

# Asperger Syndrom: Komorbiditet



Pål Skogstad

## INNHold

- Utredningsforløp (N=1)
- Vurdering av utredning
- Behandlingsforløp (N=1)
- Vurdering av resultater
  - ASD-vansker
- Prevalens og komorbiditet, ASD: Psykiske lidelser
  - Forklaringer på ASD
- Evidensbasert behandling av grunnvansker hos ASD

Takk til Knut Ove Solberg, Nils Øivind Offernes, Regionalt fagmiljø for autisme, AD/HD, Tourette syndrom og narkolepsi, Helse Sør-Øst.

Basert på rapport levert august 2011

## Deltaker (N=1)

- Gutt 19 år (v/ oppstart)
- Asperger syndrom (F84.5) og diagnostisert med OCD (F42.2) i 2004 av en nasjonal enhet for utredning av autismspekterforstyrrelse og-komorbiditet tilstander. Tverrfaglig utredning av barnepsykiater, psykolog og spesialpedagog:

”Undersøkelsene bekrefter vansker som er forenlig med Asperger syndrom i tillegg til at det vurderes at han er klart preget av sin tvangslidelse”

## Utredning

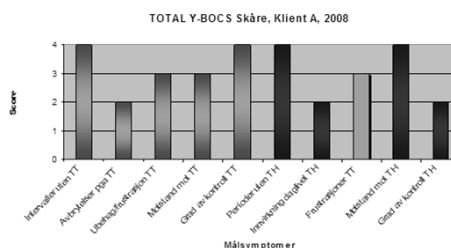
Generelt funksjonsnivå: Vineland Adaptive Behavior Scale (Vineland II) korrelerte med Asperger syndrom, skåre: 100 med utfall på sosiale ferdigheter.

Generell psykisk fungering: Screening med MINI PLUS (strukturett intervju for psykiske lidelser DSM-IV og ICD-10 koder) på bakgrunn av at det hevdes å være godt egnet kartleggingsverktøy for personer med autismspekterforstyrrelser (Bakken, mfl, 2008). Testen viste at deltaker fylte kriteriene for nåværende eller tidligere alvorlig depressiv episode, dystemi, manisk episode, panikklidelse med agorafobi, sosial fobi, spesifikk fobi, OCD, GAD, hypokondri, blandet angst og depressiv lidelse og tilpasningsforstyrrelser.

# Utredning

## Spesifikk psykisk fungering (OCD):

- Underbygge og bekrefte OCD-diagnose ved bruk av Y-BOCS (Goodman, mfl 1989)
- Definisjonsdel: ubehagelige tanker i forhold til religion, seksualitet, aggressivitet, bakterier (syk av smitte, redsel for å smitte andre), spesielle sykdommer, vemmelse i forhold til kroppens avfallsprodukter, overdrevent opptatt av sykdom, heldige og uheldige tall. Tvangshandlinger i forhold til rutiner for å unngå kontakt med noe urent, sjekking av låser/dører, telling, overtroisk atferd, handlinger som involverer andre, ritualisert spising og selvskadende/selvødeleggende atferd.
- Y-BOCS bekreftet diagnose satt i 2004 (samlet skåre: 31)



Tabell: Resultater av Y-BOCS foretatt i 2008. Samlet skåre er 31 som indikerer alvorlig tvangslidelse. X-aksen beskriver variabler som relateres til OCD. Y-aksen beskriver alvorlighetsgraden i forhold til disse variablene: (0 = ingen, 1 = Mild, 2 = Moderat, 3 = Alvorlig, 4 = Ekstrem)



# Utredning

## Observasjoner (ambulant):

- Verbale beskrivelser om redsel for å bli smittet av ulike sykdommer, spesielt omgangssyke og risiko for å kaste opp. Deltaker ga uttrykk for tanker der det å utføre mer enn to aktiviteter pr. dag ville føre til at han kastet opp og ble syk. Dette gjaldt aktiviteter som innebar en belastning for ham (forflytte seg utenfor leiligheten, sosial omgang med andre eller "omfattende" ADL-aktiviteter).
- Observasjoner viste at deltaker gikk baklengs i nærheten av gangfelt og ved enkelte fortau. Han åpnet og lukket dører gjentatte ganger før han gikk gjennom dem. I forhold til en dør (bakgården) åpnet han den først, tok to-tre skritt tilbake og løp/kastet seg frem for å rekke å ta tak i dørhåndtaket før døren var helt lukket. Hvis han ikke rakk det måtte dette gjentas. Lignende atferd (gå tilbake gjennom dører) forekom når deltakeren spilte dataspill (spillene måtte lastes opp på nytt). Videre forekom en rekke ritualer på treningsstudio i forhold til på antall kilo som korrelerte med ulike personer sin fødselsdato. Deltakeren visket ut matteoppgaver og gjorde de på nytt en rekke ganger. Deltakeren vasket hendene noe mer enn det som anses som vanlig.
- Deltakerens beskrivelser og observasjoner tydet på atferd som er korrelerte med OCD. Deltakeren refererte til dette som OCD.



# Utredning

## Egenregistrering:

Registrering av ubehagelige tanker og handlinger som bidro til å nøytralisere tankene. Det ble anvendt et telleapparat med 4 kategorier. Over en periode på 14 dager var det en gjennomsnittlig forekomst av 17 episoder med tvangstanker med en varighet på over 2 minutter, 59 tvangstanker med en varighet på under 2 minutter, 97 tvangshandlinger med en varighet på over 2 minutter og 42 tvangshandlinger med en varighet på under 2 minutter.

Deltakeren registrerte i tillegg hvilke situasjoner han unngikk på grunn av redsel for at tvangstanker kunne forekomme i 14 dager. Situasjoner som deltakeren registrerte at han unngikk var bl.a. å gå på treningsstudio, handle, installere ulike spill, spille ulike spill, rydde, gå tur og chatte på facebook. Gjennomsnittlig unngikk deltakeren 7 situasjoner hver dag. Unngåelse knyttet til aktiviteter ble vurdert som et reelt problem for deltakeren.



# Utredning

## Imaginær eksponering

Historier med varighet på ca 20 minutter med basis i de tvangstanker deltakeren hadde definert ved Y-BOCS-test og observasjoner. Deltakeren hevdet i forkant av historiene at han kom til å bli syk og få uttalt angst når historiene ble fortalt.

- Ingen observasjoner av angst



# Utredning

## Direkte eksponering

Intensiv eksponeringsbasert trening hver dag i 5 dager knyttet til situasjoner hvor Y-BOCS, egenregistrering og samtaler indikerte forekomst av angst, tvangstanker –og handlinger.

Deltaker var positiv til treningen, ingen observerbar angst.



# Utredning

## Regelstyring

Eksponeringsbasert trening med vekt på regelstyring overfor ritualer (mønstre) som deltaker beskrev reduserte angst.

Regel som ble presentert var: "Det er forbudt å...."

Regelstyring bryter mønstrene og det er ikke observert forekomst av slike mønstre eller verbal atferd knyttet til dem i etterkant.



## Vurdering av utredninger

- Liten korrelasjon mellom kliniske undersøkelser og MINI PLUS/Y-BOCS
- Høy korrelasjon mellom kliniske undersøkelser og Vineland II
- Angst (vilkår for OCD) ikke tilstede (ikke nøytraliserings effekt ved ritualer)
- Ikke "logisk" sammenheng mellom "tvangstanker" og "tvangshandlinger" (tvangstanker kan ikke relateres til tvangshandlinger direkte)
- Regelpresentasjon under eksponeringsbetingelser ledet til umiddelbar og varig fravær av rituell atferd
- Deltakeren forvekslet tvangstanker og angst med bekymringer for ulike forhold (verbalt)

### Konklusjon:

Det eneste som kunne tyde på OCD: antatt sammenheng mellom frykt for sykdom og unngåelse av aktiviteter. Etablert konsekvensspesifiserende regel i.f.t at han ikke kunne gjøre mer enn to aktiviteter per dag. Funksjonell unngåelsesatferd som hadde stor påvirkning på generell fungering. Et mål at tiltak som utformes skal baseres på deltarens *reelle* vansker.



## Behandling av unngåelsesatferd

Behandling av unngåelsesatferd – topografisk identisk med tvangstanker (tanker om smitte) og tvangshandlinger (unngåelse):

Eksponering og responsprevensjon (E/RP) i kombinasjon med regelstyring

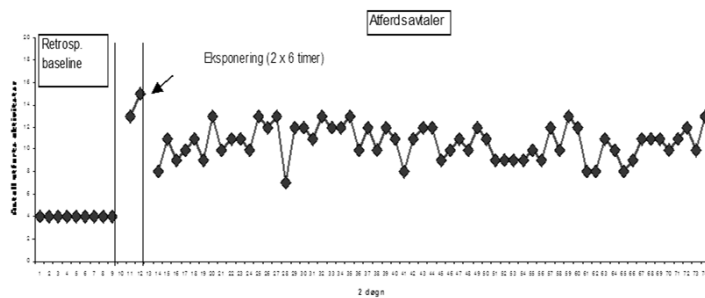
	Oppgave	Utført (X)
1	Tørke støv på stua hos mor (kontrolleres med mor)	
2	Kjipe Dagbladet på Narvesen på Oslo S (kontrolleres)	
3	Kjipe billett tur-retur Oslo S-Bryn (kontrolleres)	
4	Se Redaksjon 1 på NRK1 kl. 20:25 (testes på innhold)	
5	Skifte sengetøy (kontrolleres med mor)	
6	Reise med toget til Bryn stasjon (billetten kontrolleres)	
7	Sett opp tre mattestykker på et ark og læs disse (kontrolleres)	
8	Gå på Deli De Luca på Oslo City, kjøp en varmdrikk, les Dagbladet (kontrolleres)	
9	Skriv en melding til Pål på Facebook (kontrolleres)	
10	Les Dagbladet på turen mellom Oslo S og Bryn (du vil testes på innholdet i avisen)	
11	Tørke støv i alle rom i XX-gata (kontrolleres)	
12	Reise med tog fra Bryn stasjon til Oslo S (gå over broen)	
13	Gå på 7/11 i Bogstadveien og kjøp en grønn extra (kontrolleres)	
14	Møte Pål i XX-gata kl. 21:00	

Liste over aktiviteter, dag 2: E/RP



# Behandling av unngåelsesatferd

## Atferdsavtaler



Tabellen viser antall aktiviteter utfør under retrospektiv baseline og antall utførte aktiviteter etter atferdsavtaler ble igangsatt i løpet av to døgn. Under E/RP viser grafen aktiviteter pr. kveld (12 og 15).

# Sosial ferdighetstrening

## Særtrening med skåring av sosiale ferdigheter

- Å hilse
- Innlede en samtale
- Holde i gang en samtale (stille spørsmål, stille spørsmål i kombinasjon med kompliment m.m.)
- Takke, dele med andre
- Be om hjelp, respondere på andre som ber om hjelp
- Sosial persepsjon: korrelerende (med verbale, sosial atferd) smil, nikk, gester (enkeltsekvenser i forhold til enkeltferdigheter)

36 økter over 3 uker

## Vurdering av resultater

Atferd som var topografisk identisk med tvangstanker og handlinger: Frykt for sykdom og unngåelse av aktiviteter korrelerte ikke med en OCD-diagnose. Ikke grunnlag for OCD-diagnose satt i 2004.

Atferdsavtaler har opprettholdt et høyt aktivitetsnivå frem til d.d. (lavere enn under E/RP-betingelser hvor det var unaturlig høyt). En kan anta at atferdsavtaler har bedre effekt overfor unngåelsesatferd forårsaket av eksekutive funksjonsmangler relatert til Asperger syndrom enn unngåelsesatferd relatert til OCD.

Deltakeren responderte svært positivt på sosial ferdighetstrening. I sær trening i forhold til sosiale ferdigheter var det mestring på 58 % under baseline. 99% mestring etter 3 ukers intensiv trening. Sosial ferdighetstrening bidrar antakeligvis til at deltakeren fortsatt utsetter seg for sosiale situasjoner og fortsatt har et relativt høyt aktivitetsnivå. Høy eksponering for sosiale situasjoner gir muligheter for repetisjon av innlærte ferdigheter.

**Det som ble avdekket var deltakerens verbale repertoar og forståelse; hans vansker med å diskriminere mellom sine egne grunnvansker og overlappende vansker med andre lidelser.**

## Vurdering av resultater

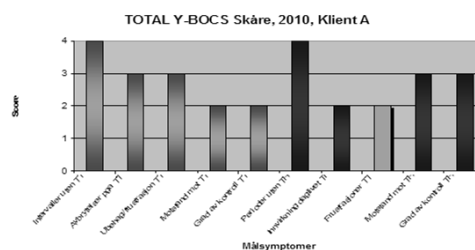
- Deltakeren hadde ikke en OCD på bakgrunn av mangelfull sammenheng mellom tvangstanker og handlinger, at handlingene ikke nøytraliserer tankene og fravær av angst under eksponering. Dette kan ikke avdekkes uten klinisk utprøving.
- Det er sannsynlig at tilsvarende kan gjelde for andre personer med Asperger syndrom. Særlig vil kriteriet om angst kunne forveksles med uttalte generelle og spesifikke bekymringer (angst) for ulike forhold som er typisk hos gruppen.
- Årsakene til deltakerens vansker er sannsynligvis eksekutive funksjonsmangler, mangelfull sosial kompetanse (ferdigheter og persepsjon), generelle bekymringer og effekter av regelstyring (etablering av regler for egen atferd). Ikke psykiske lidelser.



## Y-BOCS: Test 2

I etterkant av tiltakene ble det foretatt ny Y-BOCS test med tilsvarende resultat som før tiltak. Y-BOCS og testbetingelser med selvrapporing kan ses på som diskriminative forhold som leder til antakelser om underliggende psykiske lidelser (OCD). Det synes vanskelig for personer med sosiale forståelsesvansker å svare på spørsmål rundt egen psykisk helse. Deltakeren klassifiserte bekymringer (Dubin, 2009) som tvangstanker og ritualer etablert ved regler som tvangshandlinger.

Klinisk kartlegging er nødvendig!



Tabell: Resultater av Y-BOCS foretatt i 2010. Samlet skåre er 31 som indikerer alvorlig tvangslidelse. X-aksen beskriver variabler som relateres til OCD. Y-aksen beskriver alvorlighetsgraden i forhold til disse variablene: (0 = ingen, 1 = Mild, 2 = Moderat, 3 = Alvorlig, 4 = Ekstrem)

## Beskrivelser av "Asperger-vansker"

### Asperger syndrom: Diagnostiske beskrivelser – ICD 10

I ICD-10 beskrives Asperger syndrom (F84.5) som en tilstand kjennetegnet ved samme type kvalitative forstyrrelser av sosialt samspill som ved autisme, i kombinasjon med et begrenset, stereotypt og repetitivt repertoar av interesser og aktiviteter. Syndromet skiller seg fra autisme først og fremst ved at det ikke er noen generell forsinkelse, hemming av språket eller den kognitive utvikling. De fleste har normal intelligens, men er vanligvis utpreget klossete. Tilstanden forekommer hovedsakelig hos gutter (forholdet er åtte gutter for hver jente). Sannsynligvis representerer noen av tilfellene milde former for autisme, men det er usikkert hvorvidt dette gjelder alle. Det er en sterk tendens til at avvikene vedvarer inn i ungdomsalder og voksen alder, og det virker som om de representerer individuelle kjennetegn som ikke påvirkes i særlig grad av omgivelsene.

De diagnostiske retningslinjene i ICD-10 baseres på at det ikke er noen klinisk signifikante forsinkelser i språk eller kognitiv utvikling. Men som ved autisme foreligger det en kvalitativ svikt i sosialt samspill og et begrenset repetitivt og stereotypt mønster av atferd, interesser og aktiviteter. Det kan også være kommunikasjonsproblemer som ligner på problemene forbundet med autisme, men signifikant språkforsinkelse vil utelukke diagnosen.

## Beskrivelser av "Aspergervansker"

### Asperger syndrom: Diagnostiske beskrivelser – DSM IV

I DSM-IV (American Psychiatric Association, 2000) opereres det med 6 kriterier for å kunne sette en Asperger diagnose. Det skal være alvorlig og vedvarende problemer i forhold til sosial interaksjon med andre (kriterie A) og en utvikling av begrensede, repetitive atferdsmønstre og aktiviteter (kriterie B). Kriteriene A og B må ha en signifikant betydning for funksjonsnivået sosialt eller på andre viktige områder (kriterie C). Det skal ikke være klinisk signifikant forsinket språkutvikling. Enkelte sosiale språklige ferdigheter (som eksempelvis gi-og-ta-kommunikasjon) kan imidlertid være fraværende (kriterie D). Det skal ikke være forsinkelser i kognitiv utvikling som manifesterer seg ved normal nysgjerrighet overfor omverden og aldersadekvate adaptive ferdigheter, unntatt sosiale ferdigheter (kriterie E). Det siste kriteriet er at tilstanden ikke kan forklares med andre utviklingsforstyrrelser eller psykiske lidelser (kriterie F).

Problemene skal ikke kunne forklares med tvangspreget personlighetsforstyrrelse (F60.5), reaktiv tilknytningsforstyrrelse i barndommen (F94.1, F94.2), obsessiv-kompulsiv lidelse (F42.-), schizotyp lidelse (F21) eller enkel schizofreni (F20.6).

Dette gjelder både ICD-10 og DSM-IV

## Beskrivelser av "Aspergervansker"

### Etiologisk forskning: Eksekutive funksjonsmangler

Et område det har vært mye fokus på er såkalte eksekutive funksjonsmangler hos personer med Asperger syndrom og høytfungerende autisme. Eksekutive funksjoner er sentrale kognitive funksjoner inkluderer arbeidsminne, planlegging, igangsettelse av aktiviteter og oppgaver, hemme upassende responser og fleksibilitet for endringer. Ozonhoff mfl (1991) fant at det var signifikante forskjeller i forhold til eksekutive funksjoner hos personer med autismspekterforstyrrelser i forhold til andre (kontrollgruppe). Kleinhans (2005) fant at en gruppe på 12 personer med høytfungerende autisme (HFA) og personer med Asperger syndrom (ASD) skårer gjennomgående dårligere enn andre i forhold til eksekutive funksjoner. Eksekutive funksjoner ble i dette studiet definert som ferdigheter knyttet til fleksibilitet, flyt i språket ("fluency") og hemming av upassende verbal atferd.

Etiologisk forskning tar utgangspunkt i vansker knyttet til eksekutive funksjoner.

## Beskrivelser av "Aspergervansker"

### Beskrivelser av personer med Asperger syndrom; beskrivende litteratur

Det finnes omfattende litteratur som gir beskrivelser av hva som er typiske Asperger-vansker av personer som selv har Asperger syndrom. Det kan være vansker som beskrives i de diagnostiske kriteriene som eksempelvis sosiale ferdighetsmangler, snevre interessefelt eller klossethet (eksempelvis Grandin og Barron, 2005: om sosiale relasjoner).

Litteraturen gir også beskrivelser av vansker og problemer som ikke beskrives i de diagnostiske kriteriene eller følgetilstander av det som beskrives diagnostisk. Dubin (2010) som har selv har Asperger syndrom, beskriver i sin bok at personer med Asperger er mer utsatt for mobbing. Årsaken er ifølge Dubin annerledes sosial væremåte og motoriske særegenheter.

Angst og bekymringer hos personer med Asperger beskrives flere steder i litteraturen: "coping with the anxiety that comes with Asperger syndrome" (Gaus, 2007). Bekymringer er også noe som går igjen i blogger for personer med Asperger syndrom: "Oh my, this is me! I am such a worrier, about everything it seems!"; "Yeah, and the weird part is... once I know my current problem is solved, I start looking for something else to worry about. It is almost self destructing" (Asperger's Syndrome Forum, 01 august, 2010). Både Gaus (2007) og Dubin (2009) veksler mellom å bruke ordene bekymringer og angst. Dubin (2009) forklarer angsten og bekymringene med forhold som hypersensitivitet, sosiale ferdighetsmangler, perfektjonisme og uforutsigbarhet. Angsten og bekymringene beskrives som typiske Asperger-vansker.



## Komorbiditet

Beskrivelsene av vansker personer med Asperger syndrom har viser at problemene de med grunnlidelsen har er omfattende. Likevel er det noen som mener at komorbide psykiske lidelser er viktigere enn selve grunnlidelsen:

Kaland (2009) hevder at ut fra den kunnskapen vi nå har om komorbiditet så bør ikke de psykiske problemene betraktes som en del av autismen. Han skriver videre at: "Det er de komorbide tilstandene som skaper problemene, ikke autismen som sådan."

Belegg for dette?

"Personer som jobber i bofellesskap bør få mer grunnleggende kunnskap, både om autismespekteret og de komorbide, psykiske problemene som forekommer hos mange av brukerne. Dette gjelder særlig fordi forekomst av en rekke atferdsproblemer i pubertet og ungdomsårene kan være en manifestasjon på en underliggende, komorbid lidelse. 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" (Kaland, 2009).



## Komorbiditet

Komorbiditet betyr forekomst av flere ulike sykdommer eller lidelser samtidig hos samme person. Komorbiditetsforskning knyttet til autismespekterforstyrrelser er forskning hvor det forsøkes å identifisere psykiske tilleggslidelser hos personer som allerede har autisme eller Asperger syndrom. Mengden av komorbiditetsforskning er omfattende og det synes å være en enighet om at mennesker med autismespekterforstyrrelser har en høyere forekomst av psykiske tilleggslidelser enn befolkningen forøvrig (Bradley mfl, 2004).

Belegg for dette?

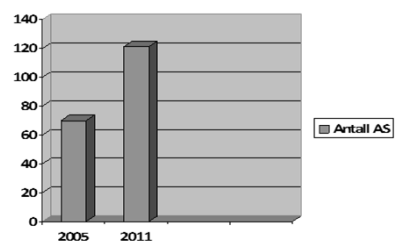
Hva vet vi om prevalens: ASD og Komorbiditet: ASD?



## Prevalens: Asperger Syndrom

Forekomst av Asperger syndrom er 3-5 per 1000 innbyggere eller 1 av 250 (Attwood, 2007). Attwood antar at det er 50 % av barna som har Asperger syndrom som diagnostiseres (Attwood, 2007). Forekomsten av diagnostiserte tilfeller av autismespekterforstyrrelser inklusive Asperger syndrom øker.

Weidle mfl (2011) fant at 70 barn og ungdom hadde diagnosen Asperger syndrom i Sør-Trøndelag i 2005. I 2008 fant de samme forskerne at tallet var steget til 121.



## Komorbiditet: ASD

Det er en rekke studier som bekrefter at barn eller voksne med autismespekterforstyrrelser har en overhyppighet av angstlidelser som separasjonsangst, generalisert angstlidelse (GAD), panikkangst eller tvangslidelser (Gillott mfl, 2001, Cath, mfl, 2008). Muris mfl (1998) fant at 84,1 % av et utvalg på 44 barn møtte kriteriene for en av angstlidelsene. Leyfer mfl (2006) fant at vel 70 % av 109 barn med autismespekterforstyrrelser hadde minst en psykisk lidelse (DSM-IV) i tillegg til grunnlidelsen. Det var en høy andel av barna som hadde spesifikke fobier, tvangslidelser og AD/HD. Det er stor variasjon mellom ulike studier i hvor stor forekomst av psykiske tilleggslidelser som rapporteres. Gillberg og Billstedt (2001) og Muris mfl (1998) viser til at komorbide tilstander som AD/HD (38 %), Tourette syndrom (4-8 %), tvangslidelse (5-10 %), frykt/angst; spesielt fobier (50 % hos voksne, 84 % hos barn), depresjon (5 % hos barn, 50 % hos voksne), bipolar lidelse (7 %), schizofreni og uspesifiserte psykoser (7-8 %), søvnforstyrrelser (50 %) og at sære dietter og anoreksi er vanlig.

Psykiatrisk diagnostikk tar primært utgangspunkt i selvrapportering og personer med autismespekterforstyrrelser har begrenset eller manglende evne til å rapportere om egne problemer.

**Lav presisjon i studier (Variasjon 9% - 89%):** Howlin (2000) viser til fem studier hvor variasjonen av forekomst er stor. Hun viser til Rumsey mfl (1985) med en forekomst av psykiske tilleggslidelser på 89 % og Goode mfl (1999) med en forekomst på 9 %. De tre andre studiene har forekomst av psykiske tilleggslidelser på henholdsvis 69 %, 50 % og 11 % (Howlin, 2000).

Variasjon i forekomst av OCD mellom 0% (Melville, mfl, 2008) og 37,2% (Leyfer mfl, 2006).



### Leyfer, O.T., Folstein, S.E., Bacalman, S., Davis, N.O., Dinh, E., Jubel, M., 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, Volume 36, No. 7, pages 849-861**

**Table 2** Lifetime prevalence of psychiatric disorders in children with autism

	Criteria Met			
	DSM-IV		Subsyndromal	
	N	(%)	N	(%)
<b>Mood disorders</b>				
<i>Depressive disorder (n = 109)</i>				
Major depressive episode (≥one episode)	11	(10.1)	15	(13.8)
Depression, NOS	3	(2.8)	NA <sup>b</sup>	
<i>Hypomanic/manic disorders (n = 106)</i>				
Manic episode	2	(1.9)		
Cyclothymia	1	(.94)		
Bipolar 1 disorder	2	(1.9)	1	(0.9)
Bipolar 2 disorder	1	(0.9)		
Hypomanic episode	1	(0.9)		
Mixed episode	2	(1.9)		
Schizophrenia, other	0	0		
<b>Psychotic disorders</b>				
<i>Anxiety disorders</i>				
Panic disorder	0	0		
Separation Anxiety (n = 101) <sup>a</sup>	12	(11.9)	7	(6.9)
Social Phobia (n = 94) <sup>a</sup>	7	(7.5)	3	(3.2)
Specific Phobia (n = 97)	43	(44.3)	NA <sup>b</sup>	
Generalized anxiety (n = 41) <sup>a</sup>	1	(2.4)	1	(2.4)
Obsessive compulsive disorder (n = 94)	35	(37.2)	5	(5.7)
<b>Disruptive disorders</b>				
ADHD (n = 85) <sup>a</sup>	26	(30.6)	21	(24.7)
<b>ADHD subtypes</b>				
Inattentive	17	(20.0)		
Hyperactive	3	(0.35)		



Melville, C.A., Cooper, S.A., Morrison, J., Smiley, J., Allan, L., Jackson, A., Finlayson, J., Mantry, D. (2008):  
**The prevalence and incidence of mental ill-health in adults with autism Journal of Autism and Developmental Disorders, 38, 1676-1688**

**Table 2** Point prevalence of mental ill-health by clinical, DC-LD, DCR-ICD-10, and DSM-IV-TR diagnostic criteria at T1

Diagnostic category	Diagnostic criteria (n = 77)			
	Clinical n (%; 95% C.I.)	DC-LD n (%; 95% C.I.)	DCR-ICD-10 n (%; 95% C.I.)	DSM-IV-TR n (%; 95% C.I.)
Psychotic disorder <sup>a</sup>	1 (1.3)	1 (1.3)	0 (0)	0 (0)
Affective disorder	4 (5.2)	3 (3.9)	3 (3.9)	2 (2.6)
Anxiety disorder <sup>b</sup>	3 (3.9)	2 (2.6)	2 (2.6)	2 (2.6)
OCD	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Organic disorder	0 (0)	0 (0)	0 (7.0)	0 (0)
Alcohol/substance disorder	0 (0)	0 (0)	0 (0.5)	0 (0)
Pica	4 (5.2)	4 (5.2)	0 (0)	1 (1.3)
Other eating disorder <sup>c</sup>	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
ADHD	3 (3.9)	2 (2.6)	0 (0)	0 (0)
Problem behaviour	29 (37.7)	22 (28.6)	0 (0)	0 (0)
Personality disorder	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Other mental ill-health	1 (1.3)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Mental ill-health of any type, excluding problem behaviours <sup>b</sup>	16 (20.8; 12.4-31.5)	12 (15.6; 8.3-25.6)	5 (6.5; 2.1- 4.5)	5 (6.5; 2.1-14.5)
Mental ill-health of any type <sup>b</sup>	37 (48.1; 36.5-59.7)	28 (36.4; 25.7-48.1)	5 (6.5; 2.1-14.5)	5 (6.5; 2.1-14.5)

<sup>a</sup> Includes schizoaffective disorders

<sup>b</sup> Excludes specific phobias

<sup>c</sup> Excludes pica



## Komorbiditet: ASD

Y-BOCS er det mest vanlige testverktøyet for å avdekke tvangslidelser (Goodman mfl, 1989) og er ansett som det mest sentrale metoderedskap i forhold til å avdekke prevalens, diagnostikk og for å måle behandlingseffekter overfor OCD i forskningslitteraturen.

OBSESSIONS (%)	ASD	OCD
Aggressive	20	29
Contamination	24	31
Sexual	13	16
Hoarding	17	23
Religious	12	15
Symmetry	22	27
Somatic	6	24

COMPULSIONS (%)	ASD	OCD
Cleaning	22	30
Checking	24	37
Repeating	17	31
Counting	4	11
Arranging	10	15
Hoarding	12	19

Tabell: Tvangstanker og tvangshandlinger hos autismespektergruppen: ASD (N=40) og hos OCD-gruppen (N=45). Russel, m.fl. (2005)

Måleinstrument: Y-BOCS

Russel, A., Mataix-Cols, D., Anson, M., Murphy, D.G. (2005): Obsessions and compulsions in Asperger syndrome and high-functioning autism *The British Journal of Psychiatry*, 186: pages 525-528



# Komorbiditet: ASD

Er årsaken til høy komorbiditet dette?

Tolkninger som forstyrrer det diagnostiske bildet: Psykiske lidelser fremtrer annerledes hos mennesker med autismspekterforstyrrelser enn hos andre. For eksempel hevder Tantam (2000) at ritualistisk atferd kan være atypiske (uvanlige) symptomer på angst. Myers og Winters (2002) beskriver utfordrende atferd som atypiske symptomer på depresjon. I tillegg hevdes det at symptomene kan være idiosynkratiske (særegne for personen). Bakken og Helverschou (2008) viser til at "særlig angstreaksjonene fremstår som idiosynkratiske" hos personer med autisme og utviklingshemming. De viser til et eksempel hvor en ung gutt klapper sine nærpå personer på en bestemt måte under angstanfall.

Variasjonen i prevalens forklares med manglende enighet om bruken av diagnostiske kriterier og forskernes manglende kliniske erfaring (Bakken og Helverschou, 2008).



# Komorbiditet: ASD

## Konklusjon:

- Ikke belegg for at komorbide tilstander skal vektlegges mer enn grunntilstanden
- Enormt sprik i forhold til komorbiditet, lav presisjon:
  - Atypiske/ideosynkratiske symptomer som tillegges ASD bidrar til lav presisjon
  - Krav til "klinisk erfaring" hos forskere bidrar til lav presisjon
- Tester som baseres på verbal tilbakemelding fra klienten selv bør ikke anvendes som eneste indikator for å avdekke symptombilde eller effekt av behandling. Komorbiditetsstudier gjør imidlertid det. For eksempel anvendes CY-BOCS eller Y-BOCS for å avdekke komorbiditet hos autismspekterforstyrrelser (Hollander mfl, 2003, Russel mfl, 2005, Ivarsson og Melin, 2008), tilsvarende gjelder effekt av behandling (Reaven og Hepburn, 2003, Hollander mfl, 2005). Det er grunn til å stille spørsmålet om det som dokumenteres i en overfor denne gruppen kan være atferd hvor vilkårene for tvangstanker og tvangshandlinger ikke er til stede.



## Komorbiditet: ASD

### Konklusjon:

Det etiologiske grunnlaget for Asperger syndrom er ukjent. Komorbiditetsforskning forsøker å avdekke forhold (psykiske lidelser) som kommer i tillegg til disse vanskene, en avgrensning som er svært vanskelig.

- Inntil diagnostisk forskning for psykiske lidelser hos ASD blir mer presis og entydig er det ikke belegg for at det er høyere forekomst av psykiske lidelser hos gruppen enn i normalbefolkningen for øvrig (eks. OCD m/ variasjon 0-37,2 %). De fleste studier indikerer en høy komorbiditet, men ikke alle.



## Kategorier

Psykopatologi er det mangfoldet av menneskelig atferd som kan tolkes som symptomer på psykisk lidelse. De fleste som blir behandlet i psykisk helsevern har ikke unaturlig eller uvanlig atferd (symptomer), men atferden forekommer i et større omfang og/eller de håndterer atferden eller betingelser annerledes.

Bruk av (diagnostiske) kategorier passer best når:

- alle medlemmer av en diagnostisk kategori er like
- når de ulike diagnosene er gjensidig utelukkende
- når grensene mellom ulike diagnoser er tydelige





## Kategorier

Disse kravene til kategorier er ikke tilfredsstillende når det gjelder psykiske lidelser:

- Det er store variasjoner innen hver gruppe (jfr. atypiske symptomer/ideosynkratiske symptomer). Diagnostiske kategorier skjuler individuell variasjon (en med ASD er ikke lik en annen med ASD).
- Utydelige grenser mellom kategoriene (diagnosene). Det er uklart om det er forskjellige lidelser eller bare ulike variasjoner av samme lidelse. Sekvensiell relasjon mellom ulike psykiske lidelser, slik at trekk ved én lidelse tjener som risikofaktor for en annen (Moses & Barlow, 2006). Tilfredsstillende en pasient flere diagnoser krever diagnosemanualene at alle lidelsene listes opp som om de skulle være selvstendige lidelser. Det gjøres nok ikke alltid i praksis.
- Diagnoser er ikke eksklusive

## Komorbiditet

Hvordan skal høy komorbiditeten av psykiske lidelser hos personer med ASD skal forstås og hvilke sammenhenger det er med grunntilstanden?

### Konklusjon:

- Det bør etableres forskning hvor målet er å avgrense ASD-vansker opp mot psykiske lidelser (mer pålitelig diagnostikk). Forskningen bør ta utgangspunkt i kliniske undersøkelser og tester (ambulant). Alternativet vil være å etablere grovere kategorier for psykiske lidelser og på den måten å øke gyldigheten (bl.a oppnå mindre komorbiditet).
- Ytterligere spesifisering og kategorisering med bruk av nye diagnoser (eks. PF) vil innebære ytterligere komorbiditet og enda lavere logisk sammenheng mellom diagnoser og behandling. Personer med mange diagnoser er vanskeligere å behandle og det etableres lett maktesløshet i hjelpeapparatet.
- Det mest logiske vil være grovere diagnosekategorier i kombinasjon med grundige funksjonelle analyser. Dette vil lede til mer presis behandling og mindre komorbide psykiske lidelser.

## Komorbiditet

- Komorbiditet impliserer nødvendigvis ikke forekomsten av multiple lidelser eller multiple psykologiske problemer, men heller problemer med å finne enklere forståelsesmodeller som kan forklare de symptomene pasienten kommer til behandling for (Hagen, 2008).
- Hvorfor benyttes systemer (DSM IV/ICD 10) med så lav gyldighet?
  - Fordi det er så begrenset suksess i forhold til å avdekke årsaker (Borsboom mfl, 2011)

Fokus bør ligge på forsøk på forklaringer fremfor kategorisering/identifisering

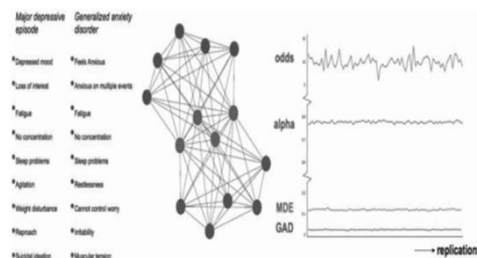
### The Small World of Psychopathology

Denny Borsboom, Angélique O. J. Cramer, Verena D. Schmittmann, Sacha Epskamp, Lourens J. Waldorp: Department of Psychology, University of Amsterdam, 2011

**Background:** Mental disorders are highly comorbid: people having one disorder are likely to have another as well. We explain empirical comorbidity patterns based on a network model of psychiatric symptoms, derived from an analysis of symptom overlap in the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-IV (DSM-IV).

**Principal Findings:** We show that a) half of the symptoms in the DSM-IV network are connected, b) the architecture of these connections conforms to a small world structure, featuring a high degree of clustering but a short average path length, and c) distances between disorders in this structure predict empirical comorbidity rates. Network simulations of Major Depressive Episode and Generalized Anxiety Disorder show that the model faithfully reproduces empirical population statistics for these disorders.

**Conclusions:** In the network model, mental disorders are inherently complex. This explains the limited successes of genetic, neuroscientific, and etiological approaches to unravel their causes.



The simulation of MDE and GAD and its results. The left part of the figure shows core MDE (blue nodes), core GAD (red nodes) and bridge symptoms (purple nodes). The middle part of the figure represents the implied structure of the simulated network: comorbidity arises through connections via bridge symptoms. There are no direct connections between core MDE and core GAD symptoms. The right part of the figure displays the results of the simulations. The x-axis represents the number of replications of the simulation. The y-axis represents 1) odds: odds ratio of diagnoses as measure of comorbidity, 2) alpha: Cronbach's  $\alpha$ , 3) MDE: prevalence of MDE and 4) GAD: prevalence of GAD.

## Forklaringer

Eksekutive funksjoner inkluderer arbeidsminne, planlegging, igangsettelse av oppgaver og aktiviteter, hemme upassende responser og fleksibilitet for endringer.

Komorbiditetsforskning er beskrivende, ikke forklarende. Forsøk på å forklare ASD (atferdstyper) gis innen etiologisk forskning og atferdsanalytisk forskning.

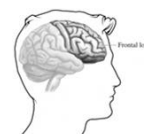
*Etiologiske studier tar særlig utgangspunkt i eksekutive funksjonsmangler hos ASD:*

Kleinhans mfl (2005) undersøkte eksekutive funksjoner hos personer med Asperger syndrom og autisme ved bruk av tester fra Delis-Kaplan Executive Function System (D-KEFS). D-KEFS består av tester som Stroop task, Trail Making Test og Verbal Fluency Test, men med nye prosedyrer som er designet for å øke sensitiviteten for rene eksekutive funksjonsvansker. Forfatterne fant at forsøkspersonene hadde vansker med oppgaver som krevde mental fleksibilitet og verbal flyt.

Joseph mfl (2005) fant at eksekutive funksjonsvansker hos barn med autismespektertilstander ikke har sammenheng med språkvansker, det vil si at språkvansker ikke er årsaken til eksekutive funksjonsvansker. Resultatene tydet heller på at barna på grunn av eksekutive funksjonsvansker hadde problemer med å bruke språket til å regulere sin egen atferd.



## Forklaringer



*Etiologisk forskning, to hovedretninger:*

### 1. ASD: Deler av hjernen er påvirket

Særlig fokus på funksjoner knyttet til fremre deler av hjernen (frontallappen eller pannelappen) samt temporallappene/tinninglappen (nevropsykologiske undersøkelser og billediagnostikk). Eksekutive funksjoner synes å være lokalisert i nettverk der den prefrontale delen av cortex spiller en rolle. I tillegg til autisme antas det at flere andre nevropsykiatriske tilstander har dysfunksjoner lokalisert i frontallappen.

Santosh (2000) fant abnormaliteter i frontallappen både hos barn med tvangslidelser (OCD) og autisme. Russel (1994) knytter dysfunksjonell frontallapps fungering til AD/HD. Nevroradiologiske undersøkelser tyder på forandringer i nervebaner i frontallappen ved ticsforstyrrelser/Tourette syndrom (Aron mfl, 2004).

Flere forskere mener nå at eksekutive funksjonsvansker er den grunnleggende dysfunksjonen ved autismespekterforstyrrelser ( Første gang: Russel, 1997).



## Forklaringer

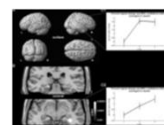
Grå substans: Nevroner m/ "viktige" funksjoner  
 Hvit substans: Støtteceller  
 Ny forskning: Ikke entydig

McAlonan, mfl (2002) fant store hjerneorganiske forskjeller mellom en kontrollgruppe på 14 personer og 12 personer med Asperger syndrom. De fant volumforskjeller og at personer med Asperger syndrom har vesentlig mindre grå substans i frontallappen enn kontrollgruppen. Forskerne henviser til at dette kan være årsak til sansemotoriske problemer, repetitive tanker og monoton tale.

I Baron-Cohens mfl artikkel om amygdala-teorien (2000) fremmes sannsynligheten for at strukturene i tinninglappene (amygdala) i hjernen er skadet. Amygdala er lokalisert i temporallappen og spiller en sentral rolle for opplevelser og fremkalling av følelser. Det vises også til tidligere studier hvor amygdala ses på som et sentralt område i hjernen i forhold til sosial intelligens. Autisme involverer problemer med sosiale relasjoner og derfor antydes det at dette området kan være påvirket. Personer med autismspekterforstyrrelser ble presentert for bilder av øynene til andre personer og fikk i oppgave å si hva de trodde disse personene tenkte eller følte. En kontrollgruppe fikk tilsvarende oppgave. Personene med autisme hadde ingen aktivitet i amygdala under oppgavene, mens kontrollgruppen hadde aktivitet i dette området av hjernen.



## Forklaringer



Teorien om speilnevroner baseres på arbeidene til Rizzolatti og Fadiga (1995). De oppdaget at speilnevroner kan være den potensielle neurologiske basis for sosial atferd som å smile når noen smiler til deg og øyekontakt med andre (Tager-Flusberg mfl, 2005). Forskere har ikke klart å beskrive den presise funksjonen speilnevroner har og hvilke problemer en eventuell dysfunksjon kan skape. Flere forskere foreslår imidlertid at speilnevron-systemet (MNS, Mirror Neuron System) til personer med autismspekterforstyrrelser ikke er så aktivt som hos andre. For eksempel har Tager-Flusberg mfl (2005) vist at når personer med autismspekterforstyrrelser så på håndbevegelser hos andre personer var speilnevron-områdene mindre aktive enn tilsvarende områder i hjernen hos andre voksne personer. 14 høyt fungerende personer med autismspekterforstyrrelser ble sammenliknet med en kontrollgruppe på tilsvarende alder. Forskerne fant vesentlig mindre grå substans i MNS hos de med autismspekterforstyrrelser. Tager-Flusberg mfl (2005) hevder at sosial og følelsesmessig dysfunksjon med manglende empati kan skyldes lite grå substans i MNS. Fan mfl (2010) utfordrer teorien om dysfunksjoner i MNS hos mennesker med autismspekterforstyrrelser. De viser til den store oppmerksomheten denne teorien har fått til tross for mangelfull empiri. Funnene til Fan mfl (2010) var at speilnevronsystemet hos personer med autismspekterforstyrrelser var like aktivt under eksponering som hos kontrollgruppen, men de hadde problemer med å imitere bevegelsene som de ble eksponert for. Forskerne henviser til at det må gjennomføres flere studier før resultater presenteres i media.



# Forklaringer

## 2. ASD: Skade forårsaket av hormonforstyrrelser

Forskningen baseres på målinger av hormon-nivåer hos personer med Asperger syndrom og autisme. Det er spesielt steroider som testosteron, østrogen, androstendione, dihydrotestosteron (DHT) og luteinizing hormone (LH) som måles. Forskningens utgangspunkt er Simon Barron-Cohens teorier om "the extreme male brain" (Barron-Cohen, 2000, 2002). Det argumenteres for kjønnsforskjeller i forhold til "systematisering" og "empati" og at mennesker med autisme har en ekstrem mannlig profil.

I Weisglas-Kuperus mfl sin studie (2004) beskrives steroiders rolle i utviklingen av hjernen. Steroider har en viktig rolle i forhold til utvikling av kjønns spesifikk atferd som kan ses i lek. I studiet ble effekter av eksponering for PCB (industri kjemikalie) og dioxiner (klorholdig giftstoff) i miljøet sett opp mot ulike former for kjønns spesifikk lek. Prenatal eksponering for PCB var definert ut fra målinger av PCB i brystmelken. Hos gutter var høyere prenatal PCB relatert til mindre maskulin lek, mens hos jenter var høy prenatal PCB relatert til mer maskulin lek. Høye dioxin-verdier var relatert til mer feminin lek hos både gutter og jenter.

Ingudomnukul mfl (2007) fant en overhyppighet av testosteron-relaterte lidelser som alvorlige acne-tilstander, uregelmessig menstruasjon og brystkreft hos kvinner med autismspekterforstyrrelser. Det argumenteres i artikkelen at disse resultatene støtter teorien om "the extreme male brain".



# Forklaringer

Brosnan mfl (2009) fant i sin studie fravær av normal kortisol-oppvåkning-respons (cortisol-awakening response, CAR) hos voksne menn med Asperger syndrom. I artikkelen beskrives at evnen til å reagere på forandringer er avhengig av en dramatisk utskillelse av kortisol ved oppvåkning. Ved eksekutive funksjoner som planlegging og igangsetting er kortisolutskillelse avgjørende.

I studiet fant man at CAR var til stede hos alle 18 i kontrollgruppen, men ikke hos noen av de 20 voksne mennene med Asperger syndrom. Forskerne hevder at dette tyder på at personer med Asperger syndrom har hormonell forstyrrelse som bidrar til at de reagerer inadekvat på forandringer i miljøet.



## Forklaringer



Atferdsanalytisk forskning har ikke som mål å beskrive patologiske væremåter, men å forstå adferden best mulig. Atferdsanalysens syn på diagnose-kategorier er at de er for generelle og at de skjuler individuell variasjon. Analyser av årsaker til atferd kan bidra til tiltak som virker bedre enn tiltak uten funksjonelle analyser.

Personer med ASD kan ha svak sensitivitet for positive forsterkere som innebærer at visse former for atferd ikke forekommer eller forekommer sjeldent (eksempelvis i.f.t isolasjonsproblematikk).

Autisme (F 84.0) og Asperger syndrom (F 84.5) innebærer ofte aversjoner mot situasjoner som andre mestrer. Mange atferdstopografier som inngår i ulike psykiske lidelser kan føre til unngåelse eller unnslippelse fra spesielle aversive stimuli og situasjoner. Sterk sensitivitet for hva man vanligvis oppfatter som normale aversive stimuli eller lett ubehaglige situasjoner innebærer at atferd som leder til muligheter for å unngå/unnslippe kan øke og bli et permanent atferdsmønster.

Logisk sammenheng mellom analyser og behandling



## Medikamentell behandling

Det finnes ingen spesifikke medikamentell behandling for Asperger Syndrom. Mange personer med AS bruker ikke medisiner. I praksis medisineres det mot spesifikke symptomer. Indikasjoner på medikamentell behandling er psykiske tilleggs lidelser og ikke spesifikke AS-vansker. Det er sannsynligvis flere personer med Asperger syndrom som benytter ulike former for psykofarmaka enn i normalbefolkningen.

Towbin (2003) forsøker å gi beskrivelser av hvordan en bør gå frem i forhold til medikamentell behandling av personer med Asperger syndrom som er utfordrende og særdeles vanskelig. Han påpeker at det ikke finnes medikamentell behandling av sosiale ferdighetsmangler, inklusive feiltolkninger av sosiale situasjoner. Han påpeker videre at det mangler gode studier på effekt av medikasjon for de symptomene som opptrer hos gruppen og at det ikke eksisterer behandlingsstudier som viser effekt av medikamentell behandling av komorbide psykiatriske lidelser ved Asperger syndrom.

Towbin (2003): Strategies for pharmacologic treatment of high functioning autism and Asperger Syndrome. Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America, 12, pages 23-45



# Evidensbasert behandling

## Autismespekterforstyrrelser:

### ACT- Acceptance and Commitment Therapy

Blackledge og Hayes (2006)

### Atferdsavtaler, tegnøkonomisystemer, ulike styringssystemer, PECS

Tincani (2004), Howlin mfl (2007), Beaumont og Sofronoff (2008)

### Differensielle forsterkningsprosedyrer (DRO, DRA, DRL, DRH, DRI)

Smith (1987), Piazza mfl (1996), Miller og Neuringer (2000), Tiger mfl (2009)

### Eksponering med responsprevensjon (E/RP)

Lord (1996), Reaven og Hepburn (2003), Lehmkuhl mfl (2008)

### Non-Contingent Reinforcement (NCR)

Rehfeldt og Chambers (2003), Roane mfl (2003), Rapp og Vollmer (2005), Ciceros (2007), Patterson mfl, 2010.

### Social Skills Training (SST)

Kamps, mfl (1992), Koegel mfl (1992), Pierce og Schreibman (1997), Barnhill mfl (2002), McGrath mfl (2003), Solomon (2004), Webb mfl (2004), Lopota mfl (2006, 2008), Bauminger (2007), Tse mfl (2007), Matson mfl (2007), Rao mfl (2008), Cotugno (2009), Herbrecht mfl (2009), Davis mfl (2010). Kommerielle produkter: "Model Me Kids"-programmet for barn mellom 9 og 17 år. Programmet inneholder opplæring på DVD i forhold til "Organization & Motivation", "Conversation Cues", "Friendship", "Tips & Tricks" og "Confidence & Bullying Prevention".

I tillegg er det forskning på en rekke opplæringsprosedyrer basert på anvendt atferdsanalyse (ABA).



# Evidensbasert behandling

Det nærmeste vi kommer evidensbasert i.f.t behandling av kjernesymptomer hos Asperger syndrom:

### Atferdsavtaler (eller lignende styringssystemer)

Atferdsavtaler virker direkte inn på eksekutive funksjoner (diskriminative hjelpemidler).

### Eksponering med responsprevensjon (E/RP)/Regelstyringsprosedyrer

Evidensbasert behandling for OCD er E/RP (logisk sammenheng mellom diagnose og behandling).

E/RP i kombinasjon med regelstyring synes å være effektivt overfor atferd som topografisk er identisk med tvangssymptomer.

### Sosial ferdighetstrening og sosial persepsjonstrening

Åpenbar sammenheng er mellom sosial ferdighetstrening og sosiale ferdighetsmangler/persepsjonsvansker/snevre interessefelt hos gruppen. Rao mfl (2008) oppfordrer til at det utvikles omfattende, manualbaserte sosial ferdighetstreningprogrammer som implementeres i skolesituasjoner overfor barn med autismespekterforstyrrelser.

## Aktuelle temaer for forskning

- Etiologisk grunnlag for ASD
- Avgrensning av ASD-symptomer opp mot psykiske lidelser (eks. utarbeide manualer for klinisk testing)
- Regelstyring og symptom (ICD-10): "Utpreget klossete"
- ACT-E/RP
- Effekter av atferdsavtaler overfor eksekutive funksjonsmangler
- Behandlingsstudier basert på funksjonelle analyser:  
eksempelvis basert på differensiell forsterkning i.f.t verbal atferd knyttet til særinteresser:
- Sosial ferdighetstrening

Regionalt fagmiljø for autisme, AD/HD, Tourette syndrom og narkolepsi Helse Sør-Øst