



Fordypningsoppgave

VPH705 Psykisk helsearbeid

"Kan kognitiv terapi ha effekt på angst hos mennesker med Aspergers syndrom?"

Ann Kristin Torset Farstad

Totalt antall sider inkludert forsiden: 27

Molde, 10.04.10



Publiseringsavtale

Tittel på norsk: "Kan kognitiv terapi ha effekt på angst hos mennesker med Aspergers syndrom?"

Tittel på engelsk:

Forfatter(e): Ann Kristin Torset Farstad

Fagkode: VPH705

Studiepoeng: 9

Årstall: 2010

Veileder: Karl Yngvar Dale

Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten (Åndsverkloven, §2).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage HiM med forfatter(ne)s godkjenning.

Oppgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

Jeg/vi gir herved Høgskolen i Molde en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:

ja nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

ja nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja nei

Er oppgaven unntatt offentlighet?

ja nei

(inneholder taushetsbelagt informasjon. Jfr. Offl. §13/Fvl. §13)

Dato: 10.04.10

Antall ord totalt: 8452

SAMMENDRAG

Aspergers syndrom (AS) er en medfødt personlighetsvariant som hører hjemme innenfor autismspekteret. For få år siden var denne diagnosen ukjent for de fleste, men har i de siste årene gått over til å bli et velkjent begrep i samfunnet.

Forskning viser at mennesker med Asperger har betydelige problemer når det gjelder sosialt samspill med andre mennesker. De har i tillegg stort behov for struktur og forutsigbarhet . Denne kombinasjonen gjør at de er svært utsatte for å utvikle angst. Tony Attwood (2000) regnes som en ”guru” innenfor forskning på Aspergers syndrom, og har gjort en rekke undersøkelser på barn og unge med AS som kan dokumentere nettopp dette.

Kognitiv terapi anses å ha en god dokumentert effekt på mennesker med angst, og det er utviklet et eget treningsprogram (Kognitivt adferdsterapi) mot angst for de med AS . Narrativet i teksten omhandler en godt voksen mann på 40 år med denne diagnosen, som har et godt etablert adferdsmønster. utfordringa er således om forskning på barn og unge kan overføres på voksne mennesker som fikk diagnose på et sent tidspunkt.

Det er ingen tvil om at forskning kan dokumentere at kognitiv terapi kan ha effekt på angst, også hos de med AS. Spørsmålet er i hvilken grad det virker, og om man kan bli kvitt den for godt hos mennesker innen autismspekteret.

Innhold

INTRODUKSJON	1
PROBLEMSTILLING	3
TEORI	4
Hva er Aspergers syndrom?	4
Hvorfor så ofte angst hos mennesker med AS?	5
Hovedprinsipper i kognitiv terapi	6
EMPIRI	10
DISKUSJON	13
Kan kognitiv terapi ha effekt på angst hos mennesker med Aspergers syndrom?	13
Særskilt fokus på mestringsstrategier	18
KONKLUSJON	21
REFERANSER	23

INTRODUKSJON

Aspergers syndrom (AS) er en medfødt utviklingsforstyrrelse eller nevrologisk betinget personlighetsvariant hos mennesker som kan ha vansker med sosial omgang og kommunikasjon. Disse menneskene kan også ha uvanlige evner eller kunnskaper innenfor visse områder eller fag. AS kjennetegnes ved milde autistiske trekk og kalles ofte høytfungerende autisme. Denne personlighetstypen ble først beskrevet vitenskapelig av Hans Asperger i 1944, en østerriksk barnelege. Syndromet ble oppkalt etter ham for første gang i 1981 av den engelske psykologen Lorna Wing. (Attwood 2000).

For få år siden var det nesten ingen som hadde hørt om AS, men i dag finnes det barn med denne diagnosen på nesten hver eneste skole. Hans Asperger identifiserte et konsekvent adferdsmønster, hovedsakelig hos gutter. Dette mønsteret inkluderte manglende empati, liten evne til å etablere vennskap, enveismonologer, uvanlige og intense interesser og klossete bevegelser. Hans banebrytende arbeid fikk likevel ikke anerkjennelse før i 1990-årene. (Attwood 2000)

Dr. Tony Attwood har arbeidet med høytfungerende autister og barn og voksne med Aspergers syndrom i 30 år. Han har gjennom sin virksomhet som psykolog og forsker møtt rundt ett tusen mennesker med dette syndromet. Dr Attwood utformet kognitiv adferdsterapi (KAT) programmet ”å utforske følelser” i den hensikt å gi deltagerne et interessant og strukturert program, der målet er å muliggjøre kognitiv kontroll av følelser. Programmet ble laget for barn mellom 9 og 12 år, men kan også tilpasses barn og voksne. Det ble utviklet som behandling for angstlidelser og aggresjonsproblemer hos de med AS.

Forskningsstudier, klinisk erfaring og selvbiografier har bekreftet at personer med Asperger syndrom har betydelige vanskeligheter med å forstå og å uttrykke følelser, og at de derfor er i risikozonen for å utvikle angstlidelse eller aggresjonsproblemer. Ifølge Attwood/ Bjåstad (2009) er det først nylig at vi har begynt å lære hvordan man kan tilpasse effektive psykologiske behandlingsformer som kognitiv adferdsterapi for barn og unge med AS.

KAT har blitt utviklet og endret gjennom flere tiår og har ved bruk av kontrollerte forskningsstudier blitt validert som effektivt i å forandre hvordan en person tenker og

responderer på følelser som angst, tristhet og aggresjon. KAT programmet fokuserer på aspekter knyttet til kognitive utfordringer og mangler i forhold til modenhet, kompleksitet, hvordan man tenker angående følelser, og kognitiv forvrengning (dysfunksjonell tenkning og feilaktige antakelser). Derfor er KAT anvendbar for barn og voksne med Asperger som har mangler og/eller forvrengninger i kognisjon angående tanker og følelser. Misforståelser av andres intensjoner, spesielt om en handling er gjort med vilje eller ikke, er et klassisk eksempel på dette. (Attwood/Bjåstad 2009)

Når det gjelder forskningsevidens, har KAT- programmet både for angst og aggresjon vært forsket på i Australia i randomiserte kontrollerte forsøk (RCT) med 65 barn på 10-12 år.. Forsøket viste at intervensjonsgruppen hadde signifikant bedring i forhold til angstsymptomer sammenlignet med kontrollgruppe. (Attwood/Bjåstad 2009) .

Attwood benytter det som betegnes som en ”emosjonell verktøykasse” som har til formål å ”reparere” følelser. Han deler denne inn i fysiske verktøy, avslapningsverktøy, sosiale verktøy, tankeverktøy og spesialinteresseverktøy. Jeg velger først og fremst å bruke tankeverktøy da denne ligger nærmest tradisjonell kognitiv terapi. De andre verktøyene heller litt mere mot adferdsterapi. Jeg vil likevel nevne litt om spesialinteresseverktøy da det også er relevant for narrativet mitt.

Etter grundig overveielse har jeg valgt å bruke en nær slektning av meg, Petter, som narrativ for å prøve å belyse et problem svært mange med Asperger sliter med, nemlig angst.. Jeg tenkte først at det kan være ei fallgrube på grunn av slektskapet, men samtidig er det noe jeg brenner så sterkt for at jeg valgte å skyve tvilen til side. Det er viktig for meg å fortelle hans historie, da det dessverre har vært begått mange feil fra helsevesenets side, både i form av feildiagnostisering og dermed feilmedisinering. Dessverre tror jeg ikke hans historie er enestående, og jeg synes det er desto viktigere å sette fokus på denne gruppen mennesker som så ofte kan bli misforstått.

I følge en spesialist jeg kjenner, er det så mange som 80 % av dem som sliter med dette. Asperger syndrom er en forholdsvis ny diagnose, jeg tror derfor at det kan finnes mørketall blant voksne, og at svært mange av dem har vært innom psykiatrien og muligens fått en helt annen diagnose. Symptomene kan i visse tilfeller forveksles med schizofreni, i form av isolering, kontaktvansker osv.(Cullberg 2005).

PROBLEMSTILLING

Kan kognitiv terapi ha effekt på angst hos mennesker med Aspergers syndrom?

Det sentrale spørsmålet blir således i hvilken grad man kan jobbe kognitivt overfor personer med AS, og hvilke utfordringer dette gir for hjelperen. Min rolle overfor Petter er at jeg er en nær slektning av han, og har kjent han hele livet. Samtidig er jeg fagperson og representant i ansvarsgruppa hans, som består av habiliteringsteam (to sosionomer), spesialist i nevrologi og på AS, psykiater, avdelingsleder i boligen og foreldrene hans. Siden jeg er pårørende også, vil jeg ikke ha mulighet til å utøve direkte terapi på han, men har mulighet til å innhente informasjon, påvirke og samarbeide med ansvarsgruppa.. Det blir derfor forsøkt utarbeidet hypoteser (antagelser) om hva jeg ville gjort ut fra teori og erfaringer jeg har i forhold til Petter.

Petter er en mann på 40 år med et etablert ”mønster” i forhold til angst og tvang. Samtidig har han vært testet av spesialister som har slått fast at funksjonsnivået på flere områder er på rundt 5 år. Attwoods forskning dreier seg mye om barn mellom 9 og 12 år.. Jeg vil her forsøke å trekke inn elementer både fra Attwoods KAT- program (jamfør . den ”emosjonelle verktøykasse”) og tradisjonell kognitiv terapi, da det finnes store likhetstrekk. Metodene anses å være relevante pga Petters relativt lave kognitive funksjonsnivå. Attwood selv mener at de til en viss grad kan generaliseres til voksne med AS også (2000).

Attwood (2000) nevner et eksempel om angstbehandling av en liten gutt ,som var redd stueplanter, og som gradvis ble oppmuntret til å godta en liten plante. Dette ble forsøkt på ei tid på dagen da han vanligvis slappet godt av, rett etter at han hadde badet. Til å begynne med befant han seg i andre enden av rommet, etter hvert ble planten satt på et bord ved siden av han. Denne enkle prosedyren fungerte bra, men problemet ble å generalisere erfaringen fra en situasjon til en annen. Moren fortalte at han har godtatt ”treningsplanten”, men at en ny plante får han til å gå berserk”. Til tross for dette har det ofte vært vellykket å gi barnet noe godt å spise, f. eks. sjokolade, eller fått det til å tenke positive tanker i sammenheng med den fryktede gjenstanden eller situasjonen. Dette eksempelet viser nettopp hvilke utfordringer man kan stå overfor med personer med Asperger syndrom, og Petter er intet unntak.

TEORI

Hva er Aspergers syndrom?

I følge ICD-10 (Internasjonal statistisk klassifikasjon av sykdommer og beslektede helseproblemer 1996) kan Aspergers syndrom beskrives slik:

Aspergers syndrom er karakterisert ved en gjennomgripende alvorlig forstyrrelse i

*Sosialt samspill

*Kommunikasjon

*Begrenset, stereotypt repertoar av interesser og aktiviteter

Syndromet skiller seg fra autisme ved at det ikke foreligger generell forsinkelse, hemming av språket eller kognitiv utvikling. Tilstanden er ofte forbundet med uttalt klossethet. Psykotiske episoder kan opptre tidlig i voksen alder. (ICD-10 1996).

Under puberteten kan noen med AS utvikle psykose. Dette kan henge sammen med frustrasjon og det å bli misoppfattet over tid. Disse personene bør ikke behandles med antipsykotika. Som voksne kan de bli feildiagnostisert som grensepsykotiske, paranoide, schizoide og lignende. (Cullberg 2005). Cullberg hevder videre at: *"Det skjuler seg sannsynligvis mange Aspergere bak betegnelsen "symptomfattige schizofrenier), og at det trolig er mange som derfor plages med meningsløs antipsykotisk behandling."* (2005 s. 161) Attwood påpeker at: *"Hvis en psykiater spør en person med Asperger om han hører stemmer, er det stor sannsynlighet for at han vil svare ja. Det kommer av at han tar spørsmålet bokstavelig og ikke forstår den skjulte hensikten bak spørsmålet."* (2000 s 172.). Ved nærmere undersøkelse kan det være at vedkommende f. eks. hører stemmer fra naborommet.

Forekomsten er 0,4 % av befolkningen, og at det er 8 ganger flere gutter enn jenter. Og at gjennomsnittsalder for diagnose ligger på 11,6 år.

Årsakene er trolig mange. En medfødt sårbarhet kan spille inn i tillegg til utløsende faktorer. Forskning som bruker ny nevro-imaging teknologi har identifisert strukturelle og

funksjonelle abnormaliteter i amygdala hos personer med AS. Amygdala er en del av hjernen som er kjent for å regulere følelser som aggresjon, frykt og tristhet. Det finnes altså nevroanatometisk bevis for at personer med Asperger har utfordringer når det gjelder oppfatning og regulering av følelser. (Attwood/Bjåstad 2009).

Hvorfor så ofte angst hos mennesker med AS?

Angst innbefatter en kompleks og bred kombinasjon av følelser, som frykt, engstelse, bekymring og panikk, og kroppslige symptomer som hjertebank, brystmerter, pustevansker, svette, svimmelhet, rødme og kvalme. Angst har gjennom utviklingen vært sett på som en viktig funksjon for å overleve og kan være en normal og adekvat reaksjon på ytre trusler. Angst kan sees på som en forsvarsmekanisme som forebereder kroppen på å flykte fra eller konfrontere (slåss mot) kilden som utgjør en trussel.

Angst kan derimot bli et problem og utvikle seg til en psykisk lidelse dersom angstreaksjonen er betydelig overdreven og ikke står i fornuftig forhold til en faktisk trussel. Feillæringer om eksterne trusler, som kan f. eks. være basert på overgeneralisering ut fra dårlige opplevelser, og/eller biologisk betingede sårbarheter, kan føre til problematiske angstreaksjoner. Angstlidelser er sammen med affektive lidelser de vanligste psykiske lidelsene vi har. Og så mange som 25 % av alle mennesker vil i løpet av livet oppfylle kriteriene til en eller flere angstlidelser (ICD-10 -F40)

Det finnes flere måter å behandle angst på, men generelt har kognitiv adferdsterapi dokumentert gode behandlingsresultater for å behandle angst. (Retterstøl 1998). Jeg kommer nærmere innpå dette under eget kapittel om kognitiv terapi.

Nyere undersøkelser viser at ulike angsttyper er mye mer utbredt blant personer med autismespektertilstander enn tidligere antatt. Årsakene til angst synes å være et resultat av ulike utviklingsmessige forløp, der både genetiske - og miljømessige faktorer spiller inn. Uheldige livserfaringer, vanskelige sosiale relasjoner, mobbing og trakassering og en erkjennelse av å ikke være som andre mennesker, kan lett føre til sosial angst og tilbaketrekking. (Kaaland 2009)

Attwood (2000) hevder at enhver form for sosial kontakt kan gjøre dem engstelige fordi de er usikre på hvordan de skal innlede en samtale, utvikle den og avslutte den. Naturlige forandringer i rutiner og forventninger kan resultere i sterke følelser av ubehag, og enkelte sanseopplevelser kan være uutholdelige. (F. eks. høye lyder, sterke lukter etc). De fleste kan bli beroliget med forsikringer om at det er ikke grunn til bekymring, men det er som om personer med AS har en medfødt angst som bare venter på en anledning til å slippe løs. Når et angstanfall er over, er det som om angsten flytter seg over til en annen situasjon, der de kan finne ny grunn til å engste seg. (Attwood 2000). Jeg vil komme nærmere inn på måter å takle angsten på under kognitiv terapi

Hovedprinsipper i kognitiv terapi

Kognitiv terapi ble utviklet rundt 1960 av Aron Beck i Philadelphia. Han var i utgangspunktet psykoanalytiker, men brøt etter hvert med den freudianske tradisjonen. Under studier av deprimerte pasienter, oppdaget han at symptomene ikke skyldes innadvendt sinn, men snarere en følelse av nederlag. På bakgrunn av dette utviklet han kognitiv terapi. Denne bygger på kognisjon; dvs. forestillingsarbeid. Den handler om informasjonsprosesser, hvordan vi innhenter, bearbeider og anvender informasjon. I dette inngår også tanker (hukommelse), følelser og opplevelser. Den har også elementer i seg fra Behaviorismen; dvs. adferdsterapi, men går mer mot opplevelse (Høstmark Nilsen og Vonder Lippe 2002)

Kognitiv terapi handler som beskrevet om hvordan vi tenker, føler og opplever ulike situasjoner. Som et redskap innenfor kognitiv terapi, bruker man en modell som heter ABC (Stiles 2007) (Berge og Repål 2010)

A-Activating event : Hendelse; hva utløser situasjonen?

B-Belief about- Tolkning-hva gjør du, hvordan tenker du? Kalles også filter/mottakssentral

C-Consequences of belief- Hvilke konsekvenser/ opplevelse får handlinga di?

Når det gjelder tolkning (B), kalles disse også for tolkningsskjema eller leveregler. Det er en måte å reagere på i en gitt situasjon som ofte er tillært fra barndommen av.

Tolknings skjemaene kan deles inn i tre:

Automatiske tanker: En tanke som oppstår i en gitt situasjon eller globalt(i alle situasjoner) Kan være positive og negative. F. eks. ”Jeg er flinkere enn alle andre til å gå på ski, jeg er alltid best i skiløypa. Negative kan ofte være ” Jeg er lat, mislykket og får ikke til noen ting”. ”Jeg får alltid angst når jeg skal gå tur.

Situasjonsbetinget tanke: Jeg får angst av å gå til og fra jobb (som i Petters tilfelle) og får angst bare ved tanken.

Globale tanker: En overordna følelse av å være mislykket, ikke bare i en situasjon, men i alle. ”Jeg klarer ingenting, det går alltid dårlig når jeg skal utføre noe. Eller Petter som omtrent har sluttet å gå tur fordi han tror han alltid får angst ved turgåing.

Hovedpoenget ved bruk av ABC modellen er at terapeuten holder seg på C-området, på opplevelsen. Terapeuten skal opptre som ”ikke viter” og stille ikkevitende sokratiske spørsmål, det vil si åpne spørsmål. Hvis man ikke gjør det, kan fallgruven være at terapien blir for problemfokuset og dirigerende,

ABC modellen kan sees på som et redskap for å utrede pasienten. Et eksempel for å oppsummere:

- A) Du ser en huggorm, hva gjør du
- B) Du løper/flykter unna
- C) Hvordan følte /opplevdes det

A blir utløser, B tolkninga og C opplevelsen.

Hovedmålet er å endre de automatiske tankene. På denne måten vil man kunne få andre A`er og C`er, jamfør ABC- modellen.

Kognitiv terapi har vist seg å være svært effektiv på depresjon og angst. Er ment som en korttidsterapi på ca. 15-20 timer. Kan forlenges ved behov.

Kognitiv terapi starter ved:

- *Ressurser/interesser for å inngå en allianse
- *Videre kartlegging av problemer/vansker her og nå
- *Legge en plan sammen med pasienten om tidsbruk/intervall
- *Hvilke mestringstrategier har pasienten fra før?
- *Tolknings skjema til pasienten
- *Gjerne en kasusformulering der terapeuten danner ei hypotese om hvordan vanskene kan forstås eller eventuelt endres.

Etter en grundig kartlegging hvor terapeuten har fokus på affektiv inntoning; dvs. å ”møte pasienten mest mulig hjemme” ved bruk av empati, kan man jobbe videre med ulike mestringsstrategier. (Berge/Repål 2010)(Stiles 2007).

Disse strategiene inndeles i følgende:

1) Kognitive mestringsstrategier

- *Oppmerksomhetsinnsnevring
- ”Et steg av gangen ved f.eks. høydeskrekk, gradvis nærme seg en buss hvis angst for dette.
- *Oppmerksomhetsskifte
- Avledning, f.eks. synger, nynner, teller for å unngå angst
- *Normalisering
- Normalisere negative automatiske tanker, ”er ikke bare jeg som har det”, hvilken grunn til å føle angst?
- *Motargumentering
- Så tvil om den oppfatning pasienten har er riktig. ”Er det slik at du alltid får angst av å gå tur?”, Hva kan skje på turen, hva er det verste som kan skje?

2) Adferdsstrategier

- *Øke fysisk aktivitet; gå tur/trene
- *Øke sosiale aktiviteter; ringe, besøk
- *Redusere aktivitet; ved negativ innvirkning fra relasjon
- *Adferdsekspertiment; eksponeringsterapi, utsette seg for noe man er redd for, for så å oppleve gradvis mestring

3) Sensorisk mestringsstrategi

*Syn/hørsel/lukt

F. eks. avlede med avslappende musikk for å unngå angst, Ipod hvis man hører stemmer

4) Fysiologiske mestringsstrategier

*Pusteteknikker ; f. eks. holde hånda på magen, puste rolig ved angstanfall

*Muskelavslapning; f. eks. avspenningsteknikker ved angst evt. med fysioterapeut.

(Berge og Repål 2010) (Stiles 2007)

Tankeverktøy (Attwood /Bjåstad 2009) er en kategori av aktiviteter og tanker som tester realismen og sannsynligheten for at fryktede situasjoner skal inntreffe. Lage en ”motgift mot giftige tanker” F. eks. ”jeg kan ikke gjøre det” (giftig tanke) ” blir nøytralisert av motgiften ”å spørre etter hjelp” er den smarteste måten å løse dette på. Symbolet kan f. eks. være et skrujern. Attwood anbefaler sine klienter å skrive ned ”motgift” på et kort og alltid ha det med seg.

Et annet tankeverktøy er å sette hendelser i perspektiv ved bruk av realitetssjekk. Metoden går ut på å bruke logikk og fakta ved å stille spørsmål som f. eks. ”vil det at andre barn mobber deg for din interesse for værmelding hindre deg i å bli en god meteorolog”?

Spesialinteresseverktøy kan også fungere bra på barn og voksne med Asperger. De kan oppleve intens glede når de bruker tid på sin spesialinteresse. Aktivitet kan noen ganger dominere all tankeaktivitet og samtidig ekskludere negative tanker og følelser som angst og aggresjon. Når personer med Asperger er ulykkelige, er ofte det å være alene og i full aktivitet med sin spesialinteresse det mest effektive de kan gjøre for å få kontroll over følelsene sine. En av karakteristikkene til spesialinteressene er at de ofte er repetitive, rutinepregede og ritualistiske.

I behavioristisk læringsteori er den repetitive handlingen en virksom form for negativ forsterkning siden den stopper den negative følelsen. Jo mer bekymring og uro, desto mer blir interessen påtrengende og bisarr og sammen med ekstremt stress kan det lett utvikle seg tvangshandling som minner om OCD (Obsessive compulsive disorder) (ICD-10-96) (Attwood/Bjåstad 2009).

EMPIRI

Petter er en mann på 40 år med Asperger syndrom, og han er også en nær slektning av meg. Jeg har kjent han hele livet og sett på nært hold hvordan en person med Asperger oppfører seg, og hvordan han har blitt forstått/misforstått av omverdenen. Jeg har innhentet opplysninger fra Petter selv, hans foreldre og tatt med de erfaringene jeg selv har i forhold til han.

En person som har diagnosen AS har en særegen måte å være på, noe som gjør at vedkommende lett kan komme i konflikt med omverdenen. Dette gjelder også for Petter. Allerede som 2-3 åring utmerket han seg fra jevnaldrende. Han var svært aktiv motorisk, og hadde ei hovedinteresse, nemlig ledninger og stikkontakter. Han viste liten interesse for andre barn, lekte helst alene. Han hadde normal språkutvikling, men var ”jegsvak” fram til 6-7 årsalder. Han omtalte seg selv som du.

Fra 9-10 årsalderen var han svært opptatt av geografi og værmelding. Han ”måtte” høre og se alle værmeldinger i radio og fjernsyn. Han husket hver eneste sending ordrett, og skrev det ned i en dagbok. Denne interessen fortsatte til han kom i tenårene. Han ble da lidenskapelig opptatt av musikk og programmet 10 i skuddet, som gikk på radio. Her ble resultatene sirlig nedskrevet i et eget system.

Det var fravær av venner stort sett gjennom hele oppveksten, og han ble utsatt for mye mobbing på skolen. Barn i nabolaget syntes han var ”rar” og mente han var hjerneskadet.

Petter har alltid vært avhengig av rutiner, og viste tidlig sterk angst ved brudd på disse. Dette gjorde seg særlig gjeldende ved ferier og lignende. Angsten tiltok i tenårene, og etter et mislykket forsøk på folkehøgskole, hadde han sin første tvangsinnleggelse på psykiatrisk avdeling nesten 17 år gammel. Han hadde fremdeles ingen kjent diagnose, annet enn at han som 4- åring ble sett på som et sterkt avvikende barn.

Bakgrunnen for innleggelsen var utagerende adferd på Folkehøgskolen, han ødela inventar og ropte og skrek i gangene. Han hadde til stadighet raseriutbrudd, og det ble vanskelig både for skolen og foreldrene å takle sinnet og fortvilelsen hans. Petter ble oppfattet som psykotisk pga utagering og ble derfor sterkt medisinert med antipsykotiske midler. Han

tålte dårlig denne type medisin, og fikk store plager med bivirkninger. Siden denne episoden var han inn og ut av psykiatrisk avdeling til han var ca. 25 år. Det ble prøvd ut en rekke forskjellige medisiner og endte til slutt opp med Leponex, som skulle være en ”vidundermedisin” praktisk talt uten bivirkninger.(uttalelse fra leger i avdelinga). De mente Petter hadde symptomer på schizofreni og at han hørte stemmer. Journalinnsyn viser også (ifølge foreldrene) at Borderline diagnose også har vært vurdert.

Han fikk til slutt diagnosen Asperger syndrom da han var 25 år gammel, hvor det også var innslag av Tourette syndrom. Da var det mange brikker som falt på plass. Det ble straks lettere å forstå hans særegne måte å være på. Asperger syndrom var for mange en nokså ny diagnose, også for fagfolk. Han ble derfor stående på Leponex da det ble sagt at det kunne være stor fare for psykose ved seponering.

Han fikk sin egen leilighet kort tid etter dette, med noen timer med hjemmetjeneste hver dag, samt dagtilbud. Han hadde på den tiden svært mye angst og tvang. Han var overdrevent renslig og vasket hendene sine til blodet rant. På det verste brukte han flere såpestykker pr. dag. Han var også redd for at noen skulle ta på de rene klærne hans i skapet, da kunne han ikke bruke dem. Hadde også angst for potteplanter.

Etter 2 år flyttet han til et høyere omsorgsnivå. Angsten bedret seg noe med mer personale på plass. Han ble boende der i 12 år før det ble det antydnet at han skulle flytte på ny, til en enda bedre bemannet bolig. I denne perioden kom angsten tilbake for fullt. Den utartet seg først ved at han ble sittende helt stille og se alvorlig ut. Han var blek, kaldsvettet og følte hjertebank (uttalelse fra han selv). Den kunne komme når som helst og hvor som helst, det var ikke noe fast mønster. Etter hvert ble angsten så lammende at han måtte legge seg i senga hver gang han fikk et ”anfall”, og det var relativt ofte.

For et år siden lærte han seg en ny mestringsstrategi, nemlig unngåelse. Han fikk så mye angst for angsten at han til slutt ikke ville noen verdens ting. Fra å være en turglad mann, har han nesten sluttet med dette fordi han er så redd for å få angst. Han har rett og slett utviklet en angst for angsten som er så sterk at det gir utslag i et ”tvangsrituale”. Han går rundt og sier :”Ingen angst i dag, men i morgen”. Dette gjentar han høyt i det uendelige,og både han og omgivelsene blir totalt utslitte. At andre blir utslitte, stiller han seg helt uforstående til. Når han blir bedt fint om å slutte å si dette, svarer han:” Jeg må bare si det,

jeg klarer ikke å la være!” Konsekvensen av lite fysisk aktivitet er overvekt og han har utviklet Diabetes type 2.

Han prøver nå å trappe ned med antipsykotisk medisin. Denne ser ikke ut til å ha noen som helst effekt på angsten. Etter snart 25 år med denne type medisin er det ikke bare å seponere. På grunn av langvarig bruk, kan han ifølge en spesialist (overlege i nevrologi) familien kjenner, ha utviklet tardive dyskinesier som Cullberg (2005) beskriver slik:

”Ekstrapyramidale-muskelkoordinerende kjerner i hjernen er blitt skadet av antipsykotikatilførsel slik at de fungerer på annen måte enn før. Tvangspregede grimaser, smatting, roterende tungebevegelser; tungen strekkes ufrivillig ut av munnen er eksempler på dette”. (s 280). Samme spesialist har uttalt at om han vil få disse bivirkningene ved seponering, vil bivirkningene mest sannsynlig være irreversible; dvs. at de vil vedvare selv om han trapper ned eller seponerer dosen. Han startet nedtrapping for ca. 3 mnd. siden, målet er å halvere dosen. Tiden vil vise om det går bra, det har det gjort hittil. Han virker litt mer våken og gir mer uttrykk for hva han ønsker. Tourette diagnosen han fikk som 25-åring har vist seg å være tourettisme, rett og slett bivirkning av langvarig medisinbruk. Denne diagnosen ble seponert for ca. 1 år siden.

Tilbake står en misforstått mann på 40 år med Aspergers syndrom, som dessverre fikk diagnosen altfor sent. Tester gjort av fagfolk, viser at han pr. i dag har et funksjonsnivå på lik linje med en femåring og at han kan ha fått en varig hjerneskade (uttalelse fra spesialist i ansvarsgruppa) pga. feilmedisinering. Spesialisten har likevel uttalt at han absolutt kan ha potensiale til å øke funksjonsnivået med riktig trening. Det hele avhenger av hvordan han vil fungere etter hvert som han får mindre medisin og i hvilken grad han evt. har fått en ervervet skade. Det har blitt hevdet i ettertid at all utageringen i tenårene kanskje ikke var psykoseutbrudd, men rett og slett sterk angst som ga seg utslag i aggresjon. Overfor pårørende har han aldri uttalt, og heller benektet at han har hørt stemmer. Siden en Asperger ofte er lojal, svarer han gjerne det som blir forventet av han.

DISKUSJON

Kan kognitiv terapi ha effekt på angst hos mennesker med Aspergers syndrom?

Jeg vil i det følgende ta utgangspunkt i både tradisjonell kognitiv terapi og Attwoods KAT- program. Dette fordi jeg antar at en kombinasjon av disse kan være effektiv.. Jeg vil komme inn på KAT- programmet under mestringsstrategier. Mye av forskningen til Attwood er på barn og unge, men han argumenterer for at den kan overføres til voksne også. Siden Petter på mange måter har funksjonsnivå som et barn, er det ikke usannsynlig at noen av teknikkene kan fungere i praksis. Utfordringa slik jeg ser det ,er at han er en ”godt etablert Asperger på 40 år med nokså fastgrodde adferdsmønstre. Spesialisten i ansvarsgruppa mener bestemt at det er potensiale til å bedre funksjonsnivået med disse teknikkene, og han anbefaler personalet rundt Petter å prøve KAT programmet til Attwood.

Innenfor kognitiv terapi starter man med å kartlegge ressursene og interessene til pasienten for å inngå en allianse. Affektiv inntoning; dvs.” å møte pasienten mest mulig hjemme” er viktig. Fokuset skal være på C-området, opplevelsen, jamfør ABC modellen. Mitt utgangspunkt er at jeg kjenner Petter godt fra før og at vi derfor allerede har en allianse. Hvis jeg ikke hadde hatt det, ville jeg brukt god tid på å bli kjent med han og funnet ut hva han liker å holde på med, hva som er viktig for han, hvilke ressurser han har osv.

Jeg går derfor videre til neste punkt, som er kartlegging av problemer/vansker her og nå. Jeg har hatt flere samtaler med Petter under prosessen, og vil i det følgende gjengi noen av samtalene vi har hatt. Jeg bruker betegnelsen T (terapeut) og P (Petter).

Vi hadde en samtale hjemme hos han her forleden som forløp omtrent sånn:

T: Hvordan er det for deg å ha angst?

P: Hva mener du med det?

T: Kan du fortelle hvordan det kjennes i kroppen din?

P: Jeg får vondt i magen.

T : Du sier du får vondt i magen. Er det noe annet du kjenner?

P: Jeg puster annerledes..

T: Blir det tungt å puste, er det det du mener?

P: Ja, hvordan visste du det?

T: Jeg gjettet siden du fortalte at pusten ble annerledes og fordi jeg vet at det ofte skjer når man har angst.

P: Å ja.

T: Hva skjer med deg når du har angst da?

P: Jeg blir urolig, blir ”ekkel” i kroppen.

T: Ekkel sier du? Kan du forklare det til meg?

P: Jeg blir redd og sliten.

T:Hva gjør du når du blir redd og sliten?

P:Jeg legger meg i senga.

T: Hjelper det å legge seg i senga?

P: Ja, det er bedre å ligge.

T: Hvor lenge ligger du da?

P: Vet ikke, står opp etter ei stund.

I denne samtalen har jeg forsøkt å få frem hvordan Petter opplever å ha angst. Jeg har forsøkt å stille noen åpne spørsmål. Problemet til Petter og andre med Asperger er at de sliter med å forstå hva andre mener og sier. Jeg har opplevd mange ganger at han ikke forstår hva jeg mener hvis spørsmålene blir for ”åpne”, og at jeg derfor ikke ”treffer han hjemme”.. Jeg tenker derfor at det er nyttig å dra inn noen ledende og tydelige spørsmål i kartlegginga samtidig som fokuset blir på C, opplevelsen. Jeg har diskutert nettopp dette med spesialisten i ansvarsgruppa. Han hevder at sjansen er større for at de svarer det de tror vi forventer ved åpne spørsmål enn ved ledende spørsmål. Dette fordi en med AS ikke lyver, han er ærlig og sier det slik han opplever det. Det er viktig å være konkret, for åpne spørsmål skaper forvirring og usikkerhet.

Neste samtale forløp omtrent sånn:

T: Du har tidligere sagt til meg at du får angst til og fra jobb. Hvordan går det nå, synes du?

P: Jeg får mest angst på vei hjem..

T:Det er på vei hjem du får mest angst?

P: Ja, det er bedre å gå til jobb.

T : Vet du hvorfor det er sånn?

P: Hva mener du?

T: Vet du hvorfor du får mer angst på vei hjem?

P: Vet ikke, er ofte sliten da:

T: Hva er det som gjør deg sliten på jobb da?

P: Det er vanskelig å være sammen med de andre, synes jeg.

T: Hva opplever du som vanskeligst?

P : Å prate med dem, vanskelig å vite hva jeg skal si til dem.

T: Synes du det hadde vært lettere å sitte alene og jobbe?

P: Jeg vil ikke det, jeg vil jo være sammen med de andre!

Dette er en sekvens jeg har hatt med Petter. Han fortalte at angsten oftest kommer etter jobb og når han skal til å gå hjem. Det kommer fram at han er sliten etter arbeidsdagen. Jeg har også spurt han om det er selve jobben han er sliten av, men det benekter han. Det er de sosiale situasjonene han blir sliten av. Han opplever det som vanskelig å ikke vite hva han skal snakke med de andre om, og det er jo et av hovedkjennetegnene med Asperger.

Faren til en med AS sa engang til meg at sønnen hans alltid var så utslitt og engstelig etter han vært i sosiale situasjoner. Han mente det var fordi han brukte lang tid etterpå til å analysere det de andre hadde sagt og hva de egentlig mente. Jeg undrer meg på om det ikke kan være slik for Petter også. Dette blir min kasusintervensjon i forhold til Petter, jeg lager en antagelse om hva vanskene kan skyldes. Petter får svært ofte angst i forbindelse med sosiale aktiviteter, og man kan derfor stille spørsmål ved om ikke all tankeaktiviteteten kan virke slik på han også.

En person med AS tolker alt bokstavelig og forstår ikke alltid humor og spøk, heller ikke ordspill. Jeg observerte han engang når en tredjepart fortalte om en annen person og avsluttet setningen med ”Det er der hunden ligger begravd!” Petter ble helt forferdet, han lurte på hvem sin hund som var død og hvordan det skjedde. Jeg sa en gang ”ris til egen bak”. Han reagerte på samme måte og sa til meg: ”Skal du rise noen, har du tenkt å slå noen og hvorfor det?”

I løpet av en dag kan det være mange slike situasjoner. For en person med Asperger er det vanskelig å forstå at andre ikke mener det de sier og at det derfor kan bli mange misforståelser. En person med AS er ærlig og sier det meste rett ut, og står i stor fare for å

fornærme andre, og dermed komme i konflikter. Petter har opplevd dette mange ganger, og foreldrene har fått høre flere ganger at gutten mangler grensesetting.

Petter har de siste 2 årene hatt mye angst i forbindelse med turgåing. Han har tidligere alltid likt turer i skog og mark, både sommer og vinter. Han har gått mange fotturer og vært på flere kjente fjelltopper. Han har også gått mye på ski.

I det siste har han vist sterk motstand mot å gå tur, og vil helst unngå det, særlig lange turer. Han sier han vil heller på biltur. Han har i senere tid lært seg en mestringsstrategi, eller nærmest et rituale hvor han går rundt og sier: ” **Ingen angst i dag, men i morgen**”. Det kan se ut som om dette bygger seg opp under turen og han kan ha en lang sekvens med enveismonolog etterpå hvor han sier: ”**Ingen angst i dag etter turen, nei, nei**” Jeg har spurt han hvorfor han sier dette, og han svarer at det er fordi han er så redd for å få angst. Det er vanskelig å ”nå inn” til han mens han holder på med ”ritualet” sitt. Jeg prøvde meg på en samtale for litt siden:

T: Hei Petter, hvordan har du det i dag?

P: Hei, ingen i dag, ingen angst i dag etter turen..

T: Mener du at du ikke fikk angst i dag?

P: Ja, ingen i dag men i morgen..

T: Tenker du da at du får angst i morgen?

P: Ja, ingen i dag..

T: Ingen i dag?

Jeg har erfart at det av og til nytter å gjenta det han sier. Det er akkurat som om han trenger en bekreftelse på at det er sånn og at det virker beroligende når noen andre sier det også. Jeg ber han av og til om å se meg inn i øynene, mens jeg gjentar: ” Ingen angst i dag, Petter”

Utfordringa er stor når Petter gjentar dette til det ekstreme. Det er da lett å dra paralleller til OCD og at det hele kan minne om et tvangsrituale som bare må gjennomføres. Det er vanskelig å nå inn til han mens han er på det ”stille”. Man må nesten vente til det gir seg. Han kan plutselig holde opp etter ei stund, og kan da være rolig og harmonisk ei god stund.
Jeg har forsøkt å spørre han litt om dette ritualet:

T: Jeg lurer litt på hvorfor du sier ”ingen angst i dag?”

P:Lurer du på det?

T:Ja, vil du prøve å forklare det til meg?

P: Jeg bare må si det, klarer ikke la være..

T: Du må bare si det?

P: Ja.

T: Hva sier andre da når du sier ”ingen angst i dag” mange ganger??

P: De blir sinte og irriterte og sier jeg skal holde opp.

T: Hva synes du om det?

P: Om hva da?

T: Om at andre blir sinte?

P:Jeg forstår ikke hvorfor, jeg blir lei meg. Jeg må jo bare si det, jeg klarer ikke å holde opp.

T: Hva tror du skjer hvis du ikke sier det?

P: Vet ikke, tror jeg får angst da.

T: Får du angst da hvis du ikke sier det?

P: Ja, jeg tror det og det vil jeg ikke ha, det er så slitsomt.

T: Hva er mest slitsomt da?

P: Hva mener du?

T: Hva er verst med angsten?

P: Jeg blir så sliten og urolig.

Petter viser ingen forståelse for at omgivelsene blir irritert på han. Jeg har sett på nært hold at han nesten kan drive folk til vanvidd med ritualet sitt. Han sier det høyt og forstår ikke at det ikke passer å si dette f. eks. i sosiale sammenhenger. Hans sosiale liv har derfor blitt mer innskrenket, noe han heller ikke forstår. Han pådrar seg mye negativ oppmerksomhet, både fra boligen, jobben og familien.

Petter klarer å sette ord på hvordan han opplever angsten, hva som skjer med kroppen osv. når han får tydelige spørsmål. Jeg har ved hjelp av kognitiv terapi forsøkt å kartlegge vanskene hans, samtidig som jeg har fokusert på hans opplevelse.

Når det gjelder tidsintervall, ser jeg for meg et langvarig forløp med fokus på trygghet, forutsigbarhet og repetisjoner i treningsprogrammet.

Særskilt fokus på mestringsstrategier

I det følgende vil jeg se på ulike mestringsstrategiene innenfor kognitiv terapi, og her trekke inn elementer fra Attwoods verktøykasse. Siden det ikke er mulighet til å følge opp mestringsstrategiene i praksis, blir det en antagelse om hva jeg tror ville fungert.

Petter har laget seg egne mestringsstrategier opp gjennom årene. Noen har fungert bra, mens andre har fått han inn i et spor det er vanskelig å komme ut av. Han har og har hatt mange negative automatiske tanker, både globale og situasjonsavhengige.

Turgåing var tidligere en lystbetont fritidsaktivitet, og var lenge hovedinteressen hans. Han har tidligere brukt økt aktivitet som mestringsstrategi når livet har vært vanskelig. Da han var yngre, kunne han ta seg lange fjellturer eller sykkelturner alene, og opplevde dette som positivt. Han følte seg da rolig og avslappet etterpå. De siste årene derimot, har det blitt helt motsatt. Han går sjelden lange turer alene og har fått en negativ automatisk tanke om at turer er forbundet med angst, og vil derfor prøve å unngå det. Angsten begynte med å være situasjonsavhengig, til og fra jobb og spesielt på hjemveien.. Den har i senere tid vist seg å være mer global av typen :”Jeg får alltid angst av å gå tur, og vil derfor unngå det”. For å unngå det, sier han: ”Ingen angst i dag, men i morgen”. Dette er en mestringsstrategi som ikke ser ut til å være hensiktsmessig. Han bruker mye energi, og får ofte angst selv om han sier det.. Det kan også virke som om han fokuserer så mye på at han ikke skal få angst at han rett og slett får det.

Når angsten kommer, bruker han en annen mestringsstrategi, han går og legger seg. Det kan fungere bra så lenge han er hjemme, men byr på visse problemer når han er borte på besøk, eller er ute og går tur.

Innenfor kognitiv terapi har man ulike mestringsstrategier. De kognitive omhandler blant annet oppmerksomhetsskifte og oppmerksomhetsinnsnevring. Er det da mulig å snu oppmerksomheten hans over på noe annet mens han f.eks. går tur?

Mennesker med AS har stort behov for struktur og forutsigbarhet. Tur på fremmede steder kan lett skape angst, men det samme skjer faktisk også på ”kjente ruter”, som på veien hjem fra jobb. Her er det viktig med godt planlagte turer. Petter bør få være med å

bestemme hvor han skal gå, finne ut hvor langt det er og når på dagen han skal gå. På denne måten vil det gi han mer trygghet og kontroll.

Det kan likevel virke som om angsten blir sterkere når han ikke vet målet med turen, hvor langt han skal gå. Spesialisten i ansvarsgruppa hevder at problemet kan være at han rett og slett ikke klarer å bedømme avstanden og ikke fysisk kan se målet. Her kan det tenkes at Attwoods treningsprogram kan være til nytte, og et av tankeverktøyene går ut på å finne motgift til giftige tanker. Kan man her anta at motgiften kan være å spørre om hjelp? F.eks. når Petter skal gå hjem fra jobb? Personalet har forsøkt å gå han i møte, og det ser ut til å ha hjulpet noe. Kanskje mobiltelefon kunne vært nyttig, og at han samtidig kunne vært utstyrt med en lapp i lomma hvor det står at han kan ringe etter hjelp når han får disse ”giftige” automatiske tankene.

Et annet tankeverktøy er motargumentering; å så tvil om hans oppfatning er riktig. Er det virkelig slik at han alltid får angst av å gå tur? Kan det like gjerne være at han ikke får det.? Hva er det verste som kan skje? På denne måten kan man teste realismen i de ”giftige” tankene.

Han var tidligere glad i musikk, og dette har vært forsøkt som mestringsstrategi med blandet hell. Det ble forsøkt med Ipod på arbeidsplassen for å prøve å motvirke at han irriterte kollegene sine ved å si ”ingen angst”. Petter opplevde det som vanskelig, og min teori er at det ble for mange sanseinntrykk på en gang. Han klarte rett og slett ikke å fordøye alt og samtidig beholde kontrollen. Musikk kan fungere bra når han er i trygge omgivelser. Min erfaring er at han ”lyser” opp når det spilles musikk han liker, og at det da kan gå an å avlede han fra angsten. Da han var yngre, stengte han av omgivelsene med å spille høy musikk. Han ønsket da å være i fred.

Situasjonen nå er at han i altfor mange år har vært behandlet med antipsykotisk medisin. Dette har gjort han mere ”avflatet” følelsesmessig. Han har derfor ikke så uttalte særinteresser lengre. Tidligere fungerte spesialinteresseverktøy veldig bra, og musikk hadde en beroligende virkning på han. Samtidig ble det nesten en besettelse, det var ”krise” dersom han ikke fikk med seg visse musikkprogrammer på radio, han utviklet nesten en tvang overfor dette. Attwood fremholder også dette i sin teori, og at tvangen til slutt kan minne om OCD.

Petter holder på med nedtrapping av medisin. Håpet er at han kan få igjen noen av særinteressene sine, da jeg tror det kan være lettere for han å bruke det som verktøy da. Han liker godt å gå på konserter, særlig med band som lager litt ”trøkk”. Han oppnår da en slags ”ekstaselignende tilstand”. Kanskje dette kan brukes som belønning for å nå målene? I alle fall kan det være verdt å prøve.

Det er viktig at målene settes sammen med Petter. En strukturert ukeplan må på plass, med få, men konkrete mål som inneholder gjentatte repetisjoner. Turgåing er viktig for å holde vekta nede, men Petter bør få bestemme når på dagen han vil gå tur og hvor langt. På denne måten kan han oppleve mestring og at målet til slutt kan være å gå fra A til B uten å få angst. Kanskje 15 minutter er nok de første dagene og så øke etter hvert. Det kan virke utfordrende å få det til, men kan være fullt mulig ved hjelp av mange repetisjoner og oppmuntring.

En annen mestringsstrategi er å øke sosiale aktiviteter. Dette fordi Petter ønsker dette, samtidig som han opplever det som vanskelig. Han går på sosial trening i regi av voksenopplæringa i kommunen. Målet der er å lettere kunne forholde seg til andre og treninga består av blant annet rollespill. Dette er i tråd med Attwoods KAT- program I tillegg går han på dans og drama, og det opplever han som positivt. Dansen ledes av fysioterapeut, og målet er muskelavslapning og koordinasjon. På denne måten blir også fysiologiske mestringsstrategier ivaretatt.

Attwood har ikke tatt med eksponeringsbehandling i selve KAT programmet, men anbefaler å trekke det inn. Utfordringa her er å få det til å fungere i praksis, jamfør gutten med potteplanta i eksempelet. Da Petter for en del år siden hadde mye tvang og angst i forhold til renslighet, ble det forsøkt med ”å trene på å være skitten på hendene”. Såpa ble porsjonert ut, og til slutt tatt bort pga ”hudløse” fingre. Dette skapte sterk angst hos Petter, og fungerte ikke etter intensjonen. Det handler etter alt å dømme om at mennesker med AS har et annet tankemønster og har problemer med å forstå hensikten med handlinga. ”Hvorfor skal jeg være skitten på hendene når jeg ikke vil det?” Det fungerte ikke for Petter.

KONKLUSJON

Det er åpenbart at man kan redusere angstnivået hos en person med Asperger ved hjelp av kognitiv terapi. Det er imidlertid mer uvisst om man ved hjelp av denne tilnærmingen kan bli kvitt angsten for godt.

Angst er i følge Attwood mer vanlig enn uvanlig hos de med AS, og han hevder at om de blir kvitt angst i en situasjon, venter de bare på en ny situasjon hvor den skal oppstå igjen. Dermed kan det være vanskelig å bli kvitt den for godt. Det vil være umulig for omgivelsene å tilstrebe struktur og forutsigbarhet i alle situasjoner. Det vil alltid være risiko for brudd i rutiner, sykt personale, avlyste turer pga dårlig vær, endring i planer osv. Dette vet man kan skape angst hos de med AS.

En av utfordringene kan også være at det til tider ikke er nok fagfolk rundt denne gruppen mennesker. Det vil i perioder være personale f.eks. i ferieavvikling og ved sykefravær som kanskje mangler den nødvendige kunnskapen som skal til for å skape trygghet. Petter har blant annet opplevd at han ble sendt på rommet sitt for å støvsuge fordi et av personalet ikke orket å høre på ”tvangsritualet” hans. Dette fungerte ikke etter intensjonen da Petter i tillegg misliker å støvsuge! Han opplevde det som straff uten å forstå hvorfor og ble engstelig. Kursing av personalet er derfor svært viktig, og det er etter min vurdering sannsynlig at KAT-programmet til Attwood kan være nyttig. Personalet rundt Petter har nå begynt å bruke elementer fra dette.

Slik jeg ser det er tankeverktøyet til Attwood viktig, blant annet for å lære seg å be om hjelp i gitte situasjoner. Det er fullt ut tenkelig at de med Asperger kan lære nye mestringsstrategier, men det vil kreve mye av omgivelsene. Det vil ta tid, og kanskje trenger de kontinuerlig trening for å vedlikeholde lærte funksjoner. Det store spørsmålet er om det er kapasitet til denne type trening fra personalet og familiens side.

Kognitiv terapi er den terapiformen jeg anser som mest strukturert, og at det kan føles trygt for personer som har sterkt behov for struktur og forutsigbarhet. Som alle andre teorier har den sine svakheter. Den kan lett bli for ”problemfokuseret” og terapeuten kan bli for dirigerende hvis man ikke fokuserer nok på opplevelsen. Jeg har forsøkt å være bevisst på

dette når jeg har snakket med Petter. For åpen spørsmålsstilling forvirrer han og fungerer ikke, jeg tenker derfor at det ikke ville fungert med f eks et systemisk perspektiv.

Min erfaring i denne prosessen er at kognitiv terapi fungerte fint i kartleggingsfasen. Jeg prøvde å ivareta opplevelsen til Petter, og jeg følte han klarte å formidle sine tanker rundt det å ha angst. Den største utfordringa er å identifisere hvilke mestringsstrategier som kan fungere i praksis. Han har som nevnt et godt etablert adferdsmønster og det vil kreve mye fra de som er rundt han for at han skal lykkes.

Det er viktig å ikke legge lista for høyt . Den største utfordringa blir nok å avvenne han fra å si ”Ingen angst i dag”. Dette har vist seg å være vanskelig i praksis. Håpet er at denne typen uhensiktsmessig mestringsstrategi kan forsvinne av seg selv ved at han gradvis får lære nye.

Trening i sosiale situasjoner er svært viktig, da dette ofte utløser angst .Utfordringa her kan være at det kan fungere i gitte rollespill, men at det kan være vanskelig å generalisere til andre situasjoner. Dette fordi sosiale settinger sjelden vil være like og at de er vanskelige å forutsi. I et rollespill kan man lære hva man skal si i spesifikke situasjoner, men slik er det ikke i det virkelige livet. Det vil ikke være mulig å forutsi samtaler mellom mennesker på forhånd. Uansett vil treninga være nyttig på den måten at personer med AS vil stå bedre rustet til å takle samhandling med andre.

Petter går spennende tider i møte i forhold til både treningsprogram og medisinedtrapping. Det har så langt gått bra i forhold til bivirkninger, Petter har ”våknet” mer til live, og gir mer uttrykk for hva han føler og opplever. Mitt håp er at han etter hvert kan få igjen ei spesialinteresse som f eks musikk da dette var et verktøy han hadde mye glede av tidligere og som hjalp han gjennom vanskelige perioder. Tiden vil vise hva som fungerer og ikke i praksis.

Målet mitt med denne oppgava har vært å sette fokus på et problem mange med AS sliter med. Jeg håper det jeg har funnet ut kan være til hjelp for Petter og kanskje andre med lignende vansker. Forskning kan dokumentere at det nytter med treningsprogram mot angst hos de med Asperger. Selv om mye av forskninga er rettet mot barn og unge, har jeg forhåpentligvis sannsynliggjort at det er mulig å overføre en del av det til voksne også.

REFERANSER

Attwood, Tony .2000.: Asperger syndrom. - *En håndbok for foreldre og fagfolk*, Norsk utgave NKS forlaget 3.opplag

Attwood Tony, Bjåstad Jon Fauskanger. 2009. *Asperger syndrom. Høytfungerende autisme og beslektede vansker. Å utforske følelser Kognitiv adferdsterapi for angstmestring.*, Oversatt og tilrettelagt til norsk av Jon Fauskanger Bjåstad. 1 utgave. Stavanger: Hertervig forlag/Stiftelsen Psykiatrisk Opplysning.

Berge; Torkel.og Arne Repål. 2010. "*Den indre samtalen*" – *Lær deg kognitiv terapi*. 3 utgave. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Cullberg; Johan.2005. *Psykosser-Et integrert perspektiv*, 2.utgave. Oslo: Universitetsforlaget

Gillberg, Christopher 1998.: *Barn ungdom og voksne med Asperger syndrom Normale, geniale nerder?* Ad Notam Gyldendal As

Høstmark Nielsen; Geir og, Anna Louise von der Lippe (red). 1993.: *Psykotterapi med voksne Fem perspektiver på teori og praksis*. Otta: Tano A.S

ICD-10.1996 .*Den internasjonale statistiske klassifikasjon av sykdommer og beslektede helseproblemer* 10. revisjon Norsk utgave , Statens helsetilsyn

Kaland, Nils. 2009. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening* Utg 3

Retterstøl, Nils 1998.: *Menneskesinnets irrganger* .Oslo:; Millenium forlag,

Stiles, Tore C. 2007.: *Lidelsesspesifikk kognitiv terapi*, Trondheim: Tapir Akademisk forlag