for fagpersoner med liten erfaring er slike instrumenter til stor hjelp.

I fem saker er ikke intervju gjennomført for å innhente informasjon om observandens fungering som barn. Ved diagnostisering som bare er basert på fungering som voksen, vil personer med sosial angstlidelse kunne bli feildiagnostisert med ASD (Helverschou og flere, 2007; Tyson & Cruess, 2012). Informasjon fra familie kan være vanskelig å innhente, men problemet bør drøftes når informasjonen mangler.

Begrensninger

Undersøkelsens design gir ikke grunnlag for å vurdere om de sakkyndiges konklusjoner er korrekte. Vi kan derfor ikke være sikre på at alle observandene i utvalget faktisk har ASD. Dette i kombinasjon med den varierende kvaliteten på de sakkyndiges diagnostiske arbeid tilsier forsiktighet i tolkningen av resultatene. Det er også grunn til å understreke at mange av erklæringene ble utarbeidet mange år tilbake i tid.

Likeledes vet vi ikke om utvalget omfatter alle personer med ASD som i perioden var mistenkt for kriminelle handlinger. Personer med ASD som er mistenkt for mindre alvorlige lovbrudd eller ikke har opptrådt påfallende ved pågrepelse eller i rettsapparatet, blir sannsynligvis ikke gjenstand for rettspsykiatrisk undersøkelse. Vår studie gir derfor lite grunnlag for å vurdere forekomsten av kriminalitet blant mennesker med ASD, og kan verken bekrefte eller avkrefte tidligere publikasjoner om at denne gruppen i mindre grad enn andre utfører lovbrudd (Bjørkly, 2009).

Konklusjon

Den sene identifiseringen av ASD hos personer mistenkt for kriminelle handlinger tyder på manglende kompetanse til å gjenkjenne og diagnostisere ASD i hjelpeapparatet i den aktuelle perioden. Diagnostiseringen til de rettspsykiatrisk sakkyndige viser heller ikke tilfredsstillende kvalitet og kan representere et rettssikkerhetsproblem. Resultatene viser at det er behov for kompetanseheving i forhold til ASD i alle ledd av hjelpeapparatet og blant de sakkyndige selv om kompetansen i senere år forhåpentligvis er hevet.

Referanser

- Bjørkly, S. (2009). Risk and dynamics of violence in Asperger's syndrome: A systematic review of the literature. *Aggression and Violent Behavior, 14*, 306–312.
- Helverschou, S. B., Bakken, T. & Martinsen, H. (2011). Psychiatric disorders in people with Autism spectrum disorders: Phenomenology and recognition, s. 53–74, I J.L. Matson & P. Sturmey (red.), *International handbook of autism and pervasive developmental disorders*. New York: Springer.
- Helverschou, S. B., Martinsen, H., Nærland, T. & Steindal, K. (2007). Sårbarhet og risiko for skjevutvikling, tilpasningsproblemer og psykiske vansker hos mennesker med

- Aspergersyndrom. I: Martinsen, H. & Tetzchner, S. von (red.), *Barn og ungdommer med Asperger-syndrom. Perspektiver på språk, kognisjon, sosial kompetanse og tilpasning*, s. 305–333. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Helverschou, S. B. & Steindal, K.(2008). Diagnostisering av autisme. I: Eknes, J., Bakken, T.L., Løkke, J.A., & Mæhle, I. R. (red.), *Diagnostisering og funksjonell utredning. Utviklingshemning og psykisk helse*, s.51–59. Oslo: Universitetsforlaget.
- Helverschou, S. B. & Steindal, K. (2011). Autismen – kjennetegn, forekomst og årsaker. I: I. Mæhle, J. Eknes & G. Houge (red.), *Utviklingshemning. Årsaker og konsekvenser*, s.228–237. Oslo: Universitetsforlaget.
- Lugnegård, T., Unenge, M. & Gillberg, C. (2012). Personality disorders and autism spectrum disorders: what are the connections? *Comprehensive Psychiatry*, 53, 333–340.
- Mandell, D. S., Novak, M. M. & Zubrisky, C. D.(2005). Factors associated with age of diagnosis among children with autism spectrum disorders. *Pediatrics*, 116, 1480–1486.
- Statens helsetilsyn, ICD-10 (1996). *Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer*. 10. revisjon, norsk utgave. Oslo: Statens helsetilsyn.
- Steindal, K., Fossum, B., Olausen, H. U. & Bergersen, B. (2010). *Arbeidssøkere med Asperger Syndrom*. Oslo: Nasjonal kompetanseenhet for autisme.
- Stenberg, N. (2012). Identifisering av autismspekterforstyrrelser: Tidlige tegn og differensialdiagnostiske utfordringer. *Autisme idag*, 1, 3–9.
- Tyson, K. E. & Cruess, D. G. (2012). Differentiating high-functioning autism and social phobia. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 42, 1477–1490.
- Wolff, S., Townshend, R., Weeks, D. (1991). «Schizoid» personality in childhood and adult life. II: Adult adjustment and the continuity with schizotypal personality disorder. *British Journal of Psychiatry*, 159, 615–620.
- World Health Organization (1992). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva: WHO.