

## Tilpasset psykologisk behandling for voksne mennesker med Asperger syndrom

Torhild Melgård

## Tilpasset psykologisk behandling for voksne mennesker med Asperger syndrom

Mennesker med Asperger syndrom kan profittere på psykoterapi. Dette forutsetter spesiell tilrettelegging av terapien.

Asperger syndrom er en utviklingsforstyrrelse som kjennetegnes ved avvikende sosialt samspill, innsnevret, repetitiv og stereotyp atferd eller usedvanlige intense særinteresser (WHO, 1993/ 1997).

Man har ikke funnet det nevrobiologiske grunnlaget for Asperger syndrom eller andre tilstander innenfor autismspekteret. Likevel råder det enighet om at autisme skyldes en form for hjerneskade eller feilfunksjon i hjernen, selv om man ikke har klart å lokalisere på hvilket nivå denne skaden eller feilfunksjonen ligger anatomisk eller biokjemisk. Det er mulig at det på et dypere plan handler om en forstyrrelse av det medfødte system som vanligvis sørger for at ulike inntrykk og erfaringer tillegges forskjellig grad av følelsesmessig betydning. Mennesker med autisme eller Asperger syndrom synes å ha redusert eller helt manglende evne til å skille mellom det vesentlige og det uvesentlige (Wing, 1997).

I denne artikkelen vil jeg drøfte fruktbarheten av psykologisk behandling og psykoterapi med mennesker med Asperger syndrom. Foreløpig synes få å anvende psykoterapi som metode i forhold til voksne mennesker med Asperger syndrom. Gjennom et kasuseksempel vil jeg forsøke å belyse utfordringer og problemstillinger knyttet til slik behandling. Klienten har gitt sitt samtykke til dette, men det er likevel foretatt endringer for å sikre anonymisering.

Funksjonsforstyrrelsen Asperger syndrom kan ikke helbredes ved hjelp av psykoterapi. Problemstillingen som søkes belyst i denne artikkelen er hvorvidt psykoterapi kan bedre funksjonsnivå og sekundærplager hos klientene. Hvilke tilpasninger kan gjøres for å gi dem økte muligheter til å oppleve terapeutiske samtaler som meningsfulle og endringsfremmende?

Det sies at mennesker med Asperger syndrom er sosialt blinde. For å danne oss et bilde av hvordan det er å ha dette syndromet, kan vi forestille oss at vi er sammen med mennesker fra en helt annen kultur. Vi forstår det rent leksikale språket, men det er også det hele. Vi vet ikke om det er vanlig å håndhilse, hvor mye blikkontakt som er vanlig uten å virke påtrengende og frekk, og hva som er vanlige samtaletemaer. Vi må rette vår oppmerksomhet mot elementer i det sosiale samspillet som vanligvis foregår automatisk. Slik samhandler mennesker med Asperger syndrom også med mennesker fra sin egen kultur. Dette innebærer at samtale som behandling blir en stor utfordring.

## Diagnostisering

Den østerrikske barnelegen Hans Asperger (1944/1999) beskrev en tilstand observert hos en gruppe barn: naivitet, vansker med sosialt samspill, intens interesse for ensporet aktivitet (særinteresser), velutviklet ordforråd og setningsbygning, men et monotont talespråk, dårlig motorisk koordinasjon, intelligensnivå rundt eller over gjennomsnittet, noen med spesifikke lærevansker. Asperger fant at foreldrene ikke observerte noe uvanlig hos sine barn før etter tre års alder.

I ICD-10 (WHO, 1993/1997) er Asperger syndrom inkludert som en diagnose under gjennomgripende utviklingsforstyrrelser. Wing (1997) fremholder at både Kanners autisme og Asperger syndrom er to undergrupper av en «vifte» bestående av flere forstyrrelser som rammer sosialt samspill og kommunikasjon. Hun mener at man foreløpig kun har kommet et lite stykke på vei når det gjelder identifisering og differensiering av disse formene for utviklingsforstyrrelser.

Det som skiller Asperger syndrom fra infantil autisme, er at det ikke observeres en generell forsinkelse eller hemming av språklig og kognitiv utvikling. Ved infantil autisme etableres ofte ikke språkferdigheter med kommunikativ funksjon. Ved Asperger syndrom har språket kommunikativ funksjon, dog mest enveiskommunikasjon. Man sier at mennesker med autisme lever i sin egen verden, mens mennesker med Asperger syndrom lever i vår verden på sin egen måte. Mennesker med infantil autisme unngår som oftest øyekontakt, mens mennesker med Asperger syndrom invaderer andre mennesker med øyekontakt. Den sosiale prognosen anses som langt bedre enn ved infantil autisme (Ozonoff & Pennington, 1991; Schjølberg, 1997).

Skillet mellom Asperger syndrom og høyere fungerende autisme kan synes uklart. Gillberg (1998) fremholder at noen studier tyder på at en finner høyere IQ på gruppenivå hos Asperger-gruppen, mens denne forskjellen ikke fremkommer i andre studier. Mye tyder på at klossethet er mer vanlig hos Asperger-gruppen, når man kontrollerer for IQ. Imidlertid kan dette ha sammenheng med at Asperger-gruppen ofte mestrer mer generelt, og at klossetheten dermed kommer mer til syne (Gillberg, 1998).

Det eksisterer ulike syn på hensiktsmessigheten av å ha to kvalitativt forskjellige diagnoser, autisme og Asperger syndrom. Man kunne like gjerne tenkt seg én diagnose, der man heller så på graden av symptomer. Wing (1997) er en av dem som har kjempet for Asperger syndrom som egen diagnose. Hun argumenterer med at det å beholde dette som egen diagnose, medfører at man får et jevnt lite tilsig av feildiagnostiserte og nyoppdagede, voksne mennesker med Asperger syndrom fra psykisk helsevern. Disse menneskene ville ikke favnes av en mer tradisjonell autismeforståelse,

og samtidig nyttiggjør de seg i liten grad vanlige behandlingsformer innenfor psykisk helsevern (Schjølberg, 1997; Szatmari, 1991; Wing, 1981).

Det er ikke uvanlig at psykotiske episoder kan opptre, gjerne tidlig i voksenalder, hos mennesker med Asperger syndrom. Dette medfører at man også trenger en differensialdiagnostisk avklaring i forhold til utvikling av schizofreni. Voksne mennesker med emosjonelle forstyrrelser har gjerne hatt et mindre påfallende utviklingsforløp i sine første leveår, enn mennesker med Asperger syndrom, slik at dette blir et viktig holdepunkt i diagnostiseringsarbeidet. Imidlertid kan enkelte barn være så emosjonelt forstyrrede at differensialdiagnostikken blir krevende. Med tanke på diagnostisering av barn, blir det i tillegg vesentlig å skille tilstandsbildet fra andre former for utviklingsforstyrrelser, så som språkutviklingsforstyrrelser og tvangslidelser (Schjølberg, 1997).

Asperger syndrom har fellestrekk med flere personlighetsforstyrrelser, som schizoid personlighetsforstyrrelse og antisosial personlighetsforstyrrelse (Gillberg, 1998). Jeg har også opplevd at Asperger-klienter har fått diagnosen usta-bil personlighetsforstyrrelse. Det var da særlig tendensen til å komme i konflikt med mennesker i omgivelsene som var lagt til grunn. Feildiagnostisering i form av personlighetsforstyrrelse har sammenheng med en for dårlig kartlegging av klientens utvikling i barneårene (Schjølberg, 1997).

*Det sies at mennesker med Asperger syndrom er sosialt blinde*

## Psykoterapi

Mennesker med Asperger syndrom synes å være mer utsatt for å utvikle ulike former for psykiske lidelser; både angstlidelser, tvangslidelser og psykose. Dette har sannsynligvis sammenheng med redusert evne til å sortere og bearbeide inntrykk. Hverdagen blir dermed mer belastende enn den er for de fleste andre mennesker (Schjølberg 1997).

Traumer og belastninger i form av grenseoverskridelser og seksuelle overgrep synes også mer utbredt (Karlsen, 2000). Dette kan ha sammenheng med at overgripere oppfatter at mennesker med Asperger syndrom fremstår som naive, og dermed lettere å utnytte. Kombinert med manglende evne til å ta signaler eller forvarsler på at en faretruende situasjon er i ferd med å oppstå, synes resultatet å bli en økt risiko for å oppleve traumatiske hendelser.

Det at mennesker med Asperger syndrom synes mer utsatt for både psykiske lidelser og traumatiske opplevelser, skulle tilsi at dette er en gruppe mennesker som kan trenge hjelp,

ikke bare med sin grunnlidelse, men også med sekundærplager, komorbide lidelser og psykiske belastningslidelser.

### **Forskning på psykoterapi**

Det synes ikke å være mange som har anvendt psykoterapi i arbeidet med voksne klienter med Asperger syndrom, men det er publisert noen artikler. Den svenske psykologen Lögdahl (1996) identifiserte i arbeid med ungdom ulike faser i terapien. Hun erfarte at klienten i begynnelsen hadde sterkt behov for å snakke om sine særinteresser. Terapeuten var da lyttende og noe tilbakelemt. Senere kom gjerne en fase der klienten ble mer stille, og gradvis begynte å spørre om forhold han eller hun ikke forsto. Herfra syntes det langsomt å utvikle seg en økt evne til refleksjon, både om seg selv og andre mennesker. Grunnleggende i denne modellen var at terapeuten skulle lære seg i størst mulig grad å tenke som klienten, ikke forsere noe eller komme med egne temaer.

På bakgrunn av disse erfaringene utviklet Lögdahl et prosjekt som gikk over halvannet år. Seks ungdommer fikk terapi, og ble sammenholdt med en kontrollgruppe som ikke fikk individuell behandling. Både foreldre og skole rapporterte om fremgang hos elevene som fikk individuell behandling. For ungdommene i kontrollgruppen rapporterte foreldrene om en forverring. Skolen rapporterte om fremgang også for kontrollgruppen, men fremgangen var mindre enn i eksperimentgruppen. Resultatene tyder på at individuell behandling har stor betydning for fungering hjemme, og noe betydning for fungering på skolen, mens veiledning til foreldre og lærere først og fremst har effekt på fungering i skolen. Den viktigste effekten av individuelle samtaler var at ungdommene rapporterte at de følte seg forstått, og at de selv fikk hjelp til å forstå. Det ble ikke rapportert noen negative effekter av individuelle samtaler (Lögdahl, 1996).

Det er også rapportert enkelte kasusstudier der individuell psykoterapi er anvendt i forhold til mennesker med Asperger syndrom. Hare (1997) beskriver hvordan han brukte kognitiv atferdsterapi til å behandle depresjon og selvskading hos en ung mann. Stoddart (1999) rapporterer også om vellykket behandling av tre unge menn. Her ble det anvendt en kombinasjon av individualterapi og familierapi.

Karlsen (2000) gir en oversikt over de erfaringer som er publisert om terapi med barn og unge. Hun konkluderer med at det er terapeutiske muligheter for denne gruppen, under forutsetning av at terapeuten tar hensyn til klientenes særegne vansker, og våger å drive terapi også utenfor terapirommet. Karlsen fremholder at læring av metaforer ikke synes umulig for barn og ungdommer med Asperger syndrom, selv om de i utgangspunktet har en konkret språkforståelse. Det er vesentlig

å begynne med enkle metaforer, gjerne støttet av visuelt materiale. Metaforer som er knyttet til klientens interesseområde øker gjerne motivasjonen for å lære.

Et argument mot å anvende psykoterapi i forhold til mennesker med Asperger syndrom, er problemer med å generalisere kunnskap og ferdigheter til nye situasjoner. Marriage, Gordon og Brand (1995) hadde et prosjekt med gruppetrening av sosiale ferdigheter for gutter i alderen åtte til tolv år. Gruppelederne var i utgangspunktet klar over generaliseringsproblemet. Selv med tilrettelegging, der man vekslet lokaler og hvem som ledet gruppemøtene, fant man liten grad av generalisering av de konkrete ferdighetene man øvde på i gruppen. Imidlertid rapporterte foreldrene til barna at de så generell bedring i sosiale ferdigheter som å vise interesse for andre, øyekontakt og initiativ til kontakt med andre. Dette kan sies å være en form for generalisering. Imidlertid konkluderer Marriage et al. (1995) med at det er vanskelig å utforme gode verktøy for å måle generalisering av sosiale ferdigheter.

### **Kasuspresentasjon**

«Martin» er en mann i slutten av 20-årene. Vi har hatt kontakt over en periode på to år, det første året med ukentlige samtaler av én times varighet, deretter samtaler ca. hver annen uke. Da Martin ble henvist, hadde han nylig fått diagnosen Asperger syndrom. Han var i en vanskelig livssituasjon, der hverdagens krav hadde vokst han over hodet. Martin hadde store vansker med sosialt samspill. Han hadde mye angst og tvang. Hverdagen var preget av at det måtte være et visst system på mange detaljer, mens helheten i Martins liv syntes temmelig kaotisk. Eksempelvis måtte han ha partall av matsorter på tallerkenen når han spiste, men han hadde ikke klart å levere selvangivelsen på lenge. Hans tvang medførte også overspising og så stort væskeinntak at det var helseskadelig. Martin likte ikke kroppskontakt, og hadde påfallende blikkontakt. Han var særdeles var og ømfintlig for lyd og lukt. Ved sterk frustrasjon kunne Martin begynne å slå eller klype seg selv. Han var mye plaget av angst, og var også syns- og hørselshallusinert i en periode i begynnelsen av behandlingen. Martin hadde en særinteresse som oppslukte det meste av hans tid. Denne særinteressen kunne han tjene penger på. Hans kunnskaper og begavelse var her til glede og nytte for andre mennesker.

### **Refleksjoner rundt diagnosen**

Martin hadde gått i terapi tidligere. Dette var før han fikk diagnosen Asperger syndrom, og terapien ble gitt på en poliklinikk innenfor psykisk helsevern. Han ga uttrykk for at han hadde fått snakket

om seg selv, men at terapien ikke hadde vært til hjelp for hans problemer i hverdagen. Martin syntes også at han fikk forsterket sin opplevelse av å være rar og annerledes. Han hadde lest en del om sin egen diagnose. Likevel hadde han behov for å diskutere betydningen av hva han hadde lest, og få klarhet i en del misforståelser. Det var også behov for å gå gjennom hvilke kjennetegn ved diagnosen som passet Martin, og hvilke kjennetegn som ikke passet så godt. Vi brukte en del tid på å snakke om at mennesker ikke er sin diagnose. Det var vesentlig at jeg tok tilstrekkelig hensyn til hans begrensninger i forhold til fleksibel tenkning. Martin syntes det var forunderlig at andre mennesker med Asperger syndrom kunne være så forskjellig fra han. Samtidig var han klar på at han syntes at andre mennesker vanligvis fremsto som mer underlige og forskjellige fra han selv, enn andre mennesker med Asperger syndrom gjorde. Det enkleste for Martin hadde likevel vært om kjennetegnene ved syndromet var helt absolutte. Dette at noen har mye av enkelte kjennetegn og mindre av andre, var vanskelig for han å forstå.

### **Struktur og forutsigbarhet**

Martin brukte tid på å bli trygg på meg og kontoret mitt. Han likte ikke at bøker ble flyttet på fra gang til gang. Han likte heller ikke skrivebordsrotet mitt. Martin ville foretrukket at alle pinner og blokker lå symmetrisk, samt at jeg hadde kastet alt jeg ikke hadde to av. Videre syntes han det var forstyrrende med et par pyntegjenstander jeg hadde. Han stilte seg uforstående til min forklaring om at jeg hadde satt dem der for å gjøre det koseligere.

Martin likte best å komme til meg på en fast ukedag, og samme klokkeslett hver gang. Jeg valgte å komme ham i møte på dette i den grad det var mulig. Når jeg skulle på kurs eller liknende, taklet han endring av tidspunkter greit, når han var forberedt på det. Imidlertid ga han da alltid uttrykk for at han ikke likte slike endringer.

Det kan diskuteres hvorvidt man skal ta hensyn til klientens ønske om fast struktur, eller om man skal tenke på endringer i struktur som en mulighet for å øve opp fleksibilitet. Jeg så det som umulig å få til at mitt kontor kunne være ryddig etter Martins system. Blant annet går jeg ut fra at min arbeidsgiver ville ha vanskelig for å godta at jeg kastet alt kontorutstyr jeg ikke hadde to av. Likevel la jeg vekt på å ha et relativt ryddig kontor når Martin kom til meg, slik at det ikke skulle være så mye som distrahererte ham. Og mitt valg om å la han komme til et fast tidspunkt så langt dette var mulig, gjorde jeg ut fra tanken om at han til stadighet ble utsatt for situasjoner som krevde mer fleksibilitet enn han hadde. Sånn sett var livet i seg selv allerede fullt av utfordringer i forhold til opptrening av fleksibilitet.

### **Praktisk bistand**

I tillegg til hjelp med å tolke og sortere sine opplevelser, trengte Martin konkret hjelp med å organisere sin hverdag, og forslag til hvordan han skulle løse en rekke praktiske problemer. Martin var ikke registrert i det kommunale hjelpeapparatet. Hans diagnose ble av betydning for å få hjelp i det daglige. Jeg bisto Martin med å sette han i kontakt med mennesker ansatt i riktige instanser, og hjalp han med å forklare hva hans funksjonshemning innebar. Når han hadde fått bistand av andre til å håndtere de mest presserende dagligdagse vanskelighetene, ble det rom til å arbeide mer fokusert i terapien. Jeg måtte engasjere meg mer i denne praktiske bistanden i forhold til mine klienter med Asperger syndrom, enn jeg vanligvis gjør med andre klienter. Jeg så det som hensiktsmessig å være fleksibel her, og så at det dessuten var en forutsetning for å kunne arbeide terapeutisk i mer tradisjonell forstand. Dette blir i tråd med Karlsens (2000) synspunkter på nytten av en terapeut som er villig til å arbeide også utenfor terapirommet for denne klientgruppen.

### **Pedagogisk innslag**

Det pedagogiske innslaget har vært stort i mitt arbeid med mennesker med Asperger syndrom. Klientene trenger informasjon om diagnosen, og å få diskutert betydningen av denne, og hvordan syndromet arter seg hos den enkelte. Videre trenger de å snakke om vanskelige situasjoner som har oppstått i hverdagen siden sist. Det er behov for tilbakemelding på hva det var klienten misforsto i aktuelle situasjoner, og som dermed bidro til å skape vanskeligheter.

I og med at klientene er så funksjonshemmet med tanke på å forstå den felles sosiale virkeligheten, havner terapeuten lett i en ekspertrolle med større definisjonsmakt enn man vanligvis har som terapeut. Terapeuten må nøye vurdere de normer for sosial samhandling man bringer videre til klienten.

Martin hadde for vane å kommentere menneskers lukt, gjerne hvis han syntes den var ubehagelig. Dette medførte at andre ble fornærmet eller såret. Martin forsto ikke dette. Jeg tror ikke våre samtaler medførte økning i hans forståelse, men han lærte at selv om han ikke forsto det, ble mennesker flest såret av negative kommentarer på kroppslukt. Og Martin lærte at det ble upraktisk for han selv at andre ble såret eller fornærmet av disse kommentarene. Jeg vurderte at kommentarer på kroppslukt er ansett som så personlig i vår kultur, at det var rimelig å lære Martin at det var lurt å styre unna dette. Andre grenseoppganger, for eksempel hva slags komplimenter man kan gi, var ikke like entydige å formidle. Jeg var i løpende diskusjoner med kolleger om hvorvidt min formidling av sosiale normer til Martin var rimelig.



Martin og jeg brukte tid på å øve på en del ordtak og vanlige språklige uttrykk med dobbel betydning. Han lærte seg rent konkret betydningen av hvert enkelt uttrykk. Det syntes som om han nærmest lærte det utenat. Imidlertid kunne han gjenkjenne et innlært ordtak og forstå betydningen av det, når jeg blandet det inn i en annen samtale. Forståelse av et liknende ordtak så likevel ikke ut til å gjøre det lettere for han å slutte seg til betydningen av et ukjent ordtak.

Martin viste også tydelig problemer med generalisering. Likevel så det ut til å være nyttig for ham å lære seg enkelte kjøreregler, for i det minste å unngå noen av de fellene en vanlig hverdag inneholdt. Manglende evne til generalisering og abstrakt tenkning hos mennesker med Asperger syndrom, er ikke det samme som at de ikke nyttiggjør seg noe av det de lærer (Marriage et al., 1995). Læring av sosiale ferdigheter synes imidlertid å gå påfallende mye langsommere enn for eksempel innlæring av tekniske fakta. Dette spriket i funksjonsnivå bi-drar til at mange mennesker med Asperger syndrom blir møtt med lite forståelse. For folk flest blir det forunderlig at noen som er så smarte, samtidig kan være så sosialt ukloke.

### **Lytte til klientens monolog**

Mennesker med Asperger syndrom har på grunn av persepsjons- og fortolkningsproblemer en virkelighetsoppfatning som er mer forskjellig fra andre menneskers, enn det man kan kalle en vanlig subjektivitet. Da blir det særdeles viktig at terapeuten er grundig i sin utforskning av klientens oppfatninger og opplevelser, før man begynner endringsarbeidet. En måte å gjøre dette på, er å lytte oppmerksomt til klientens monolog, som gjerne er det som særpreger samtale den første tiden (Lögdahl, 1996).

Martin hadde stor glede av å snakke om sin særinteresse. For meg ble dette ofte interessant, selv om det kan kjennes uvant at en samtale i såvidt stor grad blir en relativt smalsporet monolog. Her var det en utfordring å leve opp til ønsket om å respektere Martins annerledeshet. Jeg tror aldri det falt Martin inn at noen kunne bli slitne av å snakke om et så spennende tema som hans særinteresse, for det ble han aldri selv.

Gradvis begynte Martin å dele sine bekymringer (jf. Lögdahl, 1996). De kunne i utgangspunktet være praktiske problemer som ved første øyekast fortonet seg små, men som når man kjente til Martins vanskeligheter, ble temmelig store. Andre praktiske problemer var av en slik karakter at selv jeg, som Martin etter hvert ga diagnosen «nevrologisk normal», med en gang forsto at de var vanskelige å håndtere.

*Jeg var i løpende diskusjoner med kolleger om hvorvidt min formidling av sosiale normer til Martin var rimelig*

### **Om å kjenne seg rar**

Flere måneder etter at vi begynte å snakke sammen, stilte Martin et spørsmål han skulle komme til å gjenta mange ganger senere: «Synes du jeg er rar?» Min erfaring er at mennesker med Asperger syndrom blir veldig usikre og forvirret dersom man møter spørsmål med motspørsmål som «Hva mener du med det?». Det fungerer best med konkrete svar. Jeg følte meg litt beklemt av Martins spørsmål. Jeg syntes jo egentlig at han var en ordentlig raring. Jeg valgte å være ærlig, og svarte: «Ja, jeg synes du er rar, og jeg liker deg veldig godt.» Dette ble et vendepunkt i terapien. Martin begynte nå å fortelle om hvordan han alltid har kjent seg rar. Han var annerledes enn sine søsken, og han opplevde at han ble forskjellsbehandlet. Han opplevde at han hadde blitt sett på som et slemme barn, uten at han hadde intensjoner om å være det. Martin delte mange opplevelser som han hadde kjent som vonde, og som også fremsto som uforståelige for han. Fra nå av syntes det som om Martin delte mer av sine innerste tanker med meg, og det begynte å utvikle seg følelsesmessige møtepunkter mellom oss i timene.

En dag fortalte Martin meg at han skammet seg veldig over at han ønsket å være en liten gutt. Denne trangen hadde etter hvert blitt så sterk at han drakk sjokolademelk av tåteflaske. Han var også svært opptatt av bamsene sine. Martin opplevde at han hadde mistet kontroll over blærefunksjonen. Dette syntes han var svært ubehagelig. Imidlertid opplevde han det som trygt og behagelig å bruke bleie. Denne trangen til å være liten, mente Martin hadde oppstått etter at han begynte med samtaler hos meg, og etter at hallusinasjonene han hadde en periode i begynnelsen av vår kontakt ble borte. Martin fortalte at han likte å tenke på meg som en slags mor for han. Hallusinasjonene Martin hadde, syntes å forsvinne da han fikk en liten dose nevroleptika, samt at han fikk svært tett oppfølging av meg en periode. Blant annet syntes hallusinasjonene å bli dempet av å få praktisk bistand med en del ting som skremte han.

Min hypotese er at Martins psykotiske symptomer ble erstattet med en meget sterk regresjonstrang. Dette var en utfordrende og lærerik erfaring for meg som terapeut. Fra studietiden hadde jeg mest erfaring med terapier med mestrings- og løsningsfokus. Sammen med Martin lærte jeg at mennesker av og til må få lov til å være så små og sårbare som de føler seg, før de orker å mestre så mye. Selv om Martin likte å kjenne seg som en liten gutt, skammet han seg også veldig over dette. Han forsto godt at voksne menn ikke pleier å gå med bleie eller drikke av tåteflaske. I tillegg hadde

han søkt på Internett, og funnet at voksne mennesker som gjerne vil være babyer, tente seksuelt på dette. Det gjorde ikke Martin, og han var temmelig sjokkert over det han hadde lest. Han kjente seg enda mer skamfull, og var redd for at noen skulle tro at han gikk med bleie fordi han tente på det.

Min erfaring er at mennesker med Asperger syndrom blir veldig usikre og forvirret dersom man møter spørsmål med motspørsmål som «Hva mener du med det?»

Jeg ble forvirret og usikker av Martins regresjon. Dette var som nevnt, langt fra de terapeutiske metodene jeg hadde lært å anvende. I tråd med overordnet tenkning innen terapi, valgte jeg å konsentrere meg om å møte ham der han var. Martin var redd for at han for alltid skulle ha trang til å bruke bleier og drikke av tåteflaske, siden det var så godt for han nå. Vi snakket mye om at den lille gutten ville orke å vokse seg større, når han ikke lenger var så sliten og overveldet av inntrykk som han var nå.

Etter hvert så det ut til at Martin kjente seg mindre presset. Vi begynte da å fokusere mer konkret på symptomer han opplevde som plagsomme. Ved hjelp av kartleggingsskjemaer og belønningssystemer fikk han gradvis mer kontroll over sitt store væskeinntak og overspising. For hver brusflaske mindre han klarte å drikke, satte han av penger som han kunne anvende til utstyr knyttet til sin særinteresse.

Vi brukte desensitivisering som tilnærming til Martins fobier. Han var blant annet redd for å gå i gress. Han tenkte alltid på at det kunne skjule seg en slange eller orm i gresset. Selv om han visste at det var usannsynlig, skremte denne tanken han sterkt. Vi øvde ved å snakke om å gå i gress, og ved å gå sammen i gresset på området rundt kontoret mitt. Deretter begynte han å gå alene i gresset, og fikk mer og mer avanserte hjemmeoppgaver. Gradvis overvant han fobien.

Bruk av metaforer i terapi med mennesker med Asperger syndrom kan være vanskelig på grunn av den konkrete språkforståelsen. Imidlertid forsøkte jeg å anvende metaforer som var tilpasset Martins «univers». Martin likte å reparere tekniske apparater. Når han skulle begynne med hjemmeoppgaver i forhold til tvangshandlinger og fobier, snakket vi om dette som en slags reparasjon. Martin var altså en reparatør som gikk ut for å «fikse» noe i sitt eget liv. Jeg tenkte også at denne metaforen kunne tjene som en eksternalisering, slik at han fikk nødvendig avstand til å nærme seg det vanskelige.

Da vi avsluttet terapien, var Martin fortsatt en raring. Han hadde sin særinteresse og sin spesielle kommunikasjonsmåte i behold. Imidlertid hadde han langt færre plagsomme symptomer. Han hadde en bedre tilrettelagt hverdag, og han mestret det meste av hverdagens krav. Han visste mer om hva han kunne gjøre når han ikke mestret. Martin hadde fått igjen kontrollen over blærefunksjonen. Han likte fortsatt å se på bamsene sine når han slappet av, men han var ikke lenger plaget av skam over dette. Martin var ikke lenger opptatt av å tenke på meg som en slags mor. I stedet var han forelsket i en kvinne med Asperger syndrom. De siste terapitimene ble mye preget av å snakke om hva han kunne gjøre for å nærme seg henne på en respektfull måte. Dette lyktes han i, og ved avslutning av terapien hadde han og kvinnen i alle fall utviklet et vennskap, og de møttes jevnlig.

### Diskusjon

Jeg vil fremholde at diagnostisering av Asperger syndrom er av betydning for å kunne gi egnet psykologisk behandling for en klientgruppe som ofte ikke profitterer på mer tradisjonelle behandlingsmetoder. Wings (1981) argumenter om behovet for Asperger syndrom som egen diagnose i tillegg til høyerefungerende autisme, er jeg mer usikker på holdbarheten av. Benevnelsen er ikke det viktigste, men heller erkjennelsen av at det finnes en gruppe mennesker i en slags «gråson» mellom autisme og psykiske lidelser, og at denne gruppen trenger utredning og behandling. Når begrepet Asperger syndrom nå har blitt så vidt kjent, kan pragmatiske hensyn tilsi at man fortsetter å bruke dette begrepet inntil videre. Samtidig vil fremtidig forskning antakelig medføre ytterligere identifisering og differensiering av lidelser innen denne «gråsonen», slik at begrepet Asperger syndrom kan bli erstattet av mer presise diagnostiske kategorier på sikt (Schjølberg, 1997).

Det er noen faktorer de fleste terapeuter vil enes om som grunnleggende i psykoterapeutisk behandling, uavhengig av metodisk og teoretisk ståsted. Et eksempel er å møte klienten der hun eller han er, ved å vise respekt for klientens kommunikasjonsstil, tanker og følelser. Tilpasning av prosessen til klientens eget tempo og ønsker om hva som skal være innholdet i terapien, er også vesentlig for å imøtekomme klienten. Det er av betydning at terapeuten viser interesse for å utforske klientens verden, før det velges kurs i endringsarbeidet. Disse grunnleggende aspektene ved terapi blir særlig nødvendige i terapi med mennesker med Asperger syndrom. Som terapeuter kan vi bli særdeles utfordret av denne klientgruppen. Det kan være provoserende med mennesker som utviser så spesiell

og til tider «frekk» atferd. Klienter med Asperger syndrom har slett ikke alltid opplevd at de har møtt velvilje hos terapeuter. En velvillig og aksepterende holdning er gunstig for denne klientgruppen.

Jeg har erfart at bruk av elementer fra kognitiv terapi har vært nyttig i arbeidet med mennesker med Asperger syndrom. Det strukturerte og konkrete ved denne tilnærmingen gjør den lettere å forholde seg til, enn for eksempel en åpen undring ville være. Struktur er mulig å skape innenfor rammen av flere terapeutiske metoder. Kognitiv terapi er imidlertid et strukturert terapeutisk opplegg i utgangspunktet, slik at man slipper omfattende tilpasninger for å kunne anvende det i forhold til mennesker med Asperger syndrom.

Ut fra de syndromspesifikke vanskene synes det opplagt at en del terapeutiske teknikker vil være kontraindisert, uavhengig av hvilken teoretisk referanseramme teknikkene er utviklet innenfor. Dette vil særlig være teknikker som åpen undring, det å møte spørsmål med motspørsmål og bruk av metaforer terapeuten ikke er sikker på at klienten har øvd inn og forstår.

Terapeutens vilje og evne til å tilpasse kommunikasjonsstil og metodisk tilnærming til klientens særegne vansker, er av avgjørende betydning. Disse tilpasningene kan være både uvanlige og krevende. Vilje til å arbeide utradisjonelt og ikke nødvendigvis inne på kontoret til enhver tid, vil være en fordel.

Et interessant spørsmål er hvorvidt et observert bedret funksjonsnivå etter psykoterapi, i hovedsak skyldes bedring av sekundærlidelser og komorbide lidelser. Kan mennesker med Asperger syndrom «snakke seg til» å fungere bedre, også med henblikk på de syndromspesifikke funksjonsvanskene? Dette ville det være interessant å utforske i en større studie av effekt av psykologisk behandling.

Uansett synes denne klientgruppen å kunne profitere på psykologisk behandling. Det forutsetter imidlertid særdeles stor grad av tilrettelegging. Det er vesentlig å skape struktur, forutsigbarhet og anvende et felles språk som ikke blir for abstrakt for klienten.

Torhild Melgård

Depotgt. 20, 2000 Lillestrøm

Tlf 63 80 15 08. E-post torhme@online.no

## Referanser

- Asperger, H. (1944/1991). «Autistic psychopathy» in childhood. I U. Frith (Ed.), *Autism and Asperger syndrome* (ss. 37–92). Cambridge: Cambridge University Press.
- Gillberg, C. (1998). Asperger syndrome and high-functioning autism. *British Journal of Psychiatry*, *172*, 200–209.
- Hare, D. J. (1997). The use of cognitive-behavioural therapy with people with Asperger syndrome. *Autism*, *1*, 215–225.
- Karlsen, K. (2000). Barn med Asperger syndrom. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, *37*, 908–914.
- Lögdahl, C. (1996). *Psykologisk behandling vid Asperger syndrom*. Landstinget Sörmland.
- Marriage, K. J., Gordon, V., & Brand, L. (1995). A social skills group for boys with Asperger's syndrome. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, *29*, 58–62.
- Ozonoff, S., & Pennington, B. F. (1991). Asperger's syndrome: Evidence of an empirical distinction from high-functioning autism. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *32*, 1107–1122.
- Schjølberg, S. (1997). Asperger syndrome. *Autisme i dag*, *24*, (1), 4–54.
- Stoddart, K. P. (1999). Adolescents with Asperger syndrome. Three case studies of individual and family therapy. *Autism*, *3*, 255–271.
- Szatmari, P. (1991). Asperger's syndrome: Diagnosis, treatment, and outcome. *Psychiatric Clinics of North America*, *14*, 81–93.
- WHO (1993). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders. Diagnostic criteria for research*. Geneva: World Health Organization.
- WHO (1997). *ICD-10. Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser. Klassifikation og diagnostiske kriterier*. København: Munksgaard.
- Wing, L. (1981). Asperger's syndrome: A clinical account. *Journal of Psychological Medicine*, *1*, 115–129.
- Wing, L. (1997). *Det autistiske spektrum*. København: Hans Reitzels forlag.
- Wing, L., & Gould, J. (1979). Severe impairments of social interaction and associated abnormalities in children: epidemiology and classification. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, *9*, 11–29.