

Angst og affektive lidelser ved autismspektertilstander

Personer med en autismspektertilstand synes å være spesielt sårbare for å utvikle komorbide lidelser som angst og depresjoner, ADHD, tics, Tourette-syndrom, tvangslidelser og somatiske sykdommer. I lys av kunnskapen man har i dag, bør ikke de psykiske problemene betraktes som en del av autismen.

TEKST

Nils Kaland

PUBLISERT 5. mars 2009

ABSTRACT:

Anxiety and affective disorders in people with autism spectrum disorders

There is emerging evidence that persons with autism spectrum disorders (ASDs) - or autism spectrum conditions (ASCs) - are vulnerable to developing comorbid psychic conditions. Several studies show that anxiety and depression are among the most common coexisting conditions in persons with ASDs. Some possible causal factors that seem to influence the presence of anxiety, depressions and other mental and physical disorders in this population will be reviewed. Recent experimental studies suggest that there may be a relation between impaired mentalizing abilities, poor social adaptation and comorbid disorders. A systematic approach should be adopted in assessing an ASD, as well as possible comorbid conditions, not as a part of the overall autistic syndrome, but as one or more additional conditions.

Keywords: autism spectrum disorders, Asperger syndrome, comorbidity, anxiety, depression, causal factors

EMNER

Autismspektertilstand

Asperger syndrom

Komorbiditet

Angst

Depresjon

Kausale faktorer

Personer med en autismspektertilstand (AST) karakteriseres av en større eller mindre grad av svikt i gjensidig sosialt samspill og verbal og ikke-verbal kommunikasjon. De fleste med denne tilstanden har også spesielle, begrensede og ikke-sosiale interesser, som ofte utøves med stor intensitet (APA, 2000; WHO, 1993). Mange med AST har også sensoriske problemer - med uvanlige reaksjoner på sensoriske stimuli som berøring, hete, kulde, lys og lyder (Kern et al., 2006; Rogers & Ozonoff, 2005; Rutter, 1983).

Personer med AST synes å være spesielt sårbare når det gjelder å utvikle komorbide lidelser (Ghaziuddin, 2005; Gillberg & Coleman, 2000). I løpet av de siste par tiårene har en blitt klar over at angst og depresjoner og en rekke andre lidelser som ADHD, tics, Tourette-syndrom, tvangslidelser samt somatiske sykdommer forverrer en autismspektertilstand betraktelig. Det foreligger imidlertid relativt lite systematisk forskning på forholdet mellom AST og komorbide lidelser (Stewart et al., 2006), selv om omfanget av denne type studier har økt i løpet av de siste årene.

Når det gjelder de kausale faktorene, synes det å være et komplisert samspill mellom genetiske og miljømessige forhold (Bailey, Phillips & Rutter, 1996; Lathe, 2006). Nyere studier tyder på at det også er en kausal forbindelse mellom svikt i evne til å mentalisere/empatisere, dårlig psykososial tilpasning og komorbide psykiske lidelser (Meyer, Mundy, Vaughan & Durocher, 2006).

Komorbiditet innebærer at to eller flere lidelser eller tilstander forekommer sammen. Klinisk erfaring og nyere undersøkelser bekrefter at personer med tilstander innenfor AST er overrepresentert når det gjelder komorbide psykiske (Ghaziuddin, 2005) og fysiske problemer (Gillberg & Billstedt, 2000). Den høye forekomsten av psykiske lidelser ved AST er forbundet med betydelige funksjonsnedsettelse (Leyfer et al., 2006). De vanligste komorbide lidelser ved AST er angst, depresjoner (Howlin, 1997) og ADHD (Ghaziuddin, 2005). I denne artikkelen vil det primært bli gitt en oversikt over angst og affektive lidelser ved AST - om hvordan de ytrer seg, og hva som kan være årsaken til at personer med AST synes særlig sårbare overfor denne type lidelser. Dessuten vil noen andre tilstander som forekommer i sammen med AST, bli behandlet.

Historikk og bakgrunnsdata

Barnelegen Leo Kanner beskrev i 1943 en gruppe på elleve barn som ikke lot seg klassifisere i noen på den tid kjente diagnostiske kategorier. Omtrent samtidig med Kanner publiserte den østerrikske barnelegen og pedagogen Hans Asperger (1944/1991) en studie av fire gutter med en sosialt påfallende atferd, og uavhengig av hverandre brukte Kanner og Asperger termen «autisme» i sine beskrivelser. Barna som Asperger beskrev, var imidlertid eldre og hadde bedre språkferdigheter enn Kanners. Aspergers arbeider var lite kjent i den engelsktalende verden inntil den engelske barnepsykiateren Lorna Wing (1981) på begynnelsen av 1980-tallet lanserte begrepet Asperger-syndrom. Asperger-syndrom regnes som relativt synonymt med høytfungerende autisme (HFA) (Mcintosh & Dissanayake, 2004; Ozonoff, & McMahon Griffith, 2000) og betegner de innenfor autismspekteret som fungerer forholdsvis godt, både kognitivt og språklig. Begrepet *autism spectrum disorders* (ASD)^[1] (Wing, 1996) brukes i dag stadig oftere som betegnelse for *autismespekterforstyrrelser eller -tilstander* (autisme, Asperger-syndrom og atypisk autisme (PDDNOS))^[2]. Pervasive Developmental Disorders (PDD) - eller Gjennomgripende utviklingsforstyrrelser brukes relativt synonymt med autismespekterforstyrrelser eller -tilstander (AST), men omfatter også Rett-syndrom og disintegrativ forstyrrelse.

AST er primært en kognitiv svikt (Rutter & Bailey, 1993), der evne til *prosessuell tenkning* (Hughes & Russell, 1993; Ozonoff, 1997) og *helhetsoppfatning* (Frith & Happé, 1994) er svekket, sammenlignet med typisk utviklede barn og ungdommer. Likeså er evnen til å *dele oppmerksomhet* med andre (Mundy, Sigman & Kasari, 1993; Mundy & Thorpp, 2007) og å *leke på liksom* (Baron-Cohen, 1987; Lewis & Boucher, 1988) avvikende eller fraværende. Et annet karakteristisk kjennetegn ved AST er problemer med å tolke andre menneskers tanker, følelser og intensjoner (Baron-Cohen, Leslie & Frith, 1985; Happé, 1994; Kaland et al., 2002).

Med en forekomst på 60 til 115 per 10 000 (Baird et al., 2006; Bertrand, Mars, Boyle, Bove, Yeargin-Allsop, 2001; Fombonne, 2002, 2007; Lauritsen, Pedersen & Mortensen, 2004; Scott, Baron-Cohen, Bolton & Brayne, 2002; Wing & Potter, 2002) er ikke tilstander innenfor AST lenger for sjeldne å regne. En nyere norsk screeingundersøkelse av vel 9400 barn i alderen syv til ni år i Bergen (Posserud, Lundervold & Gillberg, 2006) kan tyde på at det ikke er noen skarp grense mellom det å ha autisme og ikke, idet en fant at 2,7^[3] prosent av barna hadde større eller mindre symptomer på en tilstand innenfor AST. Rundt fire ganger så mange gutter som jenter rammes (Ehlers & Gillberg, 1993; Fombonne, 2002), men av de som går i vanlig skole, er tilsvarende forholdstall 8:1 (Scott, Baron-Cohen, Bolton & Brayne, 2002). Registrert forekomst av autismespektertilstander har økt betydelig i de siste årene. Det er imidlertid et åpent spørsmål om økningen er en faktisk økning, slik blant andre Lathe (2006) hevder, eller om den delvis kan ha sammenheng med en bredere definisjon av tilstander innenfor AST (Wing & Potter, 2002). Større oppmerksomhet og kunnskap om AST blant pårørende og fagfolk fører også til at flere enn før blir oppdaget og utredet.

Tilstander innenfor AST er i betydelig grad genetisk betinget (Lauritsen et al., 2005; Volkmar, Lord, Bailey, Schultz & Klin, 2004; Rutter, 2005). Eneggede tvillinger har betydelig større risiko enn toeggede for å utvikle autisme (Bailey et al., 1995; Folstein & Rutter, 1977; Rutter, Silberg, O'Connor & Simonoff, 1999). I en studie av familiene til en relativt stor gruppe gutter med Asperger-syndrom fant Gillberg og Cederlund (2005) at i vel halvparten av tilfellene hadde noen i familien hatt en tilstand innenfor autismespekteret, mens pre- og perinatale forhold spilte en rolle i ca 25 prosent av tilfellene. Lathe (2006) påpeker imidlertid at også miljømessige forhold, som visse miljøgifter, kan være utløsende faktorer ved AST.

Hvor mange med AST har en komorbid lidelse?

Både Kanner (1943) og Asperger (1944/99) rapporterte om komorbide psykiske problemer hos barna de beskrev. Angst, uro, aggresjon og hyperaktivitet var de vanligste komorbide problemene. Wing (1981), som utredet en stor gruppe barn med samspillvansker i en forstad til London (Camberwellundersøkelsen), fant at 11 av 18 barn over 16 år hadde en komorbid lidelse. Fire av dem hadde en eller annen form for depresjon, fire andre ble stadig mer påfallende og trakk seg inn i seg selv, mens hos tre andre fant forskerne vrangforestillinger og hallusinasjoner, katatoni og bisarr atferd. Ghaziuddin, Weidmer-Mikhail og Ghaziuddin (1998), som utredet 65 barn med

Asperger-syndrom, fant at to tredjedeler av dem også hadde en psykisk tilleggslidelse. ADHD var vanligst i barnealderen, mens depresjoner forekom hyppigst sammen med Asperger-syndrom i tenårene og voksenalder. Ingen av de som ble utredet, fikk diagnosen schizofreni.

«I en spørreundersøkelse som omfattet 400 barn med diagnosen Asperger-syndrom, svarte 90 prosent av mødrene at barnet deres hadde blitt utsatt for en eller annen form for mobbing i løpet av det siste året»

Leyfer et al. (2006), som undersøkte 109 barn med AST, fant at vel 70 prosent av dem hadde minst én psykisk lidelse (DSM-IV, akse I) i tillegg til autismen. Hos 60 personer som ble betegnet som sosialt eksentriske, eller som hadde fått diagnosen Asperger-syndrom, fant Tantam (1998) at en depresjon var den vanligste komorbide lidelsen.

AST og angst

Angst deles ifølge ICD-10 (WHO, 1993) og DSM-IV-TR (APA, 2000) inn i flere undergrupper og omfatter blant annet generalisert angstlidelse, tvangslidelse, panikklidelse samt agorafobi, spesifikk fobi, sosial fobi og posttraumatisk stress. Årsaksforholdene er mange og komplekse, men genetisk disposisjon og alvorlige traumatiske hendelser antas å være de mest sentrale kausale faktorer (Ghaziuddin, 2005).

Nyere undersøkelser viser at ulike typer angst er langt mer utbredt blant personer med AST enn en tidligere har antatt. Leyfer et al. (2006) fant at 44 prosent av en gruppe barn med autisme også hadde spesifikke fobier, og majoriteten av barna hadde mer enn én fobi. Frykt for nåler, skarpe lyder og sammenstimlinger av mennesker var de vanligste fobiene. Kopp og Gillberg rapporterte (2003) at angst forekom hyppig blant en gruppe jenter med blant annet AST. Vanligst var separasjonsangst, panikkangst og spesifikke og sosiale fobier. Farrugia og Hudson (2006) fant at ungdommer med diagnosen Asperger-syndrom hadde et betydelig høyere angstnivå enn både ungdommer med en angstlidelse og ikke-engstelige ungdommer. Dette gjaldt tvangslidelse, sosial fobi, generell angst, negative tanker og atferdsproblemer, og det forelå ingen kjønnsforskjeller med hensyn til ulike typer angst. Green, Gilchrist, Burton og Cox (2000) undersøkte ungdommer med Asperger-syndrom og fant at de hadde et betydelig høyere angstnivå enn ungdommer med atferdsproblemer. Av de som deltok i denne undersøkelsen, oppfylte hele 35 prosent ICD-10-kriteriene til generalisert angstlidelse.

Barn med Asperger-syndrom synes således å ha mer spesifikk og generell angst og sosiale bekymringer enn typiske utviklede barn. De har en noe annerledes angstprofil

enn en klinisk angstpopulasjon, og de har mer sosial angst enn typiske utviklede barn. Et generelt trekk hos barn med Asperger-syndrom synes også å være at de har dårlig innsikt i sine angstproblemer (Russell & Sofronoff, 2005). Disse funnene har blitt bekreftet i tidligere studier, der en har undersøkt angst hos personer med AST (Bellini, 2004; Green et al., 2000).

Forekomst av aleksitymi, dvs. et begrenset fantasiliv, ekstern orientert kognitiv stil og vansker med å identifisere og snakke om følelser, er ifølge Tani et al. (2004) høy blant både hos kvinner og menn med Asperger-syndrom, og problemene antas å redusere søvnkvalitet og disponerer for angst. Når det gjelder tvangsmessighet og tvangsmessige ritualer, utgjør disse en integrert del av det kliniske bildet ved AST (Gross-Isseroff, Hermersh & Weizman, 2001).

Årsaker til angst hos personer med AST

Angst synes å være et resultat av ulike utviklingsmessige forløp, der både genetisk disposisjon og forhold i miljøet synes å virke inn (Ghaziuddin, 2005). Rubin og Burgess (2001) mener at en sosial tilbaketrekning, som resultat av et engstelig og labilt temperament, er den utviklingsmessige forløper for sosial angst; i neste instans fører dette til at barnet mest mulig unngår sosiale situasjoner, og den vonde sirkelen er et faktum. Gjentatte avvísninger fra jevnaldrende, og mislykkede forsøk på å samspille med andre, kan gi angst i sosiale situasjoner (Attwood, 1998, 2006) og redusere evnen til å etablere varige og meningsfulle vennsksforhold til jevnaldrende (Gutstein, 2003). Uheldige livserfaringer, vanskelige sosiale relasjoner, mobbing og trakassering - og en erkjennelse av å ikke være som andre mennesker - vil kunne virke i samme retning (Tantam, 2000).

«Det er de komorbide lidelsene som skaper størst problemer, ikke autismen som sådan»

Bellini (2006) gir en mulig kausal forklaring på den høye forekomsten av angst hos personer innenfor AST. Han mener at sosial angst er knyttet til et temperament som utmerker seg ved høy grad av fysiologisk årvåkenhet («arousal»), som følge av at personen med AST går på høygir i sosiale situasjoner. Slik kan han eller hun komme inn i en vond sirkel og etter hvert begynne å unngå sosiale situasjoner, noe som kan resultere i mindre sosialt samspill med jevnaldrende. Attwood (2006) påpeker at et av problemene hos høytfungerende barn med Asperger-syndrom er at de i sosiale situasjoner intenst bruker intellektet sitt, i stedet for å ta i bruk de mer intuitive og automatiske kognitive strategiene som typisk utviklede jevnaldrende bruker så lekende lett. På denne måten befinner de seg i en nesten konstant tilstand av stress og angst, som gjør at de blir psykisk og fysisk utmattet.

Affektive lidelser og AST

Personer med autisme eller Asperger-syndrom rammes hyppigere av depresjoner enn en tidligere har trodd. Det er først i den senere tiden at forskere har begynt å få noe overblikk over hvordan symptomene kommer til uttrykk, og hvor mange som rammes. Enkeltrapporter tyder på at depresjoner er den vanligste lidelsen hos personer innenfor AST når en tar hele livsløpet i betraktning. Ifølge Ghaziuddin (2005) overser de fleste klinikere, særlig fagfolk i psykisk helsevern for voksne, en depresjon som en del av autisme eller Asperger-syndrom-diagnosen. Undersøkelser tyder på at minst 30 prosent av personer med diagnosen Asperger-syndrom også har en depresjon i tillegg (Ghaziuddin, Ghaziuddin & Greden, 2002; Ghaziuddin, Weidmer-Mikhail & Ghaziuddin, 1998; Wing, 1981). En psykoselignende atferd hos personer med autisme er ifølge Ghaziuddin (2005) oftest et resultat av en underliggende depresjon eller en bipolar lidelse; «ekte» schizofreni forekommer relativt sjelden sammen med autisme og Asperger-syndrom. Imidlertid kan en bipolar lidelse og schizofreni forekomme sammen med AST (Stahlberg, Söderström, Råstam & Gillberg, 2004).

Kopp og Gillberg (2003) fant at jenter med en AST rammes hyppigere av depresjoner enn gutter. Ifølge Ghaziuddin (2005) er det de med Asperger-syndrom som hyppigst rammes av en depresjon. Mange av de innenfor kategorien PDDNOS har komorbide problemer, og det dreier seg ofte om aggressiv atferd og symptomer på ADHD, sjeldnere om depresjoner. Ghaziuddin (2005) påpeker samtidig at også de svakere fungerende innenfor autismspekteret trolig rammes i betydelig grad av affektive lidelser, men de har vanskelig for å sette ord på problemene sine.

Årsaker til at personer med AST utvikler en affektiv lidelse

En antar som nevnt at depresjoner utløses av et komplisert samspill mellom genetiske og miljømessige faktorer. Ghaziuddin, Ghaziuddin og Greden (2002) fant at barn med AST og komorbid depresjon var overrepresentert når det gjaldt depresjoner i familien. Det har også vært antydnet at personer med AST som også lider av en komorbid depresjon, representerer en distinkt undergruppe, og at det foreligger en forbindelse mellom høytfungerende autisme og bipolar lidelse (DeLong & Dwyer, 1988). DeLongs (1999) mener at det foreligger to distinkte former for autisme: en med hjerneskade tidlig i livet (f.eks. tuberøs sklerose) og en annen mer vanlig, idiopatisk form. Selv om det per i dag ikke er påvist noen direkte forbindelse mellom autisme og depresjoner, har en funnet at depresjoner er overrepresentert hos foreldre til personer med AST, sammenlignet med foreldre til barn med Down-syndrom (Ghaziuddin, Ghaziuddin & Greden, 2002). Denne overrepresentasjonen synes ikke utelukkende å være forbundet med den belastningen det innebærer å oppdra et barn med autisme (Piven & Palmer, 1999).

Begivenheter i livet spiller generelt en betydelig rolle når det gjelder å utvikle en depresjon. Negative hendelser som død, foreldrekonflikter og en rekke andre traumer har blitt knyttet til en klinisk depresjon hos både barn og voksne (Kendler, Karkowski & Prescott, 1999), og studier av personer med AST har gitt lignende funn. I en undersøkelse av barn med AST og depresjoner fant Ghaziuddin, Alessi og Greden (1995)

at personene hadde vært utsatt for mange negative hendelser, sammenlignet med en kontrollgruppe. Det dreide seg om dødsfall i familien, familiære problemer og andre negative hendelser i løpet av de siste 12 måneder før depresjonen debuterte.

Et annet spørsmål er sammenhengen mellom personens generelle funksjonsnivå og hans eller hennes reaksjon på ytre begivenheter. En antar, men uten å ha noe sikkert belegg for det, at høytfungerende personer med AST, eksempelvis de med Asperger-syndrom eller atypisk autisme (PDDNOS), reagerer sterkere på negative hendelser enn de som, i tillegg til autismen, i varierende grad er psykisk utviklingshemmede. Den høye registrerte forekomsten av depresjoner hos de relativt velfungerende med AST kan også ha sammenheng med at disse er mer verbale og lettere enn de svakere fungerende kan sette ord på problemene sine.

I eksperimentelle studier har en funnet at personer med Asperger-syndrom har en svikt i evne til å mentalisere/empatisere, svak sosial forståelse og dårlig psykososial tilpasning - med risiko for å utvikle komorbide psykiske problemer som angst og depresjon (Meyer et al, 2006). De synes å ha større selvinnsikt enn en tidligere har trodd (Frith & de Vignemont, 2005), og kan tilkjenne sine emosjonelle og sosiale problemer, gjennom eksempelvis spørreskjemaer (Capps et al., 1995; Meyer et al., 2006). På spørreskjemaer finner en at disse barna har et høyt angsts nivå, stor grad av sosial stress og mangelfull kompetanse når det gjelder mellommenneskelige forhold (Gillott et al., 2001; Meyer et al., 2006), og svikt i evnen til å samspille sosialt (Tantam, 2000). De er også følsomme med hensyn til å bli ertet, plaget og avvist av jevnaldrende (Pomeroy, 1998), tilbøyelige til å vurdere seg selv negativt og er ofte ensomme (Barnhill, 2001; Bauminger & Kasari, 2000).

Større sosial bevissthet og motivasjon kan gi en klarere oppfatning av ens egne sosiale vansker. Stadige negative erfaringer når det gjelder mislykkede forsøk på å samspille sosialt, kan ifølge Meyer et al. (2006) bidra sterkt til å utvikle komorbide lidelser som angst og depresjoner. Denne vonde sirkelen underminerer livskvaliteten hos disse sårbare barna (Attwood, 2006; Tantam, 2000).

Mange med AST er også klar over at de er «annerledes», og at de har vansker med å få innpass hos typiske barn, særlig i sosiale settinger. Selv relativt velfungerende personer med Asperger-syndrom har ofte en særegen måte å kommunisere på (Bruner & Feldman, 1993; Kaland, 2002). Noen snakker på en pedantisk måte (Ghaziuddin & Gerstein, 1996), og kan være omstendelige og langdryge i måten de formidler et budskap på (Kaland, Smith & Mortensen, 2007). Som en følge av en rigid og særegen kognitive stil mislykkes de ofte i forsøket på å etablere vennskap med jevnaldrende (Attwood, 2006; Gutstein, 2003).

Erting og plaging av barn og ungdom i skolealder, oftest når de er mellom 11 og 15 år gamle (Tantam, 2000), kan gi svært negative utslag. Den vanligste formen for mobbing er den verbale (Heinrichs, 2003), men grovere former forekommer også, f.eks. aggressive utfall, spyting, sundriving av klær og avkledning i det offentlige rom (Tantam, 2000). Ifølge Attwood (2006) viser klinisk erfaring at de psykologiske følgene

av mobbingen kan vare ved i mange år etterpå og kan være en utløsende faktor når det gjelder å utvikle en klinisk depresjon, angst og problemer med å kontrollere sitt eget sinne.

Mobbing og ekskludering er som kjent ikke et fenomen som bare er begrenset til personer med AST. I en norsk undersøkelse fant Sletta, Valas, Skaalvik og Sobstad (1996) at barn som var ensomme og uten venner, utviklet seg negativt, både med hensyn til selvbilde og sosial kompetanse. På samme måte vil barn med AST ofte falle utenfor fellesskapet, slik at de blir stadig mer ensomme og sårbare overfor depresjoner (Bauminger, Schulman & Agar, 2003).

Andre komorbide, psykiske lidelser ved AST

Da komorbide problemer er alvorlige komplikasjoner ved AST (Gillberg & Billstedt, 2000; Tantam, 1991), tilsier dette at mer varierte tilnærminger med hensyn til behandling er nødvendig. Tilstander som Tourette-syndrom og ADHD kan overlappe med AST og være lett å forveksle, idet ticene kan ta oppmerksomheten bort fra den underliggende autismen (Ghaziuddin, 2005). Personer med AST har også ofte tics og spesielle manerer som ansiktsgrimaser, kremting og blinking med øynene. Disse blir ofte betraktet som en del av autismen og ofres derfor ikke større oppmerksomhet.

I en rekke studier har en dokumentert tics-forstyrrelser hos personer med AST. Baron-Cohen, Scahill, Izaguirre, Hornsey og Robertson (1999), som utredet 447 barn og intervjuet barnas foreldre og foresatte, rapporterte at mange av dem som hadde en tilstand innenfor AST, også oppfylte kriteriene til Tourette-syndrom. Ringman og Jankovic (2000) fant at av åtte barn med Asperger-syndrom hadde sju av barna tics, og seks av dem oppfylte kriteriene til Tourette-syndrom. Nass og Gutman (1997) beskrev fem gutter med Asperger-syndrom, som også oppfylte kriteriene til Tourette-syndrom. Samtlige var motorisk klosset, og de hadde eksepsjonelle verbale ferdigheter, samt motoriske og vokale tics.

Konsentrasjons- og oppmerksomhetsproblemer forekommer hyppig hos personer med AST, særlig i barndommen. Oppmerksomhetsproblemer er ikke spesifikke for ADHD, men forekommer ved en rekke andre tilstander (Gillberg, 1998). Det er ikke kjent hvorfor noen personer med en autismspektertilstand er hyperaktive i tillegg til autismen. Noen antas å være genetisk sårbare og utgjør en distinkt undergruppe (Rutter, 2005). Hyperaktivitet er ofte henvisningsårsak til utredning ved en poliklinikk eller institusjon for barn og ungdom. Personer med Asperger-syndrom får ikke sjelden også en ADHD-diagnose (Ehlers & Gillberg, 1993; Nass & Gutman, 1997), og det gjelder særlig de med relativt gode verbale ferdigheter. Det er mulig at Asperger-syndrom feildiagnostiseres hyppigere enn klassisk autisme, fordi førstnevnte oftere er aktive, men sære («active, but odd») (Ghaziuddin, 2005).

Schizofreni eller schizofreni-liknende tilstander forekommer relativt sjelden ved AST (Ghaziuddin, 2002). Ifølge en svensk undersøkelse fant en imidlertid at schizofreni, andre psykoser og bipolar lidelse kan forekomme sammen med AST i til sammen 10-15 prosent av tilfellene (Stahlberg et al., 2004).

Komorbidie lidelser - eller AST med et annet navn?

Diagnoser som f.eks. semantisk-pragmatisk språkforstyrrelse, selektiv mutisme, tvangslidelse, *Tourette-syndrom* eller *depresjoner* kan noen ganger dekke over tilstander innenfor AST (Gillberg & Billstedt, 2000). Yngre jenter som henvises til logoped, får stundom, kanskje noe tvilsomt, diagnosen semantisk-pragmatisk språkforstyrrelse (Ghaziuddin, 2005). «Pathological Demand Avoidance Syndrome» (PDA) foreslås som en egen kategori innenfor gjennomgripende utviklingsforstyrrelser, og dette er en tilstand som synes å ramme like mange jenter som gutter (Newson, Le Maréchal og Davis, 2003).

Når det gjelder selektiv mutisme, er det særlig jenter som får denne diagnosen, selv om mange av dem også oppfyller kriteriene til AST (Bryson, Landry & Smith, 1994; Kopp & Gillberg, 1997). Diagnosen ADHD gis oftere enn en diagnose innenfor AST, og ADHD er ofte den differensialdiagnosen som gis til jenter med høytfungerende autisme i stedet for en diagnose innenfor AST (Gillberg & Billstedt, 2000). I en svensk undersøkelse (Kopp, 2005) hvor hundre jenter med en eller annen psykisk lidelse deltok, kom det frem at nesten alle jentene med autisme hadde vært hyperaktive da de var yngre. Etter tiårsalderen viste de rastløshet og/eller oppmerksomhetsproblemer. De yngste jentene med alvorlig hyperaktivitet og normal språkutvikling var vanskelige å diagnostisere, og deres oppmerksomhetsproblemer hadde en tendens til å overskygge svikten i kommunikasjon og sosialt samspill.

Tvangslidelse (OCD) er en tilstand som kan maskere autisme hos noen høytfungerende personer. Bejerot, Nylander og Lindstrøm (2001) fant at OCD hos voksne menn ofte er relatert til autisme og Asperger-syndrom. Det er ikke uvanlig at jenter som først har fått en ADHD-diagnose, sammen med tvangslidelse, også har vist seg å oppfylle kriteriene til en tilstand innenfor AST - etter lang tids utredning (Ghaziuddin, 2005).

Når det gjelder sammenhengen mellom anoreksi og autisme, fant Wentz, Gillberg, Gillberg og Råstam (2001) at 18 prosent av dem som ti år tidligere hadde fått diagnosen anoreksi, oppfylte kriteriene til en tilstand innenfor AST. Tchanturia et al. (2004) fant imidlertid ingen sammenheng mellom autismsymptomer og anoreksi.

Fysiske sykdommer ved AST

Når det gjelder kjente somatiske sykdommer hos mennesker med AST, varierer estimatene fra 10 til 35 prosent (Barton & Volkmar, 1998; Billstedt, Gillberg & Gillberg, 2005), alt etter hvor strikt en definerer en medisinsk sykdom. En rekke medisinske sykdomstilstander er vanlige blant mennesker med AST, også hos de som ikke har en identifisert, underliggende medisinsk sykdom. Rundt 30 prosent av de med en autismediagnose har også epilepsi, mens epilepsi forekommer langt sjeldnere hos de med Asperger-diagnose (Gillberg & Billstedt, 2000). Dette står i motsetning til det en tidligere har trodd, nemlig at mennesker med AST har få fysiske helseproblemer (Billstedt et al., 2005).

Hvordan bør en møte mennesker med AST i fremtiden?

De seneste års forskning har bekreftet at tilstander innenfor autismespekteret sjelden forekommer som rene tilstander. Komorbide fysiske og psykiske lidelser er regelen, ikke unntaket (Ghaziuddin, 2005; Gillberg & Billstedt, 2000).

De som utreder denne type tilstander, bør følgelig opprettholde en høy grad av oppmerksomhet med hensyn til om det også kan foreligge en komorbid tilstand i tillegg til en gjennomgripende utviklingsforstyrrelse. Ghaziuddin (2005) mener at en vurdering av mulige psykiske lidelser bør inngå som en integrert del av utredningsprosessen. I lys av den kunnskap en har i dag, bør en ikke betrakte de psykiske problemene som en del av autismen. Opplæring av fagfolk og forskning på gjennomgripende utviklingsforstyrrelser bør intensiveres. De som arbeider innenfor psykisk helsevern for barn og voksne, bør få bedre opplæring når det gjelder å identifisere den karakteristiske atferden og de kognitive særtrekkene hos mennesker med denne type tilstander.

Personer som arbeider i bofellesskap, bør få mer grunnleggende kunnskap, både om AST og de komorbide, psykiske problemene som forekommer hos mange av brukerne. Dette gjelder særlig fordi forekomst av en rekke atferdsproblemer i puberteten og ungdomsårene kan være en manifestasjon på en underliggende, komorbid lidelse (Ghaziuddin et al., 2002). Disse problemene kan i mange tilfeller behandles effektivt og bidra til en høyere livskvalitet for den enkelte. Generelt bør tjenestene overfor personer med AST bli bedre enn de er i dag, både med hensyn til utredning av problemene personene sliter med, og når det gjelder effektive behandlingstiltak og opplæringsmetoder. Gjennom hele livsløpet vil flesteparten av disse personene trenge et helhetlig behandlings- og opplæringstilbud. Behandlingen bør ta utgangspunkt i noen grunnprinsipper, men bør individualiseres, særlig fordi målgruppen er så heterogen. Psykologisk behandling av personer innenfor autismespekteret vil i alt vesentlig bestå av ulike former for støtte og oppklarende samtaler; svikten i empati og sosial forståelse er ofte betydelig, og mange går rundt med spørsmål som omgående trenger en oppklaring (Løgdahl, 1994). Det er stort sett faglig enighet om at tidlige intervensjoner har en positiv innvirkning, særlig på språkfunksjoner (Szatmari, Bryson, Boyle, Streiner & Duku, 2003).

Stadig flere barn og ungdommer med en diagnose innenfor AST inkluderes i skolen. I tiden som kommer, bør skolen derfor være forberedt på å ta imot et økende antall elever med en kjent diagnose. Skolen har et betydelig ansvar med hensyn til å legge til rette for elever med AST, blant annet gjennom å inkludere disse elevene, ikke bare fysisk, men også sosialt, med en holdning av å ville skape en aksept for at noen elever er litt annerledes, både med hensyn til lærestil og væremåte. Mange med AST er imidlertid utsatt for mobbing, og den foregår ofte i det skjulte og på utspekulerte måter. I en spørreundersøkelse som omfattet 400 barn med diagnosen Asperger-syndrom, svarte 90 prosent av mødrene at barnet deres hadde blitt utsatt for en eller annen form for mobbing i løpet av det siste året (Little, 2002). De som blir offer for mobbing og trakassering, er særlig utsatt for angst, depresjoner og selvmordstendenser (Shtayermman, 2007; Slee, 1995), økt sosial isolasjon, lavt selvbilde og svakere

skoleresultater (Hodges, Malone & Perry, 1997). De psykologiske følgene av mobbingen kan vare i tiår etterpå (Attwood, 2006). Skolen har derfor et stort ansvar i arbeidet med å forebygge og slå ned på den ukultur som mobbingen representerer.

Med hensyn til somatiske sykdommer bør mennesker med AST følges opp regelmessig. De bør sikres et tilfredstillende helsetilbud, slik at en på et tidlig tidspunkt kan avdekke fysiske, behandlingstrengende sykdommer og regelmessig overvåke og justere eventuell medisinbruk (Billstedt et al., 2005). Foreldre, foresatte og biveiledere bør se til at de får et variert og riktig kosthold, slik at de i størst mulig grad kan unngå livsstilsrelaterte sykdommer. Mange vil kunne ha nytte av kostholdsopplæring.

Av barna med AST som ble diagnostisert på 1960-, 70- og 80-tallet, lever i dag bare en minoritet et selvstendig liv (Billstedt et al., 2005). Selv om behandlingsoptimismen er større i dag enn for bare noen tiår siden, har rundt halvparten av dem en relativt dårlig psykososial utvikling (Eaves & Ho, in press). Behandlingen av komorbide lidelser vil kunne innebære en bedring av personenes livskvalitet, selv om autismen ikke «kureres» (Ghaziuddin, 2005). Ifølge Gillberg og Coleman (2000) er det de komorbide lidelsene som skaper størst problemer, ikke autismen som sådan.

Nils Kaland

Høgskolen i Lillehammer

Postboks 952

2604 Lillehammer

Tlf. 61 28 83 81

E-post nils.kaland@hil.no

Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 46, nummer 3, 2009, side 252-259

TEKST

Nils Kaland

KONTAKT: nils.kaland@hil.no

+ **Vis referanser**

Referanser

American Psychiatric Association (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed., text rev.). Washington, DC: Author.

Asperger, H. (1944/1991). Autistic psychopathy in childhood (Frith, U., Translation & annotation). I: U. Frith (red.), Autism and Asperger syndrome (ss. 37-92). New York: Cambridge, University Press (Opprinnelig utgitt i 1944).

Attwood, T. (1998). Asperger's syndrome. A guide for parents and professionals. London: Jessica Kingsley Publishers.

Attwood, T. (2006). The complete guide to Asperger's syndrom. London: Jessica Kingsley Publishers.

- Bailey, A., Le Couteur, A., Gottesman, I., Bolton, P., Simonoff, E., Yuzda, E. & Rutter, M. (1995). Autism as a strongly genetic disorder: Evidence from a British twin study. *Psychological Medicine*, 25, 63-77.
- Bailey, A., Phillips, W. & Rutter, M. (1996). Autism: Toward an integration of clinical, genetic, neuropsychological, and neurobiological perspectives. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 37, 89-126.
- Baird, G., Simonoff, E., Pickles, A., Chandler, S., Loucas, T., Meldrum, D. et al. (2006). Prevalence of disorders of the autism spectrum in a population cohort of children in South Thames: the Special Needs and Autism Project (SNAP). *Lancet*, 368, 210-215.
- Barnhill, G. P. (2001). Social attribution and depression in adolescents with Asperger syndrome. *Focus on Autism and other Developmental Disabilities*, 16, 46-53.
- Baron-Cohen, S. (1987). Autism and symbolic play. *British Journal of Developmental Psychology*, 5, 139-148.
- Baron-Cohen, S., Leslie, A. M. & Frith, U. (1985). Does the autistic child have a theory of mind? *Cognition*, 21, 37-46.
- Baron-Cohen, S., Scahill, V. L., Izaguirre, J., Hornsey, H. & Robertson, M. M. (1999). The prevalence of Gilles de la Tourette syndrome in children and adolescents with autism: A large scale study. *Psychological Medicine*, 29, 1151-1159.
- Barton, M. & Volkmar, F. R. (1998). How commonly are known medical conditions associated with autism? *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 28, 273-278.
- Bauminger, N. & Kasari, C. (2000). Loneliness and friendship in high-functioning children with autism. *Child Development* 2, 447-456.
- Bauminger, N., Schulman, C. & Agam, G. (2003). Peer interaction and loneliness in high-functioning children with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 33, 489-507.
- Bejerot, S., Nylander, L. & Lindstrom, E. (2001). Autistic traits in obsessive-compulsive disorder. *Nordic Journal of Psychiatry*, 55, 169-176.
- Bellini, S. (2004). Social skill deficit and anxiety in high-functioning adolescents with autism spectrum disorders. *Focus on Autism and other Developmental Disabilities*, 19, 78-86.
- Bellini, S. (2006). The development of social anxiety in adolescents with autism spectrum disorders. *Focus on Autism and other Developmental Disorders*, 21, 138-145.
- Bertrand, J., Mars, A., Boyle, C., Bove, F. & Yeargin-Allsopp, M. (2001). Prevalence of autism in a United State population: Brick Township, NJ, *Paediatric and Epidemiology*, 15, A4.
- Billstedt E., Gillberg, I. C. & Gillberg, C. (2005). Autism after adolescence: Population-based 13- to 22-year follow up study of 120 individuals with autism diagnosed in childhood. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 35, 351-360.
- Bruner, J. & Feldman, C. (1993). Theories of mind and the problem of autism. I: S. Baron-Cohen, H. Tager-Flusberg & D. J. Cohen (red.), *Understanding other minds - Perspectives from autism* (ss. 267-291). Oxford: Oxford University Press.
- Bryson, S. E., Landry, R. & Smith, I. M. (1994). Brief report: A case study of literacy and socio-emotional development in a mute autistic female. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 24, 225-231.
- Capps, L., Sigman, M. & Yirmiya, N. (1995). Self-competence and emotional understanding in high-functioning children with autism. *Development and Psychopathology*, 7, 137-150.
- DeLong, G. R. (1999). Autism: New data suggest a new hypothesis. *Neurology*, 52, 911-916.
- DeLong, G. R. & Dwyer, J. T. (1988). Correlation of family history with specific autistic subgroups: Asperger's syndrome and bipolar affective disease. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 18, 593-600.
- Eaves, L. C. & Ho, H. H. (in press). Young adult outcome of autism spectrum disorders, *Journal of Autism and Developmental Disorders*.

- Ehlers, S. & Gillberg, C. (1993). The epidemiology of Asperger Syndrome. A total population study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 34, 1327-1350.
- Farrugia S. & Hudson J. (2006). Anxiety in children with Asperger syndrome: Negative thoughts, behavioral problems, and life interference. *Focus on Autism and other Developmental Disabilities*, 21, 25-35.
- Folstein, S. & Rutter, M. (1977). Infantile autism: A genetic study of 21 twin pairs. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 18, 297-321.
- Fombonne, E. (2002). Epidemiological trends in rates of autism. *Molecular Psychiatry*, 7, S4- S6.
- Fombonne, E. (2007). Epidemiology of pervasive developmental disorders. I: J. M. Pérez, P. M. Gonzales, M. L. Comi & C. Nieto (red.), *New developments in autism. The future is today* (ss. 14-32). London: Jessica Kingsley Publishers.
- Frith, U. & Happé, F. (1994). Autism: Beyond «theory of mind». *Cognition*, 50, 115-132.
- Frith, U. & de Vignemont, F. (2005) Egocentrism, allocentrism, and Asperger syndrome *Consciousness and Cognition*, 14, 719-738.
- Ghaziuddin, M. (2002). Asperger syndrome: Associate psychiatric and medical conditions. *Focus on Autism and other Developmental Disabilities*, 17, 138-144.
- Ghaziuddin, M. (2005). *Mental health aspects of autism and Asperger syndrome*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Ghaziuddin, M., Alessi, N. & Greden, J. (1995). Life events and depression in children with pervasive developmental disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 25, 495-502.
- Ghaziuddin M. & Gerstein, L. (1996). Pedantic speaking style differentiates Asperger syndrome from high-functioning autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 26, 585-595.
- Ghaziuddin, M., Ghaziuddin, N. & Greden, J. (2002). Depression in persons with autism: Implications for research and clinical care. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 32, 299-306.
- Ghaziuddin M., Weidmer-Mikhail, E. & Ghaziuddin, N. (1998). Comorbidity of Asperger syndrome: A preliminary report. *Journal of Intellectual Disability Research*, 42, 279-283.
- Gillberg, C. (1998). *Barn, ungdom og voksne med Asperger syndrom. Normale, geniale, nerder?* Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Gillberg, C. & Billstedt, E. (2000). Autism and Asperger syndrome: Coexistence with other clinical disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102, 321-330.
- Gillberg, C. & Cederlund, M. (2005). Asperger syndrome: Familial and pre- and perinatal factors. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 35, 159-166.
- Gillberg, C. & Coleman, M. (2000). *The biology of the autistic syndromes*. Cambridge: Mac Keith Press.
- Gillott, A., Furniss, F. & Walter, A. (2001). Anxiety in high-functioning children with autism. *Autism*, 5, 277-286.
- Green, J., Gilchrist, A, Burton, D. & Cox, A. (2000). Social and psychiatric functioning in adolescents with Asperger syndrome compared with conduct disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 30, 279-293.
- Gross-Isseroff, R., Hermersh, H. & Weizman, A. (2001). Obsessive-compulsive behaviour in autism - toward an autistic-obsessive compulsive syndrome. *World Journal of Biological Psychiatry*, 2, 193-197.
- Gutstein, S. E. (2003). Can my baby learn to dance? Exploring the friendships of Asperger teens. I: L. H. Willey (red.), *Asperger syndrome in adolescence. Living with the ups and downs and things in between* (ss. 98-128). London: Jessica Kingsley Publishers.
- Happé, F. (1994). *Autism - an introduction to psychological theory*. London: UCL Press.

- Heinrichs, R. (2003). *Perfegy targets. Asperger syndrome and bullying. Practical solutions for surviving the social world.* Kansas: Autism Asperger Publishing Company.
- Howlin, P. (1997). *Autism: Preparing for adulthood.* London: Routledge.
- Hodges, E., Malone, J. & Perry, D. (1997). Individual risk and social risk as interacting determinants of victimization in the peer group. *Developmental Psychology*, 32, 1033-1039.
- Hughes, C. & Russell, J. (1993). Autistic children difficulty with mental disengagement from an object: Its Implication for theory of mind. *Developmental Psychology*, 29, 498-510.
- Kaland, N. (2002). *Evne til mentalisering ved Asperger syndrom. En studie av mentalisering, «sentral koherens» og eksekutive funksjoner.* Tønsberg: Norli.
- Kaland, N., Møller-Nielsen A., Callesen, K., Mortensen, E. L., Gottlieb D. & Smith, L. (2002). A new advanced' test of theory of mind: Evidence from children and adolescents with Asperger syndrome. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 43, 517-528.
- Kaland, N., Smith, L. & Mortensen, E. L. (2007). Response times of children and adolescents with Asperger syndrome on an 'advanced' test of theory of mind. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 37, 197-209.
- Kanner, L. (1943). Autistic disturbances of affective contact. *Nervous Child*, 2, 217-250.
- Kendler, K. S., Karkowski, L. M. & Prescott, C. A. (1999). Causal relationship between stressful life events and the onset of major depression. *American Journal of Psychiatry*, 156, 837-841.
- Kern, J. K., Trivedi, M. H., Garver, C. R., Grannemann, B. D., Andrews, A. A., Savla, J. S., Johnson, D. G., Metha, J. A. & Schroeder, J. L. (2006). The pattern of sensory processing abnormalities in autism, *Autism*, 10, 480-494.
- Kopp, S. (2005). Køn og autisme: Fokus på piger med autismespektrumtilstande. *Autismebladet*, nr. 4, 4-9.
- Kopp, S. & Gillberg, C. (1997). Selective mutism: A population-based study: A research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38, 257-262.
- Kopp, S. & Gillberg, C. (2003). Swedish child and adolescent psychiatric out-patient: A five-year cohort. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 12, 30-35.
- Lathe, R. (2006). *Autism, brain, and environment.* London: Jessica Kingsley Publishers.
- Lauritzen, M. B., Pedersen, C. B. & Mortensen, P. B. (2005). Effect of familial risk factors of autism: A national register-based study. *Psychological Psychiatry Publications*, 46, 963-971.
- Lewis V. & Boucher, J. (1988). Spontaneous, instructed and elicited play in relatively able autistic children. *British Journal of Developmental Psychology*, 6, 315-324.
- Leyfer, O. T., Folstein, S. E., Bacalman, S., Davis, N. O., Dinh, E., Morgan, J., Tager-Flusberg, H. & Lainhart, J. E. (2006). Comorbid psychiatric disorders in children with autism: Interview development and rates of disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 36, 849-861.
- Little, L. (2002). Middle-class mothers' perceptions of peer and sibling victimization among children with Asperger syndrome and non-verbal learning disorders. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 25, 43-57.
- Lögdahl, C. (1994). Stödande samtal vid Aspergers syndrom. *Ögonblick* nr. 1, 4-6.
- McIntosh, K. E. & Dissanayake, C. (2004). Annotation: The similarities and differences between autistic disorder and Asperger's disorder: A review of the empirical evidence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45, 421-434.
- Meyer, J. A., Mundy, P., Vaughan, A. H. & Durocher, J. S. (2006). Social attribution processes and comorbid psychiatric symptoms in children with Asperger syndrome. *Autism: The International Journal of Research and Practice*, 10, 383-402.
- Mundy, P., Sigman, M. & Kasari, C. (1993). The theory of mind and joint-attention deficit in autism. I: S. Baron-Cohen, H. Tager-Flusberg, & D. J. & Cohen (red.), *Understanding other Minds. Perspectives from autism* (181-203). Oxford: Oxford University Press.

- Mundy, P. & Thorp, D. (2007). Joint attention and autism. I: J. M. Pérez, P. M. Gonzales, M. L. Comi & C. Nieto (red.), *New developments in autism. The future is today* (ss. 104-138). London: Jessica Kingsley Publishers.
- Nass, R. & Gutman, R. (1997). Boys with Asperger's disorder, exceptional verbal intelligence, tics, and clumsiness. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 39, 691-695.
- Newson, E., Le Maréchal, K. & David, C. (2003). Pathological demand avoidance syndrome: A necessary distinction within the pervasive developmental disorders. *Archives of Disease in Childhood*, 88, 595-600.
- Ozonoff, S. (1997). Components of executive function in autism and other disorders. I: B. Pennington (red.), *Autism as an executive disorder* (ss. 179-211). Oxford: Oxford University Press.
- Ozonoff, S. & McMahon Griffith, E. (2000). Neuropsychological function and the external validity of Asperger syndrome. I: A. Klin, F. R. Volkmar & S. S. Sparrow (red.), *Asperger syndrome* (ss. 72-96). New York: Guilford Press.
- Piven, J. & Palmer, P. (1999). Psychiatric disorder and the broad autism phenotype: Evidence from a family study of multiple-incidence autism families. *American Journal of Psychiatry*, 156, 557-563.
- Pomeroy, J. C. (1998). Subtyping pervasive developmental disorders. I: E. Schopler, G. Mesibov & L. J. Kunce (red.), *Asperger's syndrome or high-functioning autism?* (ss. 231-245). New York: Plenum Press.
- Posserud M-B., Lundervold, A. J. & Gillberg, C. (2006). Autistic features in a total population of 7-9-year-old children assessed by the ASSQ (Autism Spectrum Screening Questionnaire). *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47, 167-175.
- Ringman, J. M. & Jankovic, J. (2000). Occurrence of tics in Asperger's syndrome and autistic disorder. *Journal of Child Neurology*, 15, 394-400.
- Rogers, S. R. & Ozonoff, S. (2005). Annotation: What do we know about sensory dysfunction in autism? A critical review of the empirical evidence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 46, 1255-1268.
- Rubin, K. H. & Burgess, K. B. (2001). Social withdrawal and anxiety. I: M. W. Vasey & M. R. Dadds (red.), *The developmental psychopathology of anxiety* (ss. 435-458). New York: Oxford University Press.
- Russell, E. & Sofronoff, K. (2005). Anxiety and social worries in children with Asperger syndrome. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 39, 633-638.
- Rutter, M. (1983). Cognitive deficits in the pathogenesis of autism. *Journal of child psychology and Psychiatry*, 24, 513-531.
- Rutter, M. (2005). Autism research: Lesson from the past and prospects for the future. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 35, 241-257.
- Rutter, M. & Bailey, A. (1993). Thinking and relationships: Mind and brain (some reflections on theory of mind and autism). I: S. Baron-Cohen, H. Tager-Flusberg & D. J. Cohen (red.), *Understanding other minds - perspectives from autism* (ss. 481-504). Oxford: Oxford University Press.
- Rutter, M., Silberg, J., O'Connor, T. & Simonoff, T. (1999). Genetics and child psychiatry: Empirical research findings. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40, 19-55.
- Scott, F. J., Baron-Cohen, S., Bolton, P. & Brayne, C. E. G. (2002). Prevalence of autism spectrum conditions in children aged 5-11 years in Cambridgeshire, UK. *Autism: The International Journal of Research and Practice*, 6, 231-237.
- Shtayermman, O. (2007). Peer victimization in adolescents and young adults diagnosed with Asperger's syndrome: A link to depressive symptomatology, anxiety symptomatology and suicidal ideation. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 30, 87-107.
- Slee, P. (1995). Peer victimization and its relationship to depression among Australian primary school students. *Personal and Individual Differences* 18, 57-62.

- Sletta, O., Valas, H., Skaalvik, E. & Sobstad, F. (1996). Peer relations, loneliness, and self-perception in school-aged children. *British Journal of Educational Psychology*, 66, 431-445.
- Stahlberg, O., Söderström, H., Råstam, M. & Gillberg, C. (2004). Bipolar disorder, schizophrenia, and other psychotic disorders in adults with childhood onset AD/HD and/or autism spectrum disorders. *Journal of Neural Transmission*, 111, 891-902.
- Stewart, M. E., Bernard, L., Pearson, J., Hasan, R. & O'Brien, G. (2006). Presentation of depression in autism and Asperger syndrome. *Autism*, 10, 103-116.
- Szatmari, S. E., Bryson, S. E., Boyle, M. H., Streiner, D. L. & Duku, E. (2003). Predictors of outcome among high functioning children with autism and Asperger syndrome. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 44, 520-528.
- Tani, P., Lindberg, N., Joukamaa, M., Nieminen-von Wendt, T., von Wendt, L., Appelberg, B., Rimón, R. & Porkka-Heiskanen, T. (2004). Asperger syndrome, alexithymia and perception of sleep. *Neuropsychobiology*, 49, 64-70.
- Tantam, D. (1988). Asperger's syndrome. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 29, 245-255.
- Tantam, D. (2000). Adolescent and adulthood of individuals with Asperger syndrome. In: A. Klin, F. R. Volkmar & S. S. Sparrow (red.), *Asperger syndrome* (ss. 367-399). New York: The Guilford Press.
- Tchanturia, K., Happé, F., Godley, J., Treasure, J., Bara-Caril, N. & Schmidt, U. (2004). Theory of mind in anorexia nervosa. *European Eating Disorders Review*, 12, 361-366.
- Volkmar, F. R., Lord, C., Bailey, A., Schultz, R. T. & Klin, A. (2004). Autism and pervasive developmental disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45, 135-170.
- Wentz, E., Gillberg, C., Gillberg, I. C. & Råstam, M. (2001). Ten-year follow-up of adolescent-onset anorexia nervosa: Psychiatric disorders and overall functioning scales. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 42, 613-622.
- Wing, L. (1981). Asperger's syndrome. A clinical account. *Psychological Medicine*, 11, 115-129.
- Wing, L. (1996). *The autistic spectrum. A guide for parents and professionals*. London: Constable.
- Wing, L. & Potter, D. (2002). The epidemiology of autistic spectrum disorders: Is the prevalence rising? *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, 8, 151-161.
- World Health Organization (1993). *The ICD-10 classification of mental and behavioral disorders. Diagnostic criteria for research*. Geneva: Author.