

Sen diagnostisering av barn med Asperger syndrom

Medvirkende faktorer til at barn med Asperger syndrom vanligvis får diagnosen først i skolealder.

Birgithe Ogne



Masteroppgave i Pedagogikk
Det Utdanningsvitenskapelige Fakultet
Pedagogisk Forskningsinstitutt

UNIVERSITETET I OSLO

Våren 2009

Sammendrag

<p><u>TITTEL:</u></p> <p>SEN DIAGNOSTISERING AV BARN MED ASPERGER SYNDROM: Medvirkende faktorer til at barn med Asperger syndrom vanligvis får diagnosen først i skolealder</p>	
<p><u>AV:</u></p> <p>Birgithe OGNE</p>	
<p><u>EKSAMEN:</u></p> <p>Masteroppgave i pedagogikk: pedagogisk psykologisk rådgivning Ped 4190</p>	<p><u>SEMESTER:</u></p> <p>Vår 2009</p>
<p><u>STIKKORD:</u></p> <p>Asperger syndrom</p> <p>Diagnosetidspunkt</p> <p>Autistiske lærevansker</p> <p>Mentaliseringsevne</p>	

Tema og problemstilling

Tema for denne oppgaven er sen diagnostisering av barn med Asperger syndrom. Barn med Autistisk forstyrrelse får vanligvis diagnose rundt treårs alder mens barn med Asperger syndrom ofte ikke blir diagnostisert før i skolealder. Denne forskjellen har vi til tross for økende kunnskap innen området og at dette er beslektede forstyrrelser. Det er gjort få studier på hvilke faktorer som forsinker diagnostisering av barn med Asperger syndrom. Hva som skiller Asperger syndrom fra Autistisk forstyrrelse og spesielt hvorfor barn med Asperger syndrom ofte blir diagnostisert senere, er spørsmål jeg vil se nærmere på i denne oppgaven. Problemstilling for oppgaven er som følgende:

Hva kan være medvirkende faktorer til at barn med Asperger syndrom ofte får stilt sen diagnose i forhold til barn med Autistisk forstyrrelse?

Fremgangsmåte

Jeg har anvendt en teoretisk tilnæringsmetode til problemstillingen. Resultater fra foreldreundersøkelser (Howlin og Asgharian, 1999; Mandell, Novak og Zubritsky, 2005), har gitt utgangspunkt for problemstillingen. Videre har grundige litteratursøk gitt god oversikt over temaet og utgjort basis for denne oppgaven.

Hovedfokuset i oppgaven er Asperger syndrom. Jeg har brukt Siegel (2003) sin fremstilling av Autistiske lærevansker som utgangspunkt. Jeg har også tatt i bruk Striano og Reid (2009) sin oppmerksomhetsmodell. Jeg har sett på om ulikt atferdsmønster kan forklares gjennom forskjell i lærevansker hos barn med Autistisk forstyrrelse og barn med Asperger syndrom. Videre har jeg sett på om ulike lærevansker, i tillegg til faktorer i omgivelsene, kan være medvirkende til at barn med Asperger syndrom får stilt diagnose senere enn barn med Autistisk forstyrrelse.

Hovedkonklusjoner

I denne oppgaven har jeg funnet flere faktorer som kan være medvirkende til senere diagnostisering av barn med Asperger syndrom enn barn med Autistisk forstyrrelse. Atferdsmønsteret til barn med Asperger syndrom skiller seg fra barn med Autistisk forstyrrelse blant annet ved at de deltar i større grad i sosiale samspill med andre mennesker. Hindring i læring på ulike nivå innen sosial autistiske lærevansker i spedbarnsalder kan være en mulig forklaring på dette. Siden barn med Asperger syndrom viser større interesser for

andre mennesker vil de også ha bedre forståelse for at mennesker er sosiale vesener i omgivelsen. Gjennom sosialt samspill tilegner de seg både sosiale og kommunikative ferdigheter. Det innebærer at de i større grad viser forsøk på å delta i felleskap, imitere, kommunisere og anvende fantasi i leken. Dette kan være medvirkende til at personer i barnets omgivelser ikke oppfatter atferden som bekymringsverdig eller annerledes enn hos jevnaldrende barn. På den annen side kan barn med Asperger syndrom ha vanskeligheter med innhenting av relevant informasjon, noe som først kommer til syne når de skal praktisere sosiale og kommunikative ferdigheter i nye og ukjente situasjoner som krever god forståelse, tilpasning og automatisk bruk av slike ferdigheter. En medvirkende faktor til sen diagnose kan derfor være at deres vansker først kommer til syne i mer komplekse og krevende sosiale situasjoner. Dette kan også ses i sammenheng med at det først er i slike situasjoner at en observerer svak mentaliseringsevne hos barn med Asperger syndrom. Mentaliseringsevne kan innebære vanskeligheter med forståelse av sosiale samspill og bruk av sosiale og kommunikative komponenter. Ulik grad i evne til å mentalisere kan derfor være en mulig forklaring på ulike lærevansker mellom barn med Autistisk forstyrrelse og barn med Asperger syndrom, noe som kan tilsi at barn med Asperger syndrom har bedre mentaliseringsevne enn barn med Autistisk forstyrrelse. I tillegg kan medvirkende faktorer til senere diagnose være manglende kunnskap og avventende holdning til utredning av barn med Asperger syndrom.

Forord

Å skrive masteroppgave har både vært utfordrende og lærerikt. Gjennom denne prosessen sitter jeg igjen med økt kunnskap både om Autismespekterforstyrrelse og oppgaveskriving. Dette kommer jeg til å ha god nytte av videre.

Jeg vil takke ABC-studien for faglig inspirasjon, veileder Turid Lyngstad for gode tilbakemeldinger og min samboer Vebjørn for korrekturlesning.

Juli, 2009

Birgithe

Innholdsfortegnelse

Sammendrag.....	i
Forord.....	iv
Innholdsfortegnelse.....	v
1 Innledning.....	1
1.1 Tema og problemstilling.....	1
1.2 Fremgangsmåte	2
1.3 Avgrensning og oppbygging av oppgaven.....	3
2 Autismespekterforstyrrelse.....	5
2.1 Utvikling av begreper.....	5
2.2 Triaden av forstyrrelser: sosialt samspill, kommunikasjon og forestillingsevne..	7
2.3 Diagnosekriterier.....	8
2.3.1 Diagnosekriterier for Autistisk forstyrrelse.....	9
2.3.2 Diagnosekriterier for Asperger syndrom.....	10
2.4 Forholdet Autistisk forstyrrelse – Asperger syndrom	11
2.5 Oppsummering.....	12
3 Diagnostisering.....	14
3.1 Diagnosetidspunkt – fra to foreldreundersøkelser	14
3.2 Forekomst av Autismespekterforstyrrelse.....	18
3.3 Behov for tidlig diagnose og tiltak.....	21
3.4 Oppsummering.....	23
4 Autistiske lærevansker.....	25

4.1 Sosial autistiske lærevansker.....	26
4.1.1 Manglende bevissthet for andre mennesker.....	27
4.1.2 Manglende sosial og emosjonell gjensidighet.....	31
4.1.3 Manglende sosial imitasjon.....	33
4.2 Kommunikativ autistiske lærevansker.....	35
4.2.1 Forståelse og bruk av ansiktsuttrykk og kroppsspråk.....	35
4.2.2 Forståelse og bruk av språk	37
4.3 Ikke-sosial autistiske lærevansker	40
4.3.1 Manglende fantasi i lek.....	41
4.3.2 Stereotype og repetitive interesser	42
4.4 Oppsummering.....	44
5 Theory of mind.....	46
5.1 Svak mentaliseringsevne som en forklaring på autistiske lærevansker.....	47
5.2 Har barn med Asperger syndrom bedre mentaliseringsevne enn barn med Autistisk forstyrrelse?.....	48
5.3 Oppsummering.....	49
6 Avsluttende kommentarer	51
Litteraturliste.....	54

1 Innledning

1.1 Tema og problemstilling

Diagnostisering av barn med Autistisk forstyrrelse skjer vanligvis rundt tre års alder (Morrisen og Anders, 2001), mens barn med Asperger syndrom ofte ikke blir diagnostisert før i skolealder (Howlin, og Asgharian, 1999; Mandell, Novak, Zubritsky, 2005; Rhoades, Scarpa og Salley, 2007). Denne forskjellen har vi til tross for at dette er beslektede forstyrrelser og til tross for økende kunnskap om Autismespekterforstyrrelse generelt (Scott og Baldwin, 2005), og spesielt økende kunnskap om diagnosen Asperger syndrom (Lien og Munkhaugen, 2006).

Denne oppgaven vil omhandle sen diagnostisering av barn med Asperger syndrom. Som forskningsassistent ved ABC-studien (Autism in a Birth Cohort Study) har jeg fått erfaring og kunnskap om barn med autismespekterforstyrrelse. Gjennom dette arbeidet har jeg møtt mange barn med Autistisk forstyrrelse og Asperger syndrom og intervjuet deres mødre. Dette har økt min forståelse for at det er tydelige likhetstrekk mellom disse barna samtidig som det også er relativt store individuelle forskjeller.

Min interesse for dette temaet begynte da jeg tidligere arbeidet i barnehage med barn som hadde spesielle behov. Jeg ble fasinert over like atferdstrekk hos to av disse barna. Deres vanskeligheter med å kommunisere, den unike måten å gå på, deres reaksjon på lyd, og den ekstreme opptattheten av å snurre rundt på en sykkelpedal var noen av disse karakteristiske trekkene. Til tross for disse likhetene var det ene barnet diagnostisert med Autistisk forstyrrelse for flere år siden, mens det andre var i ferd med å bli henvist til utredning for Asperger syndrom. Hva som eventuelt skiller disse to forstyrrelsene og hvorfor barn med Asperger syndrom vanligvis blir diagnostisert senere enn barn med Autistisk forstyrrelse er spørsmål jeg vil se nærmere på i denne oppgaven.

Barn med Asperger syndrom blir betegnet som godt fungerende i forhold til Autistisk forstyrrelse (Gillberg, 2002). Det er viktig å oppdage symptomer på et tidlig tidspunkt for å raskt kunne stille riktig diagnose og iverksette effektive og adekvate tiltak (Ritvo, 2006). Sen diagnose er spesielt et problem blant barn som fungerer relativt godt innen autismespekteret (Lien og Munkhaugen, 2006). Blant disse finner vi barn som får stilt diagnosen Asperger syndrom. Det viser seg at dette er en av de vanskeligste diagnosene innen psykiatrien å stille

(Gillberg, 2002; Mesibov, Shea og Adams, 2002). Det er gjort få studier på hvilke faktorer som forsinker diagnostisering av barn med Asperger syndrom (Rhoades, Scarpa og Salley, 2007). I denne oppgaven har jeg til hensikt å identifisere ulike faktorer som kan ha betydning for at barn med Asperger syndrom får stilt diagnose først i skolealder. Problemstillingen for denne oppgaven er som følger:

Hva kan være medvirkende faktorer til at barn med Asperger syndrom ofte får stilt sen diagnose i forhold til barn med Autistisk forstyrrelse?

1.2 Fremgangsmåte

I utgangspunktet var det meningen å bruke data fra ABC studien samt Mor-barn undersøkelsen i denne oppgaven. Etter lengre tids arbeid viste det seg imidlertid at disse data allikevel ikke kunne fremskaffes innen den tiden som var til rådighet. På grunn av dette valgte jeg å endre framgangsmåte slik at jeg fikk en teoretisk tilnærming til problemstillingen i stedet.

Resultater fra foreldreundersøkelser (Howlin og Asgharian, 1999; Mandell, Novak og Zubritsky, 2005), har gitt utgangspunkt for problemstillingen. Videre har grundige litteratursøk gitt god oversikt over temaet og utgjort basis for denne oppgaven.

Hovedfokuset i oppgaven vil være Asperger syndrom. Asperger syndrom er beslektet med Autistisk forstyrrelse og det vil derfor være relevant å sammenlikne disse. Jeg har brukt Siegel (2003) sin fremstilling av autistiske lærevansker som utgangspunkt. Jeg har også brukt Striano og Reid (2009) sin oppmerksomhetsmodell som en spesifisering av Siegels første nivå av sosial autistiske lærevansker. Siegel mener at de tre hovedområdene i diagnosekriterier for Autismespekterforstyrrelse kan forklares ut i fra ulike lærevansker. Jeg har sett på om ulikt atferdsmønster kan forklares gjennom forskjell i lærevansker hos barn med Autistisk forstyrrelse og barn med Asperger syndrom. Videre har jeg sett på om ulike lærevansker, i tillegg til faktorer i omgivelsene, kan være medvirkende til at barn med Asperger syndrom får stilt diagnose senere enn barn med Autistisk forstyrrelse.

1.3 Avgrensning og oppbygging av oppgaven

I denne oppgaven benyttes diagnosekriterier fra DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders) da denne er benyttet i foreldreundersøkelsene (Howlin og Asgharian, 1999; Mandell, Novak og Zubritsky, 2005). DSM-IV bruker samlebegrepet Gjennomgripende utviklingsforstyrrelser (Pervasive Developmental Disorders (PDD)) på de fem undergruppene Autistisk forstyrrelse (Autistic disorders), Retts syndrom (Rett's disorders), Disintegrativ forstyrrelse (Childhood disintegrative disorders), Asperger syndrom (Asperger's disorder) og Uspesifiserte gjennomgripende utviklingsforstyrrelser (Pervasive developmental disorders – not otherwise specified) (APA, 2000). I oppgaven har jeg i stedet valgt å bruke samlebegrepet Autismespekterforstyrrelse (Autism Spectrum Disorder (ASD)). Dette samlebegrepet bruker jeg når jeg snakker om Asperger syndrom og Autistisk forstyrrelse generelt.

Kapittel to omhandler Autismespekterforstyrrelse. Dette kapitlet inkluderer en fremstilling av ulike begreper, en beskrivelse av vansker som forbindes med Autismespekterforstyrrelse, diagnosekriterier og forholdet mellom Autistisk forstyrrelse og Asperger syndrom.

Kapittel tre omhandler diagnostisering av Autismespekterforstyrrelse. Her presenteres det funn fra to foreldreundersøkelser som er relevant for problemstillingen. Videre ser jeg på forekomsten av Autismespekterforstyrrelse og om økning i forekomsten av Autismespekterforstyrrelse kan ses i sammenheng med utvidelse av diagnosekriterier og inkludering av barn med intelligens innen gjennomsnittet, som for eksempel barn med Asperger syndrom. I tillegg vil jeg vurdere om intelligensnivå kan ha en medvirkning på diagnosetidspunkt. Jeg ser på viktigheten av å få stilt en diagnose og iverksette tiltak. Mulige faktorer i omgivelsene som kan være medvirkende til sen diagnose av barn med Asperger syndrom vil også bli vurdert i kapitlet.

Kapittel fire omhandler autistiske lærevansker. Dette inkluderer sosial autistiske lærevansker, kommunikativ autistiske lærevansker og ikke-sosial autistiske lærevansker. Her undersøker jeg om det foreligger ulike lærevansker mellom barn med Autistisk forstyrrelse og barn med Asperger syndrom og om dette kan være medvirkende til sen diagnose av barn med Asperger syndrom.

Kapittel fem omhandler Theory of mind (evnen til å mentalisere). Først presenteres Theory of mind. Deretter vil jeg se på om det foreligger en sammenheng mellom evnen til å mentalisere og autistiske lærevansker. Videre vil jeg vurdere om barn med Asperger syndrom har bedre

mentaliseringssevne enn barn med Autistisk forstyrrelse og om dette kan være en mulig forklaring på eventuelle forskjeller i lærevansker mellom gruppene.

I kapittel seks oppsummeres de øvrige kapitlene. Her vil jeg samle de funn og konklusjoner jeg har gjort gjennom oppgaven og trekke frem hva som kan være medvirkende faktorer til sen diagnostisering av barn med Asperger syndrom.

2 Autismespekterforstyrrelse

I dette kapittelet vil Autismespekterforstyrrelse bli nærmere beskrevet. Jeg vil forklare ulike begreper som knyttes eller har blitt knyttet til Autistisk forstyrrelse og Asperger syndrom. Videre vil jeg forklare *Triaden av forstyrrelser* og til slutt gi en kort fremstilling av forholdet mellom Autistisk forstyrrelse og Asperger syndrom.

2.1 Utvikling av begreper

I litteraturen blir det benyttet ulike begreper på autisme og autismeliknende tilstander. Noen begreper henger igjen fra tidlig forskning på 1900 tallet, mens andre begreper er lagt til parallelt med økende kunnskap innen feltet. Selve ordet autisme ble for første gang brukt av Bleuer på starten av 1900 tallet. Dette begrepet ble videreført av barnelegene Leo Kanner (1894-1981) og Hans Asperger (1906-1980) som på hver sin kant offentliggjorde de første beskrivelsene av forstyrrelsen. Deres arbeid inneholdt detaljerte casebeskrivelser og teoretiske forsøk på å forklare autisme. De mente selv at de beskrev ulike forstyrrelser, men var for øvrig enig om at autisme er en grunnleggende biologisk forstyrrelse som resulterer i vansker på flere områder i barndommen (Frith, 2005).

Kanners arbeid foregikk i Baltimore hvor han observerte en gruppe barn som blant annet viste stor grad av reservering, forsinket språkutvikling, fravær av nonverbal kommunikasjon, svekket imitasjon, repeterende lek og vanskeligheter med å utvikle sosiale og emosjonelle forhold til andre mennesker (Kanner, 1943, ref. i Tsai, 1992). Han tok i bruk betegnelsen Infantil autisme på barn som hadde slike vansker (Happè, 1995), og mente at symptomer skulle være tilstede før fylte 30 måneder (Wing, 1997). I etterkant har en gått bort fra denne betegnelsen fordi den kan feiltolkes til at det er en forstyrrelse som en kan vokse fra seg (Frith, 2005). I følge Gillberg (1997) har Kanners arbeid preget barnepsykiatrisk forskning, og hatt stor betydning for kunnskap om barn med Autismespekterforstyrrelse. Kanners beskrivelse (med modifikasjoner) blir i dag referert til termene Kanners syndrom, barneautisme, klassisk autisme, Autistisk forstyrrelse eller bare autisme (Gillberg, 2002).

Samtidig som Kanner arbeidet i Baltimore, studerte barnelegen Asperger fra Østerrike en gruppe barn som hadde vanskeligheter med å lese sosiale situasjoner. Noen av nøkkelkriteriene var passivitet i sosialt spill, intens og ensportet opptatthet av bestemte tema, monotont talespråk og mangel på sunn fornuft. Deres språkutvikling og intelligens var

tilnærmet normal. Foreldrene la først merke til disse vanskene da barna var mellom tre år og skolealder (Wing, 1997). Asperger kalte denne forstyrrelsen for Autistic Psychopathy (Gillberg, 1992). Han offentliggjorde sine funn i 1944, og dette var starten på en avgrensning av forstyrrelsen som vi i dag kaller Asperger's disorders (American Psychological Association (APA), 2000), Asperger's syndrom (World Health Organization (WHO), 2009) eller Asperger syndrom (Gillberg, 2002). Noen av hovedtrekkene i Aspergers arbeid er bevart, men en del av de opprinnelige beskrivelsene svarer ikke helt til dagens oppfattelse av diagnosen (Frith, 1991, ref. i Gillberg, 1997).

Den britiske barnepsykiateren Lorna Wing oversatte Aspergers artikkel til engelsk og republiserte den i 1981 (Ritvo, 2006). I tillegg endret hun betegnelsen *Autistic psychopathy* til *Asperger's syndrom*, inkluderte jenter og modifiserte definisjonen av forstyrrelsen. Wing definerte forstyrrelsen med kriteriene manglende empati, avvikende sosialt samspill, avvikende språklig kommunikasjon, avvikende ikke-språklig kommunikasjon, sære interesser, begrenset fantasi og motorisk klossethet (Burgoine og Wing, 1983, ref. i Jørgensen, 1995). Hun foreslo et skille mellom Autistisk forstyrrelse og Asperger syndrom basert på alvorlighetsgraden av disse vanskene. I tillegg var hun den første til å dokumentere betydningen av Asperger syndrom som en diagnose. (Wing, 1981, ref. i Jørgensen, 1994). Hun har i senere tid stilt spørsmål ved å skille ut Asperger syndrom som en egen diagnose (Mesibov, Shea & Adams, 2002). I dag blir denne forstyrrelsen (med modifikasjoner) betegnet som Asperger's disorders (APA, 2000), Asperger's syndrom (WHO, 2009) eller Asperger syndrom (Gillberg, 2002).

I ettertid av de betydningsfulle arbeidene til Kanner, Asperger og Wing har flere samlebegreper blitt utviklet på forstyrrelser innen autismespekteret. Gjennomgripende utviklingsforstyrrelser (Pervasive Developmental Disorders (PDD)) og Autismespekterforstyrrelser (Autism Spectrum Disorders (ASD)) er to samlebegreper som i dag blir benyttet. PDD anvendes i diagnosemanualene ICD-10 (International Classification of Diseases) (WHO, 2009) og DSM-IV (Diagnostic and statistical manual of mental disorders) (APA, 2000). ASD er ikke en offisiell diagnoseterm, men brukes av mange synonymt med PDD (Gillberg, 2002; Wing, 1997). I følge Lord og Bailey (2002) har PDD nylig blitt erstattet av ASD av foreldre og fagpersoner.

2.2 Triaden av forstyrrelser: sosialt samspill, kommunikasjon og forestillingsevne

Betegnelsen *The triad of impairments* (Triaden av forstyrrelser) ble for første gang benyttet av Wing og Gould da de dokumenterte tre sentrale karakteristiske trekk hos individer med ASD. Disse tre trekkene er manglende gjensidig sosialt samspill, manglende gjensidig kommunikasjon (verbal og nonverbal) og manglende forestillingsevne. Det sistnevnte vises i et begrenset atferdsmønster. Når disse tre opptrer samtidig brukes betegnelsen Triaden av forstyrrelser. Triaden av forstyrrelser kan forekomme uansett psykisk eller fysisk funksjonshemming, og er de tre grunnleggende kriteriene i dagens diagnose-systemer (Wing, 1997).

Vansker ved sosialt samspill eller interaksjon er det første området innen triaden av forstyrrelser, og er det mest karakteristiske trekket hos barn med ASD (Wing, 1997; Delfos, 2005). Delfos (2005) hevder at sosial interaksjon er direkte forbundet med det å sette seg selv i andres ståsted, det vil si evne til empati. Vansker med sosial interaksjon kan i følge Delfos medføre spesielt tre atferdstrekk hos barn med ASD. Disse tre trekkene er reserverthet, sosial særhet og aggressivitet. Ofte blir den reserverte forbundet med Autistisk forstyrrelse, den sære med Asperger syndrom, og den aggressive med Uspesifiserte gjennomgripende forstyrrelser.

Wing og Gould har beskrevet fire typer sosial atferd som kan forekomme hos barn med ASD. Disse fire er 1) de fjerne, 2) de passive, 3) de aktive, men sære, og 4) de overformelle og stive. Alle de fire typene har til felles at de mangler forståelse for andres tanker og følelser. De fjerne karakteriseres med å være lite interessert i andre mennesker. De svarer ikke, deres ansiktsuttrykk er ofte uttrykksløse, blikket deres er avvikende, og de trekker seg unna ved kroppskontakt. De passive tar, i likhet med de fjerne, ikke initiativ til sosialt samspill, men de trekker seg ikke i like stor grad bort fra mennesker som de fjerne gjør. De passive gjør stort sett som de får beskjed om. Den aktive, men sære typen kjennetegnes med å være aktivt oppsøkende til andre mennesker, men på en spesiell måte. De foretrekker ofte kontakt med voksne med samtaletema som de selv er veldig opptatt av, uten hensyn til mottaker. De overformelle og stive er gjerne overdrevet høflige og formelle. De er også veldig opptatt av å følge regler. På grunn av mangel på forståelse av normer og sosiale forhold strever disse med å tilpasse seg ulike situasjoner (Wing, 1997).

De to førstnevnte atferdstypene, de fjerne og de passive, forbindes ofte med Autistisk

forstyrrelse mens de to sistnevnte, de aktive, men sære, og de overformelle og stive, ofte blir forbundet med Asperger syndrom.

Det andre området innen triaden av forstyrrelser er kommunikasjonsvansker, og forekommer hos alle barn med ASD. Selve språket kan variere fra svært mangelfullt til et bredt ordforråd med god syntaks. Hvert fjerde eller femte barn med ASD lærer aldri å snakke. Resten tilegner seg talespråk, men hvor noen er språkforsinket. Språkforståelsen kan variere like mye som kommunikasjonsferdighetene. Noen forstår få og enkle ord, mens andre kan forstå komplekse instruksjoner. Nonverbal kommunikasjon kan de ofte ha vanskeligheter med å forstå, bruk av gester er sjeldent (Wing, 1997).

Forestillingsevne er det tredje området innen triaden av forstyrrelser og innebærer evne til fantasi eller forestille seg noe mentalt. Slike evner gjør det mulig å knytte sammen tidligere erfaringer med nåtid og kunne planlegge framtiden. Late-som-lek er det tidligste tegnet på individets forestillingsevne. Hos Barn med ASD vil en slik lek være fraværende, begrenset eller sterkt repetitivt (Happé, 1995). Lekeobjekter blir hos noen barn med ASD benyttet kun for å oppnå sansefølelser. Andre barn med ASD anvender lekeobjekter på en mer hensiktsmessig måte, for eksempel kjøre tog på skinner, men denne leken begrenser seg ved at det ikke blir tatt i bruk noen form for fantasi. Ofte viser de best fungerende barna med ASD, som for eksempel barn med Asperger syndrom, noe tegn på forestillingsevne. Det kan være et utviklet hendelsesforløp i leken, men vanligvis da med et repetitivt innhold. Få vil inkludere andre i leken (Wing, 1997).

2.3 Diagnosekriterier

DSM og ICD er to diagnosesystemer som blir benyttet i verden (Rutter og Tylor, 2002). ICD er publisert av World Health Organization og brukes internasjonalt. Dette er det offisielle diagnosesystemet i Norge. I dag anvender vi den tiende utgaven (ICD-10) som første gang ble tatt i bruk i 1994 (WHO, 2009). DSM publiseres av The American Psychiatric Association, og blir mest brukt innen forskning. I dag brukes den fjerde utgaven (DSM-IV) fra 1994 (APA, 2000). ICD-10 og DSM-IV er relativt sammenfallende diagnosemanualer (Rutter og Tylor, 2002). Når det gjelder ASD inneholder de nærmest identiske atferdskriterier (Mesibov, Shea & Adams, 2002). Begge bruker samlebegrepet PDD, men de anvender noen ulike begreper på undergruppene. De skiller seg også i oppfyllelse av antall kriterier (Rutter og Tylor, 2002).

Hverken Asperger eller Wing publiserte diagnosekriterier for Asperger syndrom (Gillberg, 2002). Diagnosen Asperger syndrom ble for første gang inkludert i den tiende utgaven av ICD og den fjerde utgaven av DSM (Siegel, 2003). Carina Gillberg og Christopher Gillberg presenterte imidlertid de første kriteriene av forstyrrelsen i 1988 og som ble publisert av Gillberg året etter. Gillberg er uenig i diagnosekriteriene for Asperger syndrom i DSM-IV og ICD-10 fordi han mener at kriteriene inkluderer normal utvikling i løpet av de første tre leveårene, noe han poengterer er svært sjeldent for barn med denne forstyrrelsen (Gillberg, 2002). Det forventes en revidert versjon av DSM-IV (DSM-V) i mai 2012 (APA, 2009) og en revidert versjon av ICD-10 (ICD-11) i 2014 (WHO, 2009).

2.3.1 Diagnosekriterier for Autistisk forstyrrelse

- A. Minimum seks kriterier fra 1, 2 og 3, og minimum to kriterier fra 1, og ett kriteriet av både 2 og 3.
1. Kvalitativ svikt i sosial interaksjon som viser seg ved minst to av følgende
 - a. Betydelig svikt i bruken av nonverbal atferd slik som blikkontakt, ansiktsuttrykk, kroppsholdninger og mimikk for regulering av sosial interaksjon.
 - b. Manglende evne til å utvikle vennskap med jevnaldrende på tilsvarende utviklingsnivå.
 - c. Manglende spontan atferd til å dele glede, interesser eller prestasjoner med andre (for eksempel ved mangel av å vise frem, ta med seg eller peke på ting som er av interesse).
 - d. Mangel på sosialt eller emosjonelt gjensidighet.
 2. Kvalitativ svikt i kommunikasjonsevne som viser seg ved minst ett av følgende:
 - a. Forsinkelse i, eller total mangel på utvikling av talespråk (gjør ingen forsøk på å kompensere for dette ved å bruke alternative metoder for å kommunikasjon slik som gester eller mimikk).
 - b. Hos individer med adekvat utviklet taleevne er det betydelig svikt i evnen til å innlede eller opprettholde en samtale med andre.

- c. Stereotyp og gjentatt bruk av vanlig eller idiosynkratisk språk.
 - d. Mangel på varierte, spontane late-som-leker, eller sosiale imitasjonsleker som er passende for utviklingsnivået.
3. Begrensete, gjentatte og stereotype mønstre av atferd, interesser og aktiviteter, som viser ved minst ett av følgende:
- a. Omfattende fiksering ved en eller flere stereotype begrensete interesser som er abnorme i intensitet eller fokusering.
 - b. Tilsynelatende ubøyeelig fiksering ved spesifikke ikke-funksjonelle rutiner eller ritualer.
 - c. Stereotype og gjentatte motoriske manerer (for eksempel vifte med eller vri hender eller fingre, eller kompliserte bevegelser av hele kroppen).
 - d. Overdreven opptatthet av deler av ting.
- B. Forsinket eller abnorm fungering innenfor minst ett av følgende områder med debut før tre års alder: 1) sosial interaksjon, 2) språk eller slik det brukes i sosial kommunikasjon eller 3) symbolske leker eller fantasi leker.
- C. Forstyrrelsen forklares ikke bedre med Retts syndrom eller disintegrativ forstyrrelse hos barn.

(DSM-IV, APA 2000, min oversettelse)

2.3.2 Diagnosekriterier for Asperger syndrom

- A. Kvalitativ svikt i sosial interaksjon som viser seg ved minst to av følgende:
1. Betydelig svikt i bruken av nonverbal atferd slik som blikkontakt, ansiktsuttrykk, kroppsholdninger og mimikk for regulering av sosial interaksjon.
 2. Manglende evne til å utvikle vennskap med jevnaldrende på tilsvarende utviklingsnivå.
 3. Mangel på spontan atferd for å dele glede, interesser eller prestasjoner med andre

(for eksempel ved mangel på å vise frem, ta med seg eller peke på ting som er av interesse).

4. Mangel på sosialt eller emosjonelt gjensvar.
- B. Begrensede gjentatte og stereotype mønstre av atferd, interesser og aktiviteter som viser seg ved minst ett av følgende:
1. Omfattende fiksering ved en eller flere stereotype begrensede interesser som er abnorme i intensitet eller fokusering.
 2. Tilsynelatende ubøyeelig fiksering ved spesifikke ikke-funksjonelle rutiner eller ritualer.
 3. Stereotype og gjentatte motoriske manerer (for eksempel vifte med eller vri hender eller fingre, eller kompliserte bevegelser av hele kroppen).
 4. Overdreven opptatthet av deler av ting.
- C. Lidelsen fører til klinisk betydningsfull generell funksjonssvikt sosialt, arbeidsmessig eller på andre viktige funksjonsområder.
- D. Det er ingen klinisk betydningsfull generell forsinkelse i språkutvikling (for eksempel ved bruk av enkeltord ved to års alder, kommunikasjonsfraser ved tre års alder).
- E. Det er ingen klinisk betydningsfull forsinkelse i kognitiv utvikling eller utvikling av aldersadekvate selvhjelpsferdigheter, adaptiv atferd (annen enn i sosial interaksjon) og nysgjerrighet på omgivelsene i barndommen.
- F. Kriteriene for en annen spesifikk gjennomgripende utviklingslidelse eller schizofreni er ikke oppfylt.

(DSM-IV, APA 2000, min oversettelse)

2.4 Forholdet Autistisk forstyrrelse – Asperger syndrom

Det har alltid vært uenighet om definerings av forstyrrelser innen autismespekteret (Wing, 1997), og det er fortsatt ikke klarhet i hvorvidt en skal betrakte Asperger syndrom som en separat tilstand fra Autistisk forstyrrelse eller ikke (Frith, 2005). Begge forstyrrelsene blir

forbundet med vansker ved sosial interaksjon og kommunikasjon og de har et begrenset og stereotype atferdsmønster. I følge DSM-IV skilles de fra hverandre i antall oppfyllelse av diagnosekriterier hvor Autistisk forstyrrelse har flest. I tillegg blir forsinket språk- og kognitiv utvikling før tre års alder ekskludert bare fra diagnosen Asperger syndrom.

Kort fortalt går hoveddiskusjonen ut på om de ulike forstyrrelsene har så markante forskjeller at de bør omtales uavhengig av hverandre, eller er likhetstrekkene så store at de bør refereres til samme forstyrrelse, men i ulik grad. Den sistnevnte står i forhold til dem som hevder at forstyrrelsene opptrer i et kontinuum basert på antall symptomer hvor Asperger syndrom er en mildere form av Autistisk forstyrrelse (Pennington og Bennetto 1998). Termen Asperger syndrom blir både i praksis og forskning referert til ulike beskrivelser. Noen karakteriserer forstyrrelsen som en mildere form av Autistisk forstyrrelse markert med høyere kognitive og språklige evner, samt sosialt motivert, men sære. Andre beskriver dem med vansker relatert til ASD, men uten mental retardasjon. Noen bruker også termen høytfungerende autisme (Klin, Mcpartland og Volkmar, 2005). Høytfungerende autisme er ikke en offisiell diagnose, men på bakgrunn av bred oppfatning av at individer med ASD også kan ha kognitive evner innen normalområdet eller høyere har en i litteraturen begynt å anvende denne betegnelsen i hovedsak på dem uten mental retardasjon. Noen hevder at Høytfungerende autisme er det samme som Asperger syndrom, mens andre mener at det er beslektede, men atskilte grupper (Mesibov, Shea & Adams, 2002). Termen Høytfungerende autisme har nok blitt mest anvendt for å beskrive dem som viser tydelige trekk som forbindes med Autistisk forstyrrelse i løpet av de første leveårene, og som etter hvert utvikler relativt godt språk, sosiale ferdigheter og har kognitive evner som tilsier intelligens over 70 (Attwood, 1998). Det vil da innebære at dersom en ser bort i fra språk og evner før tre års alder så vil Asperger syndrom og Autistisk forstyrrelse basert på diagnosekriteriene i DSM-IV være relativt like forstyrrelser.

2.5 Oppsummering

Det er uenighet i begrepsbruk og hvordan Autistisk forstyrrelse og Asperger syndrom skal ses i forhold til hverandre. Vansker ved sosial interaksjon, kommunikasjon, og et begrenset og stereotype atferdsmønster fellestrekk mellom dem. I diagnosemanualen skilles de fra hverandre basert på antall kriterier, språk og kognitive evner. Selv om diagnosekriteriene for sosial interaksjon er identiske for Autistisk forstyrrelse og Asperger syndrom, blir de i litteraturen karakterisert med ulikt atferdsmønster. Dette innebærer at barn med Asperger

syndrom i større grad enn barn med Autistisk forstyrrelse deltar i sosiale samspill og at de har mer fantasi i leken.

3 Diagnostisering

De mest handikappede barna i autismspekteret viser vanligvis symptomer i løpet av de første tre leveårene, og får diagnosen Autistisk forstyrrelse rundt treårs alder (Morrison og Anders, 2001). Dette diagnosetidspunktet er sannsynligvis mest gyldig for USA (uttalt av Schjølberg, 2009), mens i Norge blir barn med Autistisk forstyrrelse vanligvis diagnostisert ved fire års alder. Barn innen autismspekteret som fungerer bedre derimot, er vanskeligere å fange opp. Gjennomsnittlig diagnosetidspunkt for barn med Asperger syndrom er mellom 7 og 11 år (Strømgren, 2007; Mesibov og Schopler, 1992), og en diagnose først i voksen alder er ikke uvanlig (Deisinger, 2001). Dette til tross for økende kunnskap om ASD generelt (Scott og Baldwin, 2005), og spesielt økende kunnskap om diagnosen Asperger syndrom (Lien og Munkhaugen, 2006). I tillegg er ASD i dag en av de vanligste forstyrrelsene blant barn (Gabovitch og Wisemann, 2005; Fombonne, 2003; 2005), det er større fokus på tidlig diagnostisering og behandling av barn med ASD (Siegel, 2003), bedre screeningsverktøy og mer tilgjengelige tilbud (Scott og Baldwin, 2005).

I dette kapittelet vil jeg trekke frem funn fra to foreldreundersøkelser som indikerer at barn med Asperger syndrom får diagnosen så sent som i skolealder. Dette inkluderer først en presentasjon av funn angående tidlige symptomer og bekymringer, og deretter funn angående den markerte forskjellen i alder ved diagnostiseringstidspunkt mellom Autistisk forstyrrelse og Asperger syndrom. Deretter vil jeg si noe om forekomst av ASD og den økende veksten av antall diagnostiserte. Sentrale spørsmål her vil være om inkludering av barn med intelligens innenfor normalområdet eller bedre kan være av betydning for at flere blir diagnostisert med ASD og om evnenivå kan utgjøre en forskjell for diagnosetidspunkt. Videre vil jeg fremstille viktigheten av tidlig diagnose og tiltak for barn med ASD.

3.1 Diagnosetidspunkt – fra to foreldreundersøkelser

Patricia Howlin og Anna Asgharian (1999) har skrevet forskningsrapporten «The diagnosis of autism and Asperger syndrom: findings from a survey of 770 families». Denne undersøkelsen er utført i Storbritannia, og er en del av et større studium om foreldre til barn med ASD. De 770 familiene består av 614 foreldre til barn med Autistisk forstyrrelse og 156 foreldre til barn med Asperger syndrom.

«Factors associated with age of diagnosis among children with Autism Spectrum Disorders»

er en annen forskningsrapport som er skrevet av Mandell, Novak og Zubritsky i 2005. Denne undersøkelsen er utført i Pennsylvania og inkluderer 969 foreldre til barn med ASD. De 969 foreldrene består av 382 foreldre til barn med Autistisk forstyrrelsen, 366 foreldre til barn med Uspesifiserte gjennomgripende utviklingsforstyrrelser og 221 er foreldre til barn diagnostisert med Asperger syndrom.

Begge undersøkelsene baserer seg på foreldres besvarelser av tilsendte spørreskjema som blant annet omhandler spørsmål om barnets utvikling og vansker, og når barnet fikk den endelige diagnosen (Howlin og Asgharian, 1999; Mandell, Novak og Zubritsky, 2005). Undersøkelsen fra Storbritannia inkluderer også tidspunkt for foreldrenes første bekymringer angående barnets utvikling (Howlin og Asgharian, 1999).

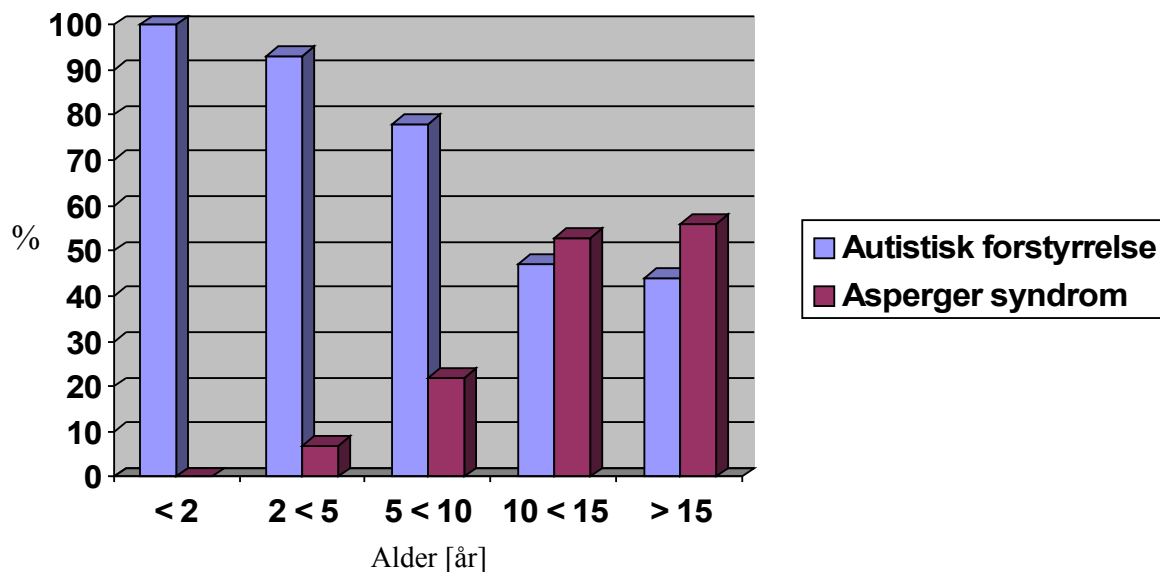
I undersøkelsen fra Storbritannia blir det rapportert bekymring om barnets utvikling i løpet av de første leveårene av både foreldre til barn med Autistisk forstyrrelse og foreldre til barn med Asperger syndrom. Gjennomsnittlig ble foreldrene første gang bekymret når barn med Autistisk forstyrrelse var 18 måneder og når barn med Asperger syndrom var rundt 36 måneder. 10,5 prosent av foreldre til barn med Asperger syndrom var første gang bekymret når barnet var mellom fem og ti år gammelt. For Autistisk forstyrrelse var dette tallet bare 0,5 prosent. Språkutvikling, sosial utvikling og lek, og generelle atferdsvansker var problemområder som ble oftest rapportert som årsak til bekymring. Det forelå her noen forskjeller mellom de to forstyrrelsene. Både sosial utvikling og lek og generelle atferdsvansker forekom oftere som årsak til bekymring hos foreldre til barn med Asperger syndrom i forhold til foreldre til barn med Autistisk forstyrrelse. Det var imidlertid få (3 prosent av foreldre til barn med Autistisk forstyrrelse og 6 prosent hos foreldre til barn med Asperger syndrom) som rapporterte ritualer og stereotyp atferd som årsak til bekymring selv om dette er diagnostiske symptomer. Nesten 44 prosent av foreldre til barn med Autistisk forstyrrelse rapporterte sen språkutvikling som det tidligste bekymringstrekket, mens rundt 26 prosent av foreldre til barn med Asperger syndrom rapporterte dette (Howlin og Asgharian, 1999).

I undersøkelsen fra Pennsylvania ble det rapportert at symptomer som tydelige språkvansker, håndmanerismer, tå-gåing og opprettholdelse av sær lek tydet på å føre til tidligere diagnostisering enn andre symptomer. Alle disse symptomene var overrepresentert hos barn med Autistisk forstyrrelse i forhold til barn med Asperger Syndrom. Den største forskjellen var språk hvor 90 prosent av foreldrene til barn med Autistisk forstyrrelse meldte

språkmangel hos barna, mens bare 22 prosent rapporterte dette hos barn med Asperger syndrom. Barn som hadde manglende språk fikk stilt diagnosen gjennomsnittlig 1,2 år tidligere enn barn som ikke hadde vansker med dette. Tå-gåing og håndmanerismer ble rapportert med henholdsvis 28 og 30 prosentpoeng høyere hos barn med Autistisk forstyrrelse enn hos barn med Asperger syndrom. Opprettholdelse av sær lek var overrepresentert hos Autistisk forstyrrelse med 13 prosentpoeng høyere enn for Asperger syndrom. I tillegg representerte begge gruppene symptomer som mangel på respondering, insistering av gjentakende handlinger, manglende blikkontakt og ekkotale (Mandell, Novak og Zubritsky, 2005).

Markante forskjeller i alder ved diagnostisering mellom Autistisk forstyrrelse og Asperger syndrom blir fremhevet i begge undersøkelsene. Undersøkelsen fra Pennsylvania indikerer at barn med Autistisk forstyrrelse får i gjennomsnitt diagnose ved alder 3,1 år og barn med Asperger syndrom får i gjennomsnitt diagnose ved alder 7,2 år. (Mandell, Novak og Zubritsky, 2005). Undersøkelsen fra Storbritannia viser tilsvarende forskjeller, men senere diagnostisering. Barna med Autistisk forstyrrelse har her en gjennomsnittlig alder ved diagnostisering på 5,49 år, mens barna med Asperger syndrom har en gjennomsnittlig alder ved diagnostisering på 11,13 år. 4,3 prosent av barna med Autistisk forstyrrelse ble diagnostisert ved toårs alder, mens ingen med Asperger syndrom hadde blitt diagnostisert før treårs alder. Ved fireårs alder var 17,0 % av barna med Asperger syndrom diagnostisert, mens 67,2 % hadde da fått diagnosen Autistisk forstyrrelse. Diagnose først etter femtenårs alder forekom hos begge gruppene, men med betydelig størst andel hos dem med Asperger syndrom hvor 77 % av fikk diagnosen på dette tidspunktet, mens bare 5 % av barn med Autistisk forstyrrelse fikk diagnose da. Etter 20 års alder var andelen henholdsvis 9,8 % og 2,1 % (Howlin og Asgharian, 1999).

Det generelle størrelsesforholdet mellom diagnostisering av Autistisk forstyrrelse og Asperger syndrom var 4:1, og under tiårs alder var forholdet 7,7:1. Det var bare noen få som fikk diagnosen Asperger syndrom før fylte fem år, men det var derimot flere som fikk diagnosen Asperger syndrom enn Autistisk forstyrrelse etter ti års alder da proposisjonen var henholdsvis 1,2:1,0. Figur 1 framstiller forholdet mellom dem som fikk diagnosen Autistisk forstyrrelse og Asperger syndrom på de ulike aldersnivåene (Howlin og Asgharian, 1999).



Figur 1: en fremstilling av proporsjonen mellom diagnostiseringsalder hos barn med Autistisk forstyrrelse og Asperger syndrom (Howling og Asgharian, 1999).

Begge undersøkelsene indikerte språkmangel som en medvirkende faktor til diagnostisering. Dette var overrepresentert hos barn med Autistisk forstyrrelse. Undersøkelsene var ikke entydige når det gjelder lek og atferd. En mulig forklaring på dette kan være ulik kategorisering og definering av vansker og begreper. Begge rapportene har manglende presisering av de ulike begrepene.

Når det gjelder diagnosetidspunkt så indikerer undersøkelsene at barn med Asperger syndrom får diagnose senere enn barn med Autistisk forstyrrelse. I gjennomsnitt var differansen mellom gjennomsnittlig diagnosetidspunkt for de to undersøkelsene omtrent 4,9 år. Funnene viser at det gjennomsnittlig tar 7,8 år fra de første bekymringene er tilstede til diagnosen Asperger syndrom blir stilt. Hos barn med Autistisk forstyrrelse er perioden mellom bekymring og diagnosetidspunkt på nesten 4 år i gjennomsnitt. Det betyr at det tar nesten dobbel så lang tid å diagnostisere barn med Asperger syndrom enn barn med Autistisk forstyrrelse fra de første bekymringene er tilstede.

Howlin og Asgharian (1999) sier at foreldre til barn med Asperger syndrom var senere i gang med å ta initiativ til å undersøke barnet og opplevde større frustrasjon enn foreldre til barn med Autistisk forstyrrelse. I tillegg ble foreldre til barn med Asperger syndrom flere ganger enn foreldre til barn med Autistisk forstyrrelse avvist av fagpersonell og bedt om å ikke

bekymre seg. Selv om foreldre til både barn med Autistisk forstyrrelse og barn med Asperger syndrom rapporterte bekymring innen tre års alder, kan dette være en medvirkende faktor til at barn med Asperger syndrom fikk senere diagnose.

3.2 Forekomst av Autismespekterforstyrrelse

Nylige epidemiologiske studier indikerer en økning av antall individer med ASD (Fombonne, 2003; 2005). Den kanadiske forskeren Eric Fombonne har skrevet flere oversiktsartikler (både nasjonalt og internasjonalt) over forekomst av ASD og poengterer den økende tendensen. Han har sammenliknet 40 tidligere studier fra 14 land i tidsrommet 1966 til 2005. De fleste av disse studiene inkluderer bare Autistisk forstyrrelse, mens enkelte fokuserer på hele spekteret eller diagnosen Asperger syndrom. Til sammen indikerte de 40 studiene en forekomst av ASD på 8,7 per 10 000 innbyggere. Studiene som ble utført på 1960 -70 tallet viste en rate på 4 per 10 000, mens de nyere var en del høyere. Ved å ekskludere både undersøkelser med lite utvalg og undersøkelser som ble utført før 1987, ble forekomsten av ASD på mellom 11-18 per 10 000 (Fombonne, 2005). Fombonne (2003) viser også til en undersøkelse som ble utført i Atlanta på barn i aldersgruppen tre til ti år (987 barn med ASD, samt sammenlikning med 32 tidligere studier) som indikerer forekomst av samtlige forstyrrelser innen autismespekteret på 34 per 10 000 (Fombonne, 2003). Fombonne (2003) hevder imidlertid at 34 per 10 000 innbyggere er underestimert. På bakgrunn av data fra nyere undersøkelser på 2000 tallet foreslår han at forekomst av ASD er sannsynligvis på 60 per 10 000 eller 0,6 % av befolkningen. Dette vil i USA tilsvare 486 000 individer under 20 år med en diagnose innenfor autismespekteret. Striano og Reid (2009) antyder også at forekomsten av ASD i dag er så høy som at ett av 160 barn har ASD. Når det gjelder Asperger syndrom indikerer Skandinaviske undersøkelser at antall diagnostisert med Asperger syndrom vil være en fjerdedel i forhold til antall diagnostisert med Autistisk forstyrrelse, men det er behov for flere undersøkelser for å si noe mer sikkert om forekomsten av barn med Asperger syndrom (Fombonne, 2005).

Det ser altså ut til at antall diagnostiserte med ASD har økt fra 4 per 10 000 til 60 per 10 000 (inkludert studier på Autistisk forstyrrelse da en ikke brukte termen ASD) i løpet omtrent 50 år. I følge Fombonne (2003; 2005) kan en til tross for dette ikke bekrefte at det er flere med ASD i dag enn tidligere. Han sier videre at en vesentlig årsak til denne veksten er endringer i definering og kriterier av ASD. Det er en bredere diagnose i dag enn for femten år siden.

Dette skyldes blant annet reviderte versjoner av DSM (og ICD), og at flere blir inkludert i spektrumet for hver revisjon (Siegel, 2003). En har beveget seg fra å fokusere på individer med mental retardasjon til å inkludere også dem med gjennomsnittlige intellektuelle evner eller bedre (IQ over 70) (Fombonne, 2003; 2005). Dermed ble også diagnosen Asperger syndrom inkludert i diagnosmanualen i 1994. Dette medførte diagnostisering av flere og eldre barn, samt voksne (Siegel, 2003).

Til tross for flere diagnostiserte med ASD og inkludering av dem med relativt gode intellektuelle evner, hevdes det fortsatt at mellom 70 og 80 prosent av barn med ASD er mentalt retardert (som for eksempel Siegel, 2003; Gillberg, 2002; Peeters og Gillberg, 2002). Frith (2005) sier imidlertid at denne høye prosentandelen er misvisende fordi disse utregningene ble utført på en tid der bare de mest handikappede ble inkludert i spekteret. For å demonstrere dette tydeligere viser hun til en nyere undersøkelse som ble utført i England på syv år gamle barn med ASD diagnose, og som dermed inkluderte barn med Asperger syndrom. Denne undersøkelsen konkluderte med at det kun var 35 prosent av barna som fikk en IQ skåre på under 70. Som følge av dette poengterer Frith at en bør i dag ikke relatere mental retardasjon så direkte til ASD som en gjorde tidligere. Edelson (2006) støtter seg til Friths uttalelse og viser til nyere studier som indikerer at mellom 40 og 55 prosent av barn med ASD har mental retardering. I tillegg har hun utført en undersøkelse hvor hun studerte påstander i 215 artikler hvor det hevdes at majoriteten av barn med ASD er mentalt retardert. Hovedfunnene hennes var at flesteparten av påstandene kom fra ikke empiriske kilder eller kilder som ikke viste antydning til empirisk data. Den lave andelen som faktisk hadde empirisk støtte var publisert for 25 til 45 år siden. På bakgrunn av sine funn konkluderer Edelson med at det er behov for flere empiriske bevis før en kan anslå hvor mange barn med ASD som også har mental retardering.

Frith og Edelson sine uttalelser tyder på at sammenhengen mellom ASD og mental retardasjon ikke er så stor som en tidligere har antatt. Det er allikevel flere med diagnosen Autistisk forstyrrelse som også er mentalt retardert. For eksempel blir det rapportert i undersøkelsen fra Pennsylvania at 30 prosent av barna med Autistisk forstyrrelse også har mental retardasjon (Mandell, Novak og Zubritsky, 2005). Det ble imidlertid ikke rapportert mental retardasjon hos barn med Asperger syndrom i og med at diagnosekriterier for denne forstyrrelsen innebærer ingen betydelige svikt i kognitiv utvikling. IQ nivå kan dermed ofte være en forskjell mellom barn med Autistisk forstyrrelse og barn med Asperger syndrom.

Mental retardasjon er en livslang forstyrrelse som innebærer redusert intelligens sammen med adaptive vansker (Gjærum og Grøsvik, 2002). Adaptive vansker tilsier manglende håndtering av dagligdagse livsoppgaver og selvstendighet (APA, 2000). På bakgrunn av at mental retardasjon medfører tidlige symptomer (Gjærum og Grøsvik, 2002) og vises i form av generell langsom utvikling og svak læring (Frith, 2005) kan det være rimelig å anta at barn med en slik forstyrrelse blir oppdaget i løpet av de første leveårene på grunn av deres svake funksjon på flere områder. Slike vansker kan føre til utredning og fokus på diagnostisering, noe som sannsynliggjør tidligere identifisering av barna. Dette kan bidra til at en også finner symptombildet som passer med ASD. På denne måten kan lavt evnenivå noen ganger ses på som medvirkende til at barn med Autistisk forstyrrelse blir diagnostisert tidligere enn barn med Asperger syndrom. Det kan derfor være naturlig å spørre seg om et gjennomsnittelig evnenivå (eller bedre) kan være medvirkende til at barn med Asperger syndrom får diagnose sent.

Kognitive forhold omhandler prosesser som mottar, bearbeider, lagrer og uttrykker informasjon og atferd. Disse prosessene kan ikke direkte måles, men ved å ta i bruk intelligens tester får en som regel et godt estimat på kognitive evner (Gjærum og Grøsvik, 2002). Det er god støtte for at barn med Asperger syndrom skårer generelt bedre på slike tester enn barn med Autistisk forstyrrelse (Klin et al., 1995, ref. i Kaland, 2002). Selv om Triaden av forstyrrelser skal være betydelig ute av proporsjon for å sette diagnosen ASD (Peeters og Gillberg, 2002) kan det være at slike vansker noen ganger kan være vanskelig å oppdage for omgivelsene på grunn av at barnet har relativt høy intelligens. Intelligens kan i følge Frith (2005) ses på som hjernens generelle effektivitet i informasjonsforarbeiding. Desto mer effektiv hjernen er, jo bedre evne har en til å analysere informasjon og handle ut i fra den, og dermed blir intelligensen høyere. En skal kanskje være forsiktig med å antyde at intelligensnivå vil ha innvirkning på sen diagnose, men i følge Waterhouse (1996) har barn innen spekteret med IQ over 70 en bedre prognose enn dem som har lavere. Det er derfor naturlig å anta at barn med Asperger syndrom lærer raskere og vil ha bedre forståelse på flere områder, så som sosial forståelse og kommunikasjon, enn dem som også er mentalt retardert innen autismspekteret.

3.3 Behov for tidlig diagnose og tiltak

St. meld. Nr. 16 (Kunnskapsdepartementet, 2006) beskriver tidlig innsats som å gripe inn i barns liv på et tidlig tidspunkt. Målet er sosial utjevning og et utdanningssystem som er bedre rustet til å møte den enkeltes behov. Hovedfokuset er tiltak i småbarnsalder, og spesielt gode tiltak til barn som har behov for ekstra stimulering. Tidlig intervensjon i forhold til barn med ASD innebærer i følge Scott og Baldwin (2005) hjelp og støtte til barn i perioden fra nyfødt og frem til vanligvis seks års alder. Denne intervensjonen har som hensikt å hjelpe barnet til å mestre nevrobiologiske utfordringer. Det kan midlertidig bemerkes at de fleste barn med ASD har behov for og viser fremgang ved støtte og trening utover seksårs alder. Ritvo (2006) markerer at dersom barnet ikke har fått tidlig hjelp er det helt nødvendig med intervensjon når diagnosen er satt, uansett alder. Det er rikelig med støtte for at læring av spesifikk atferd og ferdigheter kan ha positiv effekt på barn innen autismespekteret (Lord og Bailey, 2002). Ved risiko for å utvikle sosiale, kognitive og emosjonelle vansker kan en ved trening på god vei kunne overvinne slike vansker. Generelt sett så er det bred enighet om at intervensjon hos barn med ASD kan føre til bedre prognose og øke livskvaliteten og funksjon i hverdagen. Gode tiltaksprogram kan hjelpe barnet til å bli mer selvstendig og inkludert i samfunnet. Det vil også ha en positiv innvirkning på barnets familie, og en ser en økende tendens blant foreldre til barn med ASD til å ta mer aktivt deltagelse i barnets ferdighetstrening. Denne økende forståelsen for tidlig intervensjon har ført til at barn med ASD har oppnådd et nivå som en tidligere ikke trodde var mulig (Scott og Baldwin, 2005).

Til tross for økende kunnskap og forståelse for ASD og tidlig intervensjon, forekommer det altfor ofte sen eller feil diagnose innenfor spekteret. Dette gjelder spesielt for barn med Asperger syndrom. Det er ikke uvanlig at disse barna får diagnose ADHD eller DAMP i tidlig alder på grunn av blant annet vansker med urolighet, konsentrasjon og søvn. Ved 6-8 års alder blir vansker ved sosial interaksjon tydeligere, og diagnosen skiftes ut med Asperger syndrom (Gillberg, 2002). Barn med vansker eller utviklingsforsinkelser som ikke oppdages kan få utilstrekkelig eller upassende instruksjoner fra sine omgivelser. De kan bli utsatt for uheldige læringsmetoder og unødvendige rettelser av sin atferd. En konsekvens av dette kan være avvisning av jevnaldrende, tap av selvtillit eller depresjon (Howlin & Asgharian, 1999, ref. i Deisinger, 2001). Sen eller feildiagnose kan føre til at en går glipp av nødvendig behandling og ferdighetslæring for å kunne oppnå suksess innen sosiale settinger, på skolen og i andre forhold (Adams, 2008). Tre års alder er en kritisk tid i barnets utvikling, og dersom barnet har

behov for støtte uten å få det innen dette alderstrinnet, vil sjansen for suksess minskes. (Gabovitch og Wisemann, 2005). Til tross for bred enighet om hvor viktighet det er for barn innen autismespekteret å få en diagnose er det likevel, i følge Filipek et al. (1999) (ref. i Gabovitch og Wisemann, 2005), så mange som 70 til 80 prosent med utviklingsforsinkelser og forstyrrelser som ikke er identifisert og som har behov for støtte.

Gabovitch og Wisemann (2005) foreslår noen faktorer som kan ha medvirkning til sen eller feil diagnose. For det første sier de at dagens hjelpeinstanser har et økende tidspress. Dette i kombinasjon med usikkerhet angående hvilke kritiske symptomer en skal se etter ved barnets utvikling kan føre til manglende informasjon for å stille diagnose. Gillberg (2002) sier at det for ofte forekommer at bekymrede foreldre til barn med vansker som tilsier Asperger syndrom blir avvist eller får beskjed om at det ikke er noe å bekymre seg over. Dersom foreldre kontakter fagpersonell som har manglende kunnskap på området, kan ofte diagnosen Asperger syndrom bli oversett. Det er også fortsatt enkelte som ikke ser nytten av tidlige tiltak og som dermed har en avventende holdning til utredning (Gabovitch og Wisemann, 2005).

Tidlig tiltak blir ofte forbundet med motstand mot en vente og se holdning. En slik holdning innebærer blant annet en innstilling om å se hvordan barnet utvikler seg før videre utredninger blir iverksatt. Kritikkk mot dette har spesielt vært i fokus i Kunnskapsløftet og dermed en økende vektlegging av nettopp tidlig tiltak. For å kunne sette inn tiltak er det nødvendig å identifisere barn med utilfredsstillende læringsutvikling (K06) og spesielt for barn med ASD er det av stor betydning at diagnostisering skjer før behandling (Ritvo, 2006). Tellevik et al. (2008) støtter opp mot viktigheten av diagnostisering av barn med Autistisk forstyrrelse og Asperger syndrom, og understreker at best mulig tiltak er avhengig av riktig diagnose. Samtidig, poengterer Siegel (2003) at det er svært uheldig å ta en for rask beslutning, noe som kan øke sjansen for feildiagnostisering. En kan muligens se på dette som et paradoks ved at en skal diagnostisere så tidlig som mulig for å kunne sette inn effektive tiltak, men allikevel avvente for å være sikker på at rett beslutning blir tatt.

For lite tid til grundig utredning, manglende kunnskap og avventende holdning til diagnose har sammenheng med samfunnets syn på hva en skal anse som bekymringsfulle signaler og hva en skal betrakte som avvikende atferd. Dette vil gjelde dem som skal utrede barnet, men også personer som omgås barnet daglig siden henvisningsgrunn avgjøres av personer som foreldre, barnehageansatte og lærere. Hva disse anser som henvisningsgrunn vil i følge Sandbæk (1995) ha sammenheng med hvordan omgivelsene opplever situasjonen og hva de

opplever som håndterlig.

3.4 Oppsummering

Foreldreundersøkelser indikerer at foreldre til barn med Autistisk forstyrrelse er i gjennomsnitt bekymret første gang når barnet er 18 måneder. Det gjennomsnittlige bekymringstidspunktet for foreldre til barn med Asperger syndrom er 1,5 år senere. Diagnosetidspunktet er noe forskjellig i de to undersøkelsene. For barn med Asperger syndrom er diagnositidspunktet 7,2 år i den ene undersøkelsen og 11,13 år i den andre undersøkelsen. For barn med Autistisk forstyrrelse er diagnositidspunktet på henholdsvis 3,1 år og 5,49 år. Dette indikerer vesentlig lengre tid mellom bekymringstidspunkt og diagnositidspunkt hos barn med Asperger syndrom enn hos barn med Autistisk forstyrrelse i begge undersøkelsene.

Sen språkutvikling ble rapportert som både årsak til bekymring og som medvirkende til diagnose. Sen språkutvikling var overrepresentert i begge undersøkelsene hos barn med Autistisk forstyrrelse, noe som kan være medvirkende til at de fikk diagnose tidligere enn barn med Asperger syndrom, som ikke hadde slike vansker i like stor grad. I tillegg viser foreldreundersøkelsene at foreldre til barn med Asperger syndrom oftere ble møtt med en avventende holdning til utredning. Dette kan være en medvirkende faktor til senere diagnose.

Forekomst av barn med ASD blir i dag antydnet å være på 60 per 10 000. Antall diagnostiserte har økt betraktelig de siste 50 årene. En medvirkning til dette tyder på å være endring i diagnosekriterier og inkludering av dem med ASD som har relativt gode evner. Selv om det antakeligvis er færre innen spekteret som har mental retardasjon enn tidligere antatt, så kan kognitive evner utgjøre en forskjell i diagnositidspunkt mellom Autistisk forstyrrelse og Asperger syndrom. På bakgrunn av at mental retardasjon medfører vansker på flere områder kan det være at barn med Autistisk forstyrrelse som også har mental retardasjon blir oppdaget tidligere. Barn med Asperger syndrom blir forbundet med gjennomsnittlig intelligens eller bedre. For å vurdere om dette kan ha medvirkning til sen diagnose behøves det nok grundigere undersøkelser, men det er naturlig å tro at relativt høy intelligens kan føre til at vansker som forbindes med forstyrrelsen blir mindre synlige.

Det er i dag økende fokus på tidligere diagnose og tidligere tiltak, men det forekommer alt for ofte at barn med Asperger syndrom likevel får en relativt sen diagnose. Noen grunner til dette

kan være for lite tid til grundig utredning, manglende kunnskap og avventende holdning til diagnose. Dette kan ha sammenheng med samfunnets syn på hva en skal anse som bekymringsfulle signaler og hva en skal betrakte som avvikende atferd.

4 Autistiske lærevansker

I dette kapittelet vil jeg se på tre former for lærevansker som kan samsvare til de tre hovedvanskene hos barn med ASD. Disse lærevanskene vil bli presentert i følgende rekkefølge: sosial autistiske lærevansker, kommunikativ autistiske lærevansker og ikke-sosial autistiske lærevansker. Hvert området vil inkludere beskrivelse av barns tidlige utvikling, lærevansker hos barn med ASD og hvordan dette kan ses i forhold til sen diagnostisering av barn med Asperger syndrom. Sentrale spørsmål i dette kapittelet vil være om det er forskjell i lærevansker mellom Autistisk forstyrrelse og Asperger syndrom. Og videre om en slik forskjell eventuelt kan være en medvirkende faktor til sen diagnostisering av barn med Asperger syndrom?

Mennesker lærer hele livet. Læring handler om hva vi gjør, hvordan vi tenker, føler, reagerer og hva vi opplever. Læring har funnet sted når en endrer atferd på grunn av tidligere erfaringer. Erfaring kan tilskrives enhver form for sansing eller miljøpåvirkning. Modning innebærer prosesser i nervesystemet og i kroppen. Forskning indikerer at dette er nært knyttet til det å gjøre erfaringer. Dersom modningsprosesser ikke er fullt utviklet vil det kunne påvirke erfaring, og dermed læring (Svartdal og Flaten, 1998). Med andre ord kan dette indikere at hindring av læring kan oppstå på grunn av manglende modning og/eller manglende erfaring. Professor Bryna Siegel (2003) sier at det er spesifikke mangler ved læring hos barn innen autismspekteret, men en vet ikke med sikkerhet hva som forårsaker disse lærevanskene. En har gått vekk fra tidligere oppfatning av at vansker hos barn med ASD blir framkalt av såkalte kjøleskapsmodre (avvisende mødre) (Adams, 2008). ASD blir i dag sett på som en nevrologisk forstyrrelse (Gillberg, 2002). Det spekuleres i om dette skyldes endringer i hjernen (Siegel, 2003). På bakgrunn av dette vil jeg utelukke at manglende stimulering fra omgivelsene er en forklaring på de autistiske lærevanskene.

Jeg tar i bruk følgende definisjon på lærevansker:

«Lærevansker kan defineres som en psykologisk eller nevrologisk betinget hemning i motoriske, perseptuelle, språklige, kognitive og sosiale funksjoner som bidrar til at barn og unge ikke tilegner seg de kunnskaper og ferdigheter en forventer at de skal mestre på bestemte alderstrinn.» (Birkemo, 1999, s. 131).

I følge Siegel (2003) kan de tre hovedområdene som karakteriserer ASD i DSM-IV knyttes til tre områder ved det hun kaller for autistiske lærevansker. Dette kan fremstilles på følgende måte:

Diagnosekriterier:	Autistiske lærevansker:
Kvalitativ svikt ved sosial interaksjon	→ Sosial autistiske lærevansker
Kvalitativ svikt ved kommunikasjon	→ Kommunikativ autistiske lærevansker
Begrensete, gjentatte og stereotype mønstre av atferd, interesser og aktiviteter	→ Ikke-sosial autistiske lærevansker

4.1 Sosial autistiske lærevansker

Autistisk forstyrrelse og Asperger syndrom blir i litteraturen ofte beskrevet med ulikt sosialt atferdsmønster (Wing, 1997; Attwood, 1998; Gillberg, 2002), men en vet ikke med sikkerhet om det foreligger forskjeller mellom disse to forstyrrelsene innenfor dette området (Klin, Mcpartland og Volkmar, 2005). Diagnosekriteriene for sosial funksjon i DSM-IV er identiske for Autistisk forstyrrelse og Asperger syndrom (APA, 2000), og forskning indikerer relativt små forskjeller i symptomer på sosial utvikling (se punkt 3.1). Hva som ligger bak ulikheter i tilegnelse av sosiale ferdigheter i spedbarnsalder innen autismespekteret er relativt lite undersøkt (Klin, Mcpartland og Volkmar, 2005). Studier av tidlige symptomer vil i følge Griffin og Dennet (2009) kunne gi informasjon om mekanismer som ikke er intakt og som påvirker sosial funksjon. Disse mekanismene kan ses på som hindringer i å tilegne seg ferdigheter og kunnskaper, og som dermed samsvarer til Birkemos definisjon på lærevansker. Et sentral spørsmål i denne forbindelse er om det foreligger forskjell mellom barn med Autistisk forstyrrelse og barn med Asperger syndrom når det gjelder hindring i å tilegne seg sosiale ferdigheter i spedbarnsalder og som påvirker deres sosiale funksjon senere.

I følge Siegel (2003) er det tre områder som inngår ved sosiale lærevansker hos barn med ASD. Disse tre områdene er manglende bevissthet for andre, manglende sosial og emosjonell gjensidighet, og manglende sosial imitasjon. Områdene overlapper hverandre noe og de kan ses på som sosiale hindringer i å tilegne seg den sosiale læring som andre jevnaldrende barn tilegner seg. Rekkefølgen disse områdene innenfor sosial autistiske lærevansker gjenspeiler den kronologiske rekkefølgen i tilegnelse av sosiale ferdigheter (Ibid). Disse tre områdene kan

dermed også ses på som tre nivå av tidlig sosial utvikling.

4.1.1 Manglende bevissthet for andre mennesker

Forståelse for andres tanker eller evne til empati, er som tidligere nevnt, nært forbundet med sosial interaksjon. Denne evnen kan ses på som et av de høyeste nivåene innenfor et vellykket sosialt samspill (se kapittel 5, Theory of mind). Et spedbarn er ikke født med denne egenskapen, men det lærer gradvis. Barn må oppdage og bruke sosial informasjon for å kunne lære seg hva som er vesentlig i et sosialt samspill (Striano og Reid, 2009). Det må altså ligge til grunn noe som gjør at en gradvis lærer de sosiale ferdighetene, og jeg antyder Siegels første nivå, bevissthet for andre mennesker, som en forutsetning for deltakelse i sosial interaksjon. Bevissthet for andre mennesker handler i følge Siegel (2003) om å legge merke til hva som foregår i omgivelsene. Hun sier videre at fravær av en slik bevissthet medfører at barnet går glipp av kunnskap om hvorfor og hvordan mennesker samhandler.

Psykologiprofessor Tricia Striano og Dr. Vincent Reid (2009) foreslår fem vesentlige sosiale ferdigheter i kronologisk rekkefølge som er elementære for at et barn skal reagere vellykket i sosial situasjoner. Disse ferdighetene presenterer de i *Den direkte oppmerksomhetsmodellen av spedbarns sosiale kognisjon (The direct attentionmodel of social cognition during infancy)*. Sosial kognisjon innebærer hvordan en forholder seg til og forstår andre mennesker, hvordan en kommuniserer med dem og lærer fra dem. Dette inkluderer evnen til å predikere, undersøke og tolke atferd og mentale tilstander hos andre mennesker (sosial kognisjon kan også samsvares med evnen til å mentalisere som blir beskrevet nærmere i kapittel 5). En voksen person vil kunne mestre dette gjennom et raskt blikk på et ansikt, kroppsholdning eller gjennom verbale ledetråder. Jeg forstår dermed oppmerksomhetsmodellen som en presentasjon av den tidligste formen for sosial kognisjon, og modellen kan ses på som en spesifisering av det Siegels mener med å være bevisst på omgivelsene.

Det første nivået i modellen omhandler oppdagelse av sosiale komponenter i omgivelsene. Dette innebærer evne til å skille mennesker fra ikke-menneskelige objekter. Studier antyder at spedbarn er i stand til å adskille menneskelige egenskaper gjennom å innhente informasjon om bevegelse sammen med emosjonelle trekk. Mestring av dette er vesentlig før spedbarnet går over til mer komplekse komponenter for sosial utvikling (Reid og Striano, 2002). Dersom spedbarnet ikke er interessert eller i stand til å skille ut mennesker fra annet i tilværelsen vil det bli vanskelig å innhente sosiale informasjonen (omtalt i de neste nivåene). En kan si at det

handler om at barnet må være bevisst på at mennesker eksisterer, at det er noe unikt med dem og et ønske om å være sammen med dem. I følge Siegel (2003) er denne bevisstheten om mennesker og deres handlinger redusert hos barn med ASD. Barn med Autistisk forstyrrelse blir ofte forbundet med å være lite sosialt interessert i andre mennesker (Klin, Volkmar og Mcpartland, 2005), noe som muligens kan relateres til vanskeligheter ved dette første nivået av modellen. Derimot har barn med Asperger syndrom, som regel et større ønske om å delta i sosiale samspill. Dette kan tyde på at de har bedre forståelse for at det er noe sosialt unikt med mennesker (Klin, Volkmar og Mcpartland, 2009).

Reid og Striano (2007) (ref. i Reid og Striano, 2009) hevder at et spedbarn har begrenset bearbeidingskapasitet (arbeidsminne) og derfor har behov for å redusere den tilgjengelige informasjonen i omgivelsene. Ved hjelp av sosiale ledetråder vil spedbarnet kunne skille ut hva som er relevant fra irrelevant informasjon og dermed være i stand til å bearbeide det som er vesentlig. Svartdal og Flaten (1998) sier at dersom spedbarn ikke lærer å overse irrelevant stimuli vil dette ta opp kapasiteten barnet behøver for å konsentrere seg om ny læring. Det å skille mellom vesentlig og uvesentlig stimuli foregår i nivå to til og med nivå fire. Disse tre nivåene overlapper hverandre noe, men kan skilles fra hverandre i hvor avansert denne identifiseringen av relevant informasjon er. I nivå to vil spedbarnet gjennom sansing oppdage og kategorisere karakteristiske trekk ved mennesker (Reid og Striano, 2009). På denne måten fokuserer spedbarnet på informasjon som gjør at det klarer å skille mellom en kjent og en ukjent person (Nelson, 2009). Det tredje nivået handler om spedbarnets evne til å vurdere om sosiale signaler er rettet mot en selv. Med andre ord, om det har forståelse for at noen ønsker å inngå et samspill med barnet, at noen ser på det og det får oppmerksomhet. I nivå fire retter spedbarnet oppmerksomheten mot objekter som andre ser på. På denne måten får spedbarnet hjelp til å fokusere på aspekter av miljøet som er sosialt relevante (Striano og Reid, 2009).

Beskrivelsen av nivå to til fire tyder på at spedbarnets evne til innhenting av sosial informasjon blir gradvis mer og mer avansert etter hvert som bearbeidingskapasiteten utvikles. Barnet går fra forholdsvis enkel kategorisering (nivå to) til felles oppmerksomhet (nivå fire). Felles oppmerksomhet defineres av Striano og Reid (2009) som et triadisk forhold av oppmerksomhet mellom spedbarn, omsorgsgiver og et interessant objekt. De samme forfatterne fremhever hvor tidlig et barn benytter seg av såkalte ledetråder eller signaler for å filtrere informasjon, og viser til et studium fra 2006 utført av Striano, Cleveland og Bradshaw hvor de undersøkte om spedbarn på henholdsvis 9 og 12 måneder ble påvirket av sosiale

ledetråder fra voksne. Undersøkelsen ble utført gjennom å se på to fremgangsmåter for en voksen, kjent av barnet, å vise et nytt og interessant objekt til spedbarnet på. Den første fremgangsmåten fokuserte på felles oppmerksomhet hvor den voksne snakket til spedbarnet samtidig som hun vekslet blick mellom spedbarnet og objektet. Ved den andre fremgangsmåten var fokuset på objektet hvor den voksne vekslet blick mellom objektet og et punkt i taket, men aldri til spedbarnet. Resultatene viste at barna på 9 måneder så signifikant lengre på objektet når fremgangsmåten var felles oppmerksomhet. Barna som var 12 måneder derimot, så like lenge på objektet ved begge fremgangsmåtene. I følge forfatterne indikerer disse resultatene at felles oppmerksomhet er en vesentlig bistand til informasjon om nye objekt. Dette kan altså tyde på at små barn involveres mer i objekter som inngår i en felles interaksjon enn objekter som ikke gjør det. Det vil si at barnet øker oppmerksomheten til aspekter ved miljøet som er sosiale og bruker andre mennesker til hjelp for å redusere mengden av den tilgjengelige informasjonen i omgivelsen. Blick er en vesentlig del av felles oppmerksomhet og kan ses på som en sosial ledetråd til å innehefte den relevante informasjonen.

Nelson (2009) antyder at redusert evne til å skille ut hvilken informasjon som er til seg selv (nivå tre) kan være et nøkkelområde for dem som utvikler Autistisk forstyrrelse, og en mulig forløper til vansker ved felles oppmerksomhet. Dersom barnet ikke evner å innhente informasjon som hjelper det med å forstå at noen vil innelede et samspill, kan det være rimelig å anta at barnet heller ikke er i stand til å delta i felles oppmerksomhet. En kan imidlertid også se på de to første nivåene som forløpere til felles oppmerksomhet fordi spedbarnet gradvis utvikler denne ferdigheten. Med andre ord, har spedbarnet vanskeligheter med de tre første nivåene, vil det antakeligvis også få problemer med felles oppmerksomhet.

Videoundersøkelser indikerer at barn med Autistisk forstyrrelse har vanskeligheter med felles oppmerksomhet (Carter et al., 2009; Striano og Reid, 2009). Disse studiene viser blant annet at barn med Autistisk forstyrrelse er svake på å benytte seg av sosiale ledetråder i omgivelsene (Striano og Reid, 2009). For eksempel brukes blick med lite sosial og kommunikativ hensikt (Griffin og Dennett, 2009). Vansker med felles oppmerksomhet starter tidlig og påvirker evnen til å delta i samspill og for å utvikle sosiale forhold. Dette står i kontrast til barn med normal utvikling som benytter felles oppmerksomhet aktivt og deler opplevelser lenge før språket er utviklet (Carter et al., 2005).

Problemer med å tolke sosiale situasjoner, forstå sosiale regler og bruke sunn fornuft er

sosiale vansker som karakteriserer barn med Asperger syndrom (Gillberg, 2002). Det samme gjelder manglende forståelse for underliggende mening med andres handlinger og utsagn (Attwood, 1998). Dette kommer ofte til syne ved at de misforstår hva andre sier eller gjør, stiller sosialt upassende kommentarer, styrer andre, er for fysisk nært andre mennesker eller er for pågående (Gillberg, 2002). Barn med Asperger syndrom viser likevel sosial forståelse, ønsker og forsøker å delta i et sosialt samspill med andre. Dette er ofte i kontrast til barn med Autistisk forstyrrelse. Videre kan barn med Asperger syndrom ofte beskrive sosiale situasjoner og hva som er passende atferd. De kan også lære seg spesifikk atferd i konkrete situasjoner, men har vanskeligheter med å anvende dette i nye og ukjente situasjoner (Klin, Mcpartland og Volkmar, 2005). Denne tilsynelatende selvmotsigende atferden kan kanskje forklares ut i fra at sosial kompetanse består av en innlæringsfase og en praktiseringsfase (Ogden, 2002). Selv om barn med Asperger syndrom til en viss grad kan klare å innhente relevant informasjon gjør de det muligens ikke godt nok. Dette kan være en forklaring på den selvmotsigende atferden. Det rapporteres også noe avvikende blikkontakt for disse barna (Gillberg, 2002). Vanskeligheter med å innhente relevant informasjon kan dermed medføre manglende læring som først kommer til syne når sosiale ferdigheter må tas i bruk på en hurtig og automatisk måte.

Nivå fem av modellen til Striano og Reid (2009) innebærer evnen til å se sammenheng mellom handling og mål. Dette er spedbarn først i stand til etter seks måneders alder på grunn av at det begrensede arbeidsminnet tidligere hindret dette (Reid og Striano, 2009). På dette nivået vil spedbarnet blant annet kunne skille mellom hensiktsmessige og tilfeldige handlinger, og fokusere på handlingens mål istedenfor andre aspekter (som for eksempel bevegelse) (Nelson, 2009). Målrrettede handlinger i et sosialt perspektiv kan relateres til det Siegel (2003) sier om drivkraft til sosial interaksjon. Hun sier at denne drivkraften er et ønske om oppmerksomhet, ros og å tilfredsstille den voksne. Barnet lærer gjennom oppmuntring og irettesetting og vil utføre handlinger som fører til en ønsket reaksjon fra den voksne.

Manglende ønske om å utføre handlinger kun for å få positiv respons fra omgivelsene er et karakteristisk trekk blant barn innen autismespekteret. Disse barna er lite interessert i å tilfredsstille den voksne eller å få positive tilbakemeldinger. Barn med ASD viser ofte målrrettede handlinger, men disse handlingene har ofte ikke et sosialt motiv. Deres motiv for handlinger er vanligvis for å dekke egne behov. De vil være interessert i det som allerede har en mening eller som blir assosiert med noe positivt for dem selv. De forstår ikke at de skal

adlyde og hvorfor de skal adlyde. Dette kan være en mulig forklaring på hvorfor barn med ASD (spesielt barn med Autistisk forstyrrelse) ofte flykter fra sosiale situasjoner. De forstår ikke hvorfor de for eksempel skal sitte i en ring med andre barn bare fordi en voksen sier dette, men vil heller tiltrekkes mot interessante objekter som de ser (Siegel, 2003).

Nelson (2009) stiller et interessant spørsmål ved modellen til Striano og Reid (2009). Skal den betraktes som et hierarki av nivåer hvor det neste er avhengig av det forrige, eller er det mulig å hoppe over et nivå? Reid og Striano (2009) hevder at det femte nivået er avhengig av at de tidligere sosiale nivåene er oppnådd. Dette kan indikere at dersom barn med Asperger syndrom har vanskeligheter ved nivå en til fire vil de ha manglende evne til å se sammenheng mellom mål og handlinger i et sosialt perspektiv. Vansker med å benytte seg av sosiale ledetråder kan som jeg antydte ovenfor være en forklaring på flere sosiale vansker som blir forbundet med denne forstyrrelsen. Dette kan dermed innebære at barn med Asperger syndrom har lærevansker som medfører at de ikke vil oppnå nivå fem. Denne hypotesen kan også relateres til den egosentriske væremåten som barn med Asperger syndrom ofte blir forbundet med. Denne væremåten innebærer lite fokus på hva andre vil eller mener og de utfører handlinger kun på grunn av det de selv har behov for (Gillberg, 2002).

På samme tid kan det være slik at barn med Asperger syndrom ikke utvikles fullt innenfor hvert nivå. Dette vil ikke si at de hopper over et nivå, men at de går videre til neste nivå uten å ha tilegnet seg ferdighetene på forrige nivå godt nok. På grunn av dette vil de gå videre med manglende læring eller vranglæring. Dette kan være en forklaring på at de sosiale vanskene først kommer til syne når det kreves mer av situasjonen og ferdighetene må praktiseres på en mer effektiv måte.

4.1.2 Manglende sosial og emosjonell gjensidighet

Sosial og emosjonell gjensidighet handler om å dele opplevelser, bli lagt merke til, få tilbakemeldinger og glede andre. Det innebærer et ønske om sosial og emosjonell utveksling og er en viktig kilde til sosial læring (Siegel, 2003)

Felles oppmerksomhet ble beskrevet i punkt 4.1.1 i forbindelsen med oppdagelse av sosiale ledetråder og innhenting av sosial informasjon i omgivelsene. Bruk av blikk var her en vesentlig komponent. Blikk, ansiktsuttrykk og felles oppmerksomhet kan også ses i sammenheng med en tidlig form for sosial og emosjonell gjensidighet hvor barnet bekrefter

interaksjon med den voksne. Joseph og Tager-Flusberg (2009) sier at barn med Autistisk forstyrrelse er forsinket i forhold til tidlig ansiktsrelaterede sosiale milepæler, som å se på en annen persons ansikt for å dele interesse for objekter og hendelser (Joseph og Tager-Flusberg, 2009). Gillberg (2002) poengterer at avvikende blikk, som stirrende, fjernt eller å ikke følge andres blikk, også er tidlige symptomer hos barn med Asperger syndrom. Han sier videre at peking kommer sent, og da spesielt når det gjelder peking for å indikere behov eller for å dele oppmerksomhet med andre mennesker. Med andre ord kan noen tidlige tegn på manglende sosial og emosjonell gjensidighet innebære at barnet blant annet har redusert bruk av blikk, ansiktsuttrykk eller peking for å kommunisere og vise interesse for andre mennesker.

Barn med ASD viser lite sympati, empati og altruisme. De har manglende respons til ros og belønning, og redusert forståelse for hvordan deres atferd påvirker andre (Siegel, 2003). Dette kan muligens relateres til at barnet ikke forstår eller ønsker å utveksle slike sosiale komponenter. Dette kan kanskje ses i sammenheng med at barn med ASD, i følge Siegel (2003), kun er motivert ut i fra et ønske om å dekke egne behov og velger det som de synes er best for dem selv. Dette skiller dem vanligvis fra andre barn ved at de vil vektlegge seg selv i enhver situasjon selv om dette kan føre til ulemper for andre mennesker. De vil dermed ikke være motivert til å utføre en bestemt handling for å få ros eller for å observere en positiv respons fra andre.

Barn innen autismspekteret har vanskeligheter med å gjenkjenne og beskrive egne følelser. Dette gjør det vanskeligere å forstå andres tanker og hvordan egen atferd kan ha innvirkning på andre. Barn med ASD kan karakteriseres som selvorientert siden de kun handler ut i fra seg selv (Delfos, 2005). Noen bruker begrepet egosentrisme (som for eksempel Gillberg, 2002), men Siegel (2003) hevder at selvsentring er en bedre beskrivelse fordi motivene for handlinger hos disse barna er mer rettet mot å dekke egeninteresse enn for å overse andres beskjeder eller rettelser.

Manglende sosial og emosjonell gjensidighet av varierende grad ser en hos alle med ASD. (Siegel, 2003). Klin, Volkmar og Mcpartland (2005) sier at et barn med Asperger syndrom ikke vil flykte fra situasjonen eller isolere seg i like stor grad som et barn med Autistisk forstyrrelse. Barn med Asperger syndrom skiller seg derfor fra barn med Autistisk forstyrrelse ved at selvsentringen vanligvis fremtrer i et sosialt samspill. Et eksempel på dette kan være at barn med Asperger syndrom gjerne inngår samtaler med andre mennesker, men uten å lytte til mottaker eller ta hensyn til mottakers interesse for samtaleemnet (Attwood, 1998).

Manglende sosial og emosjonell gjensidighet kan komme av manglende bevissthet for andre mennesker (punkt 4.1.1). Dersom et barn med Autistisk forstyrrelse ikke forstår at mennesker skiller seg fra objekter eller ikke forstår når noen forsøker å inngå et samspill med det, vil det antakeligvis ikke være grunnlag for å utvikle sosial og emosjonell gjensidighet. Som tidligere nevnt har barn med Asperger syndrom denne forståelsen. Deres vansker med sosial og emosjonell gjensidighet kommer til syne først når de er eldre og det stilles større krav til sosiale ferdigheter. Dette støttes av at det, i følge Gillberg (2002), er få med Asperger syndrom som har mangel på venner før skolealder. Men lek med jevnaldrende er ofte i form av parallelllek eller at barnet med Asperger syndrom kun vil leke på egne premisser. Slik lek vil ha manglende sosial og emosjonell gjensidighet, men det kan være vanskelig for barnets omgivelser å oppdage dette siden barnet med Asperger syndrom tilsynelatende leker normalt sammen med andre barn. Vanskene vil gradvis komme mer til syne når jevnaldrende stiller større krav til et gjensidig samspill.

4.1.3 Manglende sosial imitasjon

Sosial imitasjon er en viktig komponent for tidlig læring. Både i forhold til å utvikle forståelse for andres mentale tilstander, for å kunne være empatisk og som en vesentlig metode for læring av ferdigheter (Iacoboni, 2009). Spesielt i aldersperioden mellom ett og fire år tilegner barnet seg mengder av informasjon via imitasjon (Siegel, 2003). Ved å observere andre får barnet kunnskap om nye objekter i omgivelsen. Det kan være kunnskap om selve objektet, kunnskap om hvilke bevegelser en benytter og hvilket utfall bruken av objektet får. Barn lærer av å observere andre menneskers handlinger med objekter hvor sosiale ledetråder er en vesentlig komponent for denne læringen (Elsner, 2009). De tilegner informasjon om omgivelsene gjennom observert handling sammen med selvutforskning (Siegel, 2003).

I imitasjonsstudier vil en hevde at barn benytter seg av imitasjon når gruppen med barn som har observert en modell vil utføre riktig handling med et objekt raskere eller bedre enn en gruppe barn som ikke har observert en slik modell på forhånd (Elsner, 2009). Slike studier viser blant annet at det er avgjørende at modellen er et menneske. For eksempel så ble dette demonstrert i en undersøkelse hvor spedbarn skulle imitere tungebevegelser både etter en robot og et menneske. Resultatene indikerte at barna imiterte mer når bevegelsene ble vist av mennesket (Nadal, 2009). Rogers, Cook og Meryl (2005) foreslår at imitasjon av ansikt og kropp er mer relatert til sosiale aspekter, mens imitering av handlinger og objekt kan stå mer

til det instrumentelle aspektet.

Manglende imitasjon har blitt rapportert hos barn med Autistisk forstyrrelse i flere studier i løpet av de siste tretti årene. Vanskene inkluderer handling med objekt, imitasjon av kroppsbevegelser, og imitering av ansiktsuttrykk (Rogers, Cook og Meryl, 2005). Dette vil føre til at barnet ikke lærer gjennom rollemodeller, går glipp av en mengde med informasjon og vil ikke kunne utvikle og utforske ny informasjon om omgivelsene. Ytterligere vil barnet ikke skape egne meninger om objekter og aktiviteter. Det vil heller ikke være interessert i hva andre barn foretar seg (Siegel, 2003).

En viktig del av imitasjon er motivasjon til å gjøre som andre mennesker gjør. Ved å imitere andre viser barnet en forståelse av underliggende budskap, en forståelse av at det er en positiv opplevelse å delta og gjøre det andre gjør. Samtidig viser en forståelse for hva andre barn tenker. Barn viser vanligvis interesse for jevnaldrende i løpet av de første leveårene, og har et ønske om å delta, passe inn og få aksept. På den måten lærer barnet sosiale ferdigheter og gruppefelleskap. Barn med ASD er ikke motivert til å imitere. Spesielt barn med Autistisk forstyrrelse er ikke like interessert i å være som andre, gjøre som andre eller være der andre er. Det virker ikke som de ser nytten eller gleden av jevnaldrende like mye som andre barn gjør (Siegel, 2003).

Barn med Asperger syndrom har som tidligere nevnt et ønske om å delta i sosialt samspill, men de har manglende sosial og emosjonell gjensidighet. Dette kan medføre at de ikke vet hva som er passende atferd i et sosialt samspill. Slike vansker kan skyldes manglende imitering. En mulig forklaring på at manglende imitasjon er vanskelig å oppdage for omgivelsene er at barn med Asperger syndrom, i følge Attwood (1998), karakteriseres med at de kopierer andres handlinger og ytringer. En kan spørre seg om kopiering er det samme som imitasjon, men som tidligere nevnt handler imitasjon om å ta i bruk observerte handlinger med eksperimentering og dermed utvikle ny kunnskap. Siden imitasjon inneholder denne eksperimenteringsdelen vil jeg ikke anse ren kopiering av andres atferd eller utsagn som imitasjon. Imitering kan muligens ses på som en form for generalisering hvor det handler om å overføre tillærte handlinger i nye situasjoner. Elsner (2009) hevder at imitasjon handler om å utvide handlingene til å bli egen atferd og kunne benytte den i ulike situasjoner. Barn med Asperger syndrom har vanskeligheter med å tilpasse atferd i ulike situasjoner (Attwood, 1998).

For å oppsummere kan de tre områdene ved sosial autistiske lærevansker, manglende bevissthet, manglende sosial og emosjonell gjensidighet og manglende imitasjon, til sammen ses på som en hindring i å lære seg sosiale ferdigheter og gjennom dette oppnå vellykket deltakelse i sosiale samspill. Manglende bevissthet for andre mennesker synes å påvirke evnen til sosial og emosjonell gjensidighet samt evne til imitasjon. Barn med Asperger syndrom har bedre forståelse for at andre mennesker skiller seg fra livløse objekter og deltar mer i sosiale samspill enn barn med Autistisk forstyrrelse. Siden de er mer sammen med andre jevnaldrende og har evne til å imitere kan det være vanskelig for personer i barnets omgivelser å oppdage de sosial autistiske lærevanskene. Disse vanskene kommer først til syne når det stilles større krav til sosiale ferdigheter.

4.2 Kommunikativ autistiske lærevansker

Kommunikasjonsvansker er inkludert i diagnosekriteriene for både Autistisk forstyrrelse og Asperger syndrom, og kan i følge Siegel (2003) beskrives som to dimensjoner av kommunikativ autistiske lærevansker. Den ene dimensjonen er forståelse og bruk av kroppsspråk og ansiktsuttrykk (nonverbal kommunikasjon) og den andre er forståelse og bruk av talespråk.

Kommunikativ autistiske lærevansker innebærer problemer med å bruke kommunikative ferdigheter som blikk, gester, kroppsspråk og talespråk (Siegel, 2003). Kommunikasjon kan både være i form av signaler og det kan være språklig i form av symboler (Høigår, 2006). Det inkluderer dermed alle fra dem som ikke bruker talespråk i det hele tatt til dem som har et godt utviklet talespråk.

4.2.1 Forståelse og bruk av ansiktsuttrykk og kroppsspråk

Før språk er tillært, tar barn i bruk ansiktsuttrykk og kroppsspråk for å tilegne seg informasjon om omgivelsene (Siegel, 2003). Høigår (2006) poengterer at overgangen mellom førspråklig kommunikasjon og talespråk ikke fører til at bruk av signaler faller bort. Signaler spiller en viktig rolle i språklig kommunikasjon både hos barn og voksne. Vi tilegner oss ferdigheter i å forstå og bruke både signaler og symboler som en integrert prosess.

Forståelse og bruk av gester, øyekontakt, og ansiktsuttrykk blir også referert til nonverbal kommunikasjon. Utvikling av nonverbal kommunikasjon kan deles inn i tre faser (Bakeman

og Adamson, 1984, ref i Mundy og Sheinkopf, 1998). Disse tre fasene er utveksling av ansiktsuttrykk mellom barn og omsorgsgiver (Tronick, 1989, ref i Mundy og Sheinkopf, 1998), felles oppmerksomhet (Bakeman og Adamson, 1984, ref i Mundy og Sheinkopf, 1998) og nonverbal kommunikasjon sammen med verbal kommunikasjon (Mundy og Sheinkopf, 1998). Den sistnevnte blir beskrevet i forbindelse med punkt 4.2.2 om forståelse og bruk av talespråk.

Et spedbarn er innstilt på kontakt og kommunikasjon med andre mennesker. Ansiktsuttrykk er en av de tidligste kommunikasjonsformene (Høigård, 2006). Først vil spedbarnet rette sitt fokus mot språklyder og ansikt hos individer. Ved seks- til åtteukers alder kan spedbarnet både smile og imitere ansiktsuttrykk og et par måneder senere kan det også lage lyder samtidig. En slik form for interaksjon er i starten basert på spontane uttrykk, som for eksempel lyder, håndbevegelser, kroppsbevegelser, mimikk og blikkretning. Etter hvert utvides dette til et mer gjensidig samspill hvor partene i større grad forsøker å forstå hverandres handlinger og tolke hverandres intensjoner (Lorentzen, 2001). Siegel (2003) sier at spedbarnet vil prøve å tyde mors ansiktsuttrykk. Det vil sette sammen handling med konsekvens og etablere en forventning om hva som vil skje i liknende situasjoner i fremtiden. Barnet vil også etter hvert se på mors ansikt for å få et signal om hva det skal gjøre i en situasjon som oppleves som utrygg. Et smil kan for eksempel tolkes som at situasjonen er ufarlig og barnet fortsetter sin handling, men dersom mor virker redd vil barnet sannsynligvis stoppe og begynne å gråte. Dette har blitt testet på åtte måneder gamle barn og indikerer at barn generelt baserer seg på foreldres bedømmelser og informasjon i nye situasjoner. Selv om slike undersøkelser ikke har blitt utført på barn innen autismespekteret mener Siegel (2003) at et barn med Autistisk forstyrrelse sannsynligvis ikke vil se på mors ansikt i en slik situasjon og dermed fortsette sin handling uavhengig av mors reaksjon. Dersom barnet ikke ser på mor i en ukjent situasjon vil det ikke få signal om at situasjonen er utrygg. Dette kan være en forklaring på at foreldre til barn med Autistisk forstyrrelse ofte rapporterer bekymring for at barnet skal skade seg. Det er imidlertid også noen foreldre som tolker en slik atferd som selvstendighet hos barnet.

Etter hvert utvikles evnen til felles oppmerksomhet hvor barnet forstår at det kan ha felles fokus og dele opplevelser med den voksne (Sundby, 2002). Barnet tar i bruk spontane gester som å peke og følge den voksnes blikkretning. Den voksne vil gi informasjon om det som barnet peker på og er interessert i. En slik deling av interesse indikerer at barnet forstår at andre mennesker ser det samme dersom de ser i pekeretningen (Siegel, 2003). Spontane gester

er i følge Siegel (2003) ofte forsinket eller fraværende hos både barn med Autistisk forstyrrelse og Asperger syndrom. Hun sier videre at fravær av peking kanskje kan ses på som et tidlig og blant et av de mest sikre symptomene på ASD. Manglende bruk av spontane gester kan skyldes at barnet ikke forstår denne kommunikasjonsmetoden eller ikke er interessert i å kommunisere med andre mennesker. Dette kan føre til at barnet går glipp av informasjon om omgivelsene og ikke lærer seg gester som det etter hvert anvender automatisk sammen med talespråket.

Ansiktsuttrykk og felles oppmerksomhet ble også beskrevet i punkt 4.1 som ferdigheter for sosial interaksjon og blant de tidligste tegnene på sosialt samspill mellom barnet og den voksne. Sundby (2002) sier at kommunikasjon foregår i et mellommenneskelig forhold og jeg anser dermed tidlig tilegnelse av ferdigheter innen sosial interaksjon og kommunikasjon som svært nærliggende til hverandre. I punkt 4.1 antydte jeg at barn med Asperger syndrom tidlig vil vise en interesse for andre mennesker og et ønske om å være sammen med dem. Dette kan indikere at de også vil anvende noe førspråklig kommunikasjon. Samtidig, blir det hevdet at det er en nær forbindelse mellom førspråklig kommunikasjon og utvikling av verbal kommunikasjon (Siegel, 2003). Som jeg skal gå nærmere inn på i punkt 4.2.2 har barn med Asperger syndrom kommunikasjonsvansker som spesielt kommer til syne i samtaler med andre (Attwood, 1998). Lorentzen (2001) sier at førspråklig kommunikasjon er en tidlig form for dialog og dermed kan slike tidlige vansker være til hinder for senere dialogferdigheter. Dette kan dermed tyde på at barn med Asperger syndrom har noen tidlige trekk på kommunikasjonsvansker, men av flere grunner kan dette være svært vanskelig å oppdage. En av grunnene til dette kan være at barn med Asperger syndrom ønsker å delta i sosialt samspill, og dermed også vil kommunisere. En annen grunn kan være at foreldre tolker kommunikasjonen som mer viljestyrt og gjensidig enn den faktisk er. Foreldre vil vanligvis til enhver tid forsøke å forstå barnets handlinger og kanskje overtolke dem. For eksempel kan et barn endre blikkretning og foreldrene vil anta dette som en viljestyrt handling hvor barnet ønsker det som barnet ser på (Lorentzen, 2001).

4.2.2 Forståelse og bruk av språk

Talespråket er som sagt et kommunikasjonsmiddel, og blir et supplement til nonverbal kommunikasjon som beskrevet i punkt 4.2.1. Det vil si at barnet tar med seg de førspråklige komponentene i talespråkets verden (Siegel, 2003). Etablering av språket foregår i samspill

med andre mennesker (Sundby, 2002; Høigård, 2006), og gjennom språket lærer barnet å forstå verden, får økende selvinnsett og tar del i et fellesskap. Barnet får kunnskap om språksystemet og lærer hvordan språket brukes. Hvordan språket brukes blir kalt for pragmatikk (Høigård, 2006).

Språkmønsteret hos barn med Autistisk forstyrrelse og hos barn Asperger syndrom er tilsynelatende svært forskjellig, og er kanskje det tydeligste skillet mellom disse forstyrrelsene (Siegel, 2003). En kan blant annet vise til diagnosekriteriene i DSM-IV hvor språkforsinkelse skal være ekskludert fra diagnosen Asperger syndrom i løpet av de første leveårene. Siegel (2003) hevder at en tredjedel av individer med Autistisk forstyrrelse ikke utvikler språk. Som nevnt i punkt 3.3 indikerer forskning at det symptomet som foreldre til barn med Autistisk forstyrrelse oftest rapporterer er sen språkutvikling, og at sen språkutvikling er en viktig faktor til diagnostisering. Det er derimot få foreldre til barn med Asperger syndrom som rapporterer sen språkutvikling (se punkt 3.3). I kontrast til barn med Autistisk forstyrrelse, og kanskje til og med i forhold til andre barn, har barn med Asperger syndrom et tilsynelatende imponerende språk i form av et tidlig utviklet, komplekst, grammatisk riktig og bredt ordforråd (Siegel, 2003). Det er heller ikke uvanlig at foreldre til barn med Asperger syndrom rapporterer at barnet snakket før det lærte å gå (Kllin, Mcpartland og Volkmar, 2005). Sent utviklet eller fraværende talespråk er ofte det første symptomet foreldre legger merke til om at barnet utvikler seg annerledes enn jevnaldrende (Siegel, 2003). Jo bedre språkferdigheter, desto senere kommer bekymringen (Wing, 1997). Det er derfor rimelig å anta at barn med Autistisk forstyrrelse blir oppdaget tidligere enn barn med Asperger syndrom, som ikke karakteriseres med forsinket språk.

Til tross for at språkvansker ekskluderes fra diagnosen Asperger syndrom i løpet av de første tre leveårene er det enkelte som hevder at det allikevel er noe annerledes ved tidlig språkutvikling også hos disse barna. Siegel (2003) sier at majoriteten av barn med Asperger syndrom har vansker med språkutvikling, både i utvikling av talespråk og forståelse av meningen med kommunikasjon. I følge Gillberg (2002) vil ett av tre barn med Asperger syndrom snakke lite eller ingenting ved treårs alder. Videre viser forskning at nesten femti prosent av barn med Asperger syndrom har sen språkutvikling, men ved femårs alder prater de flytende (Eusenmajer et al, 1996, ref i Attwood, 1998). Dette kan altså tyde på at språkutviklingen likevel ikke er så god hos barn med Asperger syndrom og at det foreligger en annen språkproblematikk hos disse barna enn hos barn med Autistisk forstyrrelse.

Når det gjelder ordforråd og setningsstruktur er det i følge Klin et al. (2005) flere undersøkelser som indikerer at barn med Asperger syndrom har en normal utvikling. Videre sier de samme forfatterne at disse barna derimot kan ha vansker ved andre områder innen kommunikasjon. Høigår (2006) sier at kommunikativ kompetanse innebærer at en har kompetanse på både på det lingvistiske området (språklig kunnskap) og det pragmatiske området (kompetanse om språkbruk). Det er flere som hevder at barn med Asperger syndrom har pragmatiske vansker (Gillberg, 2002; Tager-Flusberg, Paul og Lord, 2005; Attwood, 1998). Pragmatikk handler om grunnleggende dialogferdigheter (Hagtvedt, 2004) og hvordan en bruker språket i samspill med andre mennesker (Attwood, 1998). Men hvordan vises slike vansker hos barn med Asperger syndrom?

Noen barn med Asperger syndrom har tidlig språkutvikling og utvikler etter hvert et stort ordforråd, men de første ordene er ofte ord som en ikke forventer. Et annet språkmønster som en ofte ser hos barn med Asperger syndrom er at de sier lite eller ingenting før tre- til fireårsalder, men når språket først kommer så prater de i hele og komplekse setninger (Gillberg, 2002; Siegel, 2003). Det er flere foreldre som har rapportert at barnet deres kunne lese før det pratet (Gillberg, 2002). Det er spesielt i en samtale eller i liknende kontekster at barn med Asperger syndrom viser vanskeligheter med pragmatikk (Attwood, 1998; Tager-Flusberg, Paul, Lord, 2005). Dette kan komme til syne ved at barnet starter en samtale ved å si noe upassende eller irrelevant (Attwood, 1998). For eksempel kan barnet komme med mengder av fakta eller pinlige kommentarer. Tempoet eller stemmевolumet kan også være uvanlig, og barnet kan snakke mye om et selvvalgt tema uten å ta hensyn til lytter (Klin, Mcpartland, Volkmar, 2005). Mesibov, Shea og Adams (2002) sier at barn med Asperger syndrom har vanskeligheter med å delta i samtale og misforstår humor og sarkasme. Det er heller ikke uvanlig at de best fungerende innen spekteret har et godt utviklet språk og forstår kompliserte ytringer, men misforstår enkle hverdagslige ord (Wing, 1997). Slike karakteristiske trekk hos barn med Asperger syndrom indikerer at de ikke forstår hvordan språket skal brukes og det kan tyde på at de ikke klarer den tredje fasen ved nonverbal kommunikasjon. De klarer ikke å kombinere talespråk og nonverbal kommunikasjon som en integrert prosess. Dette kan indikere at vanskene kommer først til syne i situasjoner hvor det kreves automatisk og hurtig bruk og forståelse av nonverbal kommunikasjon sammen med verbal kommunikasjon.

Landa (2000) sier at det er bare to diagnosekriterier for Asperger syndrom i DSM-IV som går

direkte på kommunikasjon. Dette er fravær av sen språkutvikling før treårsalder og vansker med nonverbal kommunikasjon. Hun poengterer at det er vanskelig å oppdage kommunikasjonsvansker hos barn med Asperger syndrom fordi pragmatiske vansker ikke er inkludert i DSM-IV. På bakgrunn av at jeg ser sammenheng mellom pragmatikk og den tredje fasen av nonverbal kommunikasjon indikerer dette at vansker med pragmatikk likevel er inkludert i diagnosekriteriene. Landa (2002) sier imidlertid videre at en annen grunn til at en ikke oppdager språkvansker hos barn med Asperger syndrom er at de ikke blir testet på språk tidlig, men ofte ut i fra hva foreldre husker om barnets tidlige språkutvikling. Dette kan være vanskelig og dermed vet en ikke nøyaktig hvordan språkutviklingen til disse barna er i løpet av de første leveårene.

For å oppsummere så kan det se ut som at førspråklig kommunikasjon er nært forbundet med språklig kommunikasjon. Barn med Autistisk forstyrrelse har som regel sen språkutvikling mens barn med Asperger syndrom ofte har et imponerende talespråk. Den sistnevnte gruppen har imidlertid likevel vansker med hvordan de bruker språket. Både barn med Autistisk forstyrrelse og barn med Asperger syndrom viser manglende bruk av førspråklig kommunikasjon som blikk, ansiktsuttrykk og gester. Vansker med førspråklig kommunikasjon kan igjen ha innvirkning på utvikling av språklig kommunikasjon. På bakgrunn av at barn med Asperger syndrom deltar med i sosiale samspill enn barn med Autistisk forstyrrelse er det rimelig å anta at de også bruker mer kommunikative komponenter som blikk, ansiktsuttrykk og gester. Kommunikasjonsvanskene til barn med Asperger syndrom vil kunne være vanskelig å oppdage fordi de ofte har et godt utviklet talespråk, de blir sjeldent språktestet i tidlig alder og de pragmatiske vanskene kommer først tilsyne når barnet er i situasjoner hvor det kreves mestring av nonverbal kommunikasjon i kombinasjon med verbal kommunikasjon. Et eksempel på dette kan være at barnet ikke tar hensyn til lytter i en samtale.

4.3 Ikke-sosial autistiske lærevansker

Ikke-sosial autistiske lærevansker handler her om hvordan barn med ASD forholder seg til objekter (for eksempel leketøy), noe som kan være resultat av at de tar inn informasjon om omgivelsene annerledes enn andre barn gjør. Dette kan påvirke barnets utforskning og lek (Siegel, 2003). Ikke-sosial autistiske lærevansker kan deles inn i områdene manglende fantasi og stereotype og repetitive interesser.

4.3.1 Manglende fantasi i lek

Manglende fantasi i lek innebærer i følge Siegel (2003) at barnet har begrenset fantasi og manglende forestillingsevne av sosiale situasjoner, samt lite bruk av språk i leken. Fantasilek, symbolsk lek og late-som-lek er noen betegnelser som blir benyttet i litteraturen for å beskrive dette. Kaland (1996) sier at barnet utvikler late-som-lek rundt toårsalder. En slik lek innebærer blant annet at barnet tar i bruk objekter som skal forestille noe annet enn det de egentlig er (for eksempel å leke at en kloss er en bil) eller å forestille seg gjentander som ikke er tilstede (for eksempel å leke at det er vann i en kopp). Late-som-lek kan også gå ut på å identifisere seg med roller (rollelek) eller å overføre tanker til lekefigurer. Med andre ord, det innebærer en oppdiktet verden hvor tid, sted, gjenstander og omgivelser gjøres om til noe annet enn virkeligheten (Høigård, 2006).

Jeg har flere ganger antydnet en nær forbindelse mellom de grunnleggende ferdighetene ved sosialt samspill og kommunikasjon (som ansiktsuttrykk, blikk og felles oppmerksomhet). Beeghly (1998) mener at symbolsk lek er sterkt assosiert med tidlig sosial- og kommunikativ utvikling, og dersom et av områdene er svekket hos barnet vil det ha påvirkning på utvikling av barnets fantasi. Siegel sier at denne leken bygger på tidlige erfaringer og utforskning hvor barnet kan forestille seg gjenstander som noe annet eller forestille seg noe som en tidligere har sett. Med andre ord, for at barnet skal kunne ha en forestilling om noe som egentlig ikke er tilstede så må det ha hatt opplevelser med objekt i omgivelsene for i det hele tatt å kunne gjøre seg mentale bilder om de. Dette vil si at barnet må gjøre seg erfaringer, noe som i hovedsak foregår i et samspill med andre mennesker.

Det blir hevdet at fantasilek ofte er fraværende hos barn med ASD (Siegel, 2003; Beeghly, 1998), noe som kan relateres til manglende sosiale og kommunikative ferdigheter. Når et barn med ASD ikke er interessert i å se på andre mennesker eller etablere felles oppmerksomhet, vil det gå glipp av vesentlig informasjon i omgivelsen som gir barnet erfaring. Uten erfaring kan det blir vanskelig å danne seg mentale bilder av noe. En kan også knytte utvikling av fantasilek til imitasjon (Beeghly, 1998). Som beskrevet i punkt 4.1.3 tilegner barnet seg kunnskap om objekter gjennom observasjon og utforskning og en kan kanskje si at fantasilek bygger på en slik erfaring. Det betyr at når en handling utvikles til noe utover det konkrete barnet har observert så har det evne til fantasi. Siegel (2003) hevder at en grunn til at barn med ASD ofte har fraværende fantasi i lek er at de ikke klarer å gå utover manus. Det vil si at de ikke har evne til å gå utover det konkrete og forestille seg noe som har skjedd eller kunne

skjedd. Dette kan kanskje knyttes til vanskeligheter med abstrakt tenkning, noe som barn med Asperger syndrom sannsynligvis har vanskeligheter med etter som de ofte ikke forstår underliggende budskap.

I følge Beergly (1998) har manglende fantasi i lek spesielt blitt observert hos barn med ASD som også har språkvansker. Mange barn med Autistisk forstyrrelse utvikler hverken språk eller evne til fantasi (Rutter, 1993, ref. i Beeghly, 1998). Språk har innvirkning på lek og lek har innvirkning på språk, en svakhet i det ene vil påvirke det andre. Et barn vil prate med seg selv når det leker og anvende ord på en fortellende måte i forhold til handling (Siegel, 2003). Høigård sier at språket bærer fantasilek. For å kunne ta del i fantasilek med andre, er språkkompetanse viktig. En undersøkelse viste at barna med ASD som hadde godt utviklet fantasilek hadde signifikant høyere verbal og nonverbal IQ enn dem ikke hadde en slik lek (Tsatsanis, 2005). Dette kan indikere at Asperger syndrom vil ha bedre utviklet fantasilek enn Autistisk forstyrrelse siden de, som nevnt, skårer bedre på disse testene. På den annen side har jeg antydning at barn med Asperger syndrom har pragmatiske vansker, noe som kan indikere at de kan ha vanskeligheter med hvordan de skal bruke språk i lek. I følge Attwood (1998) har det blitt observert noen uvanlige trekk i late-som-lek hos barn med Asperger syndrom. Andre barn leker ofte at de er andre personer, som for eksempel noen i familien eller tv-figurer mens barn med Asperger syndrom derimot leker at de er en gjenstand, og spesielt en gjenstand som de er svært opptatt av (som for eksempel en stein, et skilt). Noen barn med Asperger syndrom skaper en fantasiverden, men de har ofte da vansker med å skille mellom fantasi og virkelighet. Det har også blitt observert at barn med Asperger syndrom først får vanskeligheter med fantasilek når andre barn ønsker å delta (Ibid). Dette kan skyldes at barnet med Asperger syndrom ofte vil leke på sine egne premisser, men det kan også skyldes at barnet ikke forstår andres fantasilek.

4.3.2 Stereotype og repetitive interesser

Det har blitt observert at barn med ASD ofte velger å utføre gjentakende handlinger i lek (Siegel, 2003). I en slik lek er det manglende fantasi som fører til et begrenset, stereotyp og repetitivt atferdsmønster. Eksempler på stereotype bevegelser er å knipse med fingrene, flippe med armer, vugge med kroppen, hoppe eller snurre rundt gjentatte ganger (Siegel, 2003; Wing, 1997). Dette kommer ofte når individet er opprømt, ivrig, urolig eller stirrer på noe som fanger deres oppmerksomhet. Ritual- eller rutinemønster er en annen form for

gjentakende og stereotype aktiviteter. Eksempler på dette er å gjenta handlingsforløp, sterk tilknytning til gjenstander eller å være ekstremt opptatt av bestemte tema. Slike ritualer og rutiner vil ha en inngripen i barnets hverdag og dets familie, og avbrytelse vil kunne møte sterk motstand (Wing, 1997).

Barn med ASD kan bli opphengt i noe spesifikt ved et objekt. Det kan være deler av objektet, det visuelle, følelsen eller smaken av objektet. Barnet kan også bli opphengt i å utføre den samme handlingen med objektet flere ganger. En slik atferd kan også forekomme hos andre barn, men vil ikke vedvare like lenge som det kan gjøre hos barn med ASD. Barn med ASD kan for eksempel kjøre en bil frem og tilbake seksti ganger uten å bry seg om at det er en garasje til bilen ved siden av. Istedenfor å gå lei av å gjøre det samme i flere måneder så blir de faktisk mer opphengt og dette oppleves fortsatt som spennende. Noen betegner dette som selvstimulering. Barnet kan holde på lenge uten at det fører til noe, og dette kan hindre læring og tilegnelse av ny informasjon (Siegel, 2003).

Wing (1997) mener at stereotype og repetitive bevegelser kan gi en form for trygghet og glede når en ikke klarer å utveksle tanker og følelser, ikke er interessert i eller forstår andre mennesker eller når en har mangel på fantasi. Et barn som har vansker med sosialt samspill vil med andre ord kunne oppleve en slik atferd som tilfredsstillende. Denne atferden gjelder nok imidlertid mest de mer handikappede barna innen autismspekteret. Siden barn med Asperger syndrom faktisk inngår i sosiale samspill samt har noe fantasilek er det sannsynlig at de ikke vil vise en stereotyp og repetitiv atferd i like så stor grad som barn med Autistisk forstyrrelse kanskje vil gjøre. Barn med Asperger syndrom blir likevel ofte forbundet med spesielle interesser (Siegel, 2003). Problemet er som regel ikke interessen i seg selv, men at det tar så mye tid. Barnet har som regel ikke et ønske om å slutte selv og det kan utvikle seg til et stort problem i skolealder (Gillberg, 2002). Selv om slik atferd gjerne er basert på vansker ved tidlig utvikling av sosiale ferdigheter og manglende fantasi, vil ikke dette nødvendigvis føre til bekymring før på et senere tidspunkt. I tillegg vil et barn med Asperger syndrom vanligvis ikke isolere seg med sine interesser, men ofte involvere andre i form av at de passivt må lytte (Gillberg, 2002). Denne typen stereotype og repetitive interesser kan virke mindre sære og derfor være vanskeligere å oppdage. Forskning indikerer også at stereotyp og repetitivt atferdsmønster har lite medvirkning til diagnose i tidlig alder (se punkt 3.1).

For å oppsummere, kan manglende fantasi og stereotype og repetitive interesser hindre barnet i å tilegne seg informasjon om omgivelsene, samt videreutvikle sosial funksjon og kommunikasjonsevne. Barnets evne til fantasi har sammenheng med sosiale og kommunikative ferdigheter. Det antydes at barn med Asperger syndrom har bedre kompetanse på begge disse områdene sammenliknet med barn med Autistisk forstyrrelse. Barn med Asperger syndrom vil heller ikke i like stor grad vise stereotype og repetitive interesser som barn med Autistisk forstyrrelse ettersom dette gjerne kan være en konsekvens av manglende fantasi. Barn med Asperger syndrom viser noe fantasilek selv om den kan være annerledes enn andre barn. I tillegg viser en foreldreundersøkelse at det er få foreldre til barn med ASD som rapporterer stereotyp og repetitiv atferd som et tidlig symptom.

4.4 Oppsummering

Ved å se på autistiske lærevansker kan en få en indikasjon på om det foreligger ulike lærevansker for Autistisk forstyrrelse og Asperger syndrom, som igjen fører til ulikt atferdsmønster for disse gruppene. Ulike hindringer for læring kan gi antydninger om hva som er medvirkende til at barn med Asperger syndrom får diagnose senere enn barn med Autistisk forstyrrelse.

Hos barn med ASD finner en tre ulike områder av lærevansker, sosial autistiske lærevansker, kommunikativ autistiske lærevansker og ikke-sosial autistiske lærevansker. Disse områdene inkluderer manglende bevissthet for andre mennesker, manglende sosial og emosjonell gjensidighet, manglende imitasjon, vanskeligheter med forståelse og bruk av ansiktsuttrykk og kroppsspråk, vanskeligheter med forståelse og bruk av talespråk, manglende fantasi, og stereotype og repetitive interesser.

Bevissthet for andre mennesker kan ses på som en grunnleggende komponent som påvirker videre læring av sosiale og kommunikative ferdigheter. Dette har også innvirkning på hvordan barnet er i lek og forholder seg til lekeobjekter. Bevissthet for andre mennesker kan samsvares med modellen til Striano og Reid som består av fem ferdighetsnivå. En mulig hovedforskjell mellom barn med Asperger syndrom og Autistisk forstyrrelse kan være hindringer på ulike nivå innen denne komponenten. Dersom barn med Asperger syndrom har en høyere grad av forståelse for at mennesker er sosiale vesener i omgivelsen og et større ønske om å delta i et sosialt samspill tilegner de seg både sosiale og kommunikative ferdigheter bedre. Dette kan

medføre at personer i barnets omgivelser ikke nødvendigvis oppfatter atferden bekymringsverdig eller annerledes enn hos jevnaldrende barn.

Barn med Asperger syndrom kan derimot ha vanskeligheter med innhenting av sosial relevant informasjon som regnes som et høyere ferdighetsnivå. Dette kan være en forklaring på at de får problemer når de skal praktisere sosiale og kommunikative ferdigheter i nye og ukjente situasjoner som krever automatisk bruk av slike ferdigheter, noe som kommer til syne først når det stilles større krav til sosiale situasjoner. Dette kan være en medvirkende faktor til at barn med Asperger syndrom blir senere oppdaget og diagnostisert.

5 Theory of mind

Theory of mind er en kognitiv modell som gir oss mulighet til å kunne forstå sammenheng mellom indre mentale tilstander og ytre atferd. Det handler om å kunne predikere atferd gjennom det vi ser, vet og tror (Frith, 1989). Theory of mind blir også referert til som mentaliseringsevne eller evne til empati. Svak evne til å mentalisere vil påvirke evnen til å ta andres perspektiv og sette seg i andres ståsted (Gillberg, 2002).

I dette kapittelet vil jeg forsøke å se sammenhengen mellom Theory of mind og de tre autistiske lærevanskene, sosial autistiske lærevansker, kommunikativ autistiske lærevansker og ikke-sosial autistiske lærevansker. Jeg vil gjennom dette forsøke å besvare følgende spørsmål. Kan svak mentaliseringsevne være en mulig forklaring på autistiske lærevansker? Har barn med Asperger syndrom en bedre mentaliseringsevne enn barn med Autistisk forstyrrelse? Kan en eventuelt bedre mentaliseringsevne indikere senere diagnose?

Theory of mind er spesielt vesentlig i forhold til barn med ASD fordi den forsøker å forklare triaden av forstyrrelser, vansker ved sosial interaksjon, kommunikasjon og begrenset forestillingsevne (Delfos, 2005). Slike vansker kan skyldes svekket evne til å forstå at andre mennesker har egne oppfatninger og ønsker, og at mentale tilstander styrer deres handlinger (Happè, 1995).

Forskere forsøker å finne individuelle forskjeller i evnen til mentalisere gjennom å teste barn med oppgaver som blant annet inkluderer intensjoner, ønsker, fantasi, hukommelse, forståelse for bedrageri og evne til å skille ut hva som er virkelighet (Slaughter og Repacholi, 2003). En av de mest brukte testene er Sally-Anne eksperimentet. Dette eksperimentet går ut på at barnet blir presentert for to dukker (Sally og Anne) som leker med en klinkekule. Sally legger klinkekulen i en kurv før hun går. Anne tar deretter klinkekulen ut av kurven og legger den i en eske. Barnet får så spørsmål om hvor Sally vil lete etter klinkekulen når hun kommer tilbake. Det riktige svaret vil være at Sally vil se etter klinkekulen i kurven fordi hun ikke hadde mulighet for å se at klinkekulen ble flyttet til esken. Mange barn med ASD vil svare at Sally vil lete etter klinkekulen i esken (Frith, 1989). Dette kommer av at barnet mangler forståelse for at andre mennesker kan oppleve en situasjon annerledes enn seg selv og på denne måten kunne predikere atferd ut i fra en slik forståelse. Et barn har ikke mulighet til å forstå forskjell mellom egne og andres tanker før tre – fire års alder, derfor er det først i denne aldersperioden at barn blir testet på dette (Frith, 1989; Slaughter og Repacholi, 2003).

5.1 Svak mentaliseringsevne som en forklaring på autistiske lærevansker

Manglende bruk av tidlige sosial- og kommunikasjonskomponenter som blikk, ansiktsuttrykk og gester ble i kapittel 4 antydnet å ha innvirkning for videre læring. Redusert bruk av slike komponenter er symptom på svak mentaliseringsevne (Gillberg, 2002; Siegel, 2003; Delfos, 2005). Dette kan være en mulig forklaring på hvorfor barn med ASD utvikler lærevansker fordi et barn som ikke forstår at en kan utveksle tanker med andre mennesker vil kanskje ikke se poenget med å delta i sosialt samspill. Barnet vil dermed heller ikke bruke sosiale og kommunikative komponenter, som ansiktsuttrykk og gester. Manglende bruk av peking kan i mange tilfeller være en tydelig indikator på redusert mentaliseringsevne. Bruk av peking innebærer at barnet forstår at når flere ser i samme pekeretning så ser de på den samme tingen. Når barn med normal utvikling lærer kommunikasjonsferdigheter er det basert på deres evne til å forstå at de kan fortelle hva de tenker. En kan derfor se på mentaliseringsevne som grunnleggende for kommunikasjon (Siegel, 2003).

Redusert mentaliseringsevne kan også være en forklaring på manglende sosial og emosjonell gjensidighet. Dersom barnet ikke har evne til å gjenkjenne andres følelser eller forstå andres tilstander vil det sannsynligvis ha vanskeligheter med å handle ut i fra andres ønsker. Delfos (2005) sier at en kan karakterisere barn med ASD som selvorientert nettopp på grunn av at de handler ut i fra seg selv. Disse barna ha vanskeligheter med å se utover det som de selv tenker og opplever. Mentaliseringsevnen kan også ses i forhold til imitering. Imitering handler om å forstå et underliggende budskap om at det er positivt å gjøre som andre. En må forstå hvorfor andre gjør som de gjør (Siegel, 2003).

I følge Delfos (2005) kommer svak mentaliseringsevne spesielt til syne i fravær av fantasilek. Dette kan relateres til at fantasi er nært tilknyttet sosiale og kommunikative ferdigheter fordi manglende bruk av dette kan påvirke evnen til fantasi. Delfos (2005) sier videre at Theory of mind kan være en god forklaring på vansker hos barn med ASD, men den forklarer ikke stereotyp og repetitiv atferd. Jeg har imidlertid antydnet at stereotype og repetitive interesser kan være en konsekvens av barnets manglende evne til fantasi. Dersom mentaliseringsevnen kan forklare fantasi så kan den muligens også være en forklaring på denne type atferd.

Redusert mentaliseringsevne kan være en forklaring på at barn med ASD har redusert bruk av sosiale og kommunikative komponenter. Dette kan ses på som hindring i læring og blant

annet føre til manglende sosial og emosjonell gjensidighet og manglende imitasjon. Dette kan bety at redusert mentaliseringsevne er en mulig forklaring på autistiske lærevansker. Videre tyder dette på at grunnlaget for mentaliseringsevne er medfødt og utvikler seg til å kunne gjenkjenne andre menneskers mentale tilstander ved treårs alder.

Til tross for at svak mentaliseringsevne kan være en forklaring på at barn med ASD har autistiske lærevansker stiller jeg spørsmål ved om det første området innen sosial autistiske lærevansker, manglende bevissthet for andre mennesker, kan forklares ut i fra dette. Dette fordi jeg finner det naturlig å anta at bevissthet for andre mennesker er en nødvendighet før en kan utvikle forståelse for at andre mennesker har egne tanker. Svekket mentaliseringsevne kan likevel være en mulig forklaring på at barnet ikke forstår forskjell på mennesker og livløse objekter nettopp fordi det er mentale tilstander som skiller disse. Som nevnt tidligere klarer et spedbarn vanligvis å skille ut mennesker fra livløse objekter ut i fra menneskers emosjonelle trekk og bevegelser.

5.2 Har barn med Asperger syndrom bedre mentaliseringsevne enn barn med Autistisk forstyrrelse?

I punkt 5.1 antydte jeg at redusert mentaliseringsevne kan være en mulig forklaring på at barn med ASD har autistiske lærevansker. Jeg har også tidligere (kapittel 4) antydte at det sannsynligvis foreligger forskjell i autistiske lærevansker mellom barn med Asperger syndrom og barn med Autistisk forstyrrelse. Kan dette også indikere at det er en forskjell mellom disse gruppene når det gjelder mentaliseringsevne?

Gillberg (2002) mener at mentaliseringsevnen er svært begrenset hos barn med Autistisk forstyrrelse og mindre markert hos barn med Asperger syndrom. I tillegg blir det hevdet at barn med Asperger syndrom faktisk mestrer mentaliseringsoppgaver (Dissanayake og Macintosh, 2003). Kaland (2002) viser til en undersøkelse der 90 prosent av barn med Autistisk forstyrrelse ikke mestret slike oppgaver. En mulig forklaring på dette kan være at barn med Asperger syndrom kan ha bedre sosial forståelse og bedre språk enn barn med Autistisk forstyrrelse. I følge Kaland (2002) er det en sammenheng mellom mentaliseringsoppgaver og verbale ferdigheter og at undersøkelser indikerer at barn med god språkevne mestrer førsteordens mentaliseringsoppgaver godt (slik som Sally – Anne eksperimentet). Kaland sier videre at barn med Asperger syndrom ofte også klarer

andreordens mentaliseringsoppgaver som innebærer forståelse for hva en person tror at en annen person tror eller vet.

Mestring av mentaliseringsoppgaver kan tyde på at barn med Asperger syndrom har bedre mentaliseringsevne enn barn med Autistisk forstyrrelse som vanligvis ikke mestrer slike oppgaver. Dette kan blant annet relateres til at barn med Asperger syndrom har både bedre språk og bedre sosial forståelse. Det blir likevel hevdet at mestring av slike oppgaver sannsynligvis ikke er så enkelt relatert til språkevne (Jenkins og Astington, 1996, ref. i Slaughter og Repacholi, 2003). I tillegg indikerer nyere forskning at sammenheng mellom god mentaliseringsevne og sosial funksjon er mer komplisert enn tidligere antatt. Det er ikke sikkert at god mentaliseringsevne garanterer høy sosial kompetanse (Slaughter og Repacholi, 2003). Det kan dermed stilles spørsmål ved om mentaliseringsoppgaver faktisk måler det de skal.

Det blir hevdet at mestring av mentaliseringsoppgaver ikke nødvendigvis indikerer en har god evne til å mentalisere i hverdagslige situasjoner (Bowler, 1992, ref. i Slaughter og Repacholi, 2003). Jeg har tidligere antydnet at barn med Asperger syndrom har vansker først når de skal bruke sosiale og kommunikative ferdigheter effektivt. Slike vanskeligheter kan derfor muligens relateres til svekket mentaliseringsevne. En kan derfor spørre seg hvorfor disse hverdagslige situasjonene tydeligvis krever mer når det gjelder mentaliseringsevne. Våre hverdagslige sosiale situasjoner skjer fort, nærmest automatisk. Det kreves god forståelse og bruk av blick og kroppsspråk. God sosial funksjon blir derfor av noen referert til evnen til å holde følge. Slike situasjoner involverer ofte flere mennesker og raske miljømessige endringer (Bowler, 1992, ref i Slaughter og Repacholi, 2003). Dette kan være en forklaring på at barn med Asperger syndrom har vanskeligheter i slike hverdagslige situasjoner selv om de mestrer mentaliseringsoppgaver godt i en testsituasjon.

5.3 Oppsummering

Mentaliseringsevne handler om å kunne forestille seg andres mentale tilstander. Barn med ASD har redusert evne til å mentalisere, og det blir hevdet at dette kan være en forklaring på at de har vansker ved sosial interaksjon og kommunikasjon samt begrenset forestillingsevne (Triaden av forstyrrelser). Svekket mentaliseringsevne kan også være en forklaring på autistiske lærevansker.

Et barn med svekket mentaliseringsevne vil ha vanskeligheter med å forstå sosiale samspill og vil derfor ikke anvende sosiale og kommunikative komponenter i like stor grad som andre barn. Manglende bruk av slike komponenter kan muligens medføre autistiske lærevansker som innebærer manglende bevissthet for andre, manglende sosial og emosjonell gjensidighet, manglende imitasjon, manglende forståelse og bruk av kommunikasjon og manglende fantasi. Det kan i tillegg være en mulig forklaring på stereotype og repetitive interesser.

Barn med Asperger syndrom har bedre forståelse for sosiale samspill enn med barn med Autistisk forstyrrelse. Dette kan være en indikasjon på at de har bedre mentaliseringsevne. Barn med Asperger syndrom mestrer også førsteordens og andreordens mentaliseringsoppgaver i testsituasjoner bedre. Mentaliseringsoppgaver har blitt kritisert siden de muligens ikke gir en veldig god indikasjon på evnen til å mentalisere i hverdagslige situasjoner. Grunnen til at barn med Asperger syndrom har vanskeligheter med å bruke sosiale og kommunikative ferdigheter i hverdagslige situasjoner er at disse krever en automatisk bruk av ferdighetene slik at en klarer å holde følge. Slike situasjoner er mer komplekse i form av at det inngår flere mennesker og hurtig miljømessige endringer, noe som kan være vanskelig å gjenskape i en testsituasjon.

6 Avsluttende kommentarer

I denne oppgaven har jeg undersøkt hva som kan være medvirkende faktorer til sen diagnostisering av barn med Asperger syndrom. Jeg har sammenliknet barn som har Asperger syndrom med barn som har Autistisk forstyrrelse. Hovedvekt er lagt på om det foreligger ulike lærevansker som igjen fører til ulikt atferdsmønster, og om dette kan være en mulig forklaring på sen diagnose. Jeg har også vurdert noen faktorer i omgivelsene, for eksempel manglende kunnskap hos fagpersoner, som også kan ha innvirkning på hvorfor diagnosen stilles sent. I denne oppgaven har jeg funnet flere faktorer som kan være medvirkende til senere diagnostisering av barn med Asperger syndrom enn barn med Autistisk forstyrrelse. Disse faktorene er forskjell i lærevansker som kan medføre at vansker hos barn med Asperger syndrom kommer til syne først i hverdagslige situasjoner. Ulike lærevansker kan kanskje forklares ut i fra at barn med Asperger syndrom har bedre mentaliseringsevne enn barn med Autistisk forstyrrelse. I tillegg kan medvirkende faktorer være relativt høyt intelligensnivå hos barn med Asperger syndrom og omgivelsenes kunnskap og syn på diagnosen.

Atferdsmønsteret til barn med Asperger syndrom skiller seg fra barn med Autistisk forstyrrelse blant annet ved at de deltar i større grad i sosiale samspill med andre mennesker. Om en ser på hvilke lærevansker som kan påvirke et slikt atferdsmønster er det naturlig å trekke fram sosial autistiske lærevansker. Denne gruppen lærevansker inkluderer manglende bevissthet for andre mennesker, manglende sosial og emosjonell gjensidighet og manglende imitasjon.

En grunnleggende komponent for sosial interaksjon er manglende bevissthet for andre mennesker. Denne komponenten kan igjen deles inn i ulike ferdighetsnivåer. En mulig forskjell mellom barn med Asperger syndrom og Autistisk forstyrrelse kan derfor være hindring i læring på ulike nivå innen denne komponenten. Barn med Asperger syndrom kan ha høyere grad av forståelse for at mennesker er sosiale vesener i omgivelsen og har et større ønske om å delta i et sosialt samspill. Gjennom sosialt samspill tilegner de seg både sosiale og kommunikative ferdigheter. Det innebærer at de i større grad viser forsøk på å delta i felleskap, imitere, kommunisere og anvende fantasi i lek. Dette kan medføre at personer i barnets omgivelser ikke oppfatter atferden bekymringsverdig eller annerledes enn hos jevnaldrende barn. I motsetning viser barn med Autistisk forstyrrelse lite interesse for deltakelse i sosialt samspill. En årsak til dette kan være vanskeligheter med å skille mennesker fra livløse objekter eller vanskeligheter med å forstå at andre vil innlede til et samspill. På

denne måten vil de gå glipp av mer informasjon og sosial og kommunikativ lærdom enn barn med Asperger syndrom.

Innhenting av sosial relevant informasjon regnes som et høyere ferdighetsnivå enn det å kunne oppdage sosiale komponenter i omgivelsen og skille mennesker fra livløse objekter. Innhenting av sosial relevant informasjon innebærer å benytte seg av ledetråder i omgivelsen slik at en klarer å skille mellom vesentlig og uvesentlig informasjon. Barn med Asperger syndrom kan ofte ha en upassende atferd i sosiale situasjoner. Dette kommer av at de ikke forstår underliggende budskap, sosiale regler og hvordan de skal oppføre seg sammen med andre mennesker. Disse problemene kan skyldes vanskeligheter med å innhente relevant informasjon allerede fra spedbarnsalder. Barn med Asperger syndrom viser samtidig en sosial forståelse ved at de kan beskrive og lære seg spesifikk atferd i konkrete sosiale situasjoner. De får derimot problemer når de skal praktisere sosiale og kommunikative ferdigheter i nye og ukjente situasjoner som krever god forståelse, tilpasning og automatisk bruk av slike ferdigheter. Dette kan forklares med at sosial kompetanse innebærer en innlæringsfase og en praktiseringsfase, og typiske vansker for barn med Asperger syndrom kommer først til syne i praktiseringsfasen. Siden vanskene først kommer til syne når det stilles større krav til sosiale situasjoner kan vanskene hos barn med Asperger syndrom bli senere oppdaget.

Mentaliseringsevne handler om å kunne se situasjoner fra andre menneskers perspektiv og sette seg i deres ståsted. Barn med ASD har redusert mentaliseringsevne, noe som påvirker deres evne til sosial interaksjon, kommunikasjon og forestillingsevne. Svekket evne til å mentalisere kan være en forklaring på ulike autistiske lærevansker. Et barn med svekket mentaliseringsevne vil ha vanskeligheter med å forstå sosiale samspill og vil derfor ikke anvende sosiale og kommunikative komponenter i like stor grad som andre barn. Manglende bruk av slike komponenter kan muligens medføre autistiske lærevansker som innebærer manglende bevissthet for andre, manglende sosial og emosjonell gjensidighet, manglende imitasjon, manglende forståelse og bruk av kommunikasjon og manglende fantasi. Det kan i tillegg være en mulig forklaring på stereotype og repetitive interesser. Barn med Asperger syndrom har, som tidligere antydte, mildere grad av lærevansker enn barn med Autistisk forstyrrelse. Dette kan være en forklaring på at de har bedre evne til å mentalisere. De skårer også bedre på mentaliseringsoppgaver i testsituasjoner, men viser derimot svak mentaliseringsevne først i hverdagslige situasjoner som krever en mer automatisk bruk av sosiale og kommunikative ferdigheter.

En av forskjellene mellom barn med Autistisk forstyrrelse og barn med Asperger syndrom er ofte intelligensnivået. Hvor mange med Autistisk forstyrrelse som er mentalt retardert er uklart, men en antar at det er oppunder halvparten. Dette er i motsetning til barn med Asperger syndrom som har gjennomsnittlig intelligens eller bedre. Mental retardasjon tilsier lav funksjon på flere områder og kan muligens føre til at barnet kommer tidlig til utredning. Tidlig utredning for mental retardasjon kan medføre at en også oppdager at barnet har Autistisk forstyrrelse. Derimot kan relativt høy intelligens innebære at en lærer raskere og har bedre forståelse innen flere områder så som sosial forståelse og kommunikasjon, noe som gir en bedre prognose. Selv om barnet skal ha betydelig svikt ved sosial interaksjon og kommunikasjon samt et begrenset og stereotypet atferdsmønster, så er det mulig at relativt høy intelligens gjør det vanskeligere å oppdage disse vanskene hos barn med Asperger syndrom.

Faktorer i barnets omgivelser kan også være medvirkende til sen diagnostisering av barn med Asperger syndrom. Diagnosen Asperger syndrom er relativt ny og det er fortsatt uenigheter om hvordan den skal defineres og skilles fra Autistisk forstyrrelse. Dette medfører usikkerhet når det gjelder hvilke symptomer omgivelsene skal se etter. Foreldre til barn med Asperger syndrom blir i tillegg oftere møtt med en avventende holdning fra fagpersoner og det blir prioritert for lite tid til grundig utredning. Dette kan ha sammenheng med samfunnets syn på hva en skal anse som bekymringsfulle signaler og hva en skal betrakte som avvikende atferd. Dette vil gjelde dem som skal utrede barnet, men også personer som omgås barnet daglig siden henvisningsgrunn avgjøres av personer som foreldre, barnehageansatte og lærere. Hva disse anser som henvisningsgrunn vil ha sammenheng med hvordan omgivelsene opplever situasjonen og hva de opplever som håndterlig.

Det jobbes i dag med et forslag til ny versjon av DSM (DSM-V). Cathy Lord sitter i komiteen for dette forslaget og holdt 8. mai 2009 foredraget "What would *better* diagnosis of ASDs look like?" På grunn av vanskeligheter med å få tak i primærkilder fra dette foredraget viser jeg i det følgende til muntlig referat fra Anne-Siri Øyen og Synnve Schjølberg ved ABC-studien 14. mai, 2009. I DSM-V vil en sannsynligvis gå bort i fra betegnelsene Asperger syndrom og Autistisk forstyrrelse og heller bruke samlebegrepet Autismespekterforstyrrelse sammen med spesifisering av barnets intelligens og språkevne. Et relevant spørsmål i forbindelse med denne oppgaven som framtiden vil vise er om den nye måten å stille diagnose i DMS-V vil medføre at barn med Asperger syndrom vil få stilt diagnosen på et tidligere tidspunkt enn hva tilfelle er i dag.

Litteraturliste

Adams, L. (2008). *Autism and Asperger Syndrome: Busting the myths*. San Diego, California: Plural Publishing, Inc.

American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Washington DC: American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association (2009). *DSM-V: the future manual*. Hentet 6. juni 2009, fra: <http://www.psych.org/dsmv.asp>

Astington, J. W. (2003). Sometimes necessary, never sufficient: False-Belief understanding and social competence. I: B. Repachol & V. Slaughter (Eds.), *Individual differences in Theory of mind: Implications for typical and atypical development*. (s. 13-39). New York: Psychology Press.

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

Backe-Hansen, E (1995). *Hjelpetjenestene og barna*. Rapport nr. 4. Oslo: Barnevernets Utviklingssenter.

Beeghly, M. (1998). Emergence of symbolic play: perspectives from typical and atypical developmental. I: J. A. Burack, R. M. Hodapp & E. Zigler (Eds.) *Handbook of mental retardation and development*. (s. 240-290). United Kingdom: Cambridge University Press.

Birkemo, A. (1999). Lærevansker. I: S. Asmervik, T. Ogden & A. L. Rygvold (Red.), *Innføring i spesialpedagogikk*. (s. 129-169). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Carter, A. S., Davis, N. O., Klin, A. & Volkmar, F. R. (2005). Social development in Autism. I: F. R. Volkmar, R. Paul, A. Klin & D. Cohen (Eds.). *Handbook of Autism and Pervasive Developmental Disorders: Volume 1: Diagnosis, development, neurobiology, and behavior* (s. 312-335). New York: John Wiley & sons, Inc.

Delfos, M. F. (2005). *A strange world: Autism, Asperger's syndrome, and PDD-NOS : A guide for parents, partners, professional careers, and people with ASDs*. London: Jessica Kingsley Publishers.

Dissanayake, C. & Macintosh, K. (2003). Mind reading and social dysfunction in children with Autistic Disorder and Asperger's Disorder. I: B. Repachol & V. Slaughter (Eds.), *Individual differences in Theory of mind: Implications for typical and atypical development*. (s. 213-241). New York: Psychology Press.

Duvold, K. & Sponheim, E. (2002). Autisme og andre gjennomgripende utviklingsforstyrrelser. I: B. Gjørum & B. Ellertsen (Red.). *Hjerne og atferd: Utviklingsforstyrrelser hos barn og ungdom i et neurobiologisk perspektiv...et skritt videre*. (s. 263-285). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Edelson, M.G (2006). *Are the Majority of Children With Autism Mentally Retarded? A Systematic Evaluation of the Data*. Hentet 14. april 2009, fra <http://www.willamette.edu/dept/comm/reprint/edelson/>

Elsner, B. (2009). Tools and goals: a social-cognition perspective on infant learning of object function. I: T. Striano & V. Reid (Eds.). *Social cognition: Development, neuroscience, and Autism*. (s. 144-156). Malden, Mass: Wiley-Blackwell.

Fombonne, E. (2005). *Epidemiology of Autistic Disorder and Other Pervasive Developmental Disorders*. *J. Clin Psychiatry*, 66 (10). Hentet 10. april 2009, fra www.psychiatrist.com/supplenet/v66s10/v66s1001.pdf

Fombonne, E. (2003). *The prevalence of Autism*. *The Journal*, 289 (1). Hentet 10. april 2009, fra www.autismspeaks.org/docs/fombonne.pdf

Frith, U. (1989). *Autism: Explaining the enigma*. Cambridge: Basil Blackwell, Inc.

Frith, U. (2005). *Autisme: En gådes afklaring*. København: Hans Reitzels Forlag.

Gabovitch, E. M. & Wiseman, N. D. (2005). Early identification of Autism Spectrum Disorders. Zager, D. (Eds.), *Autism Spectrum Disorder: identification, education, and treatment*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.

Gjørum, B. & Grøsvik, K. (2002). Psykisk utviklingshemning/mental retardasjon. I: B. Gjørum & B. Ellertsen (Red.), *Hjerne og atferd: utviklingsforstyrrelser hos barn og ungdom i et neurobiologisk perspektiv...et skritt videre*. (s. 206-251). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Gillberg, C. (1992). *Autism og autismlignande tilstand hos barn, ungdomar och vuxna*. Stockholm: Natur och Kultur.

Gillberg, C. (1997). *Barn, ungdomar och vuxna med Asperger syndrome. Normala, geniala, nördar?* Stockholm: Cura AB.

Gillberg, C. (2002). *A guide to Asperger Syndrome*. Cambridge: Cambridge University Press.

Griffin & Dennet (2009). What does the study of Autism tell us about the craft of folk psychology? I: T. Striano & V. Reid (Eds.), *Social cognition: Developmental, Neuroscience, and Autism*. (s.254-280). United Kingdom: Blackwell Publishing Ltd.

Hagtvet, B. E (2004). *Språkstimulering: Tale og skrift i førskolealderen*. Oslo: Cappelen Forlag.

Happè, F. (1995). *En introduksjon til autisme, psykologisk teori*. København: Hans Reitzels Forlag.

Howlin, P. & Asgharian, A. (1999). *The diagnosis of autism and Asperger syndrome: findings from a survey of 770 families*. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 1999, 41: 834-839.

Høigård (2006). *Barns språkutvikling: muntlig og skriftlig*. Oslo: Universitetsforlaget.

Iacobini, M. (2009). Do adolescents simulate? Developmental studies of the human mirror neuron system. I: T. Striano & V. Reid (Eds.), *Social cognition: Developmental, Neuroscience, and Autism*. (s. 39-51). United Kingdom: Blackwell Publishing Ltd.

Jørgensen, O. S. (1994). *Mellom autisme og normalitet – Asperger syndrom*. København: Hans Reitzels Forlag.

Kaland, N. (1996). *Autisme og Asperger syndrom: Theory of mind: Kommunikasjon og pedagogiske perspektiver*. Oslo: Universitetsforlaget.

Kaland, N. (2002). *Evne til mentalisering ved Asperger syndrom*. Akademisk avhandling, Universitetet i Oslo.

- Klin, A., Mcpartland, J. & Volkmar, F. R. (2005). Asperger Syndrome. I: F. R. Volkmar, R. Paul, A. Klin & D. Cohen (Eds.), *Handbook of Autism and Pervasive Developmental Disorders: Volume 1: Diagnosis, development, neurobiology, and behavior* (s. 88-126). New York: John Wiley & sons, Inc.
- Kunnskapsdepartementet (2006). ...og ingen stod igjen: Tidlig innsats for livslang læring. St.meld. nr 16 (2006-2007). Oslo: Kunnskapsdepartementet.
- Landa, R. (2000). Social language use in Asperger syndrom and Highfunctioning autism. I: A. Klin, F. R. Volkmar & S. S. Sparrow (Eds.), *Asperger syndrom*. (s.125-159). New York: The Guildford Press.
- Lien, T. & Munkhaugen, E. K. (2006). *Mekling og håndtering i autismefeltet*. Rapport nr. 3. Oslo: Autismeenheden.
- Lord, C. & Bailey, A. (2002). Autism spectrum disorders. I: M. Rutter & E. Tylor (Eds.), *Child and adolescent psychiatry*. (s. 636-663). USA: Blackwell Science Ltd.
- Lorentzen, P. (1998). *Språk og handling: språkutvikling hos vanlige og uvanlige barn*. Oslo: Tano Aschoug.
- Lorentzen, P. (2001). *Uvanlige barns språk*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Mandell, D., Novak, M. M. & Zubritsky, C. D. (2005). *Factors associated with age of diagnosis among children with Autism Spectrum Disorders*. American Academy of Pediatrics, 2005, 116: s.1480-1486. Hentet 31. oktober 2008, fra: www.pediatrics.org
- Mesibov, G. B. & Schopler, E. (1992). Introduction to high-functioning individuals with autism. I: E. Schopler & G. B. Mesibov (Eds.), *Highfunctioning individuals with autism*. (s. 3-10). New York and London: Plenum press.
- Mesibov, G. B., Shea, V. & Adams, L. W. (2002). *Understanding Asperger Syndrome and Highfunctioning Autism*. New York: Kluwer Academic/Plenum Press.
- Morrison, J. & Anders, T. F. (2001). *Interviewing children and adolescents: skills and strategies for effective DSM-IV diagnosis*. New York: Guilford Press.

- Mundy, P. & Sheinkopf, S. (1998). Early communication skill acquisition and developmental disorders. I: J. A. Burack, R. M. Hodapp & E. Zigler (Eds.), *Handbook of mental retardation and development*. (s. 183-207). United Kingdom: Cambridge University Press.
- Nadal, J. (2006). Does imitation matter to children with autism? I: S. J. Rogers & J. H. G. Williams (Eds.), *Imitation and the social mind: autism and typical development*. (s. 118-137). New York: The Guilford Press.
- Nelson, A. C. (2009). Commentary on social cognition: development, neuroscience, and autism. I: T. Striano & V. Reid (Eds.), *Social cognition: Developmental, Neuroscience, and Autism*. (s. 318-322). United Kingdom: Blackwell Publishing Ltd.
- Ogden, T. (2002). *Sosial kompetanse og problematferd i skolen: kompetanseutviklende og problemløsende arbeid i skolen*. Oslo: Gyldendal Norsk forlag AS
- Peeters, T. & Gillberg, C. (2002). *Autisme: Medisinske og pedagogiske aspekter*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Pennington, B. F. & Bennetto, L. (1998). Toward a neuropsychology of mental retardation. I: J. A. Burack, R. M., Hodapp & E. Zigler (Eds.), *Handbook of mental retardation and development*. (s. 80-115). United Kingdom: Cambridge University Press.
- Ritvo, E. R. (2006). *Understanding the nature of Autism and Asperger's disorder*. London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.
- Rhoades, R. A., Scarpa, S. & Salley, B. (2007). *The importance of physician knowledge of autism spectrum disorder: result of a parent survey*. BMC Pediatrics, 2007, 7: 37. Hentet 02. februar 2009, fra: www.biomedcentral.com/1471-2431/7/37
- Rogers, S. J., Cook, J. & Meryl, A. (2005). Imitation and play in Autism. I: F. R. Volkmar, R. Paul, A. Klin & D. Cohen (Eds.). *Handbook of Autism and Pervasive Developmental Disorders: Volume 1: Diagnosis, development, neurobiology, and behavior* (s. 382-406). New York: John Wiley & sons, Inc.
- Reid, V. & Striano, T. (2009). The directed attention model of infant social cognition: further evidence. I: T. Striano & V. Reid (Eds.), *Social cognition: Developmental, Neuroscience, and Autism*. (s. 157 -167). United Kingdom: Blackwell Publishing Ltd.

- Sandbæk, M (1995). *Fikk barna hjelp?* Rapport nr. 5. Oslo: Barnevernets Utviklingscenter.
- Scott, J. & Baldwin, L. (2005). The challenge of early intensive intervention. I: D. Zager (Eds.), *Autism Spectrum Disorder: identification, education, and treatment*. (s. 172-228). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Siegel, B. (2003). *Helping children with Autism learn: Treatment approaches for parents and professionals*. New York: Oxford University Press.
- Slaughter, V. & Repacholi, B. (2003). Individual differences in Theory of mind: What are we investigating? I: B. Repacholi & V. Slaughter (Eds.), *Individual differences in Theory of mind: Implication for typical and atypical developmental* (s. 1-13). New York: Psychology Press.
- Striano, T. & Reid, V. (2009). Social Cognition at the Crossroads: Perspectives on understanding others. I: T. Striano & V. Reid (Eds.), *Social cognition: Developmental, Neuroscience, and Autism*. (s. 1-17). United Kingdom: Blackwell Publishing Ltd.
- Strømgren, B. (2007). *Asperger syndrom og Høytfungerende autisme: oversikt over samtidige psykiske lidelser og forslag til behandlingsinnsatser i spesialhelsetjenesten i helse sør RHF*. Sluttrapport. Hentet 10. januar 2009, fra www.glennesen.no
- Sundby, J. (2002). Spesifikke språkforstyrrelser. I: B. Gjørum & B. Ellertsen (Red.), *Hjerne og atferd: utviklingsforstyrrelser hos barn og ungdom i et nevrobiologisk perspektiv...et skritt videre*. (s. 439-472). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Svartdal, F. & Flaten, M.A. (1998). *Læringspsykologi*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Tager-Flusberg, H. (2003) Exploring the relationship between Theory of mind and social-communicative functioning in children with Autism. I B. Repacholi og V. Slaughter (Eds.), *Individual differences in Theory of mind: Implication for typical and atypical developmental* (s. 197-213). New York: Psychology Press.
- Tellevik, J. M., Ytterland, V., Kløvjan, S. & Olsen, W. (2008). *Barn og unge med Asperger syndrom i skolen: et prosjekt i tiltaksrettet arbeid*. Oslo: Autismeenheten.
- Tsai, L.Y. (1992). Diagnostic Issues in High-Functioning Autism. I: E. Schopler & G. B. Mesibov (Eds.), *High-functioning individuals with autism*. (s. 11-40), New York: Plenum Press.

Tsatsanis, K. D. (2005). Neuropsychological characteristics in autism and related conditions. I: F. R. Volkmar, R. Paul, A. Klin & D. Cohen (Eds.), *Handbook of Autism and Pervasive Developmental Disorders: Volume 1: Diagnosis, development, neurobiology, and behavior* (s. 365-381). New York: John Wiley & sons, Inc.

Tylor, E. & Rutter, M. (2002). Classification: conceptual issues and substantive findings. I: M. Rutter & E. Tylor (Eds.), *Child and Adolescent Psychiatry*. (s. 3-17). Oxford: Blackwell science Ltd.

Waterhouse, L. (1996). Classification of autistic Disorder. I: I. Rapin (Eds.), *Preschool children with inadequate communication. Developmental language disorder, autism, low IQ*. (s. 21 – 31). Cambridge University Press.

Wing, L. (1997). *Det autistiske spektrum: En veiledning for forældre og fagfolk*. København: Hans Reitzel Forlag.

World Health Organization (2009). *International Classification of Diseases*. Hentet 8. mai, 2009, fra: www.who.int.