

Tvångssyndrom och autismspektrumet

Susanne Bejerot

Eric Zander

Denna text bygger på avsnitt ur boken *Tvångssyndrom/OCD. Nycklar på bordet* av Susanne Bejerot, utgiven av Cura Bokförlag, 2002.

Med tack till Cura för tillståndet att publicera denna text.

TVÅNGSSYNDROM	2
Definition av tvångssyndrom	2
Tvångstankar	3
Tvångshandlingar	4
Insikt	4
Tvångsbeteenden hos barn	4
Vid vilken ålder utvecklas tvångssyndrom?	5
Förlopp	5
Orsak till tvångssyndrom	6
TVÅNGSSYNDROM, TICS OCH AUTISTISKA DRAG	7
Uppdelning baserad på typ av tvångssymtom	7
Alternativ uppdelning av tvångssyndrom: tics och autistiska drag	8
”Autismtvång” och ”ticstvång”	9
AUTISTISKA TILLSTÅND OCH TVÅNGSSYMTOM	11
Konceptualisering av tvångssymtom vid autism	13
BEHANDLING	15
AVSLUTANDE KOMMENTARER	16
REFERENSER	17

TVÅNGSSYNDROM

Enkelt uttryckt skulle ett tvångssyndrom, eller den engelska förkortningen OCD (Obsessive Compulsive Disorder), kunna sägas innebära ett jakande svar på en eller flera av följande frågor: Tvättar du dig mycket fastän du egentligen redan är ren? Kontrollerar du upprepat spisen eller att du låst dörren? Måste du göra saker om och om igen för att uppnå känslan av att det är "precis rätt"?

Man uppskattar att ungefär två procent av befolkningen lider av tvångssyndrom och det tycks vara i stort sett likadant över hela världen (APA, 2000). Människor med tvångssymtom har antagligen alltid funnits. Hur som helst finns det sedan hundratals år tillbaka beskrivningar av personer med ett beteende som idag skulle ge dem diagnosen tvångssyndrom i litteraturen (Shakespeares MacBeth), i biografier över kända historiska personer (t ex Martin Luther, Edward Munch och Klaus Kinski) och i läkares sjukdomsbeskrivningar (t ex Freud, 1909; Kraepelin, 1915; Napier, 1630).

Tvångssymptom kan ses som normala beteenden som löpt amok. De flesta tvättar händerna när de ska äta fastän de inte ser smutsiga ut liksom de flesta kontrollerar att spisen är avstängd och att det är ordentligt låst innan de åker bort på en längre resa trots att de inte brukar glömma sådant. De är helt enkelt säkerhetshandlingar som görs för att det känns bra och tryggt, men i sin förlängning är de tvångshandlingar. Nästan alla människor har upplevt att det uppstår tankar som känns främmande för en själv och som om de varit omfattande skulle kunna uppfattas som tvångstankar. Det kan vara tankar som bilförarens impuls vid övergångsstället "tänk om jag gasar istället för att bromsa" och liknande. Sådana tankar negligeras av de flesta människor utan vidare och glöms snabbt bort, såvida inte personen har tvångssyndrom.

De flesta barn ägnar sig åt diverse ritualer som att räkna lyktstolpar och liknande och det är vanligt med olika trygghetsskapande ritualer t.ex. innan barnet överlämnar sig till sömnen. Såväl för barn som vuxna är det inte ovanligt med vidskepligheter och magiskt tänkande. Exempelvis är det svårt att hitta rum eller våningsplan tretton på hotell och liknande. Gemensamt för allt detta är att varken personerna själva eller deras omgivning brukar lida av det vilket är en avgörande skillnad när sådant beteende ingår i ett tvångssyndrom.

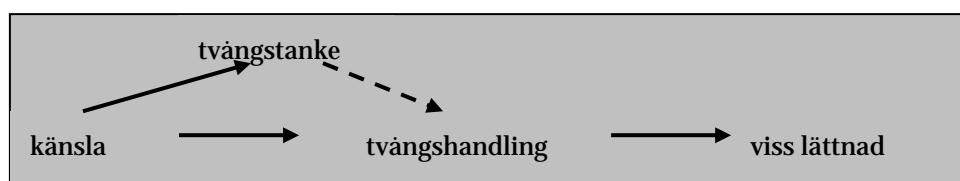
Definition av tvångssyndrom

Tvångssyndrom innefattar tvångstankar och tvångshandlingar, och de flesta personer med tvångssyndrom lider vanligen av bådadera. Ett tvångssyndrom är inte bara "lite extra noggrannhet" eller "lite överdriven vidskeplighet" utan medför att man fungerar sämre i vardagslivet. Detta innebär att de upptar minst en timme per dag, att de upplevs som mycket påfrestande eller att de försämrar ens förmåga att arbeta, studera eller umgås med

andra. Ett krav för att få diagnos (enligt DSM-IV-TR) är att man har en viss insikt i det orimliga i beteendet men förmågan att se detta varierar mellan individer. Detta krav gäller inte barn.

För dem som lider av tvångssyndrom är tvångstankarna återkommande, störande, påträngande och ibland helt outhärdliga. De kan förekomma från sporadiskt till hela ens vakna tid och kan bli så sammanflätade med varandra och komplexa att det är omöjligt att utföra något annat än att försöka reda ut dem. Personen förstår att dessa tankar uppstår i det egna sinnet, men flertalet tror åtminstone till viss grad att det skrämmande innehållet i tankarna kan bli verklighet (Foa *et al.*, 1995). Tvångstankarna tenderar till att fastna och leder till oro, olust eller obehag. Det är för att få bort eller neutralisera dessa intensiva obehagskänslor och rädslan över vad som kan hända som lugnande tvångshandlingar eller ritualer utförs. Tvångshandlingen får personen att känna sig lättare till mods, åtminstone för tillfället. Hela mekanismen skulle kunna beskrivas som i Figur 1.

Figur 1: Mekanismen vid tvångshandlingar



Tvångstankar

Tvångstankar (obsessions) är ett vitt begrepp. Tvångstankar kan betyda tankar, idéer, tvivel, impulser, fantasier, inre bilder, starka obehagskänslor eller en påträngande och ständigt återkommande malande oro. De är svåra att nonchalera, de "tar över" och gör det svårt att fokusera på annat. Tankarna och känslorna är tätt sammankopplade. Typiska tankar kan handla om att ta livet av ett barn, om att genom oaktsamhet orsaka katastrofer, att känna ständig skräck för smuts och smittämnen som kan orsaka sjukdom. Många med tvångssyndrom är överdrivet pedantiska och har fixa idéer om att vissa saker måste ha eller göras i en viss ordning och liknande för att inte starkt obehag ska uppstå. Andra, även sådana som inte är religiösa, kan ha hädiska tankar om Gud och känna rädsla att bli straffade för dem.

Mycket talar för att det egentligen är en form av känsla som ger upphov till behovet av att utföra tvångshandlingar. Först i ett senare skede, så att säga baklänges och som en följd av hjärnans ständiga strävan efter förståeliga sammanhang, "översätts" denna känsla till en tanke. Det är troligen denna svårdefinierade, tvingande känsla som primärt driver fram tvångshandlingarna, medan översättandet av känslan till tanke förmodligen är ett uttryck för en kognitiv mognad. Särskilt barn med tvångssyndrom liksom verbala ungdomar och vuxna med autism och Aspergers syndrom brukar ha påtagligt svårt att konkretisera själva tvångstanken; de beskriver en känsla, "ett måste" och inte sällan en vilja, att utföra en viss handling.

Tvångshandlingar

Tvångshandlingar (compulsions) är vissa beteenden, antingen regelrätta handlingar eller mentala ritualer (då man viljemässigt bestämmer sig för att tänka vissa tankar eller för att läsa böner eller ramsor för sig själv) som utförs i syfte att minska ångest eller obehagskänslor. Vanligt är att tvätta sig för mycket eller städa överdrivet noggrant utan att för den sakens skull tycka att det är rent nog. Lika vanligt som tvättvång är kontrolleringstvång, t.ex. att överdrivet kontrollera att apparater är avstängda, dörrar låsta och liknande. Upprepningsbeteenden av olika slag för att nå upplevelsen av att det känns "helt rätt" är också vanliga. Det kan röra sig om att gå fram och tillbaka över tröskeln eller beröra saker och ting gång på gång. En del personer hemfaller till en sorts petigt ordnande av t.ex. papper och annat vilket inte sällan leder till långsamhet och ständiga förseningar. En grupp, samlare (hoarders), ägnar sig åt att samla allt mellan himmel och jord av sådant som andra kallar skräp. Det kan ta sig extrema former där personen i fråga bokstavligen kan fylla hela sitt hem från golv till tak med gamla tidningar, emballage, matrester och annat och till och med hyra extra lokaler för att få mer plats för sina samlingar. Samlarbeteendet förefaller ärtligt och finns hos över 80% av de anhöriga till dem som själva har det.

Även om det känns som om ritualerna lindrar och "tar bort" eller minskar tvångstankarna är denna lindring ofta högst tillfällig vilket gör att personen med tvångssyndrom sällan är helt fri från ångest och oro. Ofta görs handlingarna dolt för omgivningen. Personen hamnar lätt i en situation som präglas av undvikanden och svepskäl inför andra för att inte behöva avslöja sina orimliga beteenden eller skälen därtill.

Insikt

De flesta inser att deras tvångshandlingar är överdrivna och meningslösa, men kan för den skull inte låta bli att utföra dem (Foa *et al.*, 1995). Barn anser däremot ofta att deras ritualer är nödvändiga. Också bland vuxna som varit svårt sjuka länge förekommer ibland ett försvar av tvångshandlingarna. Troligen hänger detta ihop med en viss personlighetsstruktur som utmärks av outvecklad förmåga till insikt.

Tvångsbeteenden hos barn

När barn utvecklar tvångssyndrom brukar yttringarna inte vara svåra att skilja från barns normala tvångsmässiga ritualer som att undvika att gå på brunnar med en särskild bokstav eller streck mellan plattor och liknande; de normala ritualerna inger ingen ångest, och de fördras lätt av omgivningen. Typerna av tvångsbeteenden hos barn är i stort sett identiska med de symptom som hos vuxna men hos barn är uppförandestörning och trotsbeteende vanligare än hos vuxna. Behandlingen är densamma för barn som för vuxna.

Vid vilken ålder utvecklas tvångssyndrom?

Åtminstone hälften av de som lider av tvångssyndrom drabbas redan som barn. Den genomsnittliga åldern för insjuknande i tvångstankar och ritualer bland ett sjuttioal svenska patienter var cirka femton år (Bejerot, 2000), men blandflertalet barn som insjuknar sker detta mellan sju och ett halvt till tolv och ett halvt års ålder (Geller, 1998). Sjukdomen kommer vanligen smygande med endast begränsade symptom i början. Bara i undantagsfall debuterar sjukdomen efter trettiofem års ålder, och de fallen bör väcka frågan om det verkligen rör sig om ett typiskt tvångssyndrom, eller om det rör sig om att personen inte vill eller förmår kännas vid tidigare symptom, vilket i sin tur bör åtminstone väcka en misstanke om en autismspektrumstörning. Kvinnor kan i samband med att de får barn utveckla omfattande tvångstankar som i många fall är övergående.

Bland barn som söker vård för tvångssyndrom är pojkar vanligare. Bland vuxna är sjukdomen lika vanlig bland kvinnor som bland män (APA, 2000).

Förlopp

För hälften av de barn som lider av tvångssyndrom kommer tillståndet att kvarstå i vuxen ålder med omväxlande lättare och svårare perioder (Thomsen, 2000). För en stor del tonåringar som i övrigt är normalfungerande men som har utvecklat tvångssymptom i femton- till sextonårsåldern kommer tvångssymptomen att vara övergående. En svensk uppföljningsstudie visade att det på lång sikt verkar det som om de flesta åtminstone i någon mån har kvar sina tvångssymptom långt efter debuten, i det här fallet 40 år, men att de sammantaget ändå förbättrats över tid. Cirka en femtedel av patienterna var helt besvärsfria trots att de inte hade erhållit dagens moderna behandling (Skoog & Skoog, 1999). En senare uppföljningsstudie av hundra patienter uppvisar samma andel tillfrisknade (Steketee *et al.*, 1999). Hälften var delvis förbättrade medan tio procent uppvisade ett sjukdomsförlopp som kännetecknades av gradvis försämring.

Både Skoog & Skoog (1999) och Steketee och medarbetare (1999) samt ett flertal andra studier pekar på att bland annat låg social funktionsnivå (Fals-Stewart & Schafer, 1993), att vara ensamstående man (Buchanan *et al.*, 1996) och att vara samlare (Black *et al.*, 1998) är kopplat till ett allvarligare förlopp av sjukdomen. Det kan dock inte uteslutas att dessa faktorer är resultatet av en egen form av tvångssyndrom. Låg social funktion, att vara ensamstående och att vara samlare (McDougle *et al.*, 1995) är betydligt mer vanligt förekommande hos dem som har autistiska drag.

Sammanfattningsvis kan man säga att det är sällsynt att en patient som en gång haft ett riktigt tvångssyndrom blir helt befriad från sina symptom, även om hon kan ha mycket bättre perioder. Tvångssyndrom kan för det mesta betecknas som en kronisk sjukdom.

Orsak till tvångssyndrom

Den allmänna uppfattningen idag är att tvångssyndrom förutsätter en viss sårbarhet. Allt talar för att tvångssyndrom beror på ett samspel mellan miljöfaktorer och personens biologiska och personlighetsmässiga förutsättningar. Tvångssyndrom är med stor sannolikhet flera olika sjukdomar med olika uppkomstmekanismer men med liknande symptombild. Det finns många teorier som inte nödvändigtvis utesluter varandra om vad som orsakar tvångssyndrom. Det är dock helt klart att orsakerna beror på någon form av avvikande hjärnfunktion vare sig denna har sin grund i neuroanatomiska eller neurokemiska avvikelser, hjärnskador eller hjärnsjukdomar. Detta bekräftas av fynd i hjärnaktivitetsavbildningsstudier med PET, SPECT och fMRT där avvikelser kunnat dokumenteras (Lucey *et al.*, 1995). Det finns också belägg för att det är vanligare att människor med tvångssyndrom har finmotoriska svårigheter (Hollander *et al.*, 1990), är klumpiga och har vissa neuropsykologiska avvikelser som nedsatt spatialt minne (Barnett *et al.*, 1999), svårt att minnas hur de utfört en uppgift (procedurminne) (Tallis *et al.*, 1999), att byta strategi (Tallis, 1995) och svårare att identifiera ämnen via lukten (Barnett *et al.*, 1999). Tvångssyndrom är resultatet av en neuropsykologisk funktionsnedsättning med försämrad förmåga att bearbeta information eller lita på sina sinnen. Det finns inga belägg för psykologiska faktorer, som svår uppväxt eller psykiska trauman av olika slag, skulle kunna orsaka tvångssyndrom.

Genetiska faktorer spelar en stor roll vid tvångssymptom. Man tänker sig att gener som kodar för sjukdomar ofta finns kvar i en population därför att de evolutionärt sett också medför positiva egenskaper. Sett ur en evolutionsteoretisk synvinkel skulle tvångsbeteende och därmed genen/generna som styr detta kunna förstås som något som i det stora hela gagnar artens överlevnad. Tvångsbeteenden skulle kunna ses som positiva om de är lagom vilket är fallet hos 98% av befolkningen men blir en sjukdom om de blir för dominerande som hos de övriga cirka 2%. Man har ännu inte kunna hitta någon specifik gen som orsakar tvångssyndrom, vilket inte är oväntat med tanke på att det sannolikt rör sig om flera olika sjukdomar med liknande symptom orsakade av flera olika gener. Däremot har det med molekylärgenetiska metoder gjorts en del lovande fynd av genetiska avvikelser vid tvångssyndrom i förhållande till normalbefolkningen vilka dessutom tycks stödja antagandet att det rör sig om i grunden olika tillstånd med råkar yttra sig likartat (Camarena *et al.*, 2001; Enoch *et al.*, 2001; Mundo *et al.*, 2000).

Idag vet vi att tvångssyndrom till viss del är en ärftlig sjukdom. Drygt tio procent har en nära anhörig som lider av samma sjukdom eller åtminstone tydliga tvångssymptom, mot tre procent i en kontrollgrupp. För dem som har tvångssymptom i form av ett samlarbeteende förefaller den ärftliga komponenten vara avsevärd.

TVÅNGSSYNDROM, TICS OCH AUTISTISKA DRAG

Tvångssymtom spaltas vanligen upp i tvångstankar och tvångshandlingar, vilket inte är en särskilt användbar uppdelning. Visserligen kan de flesta patienter bedöma om de företrädesvis har mest tvångstankar eller mest tvångshandlingar, men tvångstankarna och tvångshandlingarna upplevs ändå höra ihop och de går "in i varandra".

Det är omöjligt att utifrån en viss tvångstanke förutse vilken tvångshandling som kommer att följa, och lika omöjligt är det att utifrån en viss typ av tvångshandling gissa vilken typ av tvångstanke eller impuls som lett fram till handlingen. En viss typ av tvångshandling kan orsakas av flera olika tvångstankar. Således kan en tvättrituel orsakas av t.ex. rädsla för smitta, smuts, en skrämmande person eller vara ett "svar" på en magisk tanke, eller bara utföras för att det ska kännas "precis rätt". En tvångstanke om att en närstående ska kunna skadas kan, å andra sidan, resultera i att patienten ber böner, läser magiska ramsor eller besvärjelser, räknar till en viss "tursiffra", klär sig i en viss färg, gör kontroller, ber andra om försäkringar om att inget farligt kommer att inträffa, eller till och med tvättar sig på ett rituellt sätt.

Uppdelning baserad på typ av tvångssymtom

De vanligaste formerna av tvångssymtom handlar om rädsla att skada sig själv eller andra (oftast närstående), rädsla för smitta eller smuts, behov av en viss symmetri och kontroller, tvättritualer och upprepning av beteenden. Även om de flesta patienter har flera olika typer av tvångssymtom samtidigt, kan man genom att göra en faktoranalys, vilket är en statistisk metod, dela upp tvångssymtomen i fem olika huvudgrupper (Mataix-Cols *et al.*, 1999):

- ⇒ Renlighetsfixering och tvättritualer.
- ⇒ Tvångstankar om att skada andra och kontrolleringsbeteenden.
- ⇒ Sexuella och religiösa tvångstankar.
- ⇒ Symmetritvång och ordnande, tankar om exakthet, upprepning och räkneritualer
- ⇒ Samlartvång och en oförmåga att kasta bort skräp etc.

Denna faktoranalys visade bland annat att tvätt- och rengöringstvång och rädsla för att skada andra förekom oftare hos kvinnor än hos män. Män hade däremot mer tvångssymtom i form av symmetri och ordnande.

Tvångstankar om symmetri, beröringstvång, upprepningsritualer och räkneritualer var vanligare bland dem som också hade tics, vilket drabbade pojkar i högre utsträckning än flickor. Drygt en fjärdedel har, eller hade haft tics, och de insjuknade i yngre åldrar än de övriga. Var tjugonde patient hade samlartvång som sitt huvudsakliga symtom. Samlartvång var förknippat med ett tvångsmässigt behov av "att få veta". Personer med samlartvång är mer avvikande i sin personlighet än övriga patienter med tvångssyndrom (Frost *et al.*, 2000).

Alternativ uppdelning av tvångssyndrom: tics och autistiska drag

Typen av tvångstankar och tvångshandlingar duger som en första indelning av tvångssyndromet men om man vill ha en klarare bild bör även personlighet och motorik vägas in i bedömningen. Att bedöma graden av impulsivitet, magiskt tänkande, behov av "precis rätt" och förmåga till inkännande ("empati") kan ge en djupare förståelse av vilken typ av tvångssyndrom personen lider av. Jag har identifierat fyra huvudgrupper av tvångssyndrom som kännetecknas av olika typer av personlighetsdrag. Det kan verka pedantiskt, men jag tror att indelningen återspeglar olika uppkomstmekanismer och även ger riktlinjer till olika förhållningssätt från behandlarens sida.

Bejerot (2002) gör en indelning på basis av samtidig förekomst av:

- ⇒ autistiska drag
- ⇒ tics
- ⇒ både tics och autistiska drag
- ⇒ avsaknad av tics och autistiska drag

Den första gruppen, som sannolikt utgör cirka 15-20 procent av alla de patienter med tvångssyndrom som söker vård, uppvisar autistiska drag (Bejerot *et al.*, 2001). I den internationella litteraturen beskrivs denna grupp istället som personlighetsstörd och får diagnoser som fobisk, schizoid, och/eller schizotyp personlighetsstörning (Matsunaga *et al.*, 2002; Sobin *et al.*, 2000). Allt tyder emellertid på att vi talar om en och samma patientgrupp men betecknar dem olika. Personer med autistiska tillstånd och normal begåvning diagnostiseras ofta som "personlighetsstörda" även i Sverige, trots att kunskapen om autism är större här än på många andra håll i världen. Att personer med autistiska tillstånd ofta lider av tvångssyndrom har knappast uppmärksamats. Däremot är forskarna ense om att en undergrupp av patienter med tvångssyndrom är påtagligt udda till sin personlighet, till skillnad från dem som lider av andra ångesttillstånd, som social fobi eller paniksyndrom. Personer med autistiska drag har svårigheter med sociala kontakter, bristande förmåga till kommunikation och begränsade intressen eller aktiviteter under hela livet, även innan de insjuknade i ett tvångssyndrom. Dessa personer har som regel alltid upplevt sig som annorlunda och utanför och redan som barn var de utfrysta från de jämnårigas gemenskap. Andra barn brukar å sin sida uppfatta dem som "konstiga", vilket i sin tur kan ha lett till trakasserier.

Personer med autistiska drag är inte bara socialt klumpiga utan ofta också motoriskt klumpiga och ointresserade av lagidrotter. Däremot kan de vara påfallande intellektuellt begåvade och äga förmåga till att tänka "i annorlunda banor".

Den andra gruppen har tics, dvs. muskelryckningar eller ljudanden. Flera studier har påvisat att cirka var fjärde patient med tvångssyndrom har eller har haft tics under någon period under barn eller ungdomsåren. Dessa personer brukar vara mer öppna, impulsiva och utåtriktade till sin personlighet än övriga patienter med tvångssyndrom. Deras

förhållandevis goda sociala förmågor brukar åtföljas av en bättre motorik; många är duktiga fotbollsspelare, dansare eller gymnaster. Den intellektuella rörligheten motsvaras av en motorisk livlighet som tar sig uttryck i att de pillar med något, biter på naglarna, tvinnar håret eller river på ojämnheter i huden. De verkar helt enkelt inte sitta riktigt stilla i stolen under ett samtal.

Den tredje gruppen har både tics och autistiska drag. De är visserligen mer utåtriktade men också mer styrda av sina infall och avvikande i sin personlighet och beteendet.

Den fjärde gruppen är den största, och de har varken tics eller påfallande autistiska drag. Denna typ av tvångssyndrom kan de flesta i viss mån känna igen sig i: överdriven oro för smitta; överdriven oro för att ha lämnat spisen på eller dörren oläst; överdriven oro för att ha skadat en annan människa på grund av försumlighet; och samma vidskeplighet som alla har, fastän mer uttalad. Övergången mellan normalt beteende och sjukdom är inte knivskarp.

”Autismtvång” och ”ticstvång”

I en undersökning av personlighetsdrag fann vi att vissa typer av tvångssymtom var förknippade med autistiska drag (Bejerot, 2000). Att sakna förmågan att slänga skräp, dvs. att vara ”en samlare”, var vanligare hos dem med autistiska tillstånd än hos de övriga. I den undersökningen var också olika former av självskadande beteenden, alltifrån huvuddunkningar till att riva sig i ansiktet eller dra loss hud under fötterna, vanligare bland dem med autistiska drag. Självskadande beteende brukar visserligen inte alltid betecknas som tvångshandlingar men ses som sådana (se även t ex McDougle *et al.*, 1995). Allvarliga självskadande beteenden är relativt vanligt förekommande vid autistiska tillstånd i kombination med förståndshandikapp. Räknetvång var däremot vanligare hos dem som hade tics. Att räkna tvångsmässigt betecknas ibland som en form av mentala tics, och behöver inte upplevas som något obehagligt. En del beskriver räknandet som ett sorts ”bakgrundsbrus” som inte alls känns besvärande.

Ett starkt behov av att det måste kännas ”precis rätt” var gemensamt för dem med tics och dem med autistiska drag, medan detta symtom var ovanligt hos övriga patienter.

Man kan dra vissa slutsatser om vilken form av tvångssyndrom en person lider av genom att studera hennes personlighetsdrag och andra egenskaper. En del egenskaper är ovanliga vid autistiska tillstånd, medan andra egenskaper är vanliga hos dem med tvångssyndrom och tics, och tvärtom. Utifrån egna studier, klinisk erfarenhet och litteraturstudier har nedanstående figur och tabell växt fram.

Tabell 1.

Förslag på undergrupper vid tvångssyndrom baserat på autistiska drag och tics.

Karaktäristika	”rent” tvångssyndrom	tvångssyndrom - autistiska drag	tvångssyndrom - tics
Symmetritvång	+	+++	+++
Räknetvång	-	++	+++
Samlartvång	-	+++	+
Tvätta-händerna-tvång	++	-	+
Självskadande beteende	-	++	+
Patologiskt grooming-beteende	-	++	++
Social begåvning	+	-	++
Avskärmning	+	+++	-
Blivit mobbad	+	+++	-
Sexuellt aktiv	+	-	++
Nikotinberoende	-	-	+
Personlighetsdrag: undvikande - tvångsmässig – Personlighetsstörningar kluster A (kombination)	+	+++	-
Manipulativ	-	-	+
Klumpig	-/+	++	-/+
Tics	-	+	+++
Impulsivitet/hyperaktivitet	-	-	+
Svarar bra på behandling	+++	+	++

Teckenförklaring: - = oväntat fynd, + = uppträder i begränsad omfattning, ++ = uppträder ofta, +++ = uppträder alltid.

Sammanfattningsvis är tvångssyndrom en heterogen sjukdom, och försöken att indela den i undergrupper har inte enbart ett akademiskt intresse. Uppdelningen är viktig för att förstå hur patienterna uppfattar sina problem och varför vissa av dem inte kan förstå att tvångssyndromet är ett problem. Den är också viktig för att man ska kunna planera en psykologisk behandling, kunna förutse möjliga fallgorpar och kunna ha realistiska förväntningar på patienten och på behandlingsutfallet. Inom forskningen är den nödvändigt för att vi ska kunna reda ut vad som är vad.

AUTISTISKA TILLSTÅND OCH TVÅNGSSYMTOM

Stereotypa beteenden och tvångsmässiga ritualer har ända sedan Kanners (Kanner, 1943) ursprungliga beskrivning av autism ansetts som ett av kärnsymtomen vid autistiska tillstånd. Ett obligatoriskt kriterium för såväl diagnosen autism som Aspergers syndrom i DSM-IV-TR (APA, 2000) är "begränsade, repetitiva och stereotypa mönster i beteende, intressen och aktiviteter vilket tar sig minst ett av följande uttryck": t.ex. fixering vid specialintressen "som är abnorma i intensitet", att man ägnar sig åt "specifika, oändamåls-enliga rutiner eller ritualer" och motoriska och repetitiva manér. Frekvensen och förekomsten av detta tycks inte vara avhängigt språk- eller intelligensnivå, och medan förmågan till kommunikation och socialt beteende tenderar att förbättras med åren, ses mer sällan motsvarande förbättring ifråga om rituella och repetitiva beteenden (Piven *et al.*, 1996; Turner, 1999). Tvångssymtomen vid autism är trots att de tillhör kärnsymtomen vid autistiska tillstånd fortfarande det minst utforskade området av den så kallade symtomtriaden.

En person med en autismspektrumstörning kan som barn ha ett uttalat rutinbundet beteende som först i senare tonår eller vuxenår utvecklas till ett "äkta" tvångssyndrom då personen uppnått en person nått en viss kognitiv mognad. Givetvis kan personer med autismspektrumstörning och normal begåvning också insjukna tidigare. Det finns till exempel en rapport om en mycket välbegåvad sjuårig flicka med Aspergers syndrom som uppfyllde alla kriterier för tvångssyndrom (Reaven & Hepburn, 2003). Olika typer av repetitiva aktiviteter förekommer hos i stort sett alla barn med autistiska tillstånd från tidig ålder.

Det är inte ovanligt att personer med autistiska tillstånd och ett typiskt tvångssyndrom söker hjälp för det. I en studie hade att 20 procent av de undersökta uttalade autistiska drag, och flera erhöll senare en Aspergerdiagnos (Bejerot *et al.*, 2001) och fem procent rapporterade spontant att de hade en närstående med autism. Att tvångssyndrom är associerat med autismspektrumstörningar har tidigare visats i en mängd studier (Bolton *et al.*, 1998; Ghaziuddin *et al.*, 1992; Lainhart & Folstein, 1994; Nilsson *et al.*, 1999; Szatmari, 1998; Tantam, 2000; Thomsen, 1995; Tonge *et al.*, 1999). I studien av Bolton och medarbetare (1998) rapporterades exempelvis att anhöriga till personer med autism oftare led av tvångssyndrom och tics än anhöriga till personer med Downs syndrom. Det visade sig också att anhöriga med tvångssyndrom hade mer autismliknande drag och större

kommunikationssvårigheter än övriga anhöriga. Författarna drog slutsatsen att tvångssyndrom kan signalera om att en underliggande benägenhet till autism föreligger. I en genetisk studie påvisades en koppling mellan svårbehandlat tvångssyndrom och autistiska drag (Ozaki *et al.*, 2003).

Tvångssymtomen hos personer med autism som grupp skiljer sig något från symtomen hos "vanliga" patienter med tvångssyndrom, åtminstone från dem med tvångssyndrom utan tics (se Figur 1). I en studie som jämförde tvångssymtomens innehåll mellan olika grupper framkom det att det inom autismgruppen visserligen kan förekomma alla typer av tvångssymtom men att det generellt kan sägas att dessa personer har fler tvångshandlingar än tvångstankar och att symtomen är mindre välorganiserade och mindre komplexa jämfört med personer som har tvångssyndrom utan autistiska drag (McDougle *et al.*, 1995). Dessa skillnader kan dock hänga ihop med skillnader i intelligensnivå, medvetandenivå och kommunikationsförmåga som generellt var lägre i autismgruppen. I den här studien framkom tydliga skillnader i tvångssymtomens innehåll. Vissa symtom var signifikant vanligare i autismgruppen medan andra var signifikant ovanligare jämfört med en "ren" (=utan tics och autistiska drag) tvångssyndromsgrupp. Det visade sig att man genom att titta på förekomsten hos ett begränsat antal symtom med nästan 90%:s säkerhet kunde särskilja grupperna åt. Personer med autistiska tillstånd uppvisade profiler där det med större sannolikhet ingick samlartvång, behov av beröring samt självskadande beteende och med mindre sannolikhet tvångstankar om att skada, om symmetri, kontroll- och räknenvång medan personer med tvångssyndrom utan autistiska tillstånd uppvisade den motsatta bilden (Se Figur 3). I autismgruppen var dessutom behov att få veta, upprepningsbeteende, upprepat ordnande och behov att fråga förhållandevis vanligt förekommande. Det bör dock nog betonas att personer med tvångssyndrom och tics exkluderades ur denna studie, vilket troligen hade stor betydelse för utfallet. Patienter med tics har ju ofta liknande typ av tvångssymtom som de med autistiska tillstånd.

Tabell 2

De tvångssymtom som tydligast skiljer gruppen personer med autistiska tillstånd och de utan från varandra (efter McDougle *et al.*, 1995).

Symtom	Autistiska tillstånd	Tvångssyndrom
Samlartvång	+	-
Behov av att beröra	+	-
Självskadande beteende	+	-
Tvångstankar om att skada	-	+
Symmetritvång	-	+
Kontrolltvång	-	+
Räknenvång	-	+

Konceptualisering av tvångssymtom vid autism

Det har diskuterats om tvångssymtomen hos personer med autistiska tillstånd verkligen är att betrakta som äkta tvångssyndrom. Dels har man pekat på skillnaderna i tvångssymtomens innehåll vid autism jämfört med andra grupper, dels finns det förhållandevis få självrapporter från personer med autistiska tillstånd om att tvångssymtomen skapar lidande eller är egodystona (upplevs som främmande för det egna jaget). På grund av de fåtaliga självrapporterna vet vi heller inte alltid om personerna någon gång under förloppet uppfyllt kriteriet att ha haft insikt om tvångstankarnas och tvångshandlingarnas orimlighet. Man har också föreslagit att mekanismerna till tvångssymtom skulle vara annorlunda vid autism.

När det gäller barn har Simon Baron-Cohen (Baron-Cohen, 1989) hävdade att man egentligen inte kan veta om de har "äkta" tvångssyndrom. För att veta det måste man känna till om barnet upplever tvånget som oönskat, om tvånget ger upphov till plåga, känns meningslöst, om barnet försöker motstå det och om tvånget inte känns förenligt med barnets egen person samt att de har tvångstankar som de försöker neutralisera med tvångshandlingar. Vi har inga sådana data idag, konstaterar han, eftersom barn med autism inte alltid har lätt att förmedla hur de känner sig och upplever saker och ting även om de skulle ha förmågan. Detta skiljer inte självklart barn med tvångssyndrom från dem med autism eftersom inte heller dessa alltid kan rapportera om tvångstankar (Rapoport *et al.*, 1992). Inte heller förutsätter diagnosen att personen inser att tvångssymtomen är överdrivna eller orimliga. Idag finns också enstaka fallstudier med rapporter från välbegåvade barn med autismspektrumstörningar och tvångssyndrom som tydligt uttrycker det egodystona i tvångssymtomen (Reaven & Hepburn, 2003).

Baron-Cohen argumenterar tillsammans med Sally Wheelwright i en senare studie för att det utmärkande för tvångssymtom hos barn med autism och Aspergers syndrom är att de är något i högsta grad egosyntont (som accepteras/gillas av det egna jaget), att det inte finns några bevis för att de skulle vara egodystona och att de snarast bör ses som tecken på kognitiv styrka (Baron-Cohen & Wheelwright, 1999). Deras definition av tvångstankar (obessions) är 'starka, repetitiva intressen' som därmed skiljer sig från den definition som brukar tillämpas i samband med tvångssyndrom; 'starka, repetitiva intressen' liknar mer det som ibland kallas 'specialintressen'. De jämför innehållet i dessa tvångstankar (obsessions) hos en grupp barn med autistiska tillstånd och en med Tourettes syndrom. I jämförelsen predicerar de att i barnen med autistiska tillstånd i högre utsträckning skulle ha tvångstankar eller specialintressen inom området hur saker fungerar (folk physics) till skillnad från hur människor fungerar (folk psychology) vilket också visar sig vara fallet. De föreslår att dessa specialintressen istället för att vara tecken på någon form av störning eller avvikelse bör betraktas som en ärftlig intakt eller överlägsen förmåga inom området hur saker fungerar (folk physics). Tvångstankar inom andra områden, som klassificeringstvång, fixering vid olika sensoriska fenomen, vid mat och vid olika saker/personer, och som inte anses egodystona eller tecken på kognitiv styrka, skiljer inte grupperna åt. Däremot

uppvisar majoriteten av barn med autism starka inslag även av dessa tvångssymtom. Baron-Cohens resonemang handlar därför mer om vilken fördel det kan vara att ha vissa typer av specialintressen och förklarar inte uttömmande tvångssymtom i allmänhet vid autism.

Också vuxna med autism kan många gånger ha svårt att rapportera hur de upplever sina tvångssymtom. McDougle och medarbetare (McDougle *et al.*, 1995) menar trots detta faktum att det inte är hållbart att slå fast att tvångssymtom hos vuxna inte är egodystona. I vilket fall som helst försämrar tvångssymtomen klart deras livskvalitet (McDougle, 1998). Sammantaget fann McDougle med flera i sin studie att personerna med autism uppvisade fler tvångshandlingar än tvångstankar vilket man med en analogi till typiskt utvecklade barn med tvångssyndrom menar skulle kunna bero på bristande kognitiv förmåga. Många bland försökspersonerna hade låg kognitiv förmåga och ungefär en tredjedel var inte verbala. Dock rapporterade åtta av de trettiofem verbala deltagarna att de gjorde försök att stoppa sina repetitiva tankar och aktiviteter. Utifrån detta förhållande föreslår man att det krävs en viss kognitiv nivå för att självrapportera tvångstankar och eventuellt lidande och därmed ha ett "äkta" tvångssyndrom. Faktumet att patienterna med autistiska drag i en nyligen genomförd studie (Bejerot *et al.*, 2001) själva sökte behandling för sina tvångssymtom talar också för att dessa inte alltid är egosyntona hos denna grupp av människor.

Det kan vara så att en person med autism utför ritualer och har ett undvikande beteende på grund av perceptionsstörningar. Dessa kan ha formen av t.ex. överkänslighet för vissa material, ljud, intryck eller färger snarare än att vara typiska tvångstankar (som en rädsla för att något farligt kan inträffa eller en känsla av att inte vara helt säker). Det är väl känt att vissa personer med autistiska tillstånd kan uppleva ett starkt obehag av vardagliga fenomen som inte alls påverkar "vanliga" människor. Vid autism är det också vanligt att personen känslomässigt fäster sig intensivt vid vissa föremål, t.ex. en sten eller ett visst klädesplagg.

Rutinerna hos en person med autistiska tillstånd kan upplevas som besvärande för personen själv, men de kan också inge en positiv känsla av ordning. Avgränsade udda intressen och ett oflexibelt förhållningssätt som tar sig uttryck i behov av att allt jämt ska vara likadant (maintenance of sameness) kan faktiskt innebära något positivt för en person med autism. Det bör skiljas ut från rigida och tvångsmässiga beteenden som anses leda till funktionsnedsättning (Piven *et al.*, 1997).

För personer med autistiska tillstånd är automatisering och intuitivt handlande svårt. Personer med autistiska tillstånd måste ofta tänka igenom varje steg "manuellt", vilket är mödosamt. Att utföra saker på ett stereotypiskt sätt kan då vara ett sätt för hjärnan att "spara energi", enligt specialpedagogen Eve Mandre (Mandre, 1999). Eftersom personer med Aspergers syndrom och autism är lättbetingade och också har svårt för att snabbt skifta uppmärksamhet går det åt mycket energi när de ska ta ställning till och handskas med nya aspekter. Gunilla Gerland, som arbetar vid Utbildningscenter Autism och som själv har en diagnos inom autismområdet menar att ett oflexibelt beteende också kan förklaras av att

personer med Aspergers syndrom har problem med att skapa inre föreställningar. Detta kan leda till att de gör en sak på samma sätt om och om igen, trots att beteendet varken gav en belöningskänsla eller upplevdes som ändamålsenligt ens första gången. Beteendet fortsätter därför att personen inte förmår komma på en mer ändamålsenlig strategi. Denna typ av upprepningsbeteende ska bemötas och behandlas på ett annat sätt än "äkta" tvångshandlingar, t ex genom att lära ut alternativa beteenden, alltså att försöka utvidga en begränsad beteendepertoar (Turner, 1999) eller genom att miljön ges bättre struktur eftersom det tycks som om tvångssymtomen hos personer med autistiska tillstånd förvärras i ostrukturerade miljöer och situationer (McDougle *et al.*, 1995). Många gånger kan det emellertid vara svårt att reda ut vad som är vad: ett komplext tics, en tvångshandling och ett repetitivt beteende kan gå in i varandra. Dessutom färgas förstas ett psykiskt symptom, t ex en tvångstanke, av om personen ifråga också lider av en samtidig autism eller inte.

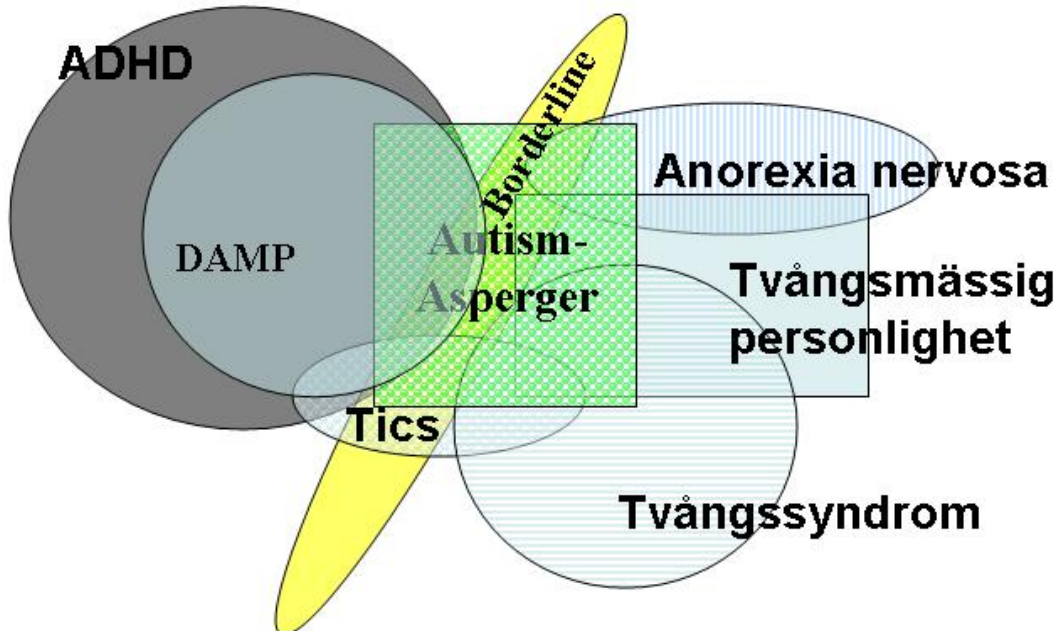
BEHANDLING

Det förefaller som om patienter med tvångssyndrom och autistiska drag förbättras i mindre omfattning av serotoninupptagshämmande läkemedel än andra personer med tvångssyndrom (Humble *et al.*, 2001), men en del blir ändå hjälpta av dessa (Alexander, 1996; Harvey & Cooray, 1995; McDougle *et al.*, 2000; Mehlinger *et al.*, 1990; Nelson & Pribor, 1993; Storch, 1999). Det är därför alltid värt att pröva dessa läkemedel, som kan kombineras med ett antipsykotiskt läkemedel, om så behövs. Troligen är effekten av kognitiv beteendeterapi sämre än vid ett "vanligt" tvångssyndrom, eftersom personer med autistiska tillstånd har svårare än andra patienter att habituera, dvs. vänja sig vid, obehag och ångestkänslor. Dessutom har de i nya situationer svårare att generalisera nyinlärd beteenden från den kognitiva beteendeterapin. Det finns ett fåtal fallstudier där effekterna av kognitiv beteendeterapi och beteendeterapi gett symtomlindring i olika grad vid samtidig autismspektrumstörning och allvarliga tvångssymtom (Hare, 1997; Lindley *et al.*, 1977; Lord, 1995), i ett fall även vid behandling av ett sjuårigt barn (Reaven & Hepburn, 2003). Flera av författarna understryker vikten av att modifiera terapin utifrån det specifika vid autismspektrumstörningar. I vissa fall kan inlärning av nya färdigheter, t. ex. social färdighetsträning (McKay & Neziroglu, 1996) och en bättre strukturerad miljö mildra tvångssymtomen (Turner, 1999). Det finns också exempel på typer av insatser för gruppen med både autismspektrumstörningar och tvångssyndrom som går stick i stäv med gängse kognitivt beteendeterapeutiska principer där enkelt uttryckt det handlar om att lära sig stå ut med ångesten utan att utföra sina tvångsbeteenden, ta till olika typer av säkerhetsåtgärder eller få andras försäkringar om att exempelvis dörren är låst eller liknande. I ett fall upphörde en ung kvinnas tvångssymtom att upprepat kontrollera spisen innan hon lämnade sitt hem, ett beteende som drevs fram av stark oro för att den inte var avstängd, efter att en lampa som kopplats till spisen som lyste grön när den var avstängd (Bejerot, 2002). Sammantaget sett är vår kunskap om effektiva interventioner för att mildra tvångssymtom för denna grupp fortfarande bristfälliga.

AVSLUTANDE KOMMENTARER

För att få någon av diagnoserna autism eller Aspergers syndrom fordras att man uppvisar eller har uppvisat exempel på "begränsade, repetitiva och stereotypa mönster i beteende, intressen och aktiviteter". Hos vissa personer med autistiska tillstånd tar sig dessa mönster uttrycket av tvångssymtom som vid tvångssyndrom. Inom forskningen om tvångssyndrom har en grupp uppmärksammats som har autistiska drag. Det finns alltså en viss överlappning eller komorbiditet mellan autistiska tillstånd och tvångssyndrom. Det tycks också som om tvångssymtom förekommer i högre utsträckning hos anhöriga till personer med autismspektrumstörningar och en genetisk koppling mellan tillstånden har påvisats. Överhuvudtaget tycks det som om många av de så kallade specifika neuro-psykiatriska tillstånden egentligen inte är kvalitativt avgränsbara utan snarare skulle kunna ses som ett spektrum av överlappande symtom. Mot bakgrund av detta är det inte förvånande att överlappningen mellan autistiska tillstånd, tics och tvångssyndrom är påfallande.

Svårigheter att ta andras perspektiv (Bejerots bearbetning C Gillberg, 1992)



REFERENSER

- Alexander, G. (1996). Psychopharmacologic treatment of autism in children: Rationale, risks and benefits. *Italian Journal of Intellectual Impairment*, 9(2), 133-138, 197-202.
- APA. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. DSM-IV-TR* (4th ed., text revision ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Barnett, R., Maruff, P., Purcell, R., Wainwright, K., Kyrios, M., Brewer, W., et al. (1999). Impairment of olfactory identification in obsessive-compulsive disorder. *Psychol Med*, 29(5), 1227-1233.
- Baron-Cohen, S. (1989). Do autistic children have obsessions and compulsions? *Br J Clin Psychol*, 28 (Pt 3), 193-200.
- Baron-Cohen, S., & Wheelwright, S. (1999). 'Obsessions' in children with autism or Asperger syndrome. Content analysis in terms of core domains of cognition. *Br J Psychiatry*, 175, 484-490.
- Bejerot, S. (2000). Obsessive-compulsive disorders: Personality traits and disorders, autistic traits and biochemical findings. Universitetsbiblioteket, Uppsala.
- Bejerot, S. (2002). *Tvångssyndrom/OCD. Nycklar på bordet*. Stockholm: Cura.
- Bejerot, S., Nylander, L., & Lindstrom, E. (2001). Autistic traits in obsessive-compulsive disorder. *Nord J Psychiatry*, 55(3), 169-176.
- Black, D. W., Monahan, P., Gable, J., Blum, N., Clancy, G., & Baker, P. (1998). Hoarding and treatment response in 38 nondepressed subjects with obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychiatry*, 59(8), 420-425.
- Bolton, P. F., Pickles, A., Murphy, M., & Rutter, M. (1998). Autism, affective and other psychiatric disorders: patterns of familial aggregation. *Psychol Med*, 28(2), 385-395.
- Buchanan, A. W., Meng, K. S., & Marks, I. M. (1996). What predicts improvement and compliance during the behavioral treatment of obsessive compulsive disorder? *Anxiety*, 2(1), 22-27.
- Camarena, B., Rinetti, G., Cruz, C., Gomez, A., de La Fuente, J. R., & Nicolini, H. (2001). Additional evidence that genetic variation of MAO-A gene supports a gender subtype in obsessive-compulsive disorder. *Am J Med Genet*, 105(3), 279-282.
- Enoch, M. A., Greenberg, B. D., Murphy, D. L., & Goldman, D. (2001). Sexually dimorphic relationship of a 5-HT2A promoter polymorphism with obsessive-compulsive disorder. *Biol Psychiatry*, 49(4), 385-388.
- Fals-Stewart, W., & Schafer, J. (1993). MMPI correlates of psychotherapy compliance among obsessive-compulsives. *Psychopathology*, 26(1), 1-5.
- Foa, E. B., Kozak, M. J., Goodman, W. K., Hollander, E., Jenike, M. A., & Rasmussen, S. A. (1995). DSM-IV field trial: obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry*, 152(1), 90-96.
- Freud, S. (1909). Notes upon a case of obsessional neurosis. In Strachey (Ed.), *Standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud*. London: Hogarth Press.

- Frost, R. O., Steketee, G., Williams, L. F., & Warren, R. (2000). Mood, personality disorder symptoms and disability in obsessive compulsive hoarders: a comparison with clinical and nonclinical controls. *Behav Res Ther*, 38(11), 1071-1081.
- Geller, D. (1998). Juvenile obsessive-compulsive disorder. In M. A. Jenike, Baer, L., Minicello W (Ed.), *Obsessive-compulsive disorders, Practical management* (3th ed., pp. 44-64). St Louis: Mosby.
- Ghaziuddin, M., Tsai, L., & Ghaziuddin, N. (1992). Comorbidity of autistic disorder in children and adolescents. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 1(4), 209-213.
- Gillberg, C. L. (1992). The Emanuel Miller Memorial Lecture 1991. Autism and autistic-like conditions: subclasses among disorders of empathy. *J Child Psychol Psychiatry*, 33(5), 813-842.
- Hare, D. J. (1997). The use of cognitive-behavioral therapy with people with Asperger syndrome: A case study. *Autism*, 1(2), 215-225.
- Harvey, R. J., & Cooray, S. E. (1995). The effective treatment of severe repetitive behaviour with fluvoxamine in a 20 year old autistic female. *Int Clin Psychopharmacol*, 10(3), 201-203.
- Hollander, E., Schiffman, E., Cohen, B., Rivera-Stein, M. A., Rosen, W., Gorman, J. M., et al. (1990). Signs of central nervous system dysfunction in obsessive-compulsive disorder. *Arch Gen Psychiatry*, 47(1), 27-32.
- Humble, M., Bejerot, S., Bergqvist, P. B., & Bengtsson, F. (2001). Reactivity of serotonin in whole blood: relationship with drug response in obsessive-compulsive disorder. *Biol Psychiatry*, 49(4), 360-368.
- Kanner, L. (1943). Autistic disturbances of affective contact. *Nervous Child*, 2, 217-250.
- Kraepelin, E. (1915). *Psychiatrie*. Leipzig: Verlag von Joh. Ambrosius Barth.
- Lainhart, J. E., & Folstein, S. E. (1994). Affective disorders in people with autism: a review of published cases. *J Autism Dev Disord*, 24(5), 587-601.
- Lindley, P., Marks, I., Philpott, R., & Snowden, J. (1977). Treatment of obsessive-compulsive neurosis with history of childhood autism. *Br J Psychiatry*, 130, 592-597.
- Lord, C. (1995). Treatment of a High-Functioning Adolescent with Autism: A Cognitive-Behavioral Approach. In M. A. Reinecke & F. M. Dattilio (Eds.), *Cognitive Therapy with Children and Adolescents: A Casebook for Clinical Practice* (pp. 394-404). New York: Guilford.
- Lucey, J. V., Costa, D. C., Blanes, T., Busatto, G. F., Pilowsky, L. S., Takei, N., et al. (1995). Regional cerebral blood flow in obsessive-compulsive disordered patients at rest. Differential correlates with obsessive-compulsive and anxious-avoidant dimensions. *Br J Psychiatry*, 167(5), 629-634.
- Mandre, E. (1999). *Från observation till specialpedagogisk design : pedagogikens möte med psykiatrin*. Unpublished Licentiatsuppsats, Lunds universitet, Certec, Lund.
- Mataix-Cols, D., Rauch, S. L., Manzo, P. A., Jenike, M. A., & Baer, L. (1999). Use of factor-analyzed symptom dimensions to predict outcome with serotonin reuptake inhibitors and placebo in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry*, 156(9), 1409-1416.

- Matsunaga, H., Kiriike, N., Matsui, T., Oya, K., Iwasaki, Y., Koshimune, K., et al. (2002). Obsessive-compulsive disorder with poor insight. *Compr Psychiatry*, 43(2), 150-157.
- McDougle, C. J. (1998). Repetitive thoughts and behavior in pervasive developmental disorders: Phenomenology and pharmacotherapy. In E. Schopler (Ed.), *Asperger Syndrome or High-Functioning Autism?* (pp. 293-316). New York: Plenum Press.
- McDougle, C. J., Kresch, L. E., Goodman, W. K., Naylor, S. T., Volkmar, F. R., Cohen, D. J., et al. (1995). A case-controlled study of repetitive thoughts and behavior in adults with autistic disorder and obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry*, 152(5), 772-777.
- McDougle, C. J., Kresch, L. E., & Posey, D. J. (2000). Repetitive thoughts and behavior in pervasive developmental disorders: treatment with serotonin reuptake inhibitors. *J Autism Dev Disord*, 30(5), 427-435.
- McKay, D., & Neziroglu, F. (1996). Social skills training in a case of obsessive-compulsive disorder with schizotypal personality disorder. *J Behav Ther Exp Psychiatry*, 27(2), 189-194.
- Mehlinger, R., Scheftner, W. A., & Poznanski, E. (1990). Fluoxetine and autism. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 29(6), 985.
- Mundo, E., Richter, M. A., Sam, F., Macciardi, F., & Kennedy, J. L. (2000). Is the 5-HT(1D)beta receptor gene implicated in the pathogenesis of obsessive-compulsive disorder? *Am J Psychiatry*, 157(7), 1160-1161.
- Napier. (1630). *citerad i: MacDonald, M. (1991). Mystical Bedlam: Anxiety and healing in seventeenth-century England. Cambridge: Cambridge University Press.*
- Nelson, E. C., & Pribor, E. F. (1993). A calendar savant with autism and Tourette syndrome. Response to treatment and thoughts on the interrelationships of these conditions. *Ann Clin Psychiatry*, 5(2), 135-140.
- Nilsson, E. W., Gillberg, C., Gillberg, I. C., & Rastam, M. (1999). Ten-year follow-up of adolescent-onset anorexia nervosa: personality disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 38(11), 1389-1395.
- Ozaki, N., Goldman, D., Kaye, W. H., Plotnicov, K., Greenberg, B. D., Lappalainen, J., et al. (2003). Serotonin transporter missense mutation associated with a complex neuropsychiatric phenotype. *Mol Psychiatry*, 8(11), 895, 933-896.
- Piven, J., Harper, J., Palmer, P., & Arndt, S. (1996). Course of behavioral change in autism: a retrospective study of high-IQ adolescents and adults. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 35(4), 523-529.
- Piven, J., Palmer, P., Jacobi, D., Childress, D., & Arndt, S. (1997). Broader autism phenotype: evidence from a family history study of multiple-incidence autism families. *Am J Psychiatry*, 154(2), 185-190.
- Rapoport, J. L., Swedo, S. E., & Leonard, H. L. (1992). Childhood obsessive compulsive disorder. *J Clin Psychiatry*, 53 Suppl, 11-16.
- Reaven, J., & Hepburn, S. (2003). Cognitive-behavioral treatment of obsessive-compulsive disorder in a child with Asperger syndrome: a case report. *Autism*, 7(2), 145-164.

- Skoog, G., & Skoog, I. (1999). A 40-year follow-up of patients with obsessive-compulsive disorder. *Arch Gen Psychiatry*, 56(2), 121-127.
- Sobin, C., Blundell, M. L., Weiller, F., Gavigan, C., Haiman, C., & Karayiorgou, M. (2000). Evidence of a schizotypy subtype in OCD. *J Psychiatr Res*, 34(1), 15-24.
- Steketee, G., Eisen, J., Dyck, I., Warshaw, M., & Rasmussen, S. (1999). Predictors of course in obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Res*, 89(3), 229-238.
- Storch, D. D. (1999). Medication-induced hypomania in Asperger's disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 38(2), 110-111.
- Szatmari, P. (1998). Differential Diagnosis of Asperger Disorder. In E. Schopler & G. B. Mesibov (Eds.), *Asperger Syndrome or High-Functioning Autism? Current issues in Autism*. New York: Plenum.
- Tallis, F. (1995). Obsessive compulsive disorder. A cognitive and neuropsychological perspective. Chichester: John Wiley & sons.
- Tallis, F., Pratt, P., & Jamani, N. (1999). Obsessive compulsive disorder, checking, and non-verbal memory: a neuropsychological investigation. *Behav Res Ther*, 37(2), 161-166.
- Tantam, D. (2000). Psychological disorder in adolescents and adults with Asperger syndrome. *Autism*, 4(1), 47-62.
- Thomsen, P. H. (1995). Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. A 6-22 year follow-up study of social outcome. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 4(2), 112-122.
- Thomsen, P. H. (2000). Obsessions: the impact and treatment of obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. *J Psychopharmacol*, 14(2 Suppl 1), S31-37.
- Tonge, B. J., Brereton, A. V., Gray, K. M., & Einfeld, S. L. (1999). Behavioural and emotional disturbance in high-functioning autism and Asperger syndrome. *Autism*, 3(2), 117-130.
- Turner, M. (1999). Annotation: Repetitive behaviour in autism: a review of psychological research. *J Child Psychol Psychiatry*, 40(6), 839-849.