

Å koble seg på en som er avkoblet

Guro Svane Bratset

psykologspesialist ved Nasjonalt kompetansesenter for nevroutviklingsforstyrrelser og hypersomnier (NevSom)
uxbrgd@ous-hf.no

Hvordan vekkes mistanke om autismespekterforstyrrelse i terapirommet? Og hvordan kan vi da legge til rette for god behandling?

I JOBBEN SOM PSYKOLOG møter man av og til pasienter som gir en annerledes type kontakt. De er ofte henvist med ønske om behandling av psykisk lidelse, men pasientens fremtoning gjør at terapeuten får mistanke om at det er noe mer. Kombinasjoner av annerledes kroppsspråk, monoton tale, særegne og oppslukende interesser og et selvcentrert språk kan gi en opplevelse av at pasienten ikke deltar i relasjonen. Mistanken om autismespekterforstyrrelse (ASD) kan ytterligere forsterkes når man gjennomgående ikke får blikkontakt, ikke klarer å lese følelser i pasientens ansiktsuttrykk eller kroppsspråk, og når pasienten ikke selv forteller om følelser, slik at kontakten blir kvalitativt annerledes enn med andre pasienter, uten at noe av dette er spesifikt for ASD. Når en terapeut møter en person med autisme, får dette implikasjoner for behandlingen og byr på ekstra utfordringer og ofte behov for et lengre behandlingsforløp. Her skal jeg ta for meg hvordan klinikerer kan komme på sporet av om det er en person med autisme som sitter i terapistolen. I tillegg vil jeg komme med noen generelle råd for terapeutisk behandling med disse pasientene. ASD og autisme brukes synonymt i teksten.

ASD er en gjennomgripende utviklingsforstyrrelse som kjennetegnes av kvalitative avvik når det gjelder gjensidig sosial interaksjon, kommunikasjon og språk, og et begrenset og repeterende mønster av aktiviteter og interesser (ICD-10, WHO, 1993). De kvalitative avvikene er gjennomgripende og preger personens fungering på tvers av alle situasjoner. Diagnosen innebærer en betydelig livslang sårbarhet. Det er vanlig å regne at autisme opptrer i omtrent 1 prosent av befolkningen (Lai, Lombardo & Baron-Cohen, 2014).

Utviklingsforløp og alvorlighetsgrad av kjernesymptomene på autisme, samt omfang av assosierte vansker, varierer sterkt fra individ til individ. Det er derfor vanlig å snakke om autismespekterforstyrrelser, med undergrupper som barneautisme og Asperger syndrom. Asperger syndrom kjennetegnes av normalt evne- og språknivå, selv om de fleste med diagnosen har vansker med sosial bruk av språket (pragmatiske språkvansker). Det er denne gruppen man vanligvis møter i psykisk helsevern for voksne.

Alene ble de gående og gruble for å forsøke å forstå det andre fanger opp intuitivt

Det er lettere å fange opp og diagnostisere barn med betydelig avvikende utvikling og alvorlige symptomer tidlig (Lai & Baron-Cohen, 2015) enn å oppdage sosiale og kommunikative vansker hos barn og voksne med høyt evnenivå og godt ordforråd. Autismen kan gå uoppdaget eller feildiagnostiseres (Tebartz van Elst, Pick, Biscaldi, Fangmeier & Riedel, 2013; Vannucchi, et al., 2014), samtidig som symptomene resulterer i negative sosiale konsekvenser, som det å bli oversett, avvist og gjort narr av uten at personen selv skjønner hvorfor (Gaus, 2011). Psykiatrisk komorbiditet hos

mennesker med ASD synes å være høy (Helverschou, Bakken & Martinsen, 2011; Hofvander et al., 2009).

Men hva er det hos pasienten og i kontakten med dem som gjør at mistanken om autismespekterforstyrrelse vekkes? Vignettene som følger, beskriver møter med personer som etter utredning fikk en ASD-diagnose (Asperger syndrom), og i tillegg også psykisk lidelse, og som alle hadde evner i normalområdet. Vignettene er hentet fra mine egne møter med pasienter i psykisk helsevern, fra poliklinikk og døgnposter, og er omskrevet for å anonymisere pasienthistoriene.¹

Anita

Anita (22 år) var henvist til døgnbehandling etter en akuttinnleggelse med psykose. Hun bodde hjemme hos sine foreldre, og hadde ikke fullført videregående. Foreldrene kom ofte på besøk, og fortalte at de syntes hun nå var seg selv igjen etter den psykotiske episoden.

Samtalene med Anita bar preg av en stor interesse for andre menneskers atferd, som noe som kunne studeres, og en manglende forståelse for hvordan hun selv påvirket andre med det hun sa og gjorde. Hun snakket med en saklighet i stemmen, om fakta, på en måte som kunne oppleves som belærende. Hennes stemme var monoton, med jevnt toneleie og fast rytme. Jeg opplevde henne som en ung dame med en noe naiv innstilling til verden, og med manglende evne til å ta en annens perspektiv. Hun kunne godt tenke seg å gjøre som andre for å være som andre, men ikke av de samme grunnene som andre:

«Jeg kan godt tenke meg å gifte meg, da er det kjolen jeg vil være opptatt av. Helst ville jeg da giftet meg med meg selv. Du har hvit genser, jeg har rosa.»

Uttalelsen belyste både et ønske om å være som andre (sammenlignet våre klesplagg, som også lignet) og en samtidig manglende interesse for den andre i nær relasjon (kan godt gifte seg, men ikke fordi partneren var en hun ville være nær). Når jeg observerte henne sammen med andre, kunne det virke som hun fortsatte å snakke om sitt uten å fange opp at de andre kjedet seg, at de ville avslutte samtalen eller ikke likte det hun sa eller gjorde. Til meg sa hun med et smil at alle var hennes venner, noe som forsterket min opplevelse av hennes sårbarhet.

Pasienten deltok i gruppeterapi. Hun fanget ikke opp det usagte som skjedde der, og merket ikke sanksjonene fra de andre. Det var tydelig at hun jobbet svært hardt for å passe inn, men ikke fikk til det sosiale spillet. Hun rakk opp hånden i gruppen, og spurte om lov til å få si noe. Ingen andre gruppe-medlemmer gjorde dette. Hun ønsket å bli en del av gjengen, men ble gående utenfor, og så ikke ut til å merke blikkene fra de andre.

Et følelsesmessig sammenbrudd kom etter at foreldrene hadde ryddet rommet hennes hjemme mens hun var innlagt. Hun ble fortvilet over at ikke tingene hennes lå slik de skulle, i system. Foreldrene opplevde dette som tvangsmessig atferd fra pasientens side, som også hadde klare ønsker om hvordan resten av huset skulle innredes.

Etter endt utredning ble fokus i behandlingen først og fremst et tett samarbeid med foreldrene, i det å forstå, og ikke minst akseptere, Anitas grunnleggende vansker. Med kunnskap om autisme kunne de møte hennes ønsker med større grad av forståelse og mindre irritasjon. Slik kunne de være med på å legge til rette og redusere stress rundt henne, og strukturere hverdagen på en bedre måte.

¹. Kasusfortellingene er fiktive. De er satt sammen ved hjelp av elementer fra mange saker, men er samtidig karakteristiske for denne gruppen pasienter.

Atle

Atle (42 år) var henvist til poliklinisk behandling etter et selvmordsforsøk. Han bodde alene, og hadde flere kortvarige kjæresteforhold bak seg. Arbeidsplassen hans var mannsdominert, og han fikk ofte panikkanfall der. På tross av sterk sosial angst fremsto han fast bestemt på å bli på en arbeidsplass som ikke syntes gunstig for ham. Han møtte alltid til timene i korte bukser og skjorte med vest.

Pasienten avviste ofte mine kommentarer, og repeterte ofte samtaletemaer. Han avbrøt meg stadig, tilsynelatende uten selv å reagere på det. Han kunne ofte ta opp tema som for meg var noe uvanlige i en terapeutisk setting, snakket ut fra egne tankerekker, som om neste tanke måtte uttales høyt idet tanken falt ham inn, og uten å skjønne hvor forvirrende det han fortalte kunne være:

Pasient: Gorillaer er sterkere enn sjimpanser, tror du jeg kunne slåss med en gorilla?

Terapeut: Gorillaer ... (får ikke fullført setning, blir avbrutt)

Pasient: Gorillaer er sjefen i flokken. Tror du jeg kunne slåss med en gorilla? Jeg har sett gorillaer, de er sterke, jeg kunne tatt en gorilla.

Terapeut: Gorillaer er farlige, man bør ikke slåss med gorillaer.

Det var som om han ønsket å holde selvopptatte monologer som ekskluderte meg, og når monologen hadde startet, var det ingen av-knapp. Samtalene bar også preg av at han ønsket svar, og samtidig hadde «bestemt» seg. Det var vanskelig å bevege ideen om å bli i jobben han mistrikket i. Han fremsto med sterk angst, var svært urolig, og ønsket at jeg skulle fortelle ham hva han måtte gjøre for å fungere sammen med kollegaene. Han stusset ofte over det jeg sa. Usikkerhet var svært forstyrrende for ham, og det var ikke rom for at vi kunne undre oss sammen.

I forsøket på å være terapeut var det som om min speiling ikke nådde frem, og mine åpne spørsmål førte kun til mer forvirring

Det kunne for meg virke som vår relasjon ikke utviklet seg over tid, han møtte til samtaler fordi han var blitt fortalt at det var slik det skulle være. Han ga etter hvert selv uttrykk for at nære relasjoner var noe av det vanskeligste han visste, både fordi han ikke visste «hva han skulle si», og fordi han hadde behov for mye stillhet og tid for seg selv for å «sortere tanker». Han grublet mye for å prøve å forstå andres atferd, og delte dette i timene:

Jeg ser forskjellen på et ekte smil og et falskt smil. På jobben i går var det en som ga meg et ekte smil i lunsjen. Jeg gikk bort og spurte om vi skulle finne på noe en dag. Han ga et ekte smil, men jeg forsto ikke kroppsspråket hans, fordi han, samtidig som han smilte, gikk vekk fra meg for å sette seg med noen andre. Det ble totalt forvirrende, og jeg gikk vekk.

Han forholdt seg bokstavelig til det han hørte og leste, som om informasjonen kunne plottes inn i et diagram med «hvis x, så y». Han så mye på fotball, og hadde et favorittlag som han kunne alt om, all detaljkunnskap om årstall, ledelse og spillere. Det som særlig var slående, var at han så alle kamper alene. Det at laget hadde lidd mange tap på rad, ble ifølge pasienten triggeren for selvmordsforsøket.

I terapien ble det avgjørende å skape struktur. Med utgangspunkt i panikkanfall og angst fikk han gradvis trene på å instruere seg selv. Vi måtte gå systematisk og detaljert til verks for at han skulle lære hva angst er, å håndtere noen situasjoner bedre og bli oppmerksom på hvilke vansker han

hadde i møte med andre. Store tilpasninger ble ikke foretatt på arbeidsplassen hans, men han fikk et «stille rom», der han kunne trekke seg tilbake. Etter nøye planlegging og rollespill med meg tok han initiativ til et par samtaler med ledelsen, som viste seg fruktbare sammenlignet med hvordan kommunikasjonen med dem hadde vært tidligere.

Edvard

Edvard (25 år) var henvist til poliklinisk behandling med alvorlig depresjon. Han hadde påbegynt studier ved en høyskole, og bodde i kollektiv. Når jeg så ham komme gående i korridoren på vei til mitt kontor, kom han alltid med stiv, marsjerende gange. Han så alltid forbi meg, som om han festet blikket på mitt øre, satt alltid rett i ryggen, og fremviste lite mimikk. I samtalene ga han lite respons, og det var vanskelig å få til en dialog. Han kunne fremføre lange monologer, og det kunne virke som om han ikke ønsket å bli forstyrret av mine spørsmål. Den ikke-verbale kommunikasjonen var han blind for.

Et tydelig fellestrekk ved alle de beskrevne pasientene var ensomhet. De hadde alle et ønske om mer sosial kontakt

Hans ønske om sosial kontakt var et gjennomgående tema. Han ville bli kjent med jenter, og dro ofte ut på kveldene for å studere sosialt samspill. Hukommelsen hans var svært god, og han leste utallige bøker om kommunikasjon, som han gjenfortalte til meg. Det var som om han studerte en fremmed verden der han satt utenfor og tittet inn. Når han brukte bøkene som manualer, syntes det å gi ham trygghet. Han kunne ofte stille spørsmål i timene for å prøve å forstå ikke-verbal kommunikasjon:

Hva betyr det hvis en jente smiler?

Edvard fortalte etter hvert om dramatiske hendelser fra tiden på ungdomsskolen, med mobbing fra andre elever og utestengelse. Han fortalte om dette uten å gi blikkontakt, uten gester og fortsatt med lite mimikk. Kombinasjonen av fattig mimikk, manglende følelsesuttrykk og det smertefulle i historien han fortalte, var forvirrende for meg. Jeg fikk en følelse av ikke å være i stand til å hjelpe.

Etter hvert fikk jeg lære at han ristet med benet når han var trist. Det hendte også at han gråt i timene. Selv om hans følelsesuttrykk ble tydeligere etter hvert, var det fremdeles slik at jeg opplevde en avkoblethet mellom oss. I behandlingen jobbet vi med tidligere traumer samt mestring av daglige utfordringer. Vi arbeidet med hevntanker etter opplevelsene på ungdomsskolen. Det var meningsfullt for ham å lage systematiske og nøyaktige, dog feilbarlige, oppskrifter på hvordan sosialt samspill kunne foregå. Sammen undersøkte Edvard og jeg hvilke handlingsalternativer han kunne ha i ulike situasjoner, blant annet for «hva betyr det, og hva kan skje, hvis en jente smiler?». Selv om han fortsatt opplevde å være på siden av mye av det sosiale samspillet etter endt behandling, var han mindre deprimert.

Kliniske kjennetegn

Hva var det i kontakten med disse pasientene som vekket mistanke om autisme? Hva gjorde at atferden ble forstått som noe mer enn depresjon, angst eller psykose? For å diagnostisere ASD var det avgjørende å få komparentopplysninger om oppvekst (Helverschou & Steindal, 2008),

enten fra foreldre eller andre nærpersioner. Under utredningene måtte jeg som behandler kartlegge om endringer i atferd var knyttet til symptomer på psykisk lidelse, og forsøke å skille disse fra symptomer på autismespekterforstyrrelse, som alltid hadde vært til stede. Den kliniske vurderingen inneholdt beskrivelser av væremåte som barn, vurderinger av sosialt samspill, intensitet i interesser og pragmatiske språkvansker samt symptomer på psykisk lidelse. Selv om ikke de beskrevne trekk i seg selv er spesifikke for autisme, var det noe annerledes, noe kvalitativt gjennomgripende i kontakten med pasientene som jeg reagerte på. I forsøket på å være terapeut var det som om min speiling ikke nådde frem, og mine åpne spørsmål førte kun til mer forvirring. Mine verktøy, som vanligvis fungerte med andre pasienter, fungerte ikke i disse situasjonene. Så hva var det å legge merke til?

Kroppsspråk og mimikk

I journal knyttet status presens-beskrivelser av ikke-verbalt språk og grad av mimikk til vurdering av psykiske lidelser generelt. Det var allikevel noe kvalitativt annerledes ved de beskrevne pasientenes kroppsspråk. Anita satt påfallende rett i ryggen, Atle kunne bli stående midt på gulvet på kontoret, og Edvard hadde en påfallende stiv gange. Alle de beskrevne pasientene hadde et kroppsspråk man la merke til, som ikke alltid var lett å forstå, og som ga et inntrykk av annerledeshet. De kunne ha lite eller unaturlig mimikk eller ansiktsuttrykk, og ga enten for lite eller for mye blikkontakt, som om blikket ikke ble regulert av den sosiale settingen, sosiale spilleregler eller tilbakemeldinger fra andre.

Jeg satt ofte igjen med følelsen av å være avvist og hjelpeløs. Samtidig vil jeg si at vi hadde en slags allianse

Monolog og egne tema

Særinteresser er et kjennetegn ved mennesker med Asperger syndrom (ICD-10, WHO, 1993). Pasientene kunne holde lange monologer om sine interesseområder uten tilsynelatende å legge merke til mine signaler. Atle fremførte monologer som var vanskelig å avbryte, og Edvard kunne fortsette på egne tema uavhengig av hva jeg spurte om. Anita snakket om sine interesser og alltid i et uvanlig monotont toneleie. Alle kunne snakke uavhengig av om andre som var til stede i rommet, syntes å lytte eller virket å kjede seg, som når Anita ikke fanget opp sanksjonene fra de andre i gruppesettingen. Alle kunne ofte gi uventede responser i samtale, som når Atle plutselig (for meg) begynte å snakke om gorillaer. Pasientene brøt normale konvensjoner, og fanget ikke opp det uskrevene, mellom linjene. Ofte repeterte pasientene budskapene sine, og krevde gehør fra sine omgivelser. De kunne fremvise rigid og ufleksibel atferd, ha vansker med å tilpasse seg endringer i rutiner, som nye tidspunkt for avtaler, som om struktur var noe de holdt fast i som en rettesnor.

Å studere verden utenifra

Ensomhet, sosial angst og depresjon er blant de tema som voksne mennesker med ASD rapporterer som problemer når de søker psykoterapi (Gaus, 2011). Et tydelig fellestrekk ved alle de beskrevne pasientene var ensomhet. De hadde alle et ønske om mer sosial kontakt (Strunz, et al., 2017), om å være «normal», som andre, og hadde et intenst ønske om hjelp. Ensomhet er selvfølgelig ikke spesifikt for autisme, men det var som om de levde på siden av fellesskapet, og søkte informasjon om eller regler for hva man skal og bør gjøre i ulike situasjoner. Edvard ønsket å treffe jenter, Anita ønsket å være som andre, og Atle ville bare passe inn. Alene ble de gående og gruble for å forsøke å forstå det andre fanger opp intuitivt.

Behovet for faktakunnskap

Pasientene hadde store vansker i møte med andre, både på skole, jobb og på fritiden, og måtte lære eksplisitt det de fleste lærer implisitt. Pasientene hadde preferanse for detaljer og faktakunnskap, også når det kom til sosialt samspill. De søkte informasjon, men det var som om de forholdt seg bokstavelig, som om det fantes en fasit, eller oppskrift på mellommenneskelig kontakt. De så ut til å miste det store bildet i sosiale settinger (Happé & Frith, 2006). I møtene med Edvard kunne jeg oppleve å være et slags oppslagsverk for ham, der han forventet å få svar fra meg så lenge han fortsatte å spørre. Hans frustrasjon var derimot stor når jeg ofte ikke kunne gi ham så konkrete og tydelige svar som han ønsket seg.

Mentaliseringsvansker

Det å forstå egne og andres mentale eller følelsmessige tilstander på bakgrunn av observerbar atferd ser ut til å være vanskelig for mennesker med autisme (Baron-Cohen, Leslie & Frith, 1985). Selv om mange voksne med ASD kan ha lært seg strategier for å håndtere kompliserte sosiale settinger, ser det ut til at den implisitte, automatiske og intuitive mentaliseringsevnen fortsatt er svekket. Som når Anita ikke så ut til å forstå andres ikke-verbale kommunikasjon i gruppen, og da Atle ikke syntes å høre det jeg hadde å si. Det var nødvendig å forsøke å skille symptomer på aktuell psykiske lidelse eller tilstand fra varige trekk. Igjen var det nærpersoners beskrivelser som var avgjørende i denne sammenheng, for å forstå hvordan personen alltid hadde vært, og hva som var annerledes nå.

Å være avkoblet

Sammen med de beskrevne trekk opplevde jeg at pasientene tilsynelatende kunne være relasjonelt og emosjonelt avkoblet under samtalen. Det var som om jeg ikke klarte å oppnå forbindelse, nå helt frem, og som om pasienten var heftet av relasjonen. Jeg opplevde å ikke kunne basere meg på relasjonene på samme måte som i møte med andre pasienter, og det syntes å bety lite hva jeg ga uttrykk for av medfølelse med dem. Jeg satt ofte igjen med følelsen av å være avvist og hjelpeløs. Samtidig vil jeg si at vi hadde en slags allianse. Anita, Atle og Edvard viste meg at arbeidet vårt var betydningsfullt, ved at de alle hadde et intenst ønske om hjelp og ba om informasjon. Flere ganger opplevde jeg også at budskap som jeg ikke trodde pasienten hadde fanget opp, allikevel dukket opp ved senere anledninger, og at jeg hadde tatt feil i mine antagelser om at pasienten ikke lyttet.

Behandlingstilpasninger

Tilpasset kognitiv atferdsterapi er anbefalt behandlingsmetodikk i møte med mennesker med ASD og psykiske lidelser. Høy grad av struktur, forutsigbarhet, oversikt og bruk av visualisering synes å være nyttig i slikt arbeid, samtidig som metodene må tilpasses den enkeltes utviklingsnivå og interesser. Det foreligger flere tilpassede manualer og litteratur som beskriver behandlingsmetodikk ved psykiske lidelser, spesifikt for mennesker med Asperger syndrom (Hellerschou, 2012; Wood et al., 2015), der man tar utgangspunkt i at sosiale forståelsesvansker og angst gjensidig kan forsterke hverandre (White et al., 2013).

I de beskrevne behandlingsforløpene var informasjon fra nærpersoner og samtidig klinisk skjønn avgjørende i diagnostiseringen av ASD. Det differensialdiagnostiske arbeidet krevde årvåkenhet når det gjaldt kartlegging av endringer i atferd og symptomer, og behandlingen krevde fokus på hva som kunne hjelpe den enkelte spesielt. Det var nyttig å forklare foreldre og arbeidsgivere hva autisme er, og hvordan situasjoner som går av seg selv for andre, kan bli mentalt overbelastende for en person med

ASD. Ved å forklare hvordan dagligdagse hendelser kan bli overveldende kognitivt for en person med ASD, kunne tolkningen hun har alvorlig tvang bli til hun er overveldet og har behov for struktur, og tolkningen han er vanskelig kunne bli til han er mentalt overbelastet og har behov for pause alene.

Behandlingen innebar at jeg i mindre grad kunne belage meg på det mellommenneskelige mellom meg som terapeut og pasienten. Metodene måtte innebære mer pedagogikk

Det var nødvendig med en helhetlig tenkning rundt pasientene. Endringer i omgivelsene og i forståelsen hos nærpåsoner førte til færre symptomer på psykisk lidelse. Slik vil behandlingen måtte dreie seg om den enkelte pasient og samtidig involvere personer og omgivelser rundt for å oppnå autismevennlig tilrettelegging og forståelse, og gjennom dette også reduksjon i psykisk lidelse.

Som terapeut måtte jeg legge mine vanlige verktøy til side, og være kreativ når det gjaldt å finne nye tydelige og gjerne håndfaste verktøy under samtale. Behandlingen innebar at jeg i mindre grad kunne belage meg på det mellommenneskelige mellom meg som terapeut og pasienten. Metodene måtte innebære mer pedagogikk der jeg var mer ryddig og strukturert, og der jeg forsøkte å unngå åpne, undrende spørsmål. Jeg måtte forholde meg mer som en pedagog eller personlig veileder.

Det var svært nyttig å bruke visualisering, med bruk av tavle, tegninger eller strukturerte skjema, som ga et eksternt fokus. Da behøvde vi ikke ha så mye øyekontakt, og pasientene så ut til å like det konkrete og tydeliggjørende ved dette.

Vi kunne bruke rollespill og trene på smalltalk (Statped, 2013) for å øke fleksibilitet og bygge et større repertoar for sosiale settinger. Selv om særinteresser dukket opp igjen i samtalen, kunne bruk av hjelpemidler som billedterninger som viste andre tema, være til hjelp i arbeidet mot den målsettingen vi sammen hadde satt, som med Edvard: å ha flere ting å si i møte med jenter.

Det var nyttig for meg å akseptere et fokus utover, mot situasjon og atferd, mer enn å tviholde på et fokus innover mot indre tilstandsbilder. Som i samarbeidet med Anitas foreldre, der vi fokuserte på å legge til rette i situasjoner, og som i arbeidet med Edvard, der vi forsøkte å lage oppskrifter på atferd mer enn å rette oppmerksomheten mot følelseslivet hans. Det var mye å hente på det å lære bort tilsynelatende åpenbare ting, og sette dette inn i anvendelige skjema.

Behandlingsgevinst

Med tilpassede verktøy vil man kunne behandle den psykiske lidelsen ved å ta hensyn til ASD. Fra min erfaring i psykisk helsevern antar jeg at vi kan bli bedre på å diagnostisere psykisk lidelse hos mennesker med autisme. Jeg erfarer også at tilrettelagt behandling virker, og at det er spennende å bruke mer pedagogikk i pasientbehandlingen. Selv om ikke samtaletema tilsynelatende fanges opp der og da, da det ikke vises tydelig av pasienten verbalt eller ikke-verbalt, har pasientene allikevel ofte hørt innholdet, og tar det opp igjen ved senere anledninger.

Pasienter med ASD har ofte svært god hukommelse, noe som kan være en sårbarhet dersom man har opplevd vanskelige hendelser, men som samtidig er en ressurs når man skal tilegne seg ny kunnskap. Gode evner til å lage system og orden, oppfatte detaljer, gjenkjenne mønstre og systematisere er også kjennetegn ved personer med ASD. Sammen med nøyaktighet, visuell styrke og ærlighet er dette ressurser i terapeutisk sammenheng. Kognitiv atferdsterapi er forankret i logiske tankeregler, tilstandsspesifikk kunnskapsformidling og forståelse av årsak-virkningsforhold, og hevdes å være godt egnet for personer med ASD. Med systematisering, ved å lage leveregler og

benytte konkrete øvelser og oppgaver, kan man oppnå god behandlingsgevinst. Arbeidet forutsetter at terapeuten får mulighet ved arbeidsplassen til å være kreativ og gis tid til utforskning, prøving og feiling. Slik kan terapien skreddersys pasientens ressurser og egenskaper, og man kan koble seg på en som oppleves å være avkoblet.

Referanser

- Baron-Cohen, S., Leslie, A.M. & Frith, U. (1985). Does the autistic child have a «theory of mind»? *Cognition*, 21(1), 37–46.
- Gaus, V.L. (2011). Cognitive behavioural therapy for adults with autism spectrum disorder. *Advances in mental health and intellectual disabilities*, 5(5), 15–25.
- Happé, F. & Frith, U. (2006). The weak coherence account: detail-focused cognitive style in autism spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 36(1), 5–25.
- Helverschou, S.B., Bakken, T.L. & Martinsen, H. (2011). Psychiatric disorders in people with autism spectrum disorders: Phenomenology and recognition. I Matson, J.L. & Sturmey, P. (red.). *International handbook of autism and pervasive developmental disorders* (s. 53–74). New York: Springer Science+Business Media.
- Helverschou, S.B. & Steindal, K. (2008). Diagnostisering av autisme. I Eknes, Bakken, Løkke & Mæhle (red). *Utredning og diagnostisering: utviklingshemning, psykiske lidelser og atferdsvansker* (s. 51–59). Oslo: Universitetsforlaget.
- Helverschou, S.B. (2012). Behandling av psykiske lidelser hos personer med Asperger syndrom – Erfaringer fra behandling av tvangslidelser ved hjelp av kognitiv atferdsterapi. (Rapport nr. 1/12). Oslo: Nasjonal kompetanseenhet for autisme.
- Hofvander, B., Delorme, R., Chaste, P., Nyden, A., Wentz, E., Stahlberg, O., ... Leboyer, M. (2009). Psychiatric and psychosocial problems in adults with normal-intelligence autism spectrum disorders. *BMC Psychiatry*, 9(35). doi: 10.1186/1471-244X-9-35.
- Lai, M.C. & Baron-Cohen, S. (2015). Identifying the lost generation of adults with autism spectrum conditions. *Lancet Psychiatry*, 2(11), 1013 - 27.
- Lai, M.C., Lombardo, M.V. & Baron-Cohen, S. (2014). Autism. *Lancet*, 383(9920), 896–910.
- Statped (2013). Håndbok – informasjon og tips til lærere i grunnskolen – om elever med Asperger syndrom. Stavanger kommune. <http://www.statped.no/fagomrader-og-laringsressurser/finn-laringsressurs...>
- Strunz, S., Schermuck, C., Ballerstein, S., Ahlers, C.J., Dziobek, I. & Roepke, S. (2017). Romantic relationships and relationship satisfaction among adults with Asperger syndrome and high-functioning autism. *Journal of Clinical Psychology*, 73(1), 113–125.
- Tebartz van Elst, L., Pick, M., Biscaldi, M., Fangmeier, T. & Riedel, A. (2013). High-functioning autism spectrum disorder as a basic disorder in adult psychiatry and psychotherapy: psychopathological presentation, clinical relevance and therapeutic concepts. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 263(2), 189–196.
- Vannucchi, G., Masi, G., Toni, C., Dell'Osso, L., Marazziti, D. & Perugi, G. (2014). Clinical features, developmental course, and psychiatric comorbidity of adult autism spectrum disorders. *CNS Spectrums*, 19(2), 157–164.
- White, S.W., Ollendick, T., Albano, A.M., Oswald, D., Johnson, C., Southam-Gerow, M.A., ... Scahill, L. (2013). Randomized controlled trial: multimodal anxiety and social skill intervention for adolescents with autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 43(2), 382–394.

- Wood, J.J., Ehrenreich-May, J., Alessandri, M., Fujii, C., Renno, P., Laugeson, E., ... Storch, E.A. (2015). Cognitive behavioral therapy for early adolescents with autism spectrum disorders and clinical anxiety: a randomized, controlled trial. *Behavior Therapy*, 46(1), 7–19.
- World Health Organization (1993). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders. Diagnostic criteria for research*. Geneve.