

BACHELOROPPGÅVE

Asperger syndrom med tvangslidingar og kognitiv åtferdsterapi som behandling

Av

Kand.nr.: 206

Lena Hatlevoll

Vernepleie
VE 530 101
Mars 2007



Asperger syndrom med tvangslidingar
og
kognitiv åtferdsterapi som behandling



Innholdsliste.....	s. 1
1.0 Innleiing.....	s. 2
1.1 Bakgrunn for oppgåva og problemstilling.....	s. 2
1.2 Inndeling av oppgåva.....	s.2
1.3 Drøftingsdel.....	s.3
2.0 Metode.....	s. 3
2.1 Litteraturstudie.....	s. 3
2.2 Observasjon.....	s. 5
3.0 Asperger syndrom. Autisme, og samanheng.....	s. 5
3.1 Historikk og Klassifisering.....	s. 5
3.2 Seks kjenneteikn.....	s. 6
3.3 Særegne talent.....	s. 7
3.4 Autisme.....	s. 8
3.5 Asperger syndrom og autisme.....	s. 9
4.0 Tvangsliding.....	s. 10
4.1 Tvangstankar.....	s. 11
4.2 Tvangshandlingar.....	s. 12
4.3 Tvangsmessig tvil.....	s. 12
4.4 Førekomst av tvangslidingar.....	s. 13
4.5 Tvangslidingar ved Asperger syndrom.....	s. 13
4.6 Medikamentell behandling av tvangsliding.....	s. 14
5.0 Kognitiv åtferdsterapi.....	s. 15
5.1 Eksponeringstrening og responsprevensjon.....	s. 17
5.2 Kognitiv terapi.....	s. 19
6.0 Kognitiv åtferdsterapi hjå personar med Asperger syndrom.....	s. 21
6.1 Case.....	s. 22
6.2 Kognitiv åtferdsterapi brukt i casen.....	s. 22
6.2.1 Kognitiv terapi brukt i casen.....	s. 23
6.2.2 Eksponeringstrening og responsprevensjon brukt i casen.....	s. 24
6.2.3 Progresjon.....	s.26
7.0 Avslutning.....	s. 26
Litteraturliste.....	s. 27

1.0 Innleiing.

1.1 Bakgrunn for oppgåva og problemstilling.

Asperger syndrom med tvangslidingar, og kognitiv åtferdsterapi som behandling, er eit tema som har interessert meg ifrå eg var i praksis og fekk eit innblikk i denne form for behandling. I arbeidslivet kjem eg mest truleg til å møte personar med desse diagnosane, og difor er det viktig å ha kunnskap om problema deira og dei sterke sidene. Behandling av tvangslidingar hjå personar med Asperger syndrom er viktig for at dei skal få ein lettare kvardag, med mindre tvangsrutinal.

I følge Grøholt (2001) reknar ein at det er tre til fire med Asperger syndrom per 1000 individ, og at det er sju gangar fleire gutar enn jenter som har diagnosen (Grøholt, m.fl. 2001). Noko av kjenneteikna til personar med Asperger syndrom er det manglande eller påfallande sosiale samspelet med andre personar og eit ekstremt tvangsmessig behov for å innføre rutinar (Kaland, 1996). I befolkninga er det omtrent 2% som har fått diagnosen tvangsliding. Dei som blir ramma har minst like høg intelligens og kognitive ferdigheiter som det som er normalt elles i befolkninga (Eknes, 2004).

Det er som regel viktig at personar med tvangslidingar får behandling, slik at kvardagen deira kan bli enklare. Behandlinga eg har lagt vekt på er kognitiv åtferdsterapi, der fokuset blir retta mot det brukaren sjølv opplev om problemfylt i sin kvardag (Berge og Repål, 2000). Eg vil gå inn på kognitiv åtferdsterapi av tvangslidingar hjå personar med Asperger syndrom, og sjå korleis ein kan legge til rette eit tiltak, og vurdere kognitiv åtferdsterapi i denne samanheng. Problemstillinga mi vil difor bli:

Korleis kan vi bruke kognitiv åtferdsterapi som behandlingsmetode hjå personar med Asperger syndrom og tvangslidingar?

1.2 Inndeling av oppgåva.

Oppgåva er delt inn i to delar; teoridel og drøftingsdel. I teoridelen vil eg fyrst ta for meg kva Asperger syndrom er og kva som kjenneteiknar syndromet.. I denne samanheng vil eg også kort nemne autisme, sidan Asperger og autisme fell under same spekter; autismespekteret.

Deretter vil eg generelt ta for meg tvangslidingar, og komme inn på tvangshandlingar, tvangstankar og tvangsmessig tvil. Eg vil også kort nemne førekomsten og prognosen i diagnosen tvangsliding. Etter dette vil eg gå nærmare inn på Asperger syndrom i forhold til tvangslidingar. Etter den teoretiske delen om tvangslidingar, kjem eg inn på

behandlingsmetoden; Kognitiv åtferdsterpi. Eg vil vise kva kognitiv åtferdsterapi er, og kva metoden byggjer på. Eg vil og kort nemne medisinerer som behandling.

1.3 Drøftingsdel

I drøftingsdelen vil eg ta for meg ein case, som byggjer på erfaring frå praksis, og som er gjort anonym. Den handlar om ein mann på 30 år som har Asperger utan psykisk utviklingshemming. Han har fått diagnosen tvangsliding, som synar seg i form for vaskemani. Her vil eg vise korleis ein kan legge til rette kognitiv åtferdsterapi individuelt til personen med Asperger syndrom..

2.0 Metode

Jacobsen (2000) definerer metode slik; *”Metoden angir hvilke framgangsmåter som skal anvendes for å kartlegge virkeligheten, enten den nå oppfattes som objektiv eller som en menneskelig fortolkning”* (s.28).

I mi behandling av metode, går eg direkte på korleis eg har brukt den i mi oppgåve. Oppgåva mi er bygd på ei litteraturstudie og bruk av observasjon. Litteraturstudium vil seie at ein byggjer på litteratur som er samla inn eller nedteikna av andre, slik som offentlege publikasjonar og faglitteratur (Jacobsen, 2000). Det er to typar data innan litteraturstudie, primærdata og sekundærdata. I oppgåva har eg lagt hovudvekt på sekundær data, som inneber at forskaren har innhenta data frå andre, og ikkje henta informasjonen direkte frå kjelda. Hovudproblemet til denne type data, er at slike data kan ha vert samla inn og brukt i ein heilt anna samanheng, enn den eg har. Det kan difor oppstå eit misforhold mellom den informasjonen eg kan bruke, og det eg ynskjer å bruke den til. Fordelen med sekundær data er at den er tidssparande, fordi ein ikkje treng å innhente ny informasjon.

Primærdata er data som er samla inn av forskaren sjølv, med det formål å belyse ei spesiell problemstilling (Jacobsen, 2000). Denne type data har eg lagt mindre vekt på.

2.1 Litteraturstudie.

Jarle Eknes er ein av hovudforfattarane i oppgåva mi. Han er spesialist i klinisk psykologi og arbeider ved psykiatrisk divisjon, Ullevål universitets sjukehus. Boka eg har lagt mest vekt på er: *”Tvangslidelse – forståelse, diagnostisering og behandling”* (2004). Boka belyser fenomenet tvangsliding og inneheld konkrete og detaljerte beskrivingar av framgangsmåtar ved psykologisk, miljøterapeutisk og medikamentell behandling. Denne boka har eg brukt for

å belyse teoridelen om tvangslidingar og kognitiv åtferdsterapi. Eknes er ein av få forfattarar som knyt Asperger syndrom oppimot kognitiv åtferdsterapi. Han har gjort egne undersøkingar, og er difor å forstå som primærkjelde, samstundes brukar han sekundærkjelde for å byggje opp om undersøkingane.

Per Hove Thomsen er professor i barn og ungdomspsykiatri ved Aarhus Universitet. Boka som han er redaktør i; *"OCD hos barn og unge"* (2002) har eg brukt i forhold til tvangslidingar og den kognitive åtferdsterapien. Denne boka er bygt på primærdata med støttar seg også til sekundærdata.

Nils Kaland har eg brukt for å belyse kva Asperger syndrom er. Bøkene eg har nytta er; *"Asperger syndrom – Historier fra hverdagslivet"* (2003) og *"Autisme og Asperger syndrom – Theory og mind, kommunikasjon og pedagogiske perspektiv"* (1996). Dette er primærkjelder, og eg har henta grunnleggande informasjon om Asperger syndrom frå desse kjeldene.

Eg har og valt å bruke primærdata i frå Christopher Gillberg for å skildre Asperger syndrom. *"Barn, ungdom og vaksne med Asperger syndrom – Normale, geniale, nerder?"* (1998) er boka eg har brukt.

Christopher Gillberg er professor i barne- og ungdoms psykiatri ved Göteborgs universitet og blir rekna som ein av dei fremste forskarane og ekspertar på autismspekterproblematikk, deriblant Asperger syndrom. Han blei skylda for forskingsjuks i forbindelse med ein sentral studie av hyperaktive barn, men eg brukar hans forskningsdata om Asperger syndrom, og rekna difor dei som valide og sannferdige. Han er ikkje skulda for juks innan desse forkingane.

Når ein vel datainnsamlingsmetode har det alltid konsekvensar for resultatata i ein undersøking, og den bør difor tilfredstille to krav. Det fyrste er validitet, det vil seie kor relevant dataa er for problemstillinga. Det andre er truverdet, det vil seie om gjentekne målingar med same måleinstrument gjev same resultat. Difor bør ein vere klar over dei val ein tar og korleis dei vala kan påverke resultatet (Halvorsen, 2002).

I oppgåva mi støtta eg meg til sekundær og -primærkjelder, og min bruk av litteratur blir sekundærkjelde. Val av kjelde kan ha påverka mitt resultat i oppgåva. Hadde eg lagt vekt på andre data og opplysningar kunne resultatet ha verte annleis. Jarle Eknes er, som nemnt, ein

av få forfattarar som knyt tråden mellom kognitiv åtferdsterapi og Asperger syndrom i forhold til tvangsliding. Difor blir bruken av kognitiv åtferdsterapi av tvangslidingar hjå personar med Asperger syndrom i stor grad knytte opp til erfaringar frå praksis. Dette blir eit hovudpoeng i oppgåva mi.

2.2 Observasjon.

Observasjon er ein metode der vi brukar sansane våre på ein meir disiplinert og gjennomtenkt måte enn det vi gjer til vanleg. Observasjon kan fortelje noko om kva folk gjer (handlingar og samhandling), som kan vere annleis frå kva folk seier at dei gjer, eller har gjort (Halvorsen, 2002). Observasjon kjem under metoden; kvalitativ metode. Det er ein metode for å innhente informasjonen ein ynskjer. ”*Kvalitative metoder vektlegger ofte nærhet som et viktig element for å kunne oppnå forståelse for andre menneskers oppfattning av virkeligheten*” (Jacobsen, s.39, 2000). Kvantitativ er den motsette metoden til kvalitativ. Begge metodane er data om røyndommen (empiri), men kvalitative data handlar om ord, medan kvantitativ data er empiri i form av tal (Jacobsen, 2000).

I løpet av studiet har eg vert i praksis. Den eine perioden var eg i vaksenhabiliteringa der eg observerte ein mann på 30 år som fekk kognitiv åtferdsterapi. Denne observasjonen var ikkje-deltakande, noko som inneber at undersøkaren held meir avstand til dei han eller ho observerer (Jacobsen, 2000). Fordelen med å observere, er at ein får ein smakebit av korleis klienten fungerer i det verkelege liv. Min observasjon var ikkje godt nok gjennomført, fordi eg ikkje hadde laga gode nok kriterium for kva eg såg etter. Difor vil eg ikkje bruke denne observasjonen som grunnlag for å belyse det teoretiske aspektet i oppgåva mi, fordi den ikkje er truverdig nok. Observasjonen dannar likevel eit utgangspunkt for mitt møte med personen med Asperger syndrom som fekk behandling for tvangsliding. Difor har eg valt å bruke observasjonen til å belyse enkelte sider ved drøftinga. Observasjonen dannar grunnlag for casen eg presenterar i kapittel 6.1.

3.0 Asperger syndrom. Autisme og samanheng.

3.1 Historikk og klassifisering.

For å kunne sjå ein samanheng mellom Asperger syndrom og behandling av tvangslindingar, er det viktig å ha kunnskap om syndromet for å kjenne til problema og dei sterke sidene hjå personar med diagnosen.

Asperger syndromet blei beskrevet allereie i 1944 av barnepsykiateren og pedagogen Hans Asperger (1906-80), men tilstanden kom først på det diagnostiske kartet tidleg på 90- talet. Eit syndrom er eit sjukdomsbilete som er kjenneteikna ved bestemte symptom som alltid førekjem samtidig (Gjærum og Ellertsen, 2002). Tilstanden er i psykiatrien klassifisert under kategorien *gjennomgripande utviklingsforstyringar* ("Pervasive Developmental Disorders", PDD). Asperger syndrom er inkludert i både DSM – IV (American Psychiatric Association) og ICD – 10 (World Health Organization International Classification of diseases) som er diagnosesystem (Kaland, 2003).

Asperger syndrom er ein utviklingsforstyring som reknast med til autismespekteret, dette spekteret vil eg komme tilbake til seinare. Framtredande teikn kan vere meir tydelege i barne- og ungdomsalderen enn i vaksen alder. (Eknes, 2004). Kaland (2003) meiner at det mest slåande med denne tilstanden, er ein kvalitativ svikt i kommunikasjon, sosialt samspel og førestillingsevner. Svikten oppstår også hjå dei som intelligensmessig er innanfor normalområde. Grøholt (2001) reknar med at det er tre til fire med Asperger syndrom per 1000 individ, og at det er sju gantar fleire gutar enn jenter som blir ramma av syndromet.

3.2 Seks kjenneteikn.

I følgje Kaland (1996) blir det ofte referert til seks teikn til Asperger syndrom. Det eine er redusert evne til gjensidig sosial samhandling. Dette er eit kjerneteikn ved tilstanden, der personen synes å vere utan evne til å førestille seg at andre menneske har tankar og kjensler. Dette kan føre til eit sosialt samspel der personen ikkje tar omsyn til andre sine ynskjer og behov; foreldre, søsken eller kameratar kan føle at dei blir behandla som midlar.

Det andre teiknet er ekstreme, einsidige interesser eller ritual, som også er eit kjerneteikn ved Asperger syndrom. Det handlar ofte om ein eller eit par spesialinteresser, ofte relatert til vær, togtabellar, geografi, ei spesiell historisk epoke, musikk eller språk. Interessene kan skifte med månader eller år som mellomrom, men dei består i overdriven grad og nokre gantar i tvangsmessige former.

Eit ekstremt tvangsmessig behov for å innføre rutinar, er det tredje teiknet. Ein masande, og iblant ekstrem "fargerik" måte å påtvinge omgjenvaden dei spesielle interessene eller rutinane, førekjem alltid ved Asperger syndrom.

Det fjerde teiknet er ofte eit avvikande språk, dette i motsetning til, eit ytre sett, godt og sers formelt talespråk i dei fleste tilfelle. Talen utviklar seg ofte seint, men når den kjem, utviklar språket seg ganske fort. Dei går frå tilsynelatande stumme, til plutselig å byrje og snakke

reint, perfekt og mykje. Setningsmelodien er nesten alltid avvikande, den er eintonig og grell, mange blir oppfatta som hese.

Ein del personar med Asperger syndrom er framragande imitatorar, men utan evne til å improvisere, Det kan dreie seg om same type ekkotale som personar med autisme har.

Problem med ikkje- verbal kommunikasjon er det nest siste teiknet. Det inneberer mimikkfattigdom, inklusiv ”komisk latter” utan variasjon, stivt, gjennomborande blick og nesten mangel på gestar og følgjande rørsle.

Siste teiknet er å være motorisk klønete. I ei svensk undersøking av 23 barn med Asperger syndrom viste ein spesifikk test for motorisk dugleik, at fleire hadde meir eller mindre dårleg motorikk, med eit påfallande ganglag (Kaland, 1996).

3.3 Særeigne talent.

Nesten alle barn, ungdom og vaksne, med Asperger syndrom, har sterke sider. Nokre av desse kan sjåast som ein del av syndromet og andre som positive eigenskapar som utgjer individet sine unike føresetnader. Mange med Asperger syndrom har høge, eller veldig høge allmenne gåver.

Som nemnt tidlegare, har personar med Asperger syndrom, ofte snevre interesser, noko som fører til at mange av dei innehar spesialkunnskap om det andre kan sjå som ”vanskelege tema”. Nokre gonger er interessa så sterk, og energien forbunden med den så stor, at eksepsjonelle arbeidspresentasjonar kan framstillast på kort tid. Evna til å kunne ting på rams er vanlegvis særdeles god, og mange evner å raskt lære nytt stoff. Nokre har fotografisk hukommelse ,og uvangleg god uthald.

Med Asperger syndrom følgjer grannsemd, sjølv om den kan vere kombinert med uventa ”glepphende” på nokre områder. Personar med Asperger syndrom eldast mogleg fysisk seinare enn andre, og dei ser ikkje sjeldan, betydeleg yngre ut enn ein skulle vente ut frå deira verkelege alder. Menneske med Asperger syndrom har som nemnt mange sterke sider som heilt eller delvis kan kompensere for problema, og nesten alle symptom har ein ”positiv motpol” (Gillberg, 1998).

Asperger syndrom er ”gjennomgripande” i den forstand, at problema påverkar dei fleste aspekt av personen si tilvære. Tilstanden har og ei utviklingsforstyrring med tidleg debut, som forandrar seg over tid (Kaland, 2003).

Eit av kjenneteikna som eg nemnte, er vanskar med å sjå andre sitt perspektiv. Etter kvart som barn med Asperger blir eldre, kan mange utvikle betre evne til å sjå andre sitt perspektiv, og forstå deira kjensler. Nokon vil også kunne oppnå eit nesten normalt funksjonsnivå.

På den andre sida står og mange som vil kunne utvikle ekstra stor sårbarheit for alvorlege psykiske lidingar. Deriblant schizofreni, lettare til alvorlege paranoide reaksjonar, manisk psykose, og depresjonar, ofte saman med angst og tvangslidingar (Eknes, 2004).

Tvangslidingar eg kjem tilbake til seinare.

Til kvardags kan barn og unge med Asperger syndrom virke forsiktige og gammalkloke. Dei føretrekkjer å sosialisere med vaksne i staden for med sine jamgamle. Dei kan ofte bli mobba i skulegarden, eller i arbeidslivet, på grunn av si sære framferd. Det kan og komme problem ut av, at dei heilt uventa kan eksplodere i blindt raseri. I følgje Grøholt treng individ med Asperger syndrom eit skjerna og tilrettelagt tilvære gjennom heile livet (Grøholt, m.fl. 2001)

3.4 Autisme.

Asperger syndrom har mange likskapspunkt med autisme, og eg vil difor kort nemne denne diagnosen for å gi eit fullstendig innblikk.

Autisme er ei gjennomgripande utviklingsforstyrning, som synar seg før fylte tre år. Det er ofte tre hovudkriteria som er framtrudande: Vanskar med å utvikle gjensidige sosiale relasjonar, forsinka eller forstyrra kommunikasjonsutvikling og til slutt stereotyp og repeterande åtferd (Eknes, 2004). Autisme er ein livlang funksjonshemming, og dei fleste vil ha behov for hjelp heile livet. Omtrent halvparten utviklar ikkje eit kommunikativt språk, men av dei som gjer det, vil mellom 10 og 20 prosent nå tilnærma normalt funksjonsnivå som vaksne. Dei som ikkje utviklar språk, og er moderat til alvorleg mentalt retarderte, vil trenge hjelp livet ut (Gjærum og Ellertsen, 2002).

Personar med autisme som har ein betydeleg kognitiv svikt, kjem under omgrepet psykisk utviklingshemma. Dette inneber at funksjonar som tenking, problemløysning, læring, hukommelse, persepsjon og språk er redusert i større eller mindre grad. Den kognitive svikten må ha oppstått i utviklingsperioden til personen og hemmar utviklinga, viss den skal komme under psykisk utviklingshemma omgrepet (Eknes, 2000). WHO ICD- 10 deler mental retardasjon eller utviklingshemma inn i fire kategoriar etter kor alvorlege det er.

Diagnoseringa blir dels basert på psykometriske testar som målar kognitivt funksjonsnivå. Dei fire nemnde kategoriane er mild retardasjon (Intelligens (IQ)- poeng 50-69), moderat mental

retardasjon (IQ- poeng 35-49), alvorleg mental retardasjon (IQ- poeng 20-34) og djup mental retardasjon (IQ- poeng under 20) (Eknes, 2000). Det er personar med autisme på alle nivå av intellektuell fungering, frå den djupaste retardasjon til så høg IQ at ein kan snakke om geni (Grøholdt m.fl, 2001).

3.2 Asperger syndrom og Autisme.

Wing publiserte i 1981 sitt arbeid med 34 tilfeller av Asperger syndrom. Dette gav aukande interesse for å differensiere autismeomgrepet og ikkje betrakte det som "sjukdomstilstand" med snever fenotype. Tilstanden vart betrakta som ei "spektrumforstyrning" der Asperger syndrom representerte ei undergruppe av ein større populasjon av barn med sosial forstyrning. Asperger syndrom bær difor i seg ei gruppe kriterium som liknar på dei som ein finn hjå autisme.

Forskjellen er, at det er mindre grad av generell forsinka språkutvikling, betre ekspressivt språk og generelt høgare funksjonsnivå. Difor vert Asperger syndrom betrakta som ein form for "letteare" autisme, som er mindre alvorleg enn Kanner syndrom. Kanner syndrom er infantil autisme, autisme hjå barn og klassisk autisme (Kaland, 2003).

I følgje DSM – IV, vert både omgrepa høgtfungerande autisme (HFA) og Asperger syndrom, nytta om personar i autismspekteret utan utviklingshemming. Det er ein stor likskap mellom dei to diagnosane, men det framhevast gjerne at dei autistiske trekka vanlegvis ikkje er så framtrekande hjå personar med Asperger syndrom.

Det andre diagnosesystemet ICD – 10 brukar ikkje omgrepet høgtfungerande autisme.

Utviklingsforstyrningar i autismspekteret hjå personar utan utviklingshemming vil i ICD – 10 klassifiserast som autisme eller Asperger syndrom (Eknes, 2004).

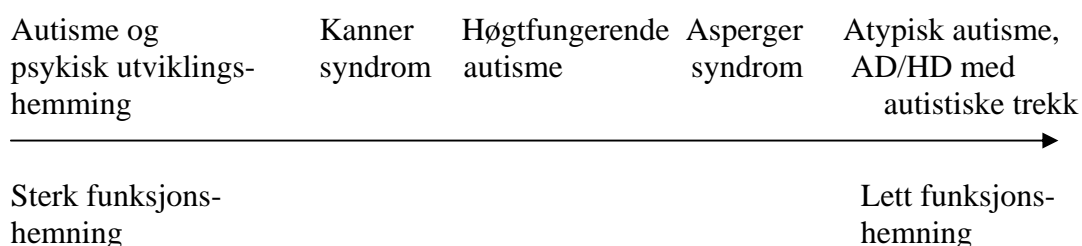
I følgje Grøholt er det eit klårt skilje mellom barn med Asperger syndrom og, dei med autisme. Dette fordi fyrst nemnte ikkje er mentalt retarderte og er utan forsinka språkutvikling. I ei undersøking der ein baserte seg på nevropsykologiske kjenneteikn, fann ein klare forskjellar mellom barn med Asperger syndrom, og høgtfungerande autisme. Dei fyrst nemnte viste ofte motoriske og sensoriske utfall. I motsetnad til autistane, hadde barn med Asperger syndrom høgare verbal enn utførande intelligens. Familiestudiar viser og at Asperger syndrom, i høgare grad er arveleg betinga i forhold til autisme (Grøholt, m.fl., 2001).

Asperger syndrom og Autisme kan reknast som nært beslekta tilstander. Som variasjonar over same grunnleggande problematikk. Inn under det som Wing kalla "det autistiske spekter" ligg begge tilstandane (Figur 1) (Kaland, 2003). Wing ynskja med dette omgrepet å gje ei meir dekkande beskriving av dei store variasjonane ein kan sjå i grupper av barn og ungdom som hadde minst to av dei tre triadekjenneteikna, og omgrepet autisme spekterforstyrning vart tatt i bruk.

Med triadekjenneteikn meinast;

- 1) Gjensidig sosialt samspel,
- 2) Gjensidig verbal og ikkje- verbal kommunikasjon og
- 3) fantasi og åtferd.

Autisme spekter forstyrningar omfattar alle personar med autisme, uansett vanskar og symptomkombinasjon. Det omfattar klassisk autisme, Asperger syndrom, høgtfungerande autisme og autisme kombinert med psykisk utviklingshemming. AD/HD med autistiske trekk, og atypisk autisme kjem også under omgrepet, men eg vel å ikkje gå nærmare inn på det omgrepet på grunn av relevans til oppgåva (Mohlin og Medhus, 2005).



Figur 1: "Det autistiske spekter vist på en akse fra sterk til lett funksjonshemming" (Mohlin og Medhus, 2005, s.14).

Som nemnt har mange med Asperger syndrom lett for å utvikle psykiske lidningar, deriblant tvangslidingar. Eg går difor over til å belyse kva tvangslidingar er.

4.0 Tvangsliding.

Det å ha innslag av påtrengande tankar, impulsar og ritual er noko som dei fleste menneske opplever iblant. Som regel er ikkje dette ubehageleg eller særleg problematisk, men for nokon utviklar dette seg til å bli vanskeleg. Dei kan oppleve at tankane og rituala tar mykje tid og energi, og dei veks til eit omfang som vert svert problematisk. Iblant også invalidiserande. Då brukar ein nemninga; tvangsliding eller OCD (obsessive compulsive disorder).

Dei rituelle handlingane vert opplevd som uønska og brysame for personane sjølv og omgjevnaden. Det er ikkje noko dei *vil* gjere, men det er noko som dei *må* gjere.

Dei som har kognitive føresetnadar for det, vil vanlegvis oppfatte handlingane som ”tullele” eller meiningslause, men dette hindrar ikkje det indre presset, og personen *vel* likevel å utføre bestemte handlingar eller å tenke bestemte tankar. Ubehandla vil lidinga ofte vedvare eller forverrast, men med riktig behandling har lidinga ein god prognose (Eknes, 2004).

Tvangsliding kan reknast som ein kognitiv og nevrologisk forstyrning, som utgjer ein psykisk belastning for personen sjølv. Dette kan igjen gå utover personen sitt nettverk, fordi problema kan ta så stor plass i personen sin kvardag, at dei også ramma andre personar i omgjevnaden. Det vil og kunne oppstå angst eller ubehag, etter tvangstankar og tvangsmessige impulsar. Ved å tenke bestemte tankar eller utføre bestemte handlingar vil angst og ubehag reduserast, fordi personen vil oppleve ein umiddelbar spenningsreduksjon.

Men dette er kortvarig lykke, som ikkje fører til at vanskane blir mindre på lengre sikt. Tvert i mot, vil personen oppretthalde eller forsterke tvangslidinga, og det kan føre til ein forverra tilstand der personen må auke behovet for å utføre bestemte ritual eller handlingar for å dempe ubehag (Eknes, 2004). Mykje likt handlingsmønsteret hjå ein narkoman.

Det oppstår ofte andre psykiatriske lidingar saman med tvangslidingar. Det kan vere Tourettes syndrom, schizofreni, spiseforstyrningar, gjennomgripande utviklingsforstyrningar, her under; Asperger syndrom, depresjon, og angst (Thomsen i Thomsen (red.), 2002).

Det er tre hovudkomponentar som går under tvangslidingar:

- 1) Tvangstankar,
- 2) tvangsmessig tvil og
- 3) tvangshandlingar.

Det vanlegaste er at alle tre komponentane opptrer saman, i ulike kombinasjonar og styrkegrader, men det må ikkje vere tilfelle (Eknes, 2004).

4.1 Tvangstankar.

Tvangstankar (obsessions) er tankar som oppstår ufrivilleg hjå personen, og opplevast plagsamt. Tankane er på eit negativt plan, som medfører angst og ubehag. Til døme: ”Tenk om eg blir smitta av eit dødeleg virus om eg handheler på denne personen”. Slike tankar vert ikkje rekna som ein del av tvangsliding, men når slike tankar ”heng seg opp”, og ufrivillig gjentar seg i stort omfang, *kan* det vere ein del av ein tvangsliding (Eknes, 2004).

Dei fleste vil vere einige om at tankane som oppstår ikkje er reelle, Ein blir t.d. Ikkje sjuk ved å handhelse på nokon, sjølv om ein ikkje vaskar seg etterpå. Men tanken på å ikkje vaske seg, vert ubehageleg, og deretter kjem angsten for at det skal skje likevel.

Det som kan forsterke tvangstankane er viss ein; fryktar dei, kjempar mot dei aktivt, prøver å unngå situasjonar som minner ein om tankane, sett seg mål om "aldri" å ha tvangstankar, bekymre seg for neste gong det oppstår ein ny tvangstanke (Berge og Repål, 1997).

Som nemnt ovanfor er det vanleg at dei tre hovudkomponentane opptre saman. Det kan vere tvangshandlingar som enten er synlege og observerbare, eller mentale tvangslidingar. Men det oppstår også tilfelle der ein berre har tvangstankar, utan etterfølgjande ritual (Eknes, 2004).

4.2 Tvangshandlingar.

"Tvangshandlingar (compulsions) er ritualer og handlinger personen føler seg "tvunget" til å utføre, i den forstand at ubehag og eventuelt angst reduseres ved å utføre bestemte handlinger" (Eknes,2004, s.19). Ein del reflekterer ikkje over dette før ubehaget veks, eller vedvarer over lang tid viss dei ikkje får utføre rituala. Mange vil også knytte katastrofetankar opp til rituala. Til døme; "Viss eg ikkje skur lyset av og på tre gonger, vil det skje ei ulykke". Tvangshandlingar er ikkje berre observerbar åtferd, men og mentale ritual. Personen bruker dei for å redusere uro og angst knytte til tvangstankar (Eknes, 2004).

4.3 Tvangsmessig tvil.

Sentralt for menneske som lid av tvangslidingar, er tvil. Ein kan blant anna i overdriven grad tvile på si eiga tru, integritet, kjærleik, eller eigen vurderingsevne. Ein kan tvile på om ein er rein nok, ryddig nok, om papira ligg rett. Ein kan tru at synet lyg, og lit heller ikkje på eins eigen taktile informasjon (berøring). Etter ein til døme har vridd om nøkkelen i døra.

Det er mykje som tyder på at menneske har ein innebygd "radar", som kontrollerer oss ubevist. Hjø personar med tvangslidingar er det ein feil på denne mekanismen. Dei vanlege stoppsignala (eg slo av kaffitraktaren) når ikkje fram. Dagleglivet blir dermed dominert av tvil, og ein får i verste fall eit tilvære prega av meningslause gjentakingar og ritual (Eknes, 2004).

Ei undersøking basert på meir enn 1000 klientar med tvangslidingar ved Butlersjukehuset ved Brown universitet i USA, fant forskarane det hensiktsmessig å dele dei vanlegaste symptoma inn i følgjande kategoriar:

Forekomst	Tvangstanke	Tvangshandling
Mest vanleg ↑ ↓ Mindre vanleg		Sjekking/konttollering (61 %)
	Smittefrykt (50 %)	Vasking/reingjering (50 %)
	Patologisk tvil (42 %)	
	Somatisk (33 %)	Trang til å spørje/tilstå (34 %)
	Aggresjon/skade (31 %)	
	Behov for symmetri/nøyaktisgheit (32 %)	Symmetri/nøyaktigheit (28 %)
	Seksuallitet tema (24 %)	Samling (18 %)
	Religiøsitet/blasfemi (10 %)	

Figur 2: (Eknes, 2004, s. 23)

I oversikten går summen naturleg nok over 100%, fordi mange med tvangslidingar har meir enn ein type tvangsimpulsar (Eknes, 2004).

4.4 Førekomst av tvangslidingar.

Når det gjelder tvangslidingar, er det glidande overgangar mellom det sjuklege og det normale. Menneske kan ha sære "vaner" og opplevingar, utan at det er spesielt unormalt eller problematisk. Undersøkingar har vist at det er veldig vanleg for folk å ha tvangslidingar. Mellom 80 og 90% av oss vil frå tid til annan oppleve uønska tankar som trengjer seg på. I periodar er det omtrent 50% som har innslag av typiske tvangshandlingar og tvangstankar, men dei fleste av oss opplever det på subklinisk nivå. Dei har innslag av fenomenet, men ikkje i ein grad som er vesentleg plagsam. I befolkninga er det omtrent 2% som kan diagnostiserast med tvangsliding (Eknes, 2004).

Dei som er ramma av tvangslidingar har minst like høg intelligens og kognitive ferdigheiter som det er som er normalt elles i befolkninga, men vanskaner kan også oppstå hjå personar med utviklingshemming eller utviklingsforstyringar innan for det autistiske spekter. Ut i frå undersøkingar, kan det tyde på at menneske med utviklingshemming og/eller autisme har tvangshandlingar noko hyppigare enn befolkninga elles (Eknes, 2004). Tvangslidingar vert rekna som ei nevropsykiatrisk lidning, og ein må difor rekne med at sårbarheita for å utvikle symptom varar livet ut. På ei anna side kan tilstanden vere svingande, og symptomta kan forsvinne heilt eller vert haldne i sjakk i lange periodar. Uansett seies det, at det er ein tilstand ein må lære å leve med (Grøholt, m.fl. 2001).

4.5 Tvangsliding ved Asperger syndrom.

Som nemnt tidlegare har personar med Asperger syndrom lett for å utvikle alvorlege psykiske lidningar, som tvangslidingar.

Gjærum og Ellertsen (2002) skriv at det ikkje er uvanleg at personar med autistiske tilstandar, her under Asperger syndrom, har repeterande rørsler eller stereotypiar knytte opp til tvangsforstyrningar (Gjærum og Ellertsen, 2002). Personar med autisme og Asperger syndrom opptrer gjerne som rigide. Trekka er ofte lik med tvangsmessig personlegdomforstyrring. Dei diagnostiske kriteria for tvangsmessig personlegdomforstyrring og Asperger syndrom er faktisk i stor grad kompatible. Det har leda enkelte til å hevde at tvangsmessig personlegdomforstyrring, reint diagnostisk, burde sortert under kategorien utviklingsforstyrring, slik Asperger syndrom gjer. Sjølv om mange med Asperger syndrom har tvangsmessige trekk som kan likne på tvangsmessig personlegdomforstyrring, vil ganske mange også ha tvangsmessige trekk som gjev grunnlag for diagnosen tvangsliding (Eknes, 2004).

I ei svensk undersøking med 64 personar med diagnosen tvangsliding, fant dei at 20% hadde tydelege autistiske trekk. Dette i ein grad som tilfredstilte dei diagnostiske kriteria for diagnosen høgtfungerande autisme, eller Asperger syndrom. Alle desse hadde altså normal eller høg intelligens.

Undersøkinga bekrefta hypotesane om at tvangslidingar er ekstra utbreidd blant personar med Asperger syndrom og høgtfungerande autisme. Undersøkinga viser også, at rituelle og tvangsmessige trekk ikkje alltid er ein del av autismen, eller kan sjåast som tvangsmessig personlegdomforstyrring der ein ikkje har noko imot sine ritual. Personane i undersøkinga med autistiske trekk, følte seg ofte plaga av tvangstankane og rituala. Dette tilfredstilte dei diagnostiske kriteria til diagnosen tvangsliding (Eknes, 2004).

I ein dansk forskingsrapport, basert på intervju av foreldre, har ein undersøkt ei gruppe på 114 menneske med Asperger syndrom eller infantil autisme. Resultatet viste at over 10% beskrev tvangshandlingar innan reinslegheit og reingjering. Det var 15% av gruppa som hadde tvangstankar om angst for sjukdom og bakteriar (Thomsen i Thomsen (red.), 2002).

4.6 Medikamentell behandling av tvangsliding.

Forsking viser at medikamentell behandling og psykologisk behandling (kognitiv åtferdsterapi) gjev klart betre resultat saman enn den enkelte behandling aleine. I følgje Eknes (2004) meiner Thomsen, som har skrive doktorgrad om temaet, at medikament aldri skal gjevast aleine. Han meiner at den aktuelle behandlinga må vere kognitiv åtferdsterapi aleine

eller saman med medikamentell behandling. Dette er også i samstemming med anbefalingar frå Statens legemiddelkontroll i Noreg.

Eg vel å ikkje gå nærmare inn på dette temaet, på grunn av avgrensing av oppgåva.

5.0 Kognitiv åtferdsterapi.

Kognitiv åtferdsterapi nyttast til å beskrive psykoterapeutiske intervensjonar, som siktar mot å redusere psykologiske lidingar og utilpassande åtferd ved å endre dei kognitive prosessane.

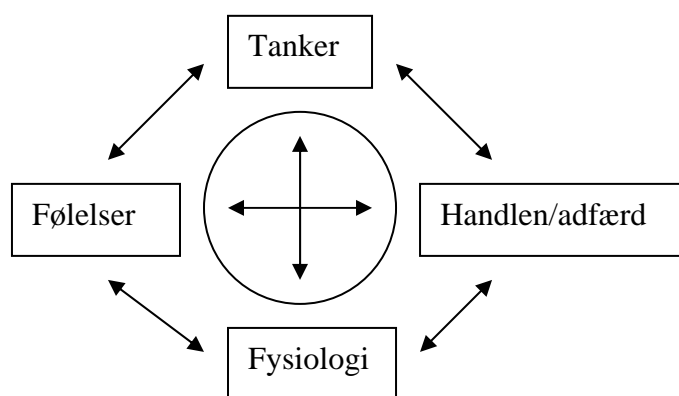
Kognitive og åtferdsmessige intervensjonar kan medføre endringar i måten å tenke på, kjenslene og åtferda (Stallard, 2006). Innan moderande behandling er det ein bred einigheit om at behandling innan tvangsliding bør byggje på eksponeringstrening og responsprevensjon (E/RP) og kognitiv terapi (KT). Når ein kombiner desse behandlingsmetodane, nyttar ein gjerne faguttrykket; kognitiv åtferdsterapi (KAT) (Eknes, 2004). Behandlinga vert anbefalt av både internasjonale ekspertguidar og konsensusrapportar samt i nasjonale anbefalingar her i Noreg (Eknes, 2004).

Kognisjon er faguttrykket på menneske sin kontinuerlege bearbeiding av informasjon. Til dømes kan det vere korleis vi tenker, førestiller oss eller minnst ei bestemt hending. Ein har alltid ein indre samtale, der vi tenker over og ser for oss kva vi opplever, vi kommenterer våre handlingar og tenkjer oss kva som kjem til å skje. Dette skjer vanlegvis utan at ein er heilt klar over det (Berge og Repål, 2000).

I følgje Englyst i Thomsen (red.) (2002) bygger den kognitive åtferdsterapien på at kvart symptom eller problem har fire aspekt, som gjensidig påverkar kvarandre. Det handlar om tankar, kjensler, fysiologiske forhold og handling/ åtferd (figur 3).

Døme innan tvangsliding: Den automatiske tanken er: ”eg er blitt smitta, eg er sjuk.” Det kjenslemessige nivået er prega av angsten. Fysiologisk forhold er at brukaren er kvalm.

Åtferdsmessig er rutinane, der brukaren vaskar seg, for å dempe angsten.



Figur 3: Dei fire aspekt ved åtferd (Englyst i Thomsen (red.), 2002, s 182).

Kognitiv åtferdsterapi er difor ein måte å tenke på. Behandlingsmetoden gjere det mogeleg å arbeide individuelt og fleksibelt, er tilpassa den enkelte person og han eller henna problematikk (Englyst i Thomsen (red.), 2002).

Det er fleire variantar av kognitiv åtferdsterapi, men hovudprinsippa er:

- 1) Kognitive prosessar påverkar observerbar åtferd og kjensler.
- 2) Forandringar i kognitive prosessar kan vere grunnlaget for forandringar i åtferd og kjensler.
- 3) Kognitive prosessar er fokuset i terapien, med mål å endre åtferd og kjensler.
- 4) Målet med kognitiv åtferdsterapi er å skape forandringar i kognitive prosessar gjennom direkte metodar, som verbale instruksar og læringsmetodar. Indirekte metodar som ein følgje av endra åtferd eller via ubeviste prosessar er ikkje med i terapien (Grøholt m.fl. 2001).

Stallard (2006) legg vekt på at kognitiv åtferdsterapi er basert på samarbeid. Det er eit viktig trekk i behandlinga. Brukaren har ei aktiv rolle med omsyn til å identifisere sine mål, fastsette delmål, eksperimentere, trene og kontrollere sin innsats.

Framgangsmåten er oppbygd på å framme meir effektiv sjølvkontroll, medan terapeuten sørgjer for ein støttande ramme. Terapeuten si rolle er å utvikle eit partnerskap med brukaren, der brukaren vil bli i betre stand til å forstå sine problem, og oppdage alternative måtar å tenke på og oppføre seg. Kognitiv åtferdsterapi er også kortvarig og tidsavgrensa. Dette gir seg utslag i større uavhengigheit, og oppmuntrar til hjelp til sjølvhjelp. Behandlinga skal ha ein strukturert og objektiv framgangsmåte. Intervensjonen sitt mål og delmål skal definerast tydeleg og evaluerast med jevne mellomrom. Det skal leggest vekt på kvantifisering og måling.

Døme: måle hyppigheita av den uynskja åtferda.

Her blir det mogleg å måle framskritt ved å samanlikne den aktuelle funksjonen med den funksjonen som gav grunnlag for intervensjonen. Kognitiv åtferdsterapi fokuserar på dei noverande aktuelle problem og vanskar. Behandlinga freistar ikkje å avdekke ubeviste, tidlegare traume eller biologiske og genetiske årsaker til den psykologiske dysfunksjon. Behandlinga rettar seg meir mot å byggje opp ein ny og meir tilpassa måte å forholde seg til verda.

Dette er ein aktiv prosess som oppmuntrar brukaren til å stille spørsmål til seg sjølv. Brukaren er ikkje ein passiv mottakar av terapeuten sine råd og observasjonar, men oppmuntrast til å

utfordre seg sjølv, og lære gjennom ein prosess med eksperiment. Gehalten i tankar og forventningar vert prøvd ut. Nye forklaringar og nye måtar og oppfatte hendingar og åtferd på vert prøvd ut og vurdert.

Kognitiv åtferdsterapi er praktisk og ferdigheitsbasert rettet mot å innlære alternative mønster å tenkje og handle på (Stallard, 2006).

I følge Eknes (2004) er ein grunntanke innan kognitiv åtferdsterapi at menneske ikkje ”objektivt” påverkast eine og aleine av ytre stimuli, men *”Alle inntrykk fortolkes, og denne fortolkingen er igjen påverka av hva man oppfatter som årsak til det som skjer, hva slags forventningar man har og hvordan man vurderer seg selv”* (s. 49). Ein kognitiv åtferdsterapeut vektlegg difor ofte personane sine tankar og subjektive opplevingar, medan ein åtferdsterapeut berre vil forholde seg til observerbare ytre forhold (Eknes 2004).

Det empiriske grunnlag for kognitiv åtferdsteori har utvikla seg på bakgrunn av grundig forskning. Ein av dei tidlegaste innverknadane kom frå Pavlov og klassisk betinging, som viste at kjenslemessige reaksjonar kan bli betinga av spesifikke hendingar.

Innan åtferdspsykologi var Skinner ein stor påverknad til teorien om kognitiv åtferd. Han viste at åtferd blir påverka av forutgåande hendingar og konsekvensar. Konsekvensar som aukar sannsynlegheita for ein bestemt åtferd er forsterkande. Difor kan endring av dei forutgåande hendingane og konsekvensar resultere i endring av åtferd (Stallard, 2006).

Kognitiv åtferdsterapi er anbefalt behandling i frå blant anna Statens helsetilsyn og Statens legemiddelkontroll (Eknes, 2004). I dag brukast kognitive behandlingsmetodar til dei fleste problemstillingar, som t.d. stresstilstand, fobiske reaksjonar, spiseforstyrningar, tvangslidingar, personlegdomforstyrningar som schizofreni (Englyst i Thomsen (red.), 2002).

For å beskrive nærmare kva kognitiv åtferdsterapi er, vel eg å definere åtferdsterapi, her under eksponeringstrening og responsprevensjon og kognitiv terapi.

5.1 Eksponeringstrening og responsprevensjon.

Eksponeringstrening og responsprevensjon er prinsipp frå læringspsykologien, som nyttast til å endre på problemåtferd. Dette vert kalla åtferdsterapi. I denne type terapi er ein oftast oppatt av å redusere eller eliminere førekomst av problemåtferd, og deretter forsterke førekomst av ynskja åtferd. Slike terapiformer er ofte relatert til tilstandar der uynskja, spesifikk åtferd er

påfallande. Når ein talar om meir omfattande personlegdomsavvik, er ikkje denne terapien den beste. Utgangspunkt for åtferdsterpi kan vere fobiar, tvangslidingar og depressiv åtferd (Bjerke og Svebak, 2001).

Dei åtferdsterapeutiske metodane er vidareutvikla sidan ein av dei fyrste viktige kliniske bidraga av Joseph Wolpe på 1950- og 60- talet vart presentert. Den største forbetringa sidan då, har vert eit skifte i fokus.

Den gongen var det fokus på å førestille seg det ubehagelege i fantasien (in vivo eksponering), men i dag skal ein utsette seg for det ubehagelege ved å vere konkret tilstade i slike situasjonar (in vivo eksponering) (Eknes, 2004).

Thomsen (2002) meiner at eksponeringsprinsippet seier at angstnivået vil verte redusert etter forlenga kontakt med det frykta stimulus (situasjon). Døme på dette, kan vere ein person som er redd for å bli smitta av bakteriar ved å handhelse på personar utan å bruke hanskar. Fyrste gong utan hanskar kan vere forferdeleg, men den tiande gangen kan vere triveleg.

Tvangshandlingar som å bruke hanskar, har ein funksjon: Redusere angsten. Når rituala ikkje vert utført, og ein held ut angsten, vil ein ofte få ei auking i angstnivået. Etterkvart vil gradvis angstnivået og tvangen til å utføre rituala vert redusert (Englyst i Thomsen (red.), 2002).

Når dette vert utført systematisk, vert det kalla eksponeringstrening. Denne treninga vert fyrst og fremst meiningsfull når ein kombinerer henne med responsprevensjon (ritual prevention). Dette uttrykket refererer til at ein blokkerer (lar være å utføre) ritual som reduserer eller fjernar angst og ubehag.

Fortsetting på døme ovanfor: Ikkje vaske hendene (=ritual) etter eksponering, som har vert å handhelse på nokon utan hanskar. ”*Eksponering med responsprevention er således at utsætte sig for den angstprovokerende stimulus og unnlade at udføre kompulsionerne*” (Englyst i Thomsen (red.), 2002, s.192).

Ved eksponeringstrening og responsprevensjon er hensikta å bryte ned mønsteret som opprettheld tvangsimpulsane. Gjennom denne behandlinga skal ein svekke mønsteret som opprettheld tvangsimpulsane, og gje hovudpersonen erfaringar som viser at det er andre måtar å redusere plagene på, i staden for å bruke rituala.

Læringsprosessane; habituering og ekstensjon blir brukt for å redusere tvangstankar og tvangshandlingar.

Fyrst nemnte er mekanismen der nerveceller venner seg til eit stimuli gjennom eksponering over ei viss tid. Døme på habituering er at ein utsetter seg for ting ein frykter, litt etter kvart,

til ein venner seg til situasjonen, og opplever mindre frykt og uro. Dette er under føresetnad av at ein samtidig erfarar at det ikkje er reell fare forbinda med det ein frykter. For personar med tvangslidingar vil nervecellene lære at dei ikkje skal "tenne" og signalisere overdriven frykt, for til døme å ikkje vaske seg etter ein har handhelsa på nokon. Dette gjeld også tvangstankar. Ein lærer å betre tåle at ein tanke kjem, ved å eksponere seg for tankane tilstrekkeleg ofte og lenge.

Prinsippa innan ekstinksjon inneber at ein blir bevisst på kva som skjer rett etter at tvangsimpulsane har meldt seg. Dette vil seie konsekvensane av tvangsimpulsane, t.d. å vaske seg. Dette gjev næring til tvangslidinga, difor i behandling må ein bryte eller blokkere nokon av dei vanlege konsekvensane, slik at tvangsimpulsane vert utsett for ekstinksjon (Eknes, 2004).

Eksponeeringstrening og responsprevensjon er grundig gjennomprøvd som behandling av tvangslidingar hjå vaksne og barn, og er ein fast del av kognitiv åtferdsterapi (Englyst i Thomsen (red.), 2002). Den andre delen av kognitiv åtferdsterapi er kognitiv terapi.

5.2 Kognitiv terapi.

Korleis vi tolkar ein situasjon, påverkar korleis vi reagerar kjenslemessig på den.

Utgangspunktet er dei konkrete tankane som er i ein spesiell situasjon, som fører til at ein kjenner skyld, skam, sjølvforakt, sinne eller angst (Tidskrift for psykologforeningen, 1998). Målet vert difor å styrke brukaren sine evner til å identifisere slike sjølvdestruktive negative sirkular. Gjennom terapien blir personen merksam på effekten av angstframkallande, urimelege sjølvkritiske eller pessimistiske tankemønster (Berge og Repål, 2000).

Personar med psykiske vanskar er sjeldan sjølv klar over korleis deira tenkemåte fører til kva dei føler eller korleis dei oppfører seg. Måten å tenke på er som regel så inngrodd at dei handlar forholdsvis automatisk, noko som gjer at dei lettare trur at sine tolkingar er riktige og naturlege. Det vert difor viktig å gjere brukaren bevisst på dei indre, skjulte prosessane (Bjerke og Svebak, 2001). I følgje Bjerke og Svebak (2001) skil ein mellom tre typar kognitive prosesser som kan verte påverka i løpet av ei behandling.

Den eine er forventingar. Dette er mentale førestillingar om kva ein meiner vil skje i framtida. Dersom vi ser ein person utføre ei handling med eit bestemt resultat, vil vi danne oss ei forventning om resultatet av ei slik handling. Det kan likevel vere, at ein sjølv ikkje klarar å utføre handlinga, då forventinga om eigen kompetanse ikkje er etablert.

Ein brukar kan t.d. Vere sikker på at han ikkje blir smitta ved å ta i eit dørhandtak, men likevel greier ikkje vedkommande å gjere det.

Den andre prosessen er vurderingar av det ein gjer og opplever. Dette er prosessar som skjer nesten kontinuerleg. Ofte kan automatiske vurderingar forårsake emosjonelle reaksjonar hjå oss.

I kognitiv terapi må ein identifisere dei negative tankane og verte klar over at ein har dei. Deretter må ein revurdere dei situasjonane som resulterer i vurderinga. Dette vil ofte føre til ein reduksjon i negative emosjonelle reaksjonar (Bjerke og Svebak, 2001).

Den siste prosessen er attribuering, som inneber at ein freistar å forklare kvifor noko bestemt skjer med oss. Om ein stryk på eksamen, og skyldar på sensor, er det attribuering til ytre forhold. Attribuering til indre forhold, kan vere at ein skyldar seg sjølv for å vere dum. Som regel er det andre årsaker til ubehagelege opplevingar enn at ein sjølv er dum, og om ein innser dette kan ein unngå mange negative tankar. I kognitiv terapi prøver ein difor å endre uhensiktsmessig attribuering (Bjerke og Svebak, 2001).

Den kognitive terapien er eit gjensidig samarbeid mellom terapeut og brukar, der dei skal drøfte mulige alternative tenke- og handlemønster. Det skal hovudsakeleg rettast inn mot problema slik dei oppstår i brukaren sin kvardag, og brukaren sin oppfatning av sin situasjon står i fokus (Berge og Repål, 2000).

I følge Berge og Repål (2000) handlar altså kognitiv terapi om samarbeid, problemløysning og endring i tenke- og handlingsmåtar. Terapien kan beskrivast som ein sirkulær prosess der tre element inngår i eit kontinuerleg vekselspel:

- 1) Allianse; tryggleik og tillit.
- 2) Innsikt; kartlegging av problem, tankemønster og kjensler.
- 3) Endring; Problemløysning og utprøving av nye evner eller tenkemåtar.

I kognitiv terapi er terapeuten som regel aktiv og strukturerande. Dette kan ha positiv innverknad på menneske som har tvangslidingar, då det skapar mindre rom for negativ tolking (Tidskrift for norsk psykologforeiningen, 1998).

Det er viktig at terapeuten har ein strukturert og systematisk terapi/ framturen, for å vite kva nivå brukaren er på, og kor i prosessen ein er. Dersom ein skal oppnå endring av tenkemåte, må grunnmuren for eit slikt arbeid; alliansen med brukaren, vere sterk og trygg. For at

terapeuten skal få nødvendig kunnskap om brukaren, er det ein føresetnad at brukaren har tillit til terapeuten. Dette må terapeuten konstant sikre seg, samt at dei har felles forståing av kva problem dei arbeidar mot å løyse (Berge og Repål, 2000).

Den amerikanske psykiateren Aaron T. Beck er den klart mest innflytelsesrike bidragsytaren til kognitiv terapi. Men han har mange forgjengarar, som den velkjente hellenske filosofen Sokrates (født ca. 470 f.kr) (Berge og Repål, 2000). Sokratiske spørsmål er typisk for kognitiv terapi. I eit aktiv samarbeid med brukaren søker terapeuten å avdekke dei særeigne holdningane og tenkemåtane til brukaren. Tvangstankane vert ikkje argumentert imot av terapeuten. Målet med spørsmåla er å skape eit erfaringsmessig grunnlag for å vurdere tvangstankane og deira innverknad i brukaren sitt liv. Det blir undersøkt kva "bevis" som føreligg, og terapeuten hjelper til å bygge opp alternaive fortolkingar (Tidskrift for norsk psykologforening, 1998). Døme på spørsmål: Kva gjorde at personen ikkje klarte å stå i mot, kva bidrog til det, korleis vil det vere å ikkje ha ein bestemt tvangshandling, og så vidare. Dette er ein god strategi i kampen mot tvangslidinga (Eknes, 2004).

Som nemnt skal terapeuten i kognitiv terapi framstå som ein ledsagar eller guide. Målet er ikkje å lære brukaren opp til "å tenke positivt". Dette kan føre til urealistisk positiv tenking, som kan tvert om svekke evnene til å meistre livsproblema. "Målet er heller å få klienten til å reflektere rundt betydningen av ulike måter å tenke på" (Berge og Repål, 2000, s. 14).

6.0 Kognitiv åtferdsterapi hjå personar med Asperger syndrom.

No vil eg fyrst vise korleis kognitiv åtferdsterapi kan brukast hjå personar med Asperger syndrom og deretter nytte ein case for å vise korleis behandlinga kan bli gjort.

I følgje Englyst i Thomsen (red.) (2002) er det vanskelegare å utføre kognitiv åtferdsterapi hjå personar med Asperger syndrom, på grunn av manglande evne til innleving og tolke egne kjensler, tankar og sanseintrykk. Dette gjer det vanskeleg å beskrive tvangstankane og om dei er ufrivillig påtvinga og ubehagelege. I motsetnad til Englyst i Thomsen (red.), meiner Eknes (2004) har kognitiv åtferdsterapi blitt brukt med hell ovanfor personar med autisme og Asperger syndrom. Ei behandling av ei sju år gammal jente med Asperger syndrom, gav forbetring på 65% i løpet av 14 veker med intensiv behandling. Jenta fekk samtidig medikamentell behandling. Ut i frå andre erfaringar og, tilseier at KT kan nyttast ovanfor personar med Asperger syndrom, men enkelte justeringar må foretas. Til døme nemner Eknes

(2004) at bruk av metaforar fungera dårlegare for denne gruppa enn for andre. E/RP som ein vanlegvis brukar i behandling av tvangshandlinar, er konkrete å forholde seg til, og dette er noko mange med vanskar i autismespekteret både set pris på og meistrar godt (Eknes, 2004).

6.1 Case.

Leif Frode er 30 år gamal, har diagnosen Asperger syndrom. Han er relativt høgt begava, med normalt funksjonsnivå på visse felt. I dei siste fem åra har Leif Frode utvikla vaskeritual som har prega hans sosiale liv og arbeidet hans på jobb. Tanken på smitte av dødelege bakteriar og virus tvinga seg på han hundrevis av gonger kvar dag. Kvardagen hans går difor ut på å vaske hendene mange gonger per time. Han går aldri utan hanskar, og har alltid med seg desinfiserande væske, om vask og såpe ikkje er tilgjengeleg.

Leif Frode tykkjer sjølv at tankane, som oppstår ufrivilleg, er ein plage for han, og han føler angst og ubehag om han ikkje får utført vaskerutinen sin. Etter utføring av denne rutinen, vert angst og ubehag for smitte redusert, og han føler at han får kontroll på tankane sine.

Dette vil tvert i mot vil føre til at han opprettheld tvangslidinga, og det kan føre til at tilstanden vert forverra ved auke i ritual og tankar om smitte.

Etter utredning og kartlegging av problema hans, fekk han diagnosen obsessive compulsive disorder (OCD). Tvangslidinga synar seg i form av vaskemani og Leif Frode ynskja behandling. Han fekk medikamentell behandling kombinert med kognitiv åtferdsterapi. Leif Frode tykte at medisinen hadde god effekt på tvangen, og at den samstundes bidrog til at han fekk eit høgare stemningsleie. Han valte likevel å avslutte medikamentbehandlinga, då han fekk biverknadar av medisinen. Mellom anna trøttleik. Han måtte også hente medisinen på apoteket, noko som var ubehageleg for han, fordi det stod hans namn på tablettane. Leif Frode har hatt kognitiv åtferdsbehandling i 6 månader.

6.2 Kognitiv åtferdsterapi brukt i casen.

Innan kognitiv åtferdsterapi er det viktig med dei tre elementa som inngår i eit kontinuerleg vekselspel; Allianse, innsikt og endring. Dette har tatt tid å bygge opp, men det har danna seg eit gjensidig samarbeid. Dette er viktig for å forstå Leif Frode sine problem slik han oppfattar dei.

Under kapitelet om kognitiv åtferdsterapi står det at behandlinga skal ha ein strukturert framgangsmåte. Terapeuten har difor lagt vekt på ein stram agenda, med klåre punkt som skal gjennomgåast. I forhold til Leif Frode må denne agendaen vere veldig klar, og terapeuten innleiar timen med kva som skal gjennomgåast. Det er fleire årsaker til at det er lagt opp slik,

men det er svært viktig for Leif Frode å halde fokus, og unngå unnlatande åtferd. Dette av di at han veit at oppgåvene i forhold til eksponering er ubehagelege og førar til meir angst. I tillegg er det viktig å unngå at han perseverar, dvs. ”heng” seg opp i visse stimuli og ikkje kjem seg vidare.

Mange med Asperger syndrom har ei spesiell interesse, det har Leif Frode også: Han samlar på radioar. Denne interessa kjem ofte fram som unnlatande åtferd under behandlinga. Han kan undervise om radioar, og henge seg opp i t.d. at ein radiokanal skal skifte frekvens.

Timane startar med at terapeuten legg fram ein agenda:

1. Samtale om korleis han har det, spesielle ting som har skjedd sidan sist,
2. Gjennomgang av heimelekse.
3. Undervisning om ulike sider i behandlinga.
4. Eksponeringstrening. Skåring av angstnivå før og etter eksponering.
5. Gjennomgang av ny heimelekse.
6. Avslutning, oppsummering av korleis timen var, og kva utbytte han fekk av timen.

Behandlinga er ” tidsutvida”, og varer ca. 1,5 time. Dette fordi det hadde vore for lite effektivt å bruke det ”normale” på 45 minutt. Det er viktig å legge den kognitive åtferdsterapien til rette for den enkelte, slik at den er tilpassa brukaren sin problematikk.

Behandlinga skal skje under strukturelle og systematiske forhold, og for Leif Kåre, som har Asperger syndrom er dette positivt. Han likar ein strukturell og tilpassa dag, med forutsigbare situasjonar. Under treninga veit han kva som skjer til ei kvar tid.

Kognitiv åtferdsterapi er også kjenneteikna ved at ein arbeidar med små avgrensa problemområde, som igjen kan vere positivt for personar med Asperger syndrom.

6.2.1 Kognitiv terapi brukt i casen.

Det står i kapittel 5 at kognitiv terapi legg vekt på at ein skal endre kognitive prosessar med hjelp av direkte metodar, som verbale instruksar. Her legg terapeuten vekt på undervisning om forskjellige tema.

Tema som blir fokusert på er bakteriar, smittevegar, kroppen sitt eige forsvarssystem, med meir. Det er viktig å fokusere på at symptoma er ein del av ein sjukdom og at dei ikkje er skapt av personen, men av tvangslidinga. Det er veldig viktig for Leif Frode å få undervisning i dei ulike tema i tvangslidinga hans. Terapeuten brukar ofte sokratiske spørsmål, i forhold til å utforske og endre kor mykje han trur på årsakene til at han må vakse seg. Dette førar til at

ein får prøvd validiteten til tankar og forventingar, samt at ein vurderer og freistar nye måtar å oppfatte hendingar og åtferd på.

Med tanke på at Leif Frode har Asperger syndrom er det viktig å legge behandlings timen til rette. Dei fleste metodane i kognitiv åtferdsterapi er anvendelege i forhold til personar med Asperger syndrom. Det som må takast omsyn til er at oppgåvene og spørsmåla ikkje vert for vanskelege. Vert det for vanskeleg kan ein fort risikere at motivasjonen vert redusert. Det same om ein går for fort fram. Under kapittel 3 er det nemnt at mange med Asperger syndrom har redusert evne til gjensidig sosial samhandling. Leif Frode har vanskar med indirekte kommunikasjon, så terapeuten må kommunisere direkte til han. Han har også problem med humor og ironi, og han tolkar det som negativt og som kritikk om eigen person. Metaforar må heller ikkje brukast i behandlinga, då slike og kan vere vanskelege å tolke.

6.2.2 Eksponeringstrening og responsprevensjon brukt i casen.

Moglegheitene for å oppnå effekt av E/RP avhenger ofte av kva type tvangshandlingar personen har. Leif Frode har smittefrykt/ tvangsmessig vasking, og i følgje Eknes (2004) er det lettare å gjennomføre eksponeringstrening og responsprevensjon ovanfor denne type tvangshandling enn t.d. tvangsmessig teljing.

Dette har samband med at det alltid finns noko å telle, medan tilgangen til å kunne vaske seg, lettare kan avgrensast og kontrollerast av andre. Leif Frode har ei avgrensa tvangsliding, noko som gir betydeleg betre effekt av behandlinga enn hjå dei som gjennomgåande har ein tvangsprega livsstil.

I førebuinga til behandlinga er det også viktig å kartlegge kva tvangstankar og -handlingar ein skal fokusere på. Leif Frode har i samarbeid med terapeuten klargjort at tvangstankane om smitting, og tvangshandlinga om å vaske seg er fokuset i behandlinga.

Det som er viktig i forhold til behandlinga er at den er basert på samarbeid. Brukaren skal ha ei aktiv rolle med å identifisere sine mål, eksperimentere og kontrollere sin innsats. I forhold til eksponeringstreninga, har terapeuten og Leif Frode forsøkt å lage eit hierarki. På grunn av at hans ubehag er såpass generalisert til alt som er rundt han, valte terapeuten å eksponere han i forhold til å ta på bordet.

Eksponeringstreninga går difor ut på at Leif Frode skal legge hendene på ei bordflate i viss mange sekund. Som nemnt under kapittel 5 seier eksponeringsprinsippet at angstnivået vil verte redusert etter forlenga kontakt med den frykta stimulus. For at eksponeringstreninga skal bli meiningsfull må den verte kombinert med responsprevensjon.

Leif Frode sitt ritual for å redusere angst og ubehag er å vaske seg med desinfiserande væske. Difor skal det gå viss mange sekundar før han får vaske seg etter eksponeringa. Den desinfiserande væska har han sjølv sett vekk under eksponeringstreninga, men den er innan rekkevidde. Når han gjer dette vert tvangsimpulsane utsett for ekstingsjon. Han forhandlar sjølv om kor lenge han skal ha hendene på boded, og kor lenge han må vente til han får vaske seg. Leif Frode må ha relativt god tid før eksponering, då dette er svært ubehageleg for han. Før og etter eksponering må Leif Frode skåre angstnivået sitt frå 0-10, der 10 er det høgste angstnivået. Målet er at angstnivået skal reduserast etter forlenga kontakt med bordet. Dette førar ofte til ein auke i angstnivået, men etter kvart vil gradvis angstnivået og tvangen til å utføre rituala verte redusert.

Behandlinga til Leif Frode skal framme uavhengigheit, og oppmuntre til hjelp til sjølvhjelp. Med tanke på dette har terapeuten og Leif Frode laga eit heimelekse system. Her skal Leif Frode jobbe med å registrere kor ofte han vaskar seg, og om det finns situasjonar der han venta ei viss tid før dette blei gjort. Heimeleksemet kan føre til at han skal generalisere eksponeringstreninga til kvardagslivet, for å redusere tvangshandlingane. Her kan også Leif Frode kontrollere sin eigen innsats, noko som frammar meir effektiv sjølvkontroll. I kvar behandlingstime går terapeuten gjennom heimeleksemet, og snakkar om henne. Han sørgjer og for ei støttande rolle. Her brukar han ofte sokratiske spørsmål. Som nemnt under kapittel 5.2 er som regel tankane automatiske, slik at ein lettare trur på sine tolkingar som normale og riktige. Ved hjelp av dei sokratiske spørsmåla kan ein bevisstgjere Leif Frode om dei indre, skjulte prosessane. Heimeleksemet kan også virke mot sin hensikt, ved at det kan bli eit nytt ritual for Leif Frode. Difor må terapeuten stadig sjå korleis Leif Frode responderer i forhold til leksemet.

Undervegs i den kognitive åtferdsterapien noterer terapeuten dagbok. Her blir den tida Leif Frode har valt å bruke under eksponeringa notert, saman med skåringane før og etter. Dette er for at terapeuten skal kunne sjå, og vere sikker på at det er progresjon i behandlinga. Samstundes gir det Leif Frode sjansen til å kontrollere sin innsats. Dette kan føre til positiv oppmuntring til å trene meir. Det blir også notert korleis timen har fungert og kva som var innhaldet i timen. Her kan Leif Frode også sei sine synspunkt. Det er viktig i behandlinga at ein evaluerer med gjevne mellomrom. Dette vert difor gjort i slutten av kvar behandlingstime. Her blir det mogleg å måle framsteg ved å samanlikne den aktuelle funksjonen med den funksjonen som gav grunnlag for intervensjonen.

6.2.3 Progresjon.

Etter ein del behandlingar har det vist seg eit mønster; Med hyppige behandlingar, går det relativt greitt framover. Han har god framgang i å forhandle seg fram til kor lenge han skal ha hendene på bordet, og kor lenge det skal gå før han får vaske seg. Han har auka tida, frå då han starta for 6 månader sidan. Det som viser seg å vere vanskelegare, er generaliseringa av effekt til det daglege. Dette viser resultata av heimeleksene. Generaliseringa er ei utfordring for vidare arbeid i terapien. Leif Frode gir positive tilbakemeldingar om behandlinga. Det som er svært viktig for han er at terapeuten underviser han i forhold til det dei held på med.

Utifrå erfaring viser terapeuten til, at det er vanskeleg å berre nytte kognitiv åtferdsterapi i all behandling. Det beste er å bruke den i kombinasjon med andre metodar, og tilrettelagt miljø. Som nemnt under kapittel 4.6 viser forskning at ein får betre resultat ved å kombinere medikamentell behandling og kognitiv åtferdsterapi.

7.0 Avslutning.

Asperger syndrom er ei gjennomgripande utviklingsforstyrning, der den diagnostiserte har kvalitativ svikt i kommunikasjon, samspel og førestillingsevne. Personar med Asperger syndrom har også lett for å utvikle alvorlege psykiske lidningar, der i blant tvangslidningar. Kognitiv åtferdsteori blir ofte brukt som behandling mot tvangslidningar. Det er ein metode som bygger på eksponeringstrening og responsprevensjon og kognitiv terapi. Målet med kognitiv åtferdsterapi er å skape forandringar i kognitive prosessar gjennom direkte metodar, som verbale instruksar og læringsmetodar for å endre åtferd og kjensler. Det er ikkje gjort mykje forskning på, eller skrive mykje, om personar med Asperger syndrom som får kognitiv åtferdsterapi, men via praksis fekk eg observere Leif Frode som fekk denne behandlinga. I problemstillinga mi ville eg fram til korleis vi kan bruke kognitiv åtferdsterapi som behandlingsmetode hjå personar med Asperger syndrom og tvangslidningar. På grunn av diagnosen Asperger syndrom, må behandlinga leggjast til rette for han. Han byrja med kognitiv åtferdsterapi for 6 månader sidan og har vist positive resultat til no. Det er lurt å kombinere kognitiv åtferdsterapi med andre metodar og tilrettelagde miljø, med tanke på diagnosen Asperger syndrom sin diversitet. Utfordringar framover kan vere at Leif Frode ikkje ynskjar medikamentell behandling, noko som har vist seg å vere gunstig i kombinasjon med kognitiv åtferdsterapi, i hans tilfelle.

Litteraturliste

Berge, Torkil og Repål, Arne (1997). *Trange rom og opne plasser. Hjelp til mestring av angst, panikk og fobier*. Oslo: Aschehoug Psykologi.

Berge, Torkil og Repål, Arne (2000). *Den indre samtalen. Innføring i kognitiv terapi*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Bjerke, Tore og Svebak, Sven (2001). *Psykologi for høgskolen*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Eknes, Jarle (Red) (2000). *Utviklingshemning og psykisk helse*. Oslo: Universitetsforlaget.

Eknes, Jarle (2004). *Tvangslidelse. Forståelse, diagnostisering og behandling*. Oslo: Universitetsforlaget.

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

Gjærum, Bente og Ellertsen, Bjørn (red) (2002). *Hjerne og atferd. Utviklingsforstyrrelser hos barn og ungdom i et nevrobiologisk perspektiv*. Oslo: Gyldendal Akademisk

Grøholt, Berit, Sommerschild, Hilchen og Garløv, Ida (2001). *Lærebok i barnepsykiatri*. Oslo: Universitetsforlaget.

Halvorsen, Knut (2002). *Forskningsmetode for helse- og sosialfag. En innføring i samfunnsvitenskapelig metode*. Oslo: Cappelen Akademiske Forlag.

Jacobsen, Dag Ingvar (2000). *Hvordan gjennomføre undersøkelser? Innføring i samfunnsvitenskapelig metode*. Kristiansand S: Høgskoleforlaget AS

Kaland, Nils (1996). *Autisme og Asperger syndrom. "Theory of mind", kommunikasjon og pedagogiske perspektiver*. Oslo: Universitetsforlag

Kaland, Nils (2003). *Asperger syndrom. "Historier frå hverdagslivet". En mentliseringsstest for personer med Asperger syndrom eller høytfungerende autisme*. Oslo: Gyldendal Akademisk

Mohlin, Mie og Medhus, Magne (2005). *Høytfungerende autisme og Asperger syndrom. En innføring for voksne*. Oslo: Omnipax.

Stalland, Paul (2006). *Gode tanker, Gode følelser. Kognitiv adfærdsterapi. Arbejdsbog for børn og unge*. København: Psykologisk Forlag A/S

Thomsen, Per Hove (Red) (2002). *OCD hos børn og unge*. København: Psykologisk Forlag A/S

Tidsskrift:

Tidsskrift for norsk Psykologforeining (1998). Journal of the norwegian psychological association. Nr.1. Vol 35. Norsk psykologforeining