

# Barn med Aspergers syndrom

I 1944 beskrev Hans Asperger (1906–80), en østerriksk lege, en gruppe barn med svekket sosial interaksjon og kommunikasjon. Navnet på denne sykdommen er i dag Aspergers syndrom, og den er ført opp som en undergruppe under gjennomgripende utviklingsforstyrrelser i DSM-IV og ICD-10. Denne artikkelen omhandler følgende aspekter ved Aspergers syndrom: personlighetstrekk, epidemiologi, etiologi, utredning, differensialdiagnoser, behandling og prognose. Artikkelen er basert på en litteraturstudie. Aspergers syndrom ansees å forekomme betydelig hyppigere enn «klassisk» autisme. Syndromet forekommer mye hyppigere hos gutter enn hos jenter. Det kliniske bildet vi ser ved Aspergers syndrom er sannsynligvis påvirket av mange faktorer, medregnet organiske og genetiske faktorer. Aspergers syndrom hører til delen av det autistiske spekter med høyest funksjonsnivå. Det er mange likheter mellom Aspergers syndrom og autisme når det gjelder svekket evne til gjensidig interaksjon, kommunikasjon og omfanget av interesser og aktiviteter. Forskjeller finnes først og fremst i graden av svekkelse i språk og kognitiv utvikling. Differensialdiagnoser, utredning og behandling er diskutert. Det er behov for videre forskning. Det er viktig at de diagnostiske kriteriene for Aspergers syndrom er så enhetlige som mulig, og ikke overlapper med infantil autisme.

I 1944 beskrev den østerrikske barnelegen Hans Asperger (1906–80) en tilstand hos barn han kalte autistisk psykopati (1). I 1981 ble termen Aspergers syndrom introdusert som betegnelse på denne tilstanden av den britiske barnepsykiateren Lorna Wing (2). Hun mente syndromet måtte innlemmes i et videre spekter av autistiske og autismelikkende tilstander (autistisk kontinuum) (2, 3).

Infantil autisme og Aspergers syndrom er to nær beslektede former for utviklingsforstyrrelser. Gjennom forskning i 1970- og 1980-årene ble neurobiologisk etiologi ved infantil autisme godt dokumentert (4), og kjennetegnene ved tilstanden klarere presisert (5).

Geir Bjørklund  
Toften 24  
8610 Grubhei

Bjørklund G.

## Children with Asperger's syndrome

Tidsskr Nor Lægeforen 1998; 118: 1567–9

In 1944 Hans Asperger (1906–80), an Austrian physician, described a group of children with impaired social interaction and communication abilities. The name of this disorder today is Asperger's syndrome, and it is currently defined under the category of pervasive developmental disorder in DSM-IV and ICD-10. In this article the following aspects of Asperger's syndrome are focused on: personality, epidemiology, etiology, examination, differential diagnosis, management and prognosis. The article is based on a literature study. Asperger's syndrome seems to be considerably more common than «classic» autism. The syndrome is much more common in boys than in girls. The clinical characteristics of Asperger's syndrome are probably influenced by many factors, including organic and genetic factors. Asperger's syndrome is the term applied to the highest functioning end of the autism scale. There are several commonalities between Asperger's syndrome and autism, namely impairment of social interaction and communication abilities, and range of interests and activities. Differences exist primarily in the degree of impairment in language and cognitive development. Differential diagnosis, examination and management are discussed. There is a need for further research. It is important that the diagnostic criteria for Asperger's syndrome are as uniform as possible, and that they do not overlap with infantile autism.

☞ Se redaksjonell kommentar side 1539

Aspergers syndrom har i de siste 3–4 årene fått økende oppmerksomhet og blitt en «populær» diagnose. Tilstanden er i de reviderte diagnosesystemene ICD-10 og DSM-IV ført opp som en undergruppe under gjennomgripende utviklingsforstyrrelser (6, 7). Diskusjonen i fagmiljøene internasjonalt i dag går på om Aspergers syndrom virkelig er en egen tilstand atskilt fra autisme hvor barna har et høyt funksjonsnivå.

## Klinisk bilde

Barn med Aspergers syndrom har som regel manglende interesse for lek og samvær med jevnaldrende. De av barna som forsøker å delta i barneaktiviteter, kommer ofte til kort på grunn av manglende forståelse for lekens «natur». De har en lekeatferd preget av gjentakelse uten sosial funksjon (8). De fleste

barn med Aspergers syndrom har nedsatt ferdighet i grovmotorikk og koordinasjon. Dette kan f.eks. gjøre seg gjeldende i gymnastikktime på skolen. De har problemer med å forstå hva andre tenker og mener, og tar i liten grad hensyn til andres ønsker og behov. Spesielt dårlig er evnen til å korrigere egen atferd ut fra tilbakemeldinger omgivelsene gir (8, 9).

Grammatikk og syntaks er relativt sterke områder hos barn med Aspergers syndrom (9). De utvikler et formelt korrekt gammelt språk, men med forstyrrelse av meningsinnhold og kommunikativ verdi, hyppige misforståelser og ofte manglende evne til å forstå ironi og spøk. Barn med Aspergers syndrom har ofte store problemer med å forstå og formidle seg gjennom ikke-verbal kommunikasjon (9). De har nedsatt evne til å danne sosial mening gjennom språket, og kan f.eks. holde «foredrag» om sine særinteresser uten tanke på om tilhøreren deler interessen. Hans Asperger la vekt på at disse barna utvikler grammatisk korrekt språk før de kan gå. I dag er det uenighet om de diagnostiske kriterier på dette punkt (9). Barn med Aspergers syndrom dyrker ofte en eller noen få særinteresser, ofte i en grad slik at andre aktiviteter utelukkes (8, 9). Disse aktivitetene utføres ikke i samspill med andre. De har ofte en fremragende hukommelse, god evne til å lære utenat og ofte svært godt utviklede ferdigheter knyttet til spesielle interessefelt. På andre områder kan de ha lærevansker (8).

## Epidemiologi

Hvor hyppig Aspergers syndrom angis å forekomme i befolkningen, avhenger av hvordan tilstanden diagnostiseres og defineres. Tilstanden er vanskelig å avgrense. Det er ingen klar enighet om inklusjonskriteriene for syndromet, og ulike diagnostiske kriterier legges til grunn av ulike forfattere (2, 10–13). I ICD-10 er kriteriene for Aspergers syndrom angitt, men i epidemiologiske undersøkelser er det ikke gitt at det er disse kriteriene som anvendes. Gillberg & Gillberg (10) har f.eks. noe videre kriterier, som gjør at prevalenstillene blir vesentlig høyere enn for andre forskere. I ICD-10 er ett av inklusjonskriteriene for diagnosen Aspergers syndrom normal språkutvikling (6). Det er spesielt på dette området at Gillberg & Gillberg (10) skiller seg ut idet de aksepterer en forsinket/forstyrret språkutvikling fra starten. Dette gjør deres Asperger-diagnose

langt romsligere, og dermed inkluderes flere diagnoser enn ved bruk av ICD-10-kriteriene.

Aspergers syndrom ansees å forekomme hyppigere enn autisme (8). Ved begge tilstandene er det flere gutter enn jenter som rammes. Fullt utviklet Aspergers syndrom forekommer 5–10 ganger hyppigere hos gutter enn hos jenter (9). Wolff & Chick (14) anser at minst 3–4% av et barnpsykiatrisk klientell har schizoid forstyrrelse eller Aspergers syndrom.

Bryson og medarbeidere (15) fant at 0,024% av kanadiske skolebarn hadde autisme. Undersøkelsen går ikke spesielt på Aspergers syndrom, men inkluderer barn med milde former av autistisk atferd.

Ehlers & Gillberg (16) fant i en større epidemiologisk undersøkelse at forekomst for Aspergers syndrom blant grunnskolebarn (7–16 år) var minst 3,6 per 1000. I undersøkelsene ble Gillberg & Gillbergs (10) definisjon av syndromet benyttet.

### Etiologi

Årsaksforholdene ved Aspergers syndrom har sannsynligvis mye til felles med årsaksforholdene ved autisme (17). Mye tyder på at genetiske forhold spiller en viktig rolle for autisme (9, 18). Risikoen for at barn med autisme skal få søsken med samme tilstand er angitt til å være omkring 2% (8). Hans Asperger mente at autistisk psykopati er arvelig. Systematiske undersøkelser indikerer at arv spiller en vesentlig rolle ved Aspergers syndrom (9, 18). Det er ikke uvanlig å finne noen av de samme atferdstrekkene igjen hos andre familiemedlemmer.

Aspergers syndrom har sannsynligvis en organisk bakgrunn (8, 9). Undersøkelser tyder på at neurobiologiske årsaksfaktorer finnes i 60–75% av tilfellene ved Aspergers syndrom og ved infantil autisme hos normalt begavede (17, 19). Det er uklart hvilken forandring i hjernen som medfører denne type atferd. Neuropsykologisk undersøkelse tyder på en frontallappsdysfunksjon (9). Ulike forfattere fremfører indiser på at skaden kan være lokalisert i høyre hemisfære, cerebellum, hjernestammen, det limbiske system eller i temporallappene (9). Det kan også tenkes at en primær skade i en del av hjernen bevirker dysfunksjon via viktige forbindelser til andre hjerneavsnitt (9). Det har vært vanskelig å avsløre spesifikke funn ved hjelp av EEG, CT, kromosomundersøkelse og undersøkelse av hjernestamme-funksjon (8). Imidlertid er det både ved Aspergers syndrom og ved autisme funnet patologiske forandringer ved hjelp av disse metodene (17).

### Utredning

Tidlig diagnose og behandling kan hindre skjævt utvikling og begrense uheldige følger (f.eks. mobbing og mistenkeliggjøring av fa-

milien). I enkelte tilfeller forblir barna udiagnostisert eller feildiagnostisert helt frem til voksen alder. En grundig anamnese og observasjon foretatt av fagfolk med spesialkunnskaper om Aspergers syndrom er i barnealderen helt nødvendig (9). Oftest henvises barna til undersøkelse hos barnepsykiater eller barnelege/barneneurolog (8).

Kognitiv psykologisk testing, kartlegging av sosial utvikling, språkutvikling, utvikling av lekeatferd og interesser er viktig. Tiltak som settes inn (spesialundervisning og behandling) skal være tilpasset det enkelte barns spesielle forutsetninger og behov. Det er derfor viktig å kartlegge barnas sterke og svake sider (8, 9).

Aspergers syndrom opptrer ofte sammen med medfødte somatiske sykdommer, og en omhyggelig medisinsk og neurologisk utredning er derfor viktig (10, 17, 19). Barnet skal gjennom en grundig klinisk undersøkelse, med spesiell tanke på neurologiske avvik, syn, hørsel (hjernestammerespons) og hudforandringer. Det er indikert å gjennomføre en grundig utredning med cerebrale CT/MT, EEG, øyeundersøkelse, øre-nese-halsundersøkelse, spinalvæskeundersøkelse, kromosomundersøkelse (inkludert undersøkelse med tanke på fragil X-syndrom), metabolsk screening og diverse andre blod- og urinundersøkelser (10, 17, 19).

I intervju med barnets foreldre er det viktig å få frem hvordan svangerskapet og fødselen forløp, og hvordan barnets tidlige utvikling har vært (8). I tilknytning til et slikt intervju bør det også gjøres en grundig familieanamnese for å avklare en eventuell genetisk disposisjon.

### Differensialdiagnoser

Verken infantil autisme eller Aspergers syndrom er velavgrensede, entydige diagnostiske enheter (20). Begge tilstander hører til det såkalte autistiske spekter. Internasjonalt er det ikke enighet om hvorvidt det er riktig å skille mellom Aspergers syndrom og høyt fungerende autisme (21). Mange høyt fungerende autistiske individer passer ikke til beskrivelsen av Aspergers syndrom (22). Det er likheter mellom Aspergers syndrom og autisme når det gjelder svekket evne til gjensidig sosial interaksjon, kommunikasjon og omfanget av interesser og aktiviteter. Noen tilfeller av Aspergers syndrom representerer sannsynligvis milde varianter av autisme. I DSM-IV er graden av svekket språklig og kognitiv utvikling de primære forskjellene mellom autisme og Aspergers syndrom (7). Barn med Aspergers syndrom har bedre verbalspråk, lekeevne, intellektuelle evner, og fungerer bedre sosialt enn barn med autisme (8). Det finnes imidlertid barn som oppfyller kriteriene for klassisk autisme i førskolealder, men som i tenårene og voksen alder ikke kan skilles fra personer med Aspergers syndrom (13).

Det er blitt hevdet at barn med Aspergers

syndrom er mer klossete enn autister. En nyere gjennomgang av litteraturen tyder imidlertid på at klomsethet som et symptom på Aspergers syndrom ikke er tilstrekkelig utforsket (23, 24). Det finnes få forsøksresultater som viser signifikante, objektivt registrerte motoriske vanskeligheter, som er spesifikke for mennesker med Aspergers syndrom.

Aspergers syndrom omfatter schizoid forstyrrelse i barnealder, men er forskjellig fra schizotyp forstyrrelse og schizofreni (8). Individer med syndromet utvikler ikke klassisk schizofreni oftere enn normalbefolkningen (25). Mange med Aspergers syndrom utvikler depresjon i ungdomsårene, og selvmord er ikke uvanlig (8, 9). Det er i familier med Aspergers syndrom funnet økt forekomst av manisk-depressiv lidelse (8). Hos unge og voksne personer som kommer under press, er paranoide reaksjoner og regulære paranoide psykosier alminnelig (26). Den ritualiserte atferd ved Aspergers syndrom kan skilles fra klassisk obsessiv kompulsiv lidelse, der pasienten innser det ufornuftige ved tvangshandlingene og kjenner motstand mot å utføre dem (2, 8). Enkelte barn med Aspergers syndrom har visse trekk forenlig med hyperaktivitet (8). Høyre hemisfære-syndrom har en del likhetspunkter med syndromet (9). Tourettes syndrom kan opptre sammen med Aspergers syndrom.

### Behandling

Behandlingen skal hjelpe personer med Aspergers syndrom til en bedret funksjons-evne, og bør gis av fagpersoner med spesialkunnskaper om Aspergers syndrom og/eller autisme. Det er viktig å koordinere pedagogiske tiltak, sosiale tiltak og andre behandlingmessige tiltak (9). Aktuelle behandlingstiltak kan være praktisk anlagt trening, atferdsmodifisert terapi, spesialundervisning, støttende og rådgivende samtaler (spesielt for unge og voksne). Behandlingen bør tilrettelegges for den enkelte person, og det er viktig å utnytte barnets pedantiske tilbøyeligheter i behandlingen (9). Asperger anbefalte å utarbeide detaljerte dags-/ukeplaner for barnet i samarbeid med foreldrene. Det er viktig for terapeut/pedagog å vinne barnets tillit og ikke være grenseoverskridende. Krav til barnet formuleres i et entydig og konkret språk. Barnet får bestemt beskjed om å følge de voksnes regler. Dette fører ofte til bedring av problematferd (9). Innlæring av «atferdsregler» kan til en viss grad kompensere for manglende sosial intuisjon. Eksempler på andre behandlingsprinsipper som kan være aktuelle er familierapi, sosialiseringstrening og kommunikasjonstrening i grupper. Det er spesielt viktig med grundig informasjon til familiemedlemmer og lærere (4). Dette kan forebygge atferdsproblemer, f.eks. mobbing, og misforståtte pedagogiske tiltak.

Med dagens medikamenter kan vi trolig ikke påvirke grunntrekkene ved Aspergers syndrom (8). Tilleggstilstander og sekundærsymptomer kan det være aktuelt å behandle med f.eks. antidepressiver (depressjoner), betablokkere (angst, aggresjon og selvdestruktiv atferd), klomipramin (tvangssymptomer), neuroleptika (forvirringstilstander og psykotiske episoder), og sentralstimulerende legemidler (oppmerksomhetsdysfunksjon) (8, 9). Erfaringer fra medikamentell behandling ved autisme tilsier at behandling med betablokkere bør forsøkes før neuroleptika ved angst, aggresjon og selvdestruktiv atferd (8). Erfaringene tilsier også at terapeutisk effekt ved medikamentell behandling bør forventes ved lave doser.

### Prognose

Vi vet i dag lite om forløpet ved Aspergers syndrom hos barn. Det finnes ikke større forløpsundersøkelser på uselekterte materialer, og i undersøkelser er ulike diagnosekriterier lagt til grunn. Den sosiale prognosen ved Aspergers syndrom er gjennomgående god, og sannsynligvis bedre enn for autister med tilsvarende intelligens (8). Intellektuelt nivå vil ha betydning for hvor godt den enkelte vil klare seg i det voksne liv. Hans Asperger mente at det kliniske bildet ville holde seg nokså stabilt for personer med tilstanden, og at de fleste av disse ville fungere i arbeidslivet. Han mente også at enkelte av personene med syndromet ville kunne nå svært langt innen sitt spesielle interesseområde.

Gillberg (26) fastslår at omtrent halvparten av personer med Aspergers syndrom får en relativt problemfri voksentilværelse, mange gifter seg og noen gjør akademisk karriere. For den resterende halvdelens personer med syndromet innebærer voksenalderen store psykiske belastninger eller psykiatriske problemer.

### Konklusjon

Diagnosen Aspergers syndrom er inkludert i ICD-10 (6) og DSM-IV (7), og anvendes i dag i stigende grad. Det er i dag uvisst hvor stor forekomsten av Aspergers syndrom er (8, 9). Kunnskapene om Aspergers syndrom er i dag for dårlige. Det er et stort behov for ytterligere forskning. Blant annet bør forskjellene mellom Aspergers syndrom og høyt fungerende autisme undersøkes nærmere (27). Økte kunnskaper om Aspergers syndrom er viktig så vel for barne- og ungdomspsykiatrien som for voksenpsykiatrien. Av forskningsmessige grunner er det viktig at de diagnostiske kriterier for Aspergers syndrom er så enhetlige som mulig, og ikke overlapper med infantil autisme.

### Litteratur

1. Asperger H. Die «Autistischen Psychopathen» im Kindesalter. Arch Psychiatr Nervenkr 1944; 117: 76–136.
2. Wing L. Asperger's syndrome: a clinical account. Psychol Med 1981; 11: 115–29.

3. Wing L. Aspects of autism: biological research. Oxford: Gaskell/The National Autistic Society, 1987.
4. Gillberg C. Autism and pervasive developmental disorders. J Child Psychol Psychiatry 1990; 31: 99–119.
5. Rutter M, Schopler E. Autism and pervasive developmental disorders, concepts and diagnostic issues. J Autism Dev Disord 1987; 17: 159–86.
6. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines. Genève: WHO, 1992.
7. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4. utg. Washington, D.C.: American Psychiatric Press, 1994.
8. Rasmussen M, Sponheim E. Aspergers syndrom. Tidsskr Nor Lægeforen 1993; 113: 2807–10.
9. Hjørt C. Asperger's syndrom. En ny diagnose i den internationale sygdomsklassifikasjon. Ugeskr Læger 1994; 156: 2729–34.
10. Gillberg IC, Gillberg C. Asperger syndrome – some epidemiological considerations: a research note. J Child Psychol Psychiatry 1989; 30: 631–8.
11. Szatmari P, Bremner R, Nagy J. Asperger's syndrome: a review of clinical features. Can J Psychiatry 1989; 34: 554–60.
12. Tantam D. Annotation: Asperger's syndrome. J Child Psychol Psychiatry 1988; 29: 245–55.
13. Wing L. The relationship between Asperger's syndrome and Kanner's autism. I: Frith U, red. Autism and Asperger syndrome. Cambridge: Cambridge University Press, 1991: 93–121.
14. Wolff S, Chick J. Schizoid personality in childhood: a controlled follow-up study. Psychol Med 1980; 10: 85–100.
15. Bryson SE, Clark BS, Smith IM. First report of a Canadian epidemiological study of autistic syndromes. J Child Psychol Psychiatry 1988; 29: 433–45.
16. Ehlers S, Gillberg C. The epidemiology of Asperger syndrome. A total population study. J Child Psychol Psychiatry 1993; 34: 1327–50.
17. Gillberg C. Asperger syndrome in 23 Swedish children. Dev Med Child Neurol 1989; 31: 520–31.
18. Gillberg C, Gillberg IC, Steffenburg S. Siblings and parents of children with autism: a controlled population-based study. Dev Med Child Neurol 1992; 34: 389–98.
19. Steffenburg S. Neuropsychiatric assessment of children with autism: a population-based study. Dev Med Child Neurol 1991; 33: 495–511.
20. Gillberg C. Autism and autistic-like conditions: subclasses among disorders of empathy. J Child Psychol Psychiatry 1992; 33: 813–42.
21. Volkmar F, Paul R, Cohen D. The use of «Asperger's syndrome». J Autism Dev Disord 1985; 15: 437–9.
22. Newson E, Dawson M, Everard P. The natural history of able autistic people: their management and functioning in social context. Summary of the report to the DHSS in four parts. Communication 1984; 18: 1–4, 19: 1–2.
23. Ghaziuddin M, Tsai L, Ghaziuddin N. A reappraisal of clumsiness as a diagnostic feature of Asperger syndrome. J Autism Dev Disord 1992; 22: 651–6.
24. Ghaziuddin M, Butler E, Tsai L, Ghaziuddin N. Is clumsiness a marker for Asperger syndrome? Journal of Intellectual Disability Research 1994; 38: 519–27.
25. Volkmar FR, Cohen DJ. Comorbid association of autism and schizophrenia. Am J Psychiatry 1991; 148: 1705–7.
26. Gillberg C. «Asperger-människan» – en kylog särning utsatt för stora psykiska påfrestningar. Läkartidningen 1990; 87: 2971–4.
27. Ghaziuddin M, Leininger L, Tsai L. Brief report: thought disorder in Asperger syndrome: comparison with high-functioning autism. J Autism Dev Disord 1995; 25: 311–7. ○

## Summaries in English



- 1542 Omenaas E, Bakke P, Eide GE, Hanoa R, Gulsvik A, Elsayed S, Haukenes G. **Immunoglobulin E, respiratory virus antibodies, and obstructive lung disease**
- 1550 Lien B, Brekke IB, Flatmark A. **Cadaveric organ donation in Norway 1993–96**
- 1556 Weidle B, Ørstavik KH. **Simpson-Golabi-Behmel's syndrome**
- 1559 Holthusen J, Røttingen J-A. **Caecal volvulus and complications in Cornelia de Lange's syndrome: a case report**
- 1563 Kittang OB, Vesterhus P. **47,XXX syndrome – a significant diagnosis?**
- 1567 Bjørklund G. **Children with Asperger's syndrome**
- 1572 Lindback T. **Attention deficit/hyperactivity disorder (AD/HD)**
- 1578 Ose L, Vollebæk L-E, Tonstad S. **Attitudes towards genetic screening for familial hypercholesterolaemia**