



Fordypningsoppgave

VPH705 Psykisk helsearbeid

Tittel: Hvordan kan jeg som psykisk helsearbeider ved hjelp av kognitive strategier bidra til å dempe sinne og aggresjon hos personer med Asberger syndrom?

Forfatter: Rigmor Authen Falch

Totalt antall sider inkludert forsiden: 30

Molde, 18.04.2012



Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

Den enkelte student er selv ansvarlig for å sette seg inn i hva som er lovlige hjelpemidler, retningslinjer for bruk av disse og regler om kildebruk. Erklæringen skal bevisstgjøre studentene på deres ansvar og hvilke konsekvenser fusk kan medføre. Manglende erklæring fritar ikke studentene fra sitt ansvar.

Du/ dere fyller ut erklæringen ved å klikke i ruten til høyre for den enkelte del 1-6:		
1.	Jeg/vi erklærer herved at min/vår besvarelse er mitt/vårt eget arbeid, og at jeg/vi ikke har brukt andre kilder eller har mottatt annen hjelp enn det som er nevnt i besvarelsen.	<input checked="" type="checkbox"/>
2.	Jeg/vi erklærer videre at denne besvarelsen: <ul style="list-style-type: none">• ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands.• ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt.• ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt.• har alle referansene oppgitt i litteraturlisten.• ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse.	<input checked="" type="checkbox"/>
3.	Jeg/vi er kjent med at brudd på ovennevnte er å <u>betrakte som fusk</u> og kan medføre annullering av eksamen og utestengelse fra universiteter og høgskoler i Norge, jf. Universitets- og høgskoleloven §§4-7 og 4-8 og Forskrift om eksamen §§14 og 15.	<input checked="" type="checkbox"/>
4.	Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiatkontrollert i Ephorus, se Retningslinjer for elektronisk innlevering og publisering av studiepoenggivende studentoppgaver	<input checked="" type="checkbox"/>
5.	Jeg/vi er kjent med at høgskolen vil behandle alle saker hvor det forligger mistanke om fusk etter høgskolens retningslinjer for behandling av saker om fusk	<input checked="" type="checkbox"/>
6.	Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av kilder og referanser på biblioteket sine nettsider	<input checked="" type="checkbox"/>

Publiseringsavtale

Studiepoeng: 10

Veileder: Kjell Erik Tveten

Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

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

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

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

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

ja nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

ja nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja nei

Er oppgaven unntatt offentlighet?

ja nei

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

Dato: 16.04.2012

Antall ord: 8478

Sammendrag

I denne oppgaven vil jeg beskrive hvordan jeg som psykisk helsearbeider kan møte en ung kvinne med Asberger syndrom og hennes utfordringer i forhold til å mestre sinne og aggresjon.

Jeg presenterer relevant teori i forhold til tilstanden Asberger syndrom, sinne, aggresjon og kognitiv terapi.

Deretter presenteres Anna, en ung dame som har store utfordringer i møte med verden rundt seg. Hun sliter med sinne og aggresjon som bygger seg opp i henne. Hun opplever at hun mister kontrollen over seg selv og vet ikke hva hun gjør når ”rull gardina” går ned, som hun selv sier.

I oppgavens drøftingsdel vil jeg bruke kognitive strategier som metode for å tilnærme meg problemstillingen.

Min problemstilling blir da:

Hvordan kan jeg som psykisk helsearbeider ved hjelp av kognitive strategier bidra til å dempe sinne og aggresjon hos personer med Asberger syndrom?

Innhold

1.0 Innledning	1
2.0 Teoretiske referanserammer	3
2.1 Asberger syndrom	3
2.2 Sinne og aggresjon	6
2.3 Kognitiv terapi	6
2.4 KAT- programmet: "Å utforske følelser" Kognitiv atferdsterapi for sinne mestring.	10
3.0 Empiri	13
3.1 Narrativ	14
4.0 Drøfting	15
5.0 Konklusjon	22
6.0 Litteraturliste	23

1.0 Innledning

Min fordypningsoppgave har fokus på tilstanden Asberger syndrom, heretter forkortet til AS, og hva det måtte føre med seg av utfordringer og muligheter.

Gjennom mitt arbeid har jeg møtt personer med diagnosen AS. Jeg har mange ganger kjent på at vi som skal bistå ikke klarer å bidra til ”at livet til den enkelte går videre”, de opplever at livet stagnerer sosialt og i forhold til arbeid. Min opplevelse er at personer med AS ofte ikke får en reel sjans til å vise at de evner komme seg videre med utdanning eller arbeid. Har vi da klart å møte mennesket godt nok der den enkelte befinner seg utifra individuelle behov? Jeg tenker at vår rolle som psykisk helsearbeidere må være å legge til rette for at personer med AS blir satt i stand til å uttrykke sine problemer og mobilisere sine egne resurser. I eget arbeid har jeg stadig opplevd at personer med AS etterspør konkrete metoder for hvordan de kan hjelpe seg selv til å leve med det å ha denne diagnosen.

Dr. Tony Attwood, en av de fremste internasjonale klinikere innen feltet, har skrevet litteratur og gjennomført forskning på kombinasjonen AS og kognitivterapi. Han har på bakgrunn av kliniske erfaringer og forskningsarbeid utviklet KAT-programmet (kognitivatferdsterapi) som kalles ”Å utforske følelser” der målet er å bistå mennesker med AS til å få økt kognitiv kontroll over sinne og aggresjon. Programmet er utformet i to manualer en for angst mestring og en for sinne mestring. Programmet er primært utviklet for barn, men Atwood mener at det fint kan brukes til ungdommer og voksne med AS. Jeg ønsker å belyse tema, fordi jeg opplever at personer med AS er ei gruppe som faller igjennom på mange områder i samfunnet. De har ofte betydelige problemer i forhold til sosialt samspill, da de stadig vekk misforstår og misstolker andres hensikter. Min erfaring er at personer med AS har et stort behov for struktur og forutsigbarhet. Jeg har på bakgrunn av egne erfaringer og teori fått bekreftet at fravær av struktur gir økt frustrasjon. Dersom de ikke blir møtt der de er kan dette resultere i økt forekomst av sinne og aggresjon

Jeg vil legge vekt på bruk av KAT-modellen i det kliniske møte med en klient kalt Anna. Mitt tema blir i denne oppgaven hvordan vi kan behandle klienter med diagnosen AS. Min problemstilling blir som følger:

Hvordan kan jeg som psykisk helsearbeider ved hjelp av kognitive strategier bidra til å dempe sinne og aggresjon hos personer med Asberger syndrom?

Videre i oppgaven presenteres aktuell teori i forhold til områdene Asberger syndrom, sinne, aggresjon og kognitivterapi.

I oppgavens empiri del presenteres casen om Anna, narrative er en situasjon fra hennes liv.

I drøftingsdelen tar jeg for meg hvordan jeg med utgangspunkt i problemstillingen i lys av gitt teori og empiri kan gjennomføre det kliniske møtet med Anna.

2.0 Teoretiske referanserammer

Jeg vil her ta for meg relevant teori og presentere denne som mine teoretiske referanserammer i arbeidet med gitt problemstilling. Teorien er hentet fra pensum litteratur, samt egenvalgt tileggslitteratur.

2.1 Asberger syndrom

Asberger syndrom defineres i ICD-10 som: en tilstand med usikker nosologisk validitet kjennetegnet ved kvalitative forstyrrelser av gjensidig sosialt samspill som ved barneautisme, sammen med et begrenset, stereotyp, repetitivt repertoar av interesser og aktiviteter. Syndromet atskiller seg fra autisme ved at det ikke foreligger generell forsinkelse, hemning av språk eller kognitiv utvikling. Tilstanden er ofte forbundet med uttalt klossethet. Det er tydelig tendens til at tilstanden vedvarer gjennom ungdomsalderen og inn i voksenalderen. Psykotiske episoder kan opptre tidlig i voksen alder. (ICD- 10. 1996. F84.5)

I følge Attwood (2001) er syndromet Asberger oppkaldt etter barnelege Hans Asberger, som hadde sitt virke i Wien på 1940-tallet. Hans Asberger publiserte i 1944 sin doktorgradsavhandling. Her gav dr. Asberger en tilstandsbeskrivelse av fire unge gutter som hadde svært uvanlige sosiale, språklige og kognitive (tankemessige) evner. Dr. Asberger brukte uttrykket ”autistisk psykopatologi” når han beskrev tilstanden som han så på som en type personlighetsforstyrrelse (Attwood 2001).

I følge Welton (2009) er ikke AS en sykdom, men en mild form for autisme. Videre skriver Welton at dette er en tilstand som påvirker måten hjernen bearbeider informasjon på. Når man har AS betyr det at man har en hjerne som er ekstremt god til å bearbeide enkelte typer informasjon, for eksempel tall og faktaopplysninger. På den annen side har man ofte store utfordringer i forhold å kommunisere med andre mennesker, forstå hvordan andre tenker og føler.

Vermeulen (2008) hevder at graden av funksjonshemming er et resultat av interaksjonen mellom en persons egenskaper og egenskapene ved omgivelsene. På hvilke måte er personer med AS hindret eller hemmet i sin personlige utvikling og virkeliggjøring av sine drømmer, er ikke bare avhengig av graden av AS, men også av mulighetene omgivelsene gir eller ikke gir. Vermeulen vektlegger videre at skal mennesker får reelle muligheter

trenger de individuell veiledning. Vermeulen poengterer at kontroll over eget liv bygger på innsikt og kunnskap om seg selv.

I følge Attwood (2001) vil det være viktig i tidlig alder å legge til rette for at personer med AS utvikler forståelse av tid. Til dette kan man bruke hjelpemidler som klokker, timeplaner og dagbøker. Atwood skriver at dersom man prioriterer struktur og forutsigbarhet i tidlig alder og får til gode rutiner på dette, vil det være et godt bidrag i å forebygge sinne og aggresjon. Videre skriver Attwood at mennesker med AS kan fremstå som fysisk klossete. Noen utvikler også tics i ungdomsårene. Attwood (2001,117) viser til forskning som tilsier at mellom 50 og 90 prosent av voksne med AS har problemer med motorisk koordinasjon i en eller annen form.

Attwood (2001) påpeker at personer med AS ofte kan fremstå som lite fleksible, mange fremstår som svært rigide. Derfor vil det for dem være vanskelig å innrømme at de har tatt feil, de kan fremstå som irriterende sta i en diskusjon eller krangel. Attwood sier:

Det er som om de ikke kan skifte spor, selv om det er tydelig at sporet er galt, eller at det ikke fører noe steds hen. Når dette skjer vil det vil det nok være like greit og bare bli enige om at man er uenige (Attwood 2001,136).

Han påpeker videre at personer med AS kan ha en tendens til å være overfølsomhet ovenfor kritikk, ha prestasjonsangst og er redde for å gjøre små feil. Her kommer han inn på dette med feiltolkning av andres intensjoner, personer med AS har en tendens til å være uvandlig mistenksomme nesten paranoide i forhold til andres intensjoner. Attwood gir et godt eksempel på dett: *"han slo meg og det gjorde vondt, så da var det med vilje"* her kun med fokus på hendelsen og konsekvensen av denne. En normal fungerende person vil kunne se situasjonen også ut fra konteksten for øvrig; *"han er en snill fyr som, sprang, snublet og traff meg ved et uhell"*.

Ifølge Vermeulen (2008, 25) vet vi egentlig lite om hvordan mennesker med AS forstår og ser på seg selv. Det mest av kunnskapen om AS er anekdotisk og basert på ikke-systematiske erfaringer og eksempler. Selvbiografier skrevet av mennesker med AS kan kaste lys over problematikken. Enkelte svært godt fungerende personer med AS har, slik Vermeulen skriver, presentert svært treffende og dypsindige beskrivelser av tilstanden.

I tillegg til selvbiografier har man erfaringer til personer som omgås personer med AS til daglig, som foreldre og fagfolk. Vermeulen (2008) påpeker at personer som ikke selv har AS lett tar utgangspunkt i eget tankesett når de skal beskrive hvordan mennesker med AS tenker om seg selv. Man bruker da sine ”ikke-autistiske” forestillinger som en selvfølge eller en norm for sin forståelse av verden rundt seg. Vermeulen understreker at det i dette ”skjæringspunktet” lett kan oppstå feiltolkninger. Vermeulen stiller spørsmålet: *Tar vi ikke da feil, på lik linje med personer med AS, som ikke kan leve seg inn i den andres situasjon?* (2008, 25).

Kaland (1996) viser i sin bok ”Autisme og Asberger syndrom ” til kognitive psykologer som har gjort forskning på ”Theory of mind” (teori om sinnet)- ferdigheter hos personer med autisme forstyrrelser. Dette er beskrivende teori om hvordan mennesker med AS forstår mennesker rundt seg. Teori- om- sinnet ferdigheter er evnen til å kunne forstå og føle hva andre mennesker opplever, samt å reflektere over sine egne tanker. Klinisk erfaring indikerer at personer med AS har en tendens til å reagere emosjonelt uten å vurdere dette kognitivt (Kaland 1996).

For å kunne gi personer med AS psykologisk veiledning/kunnskap om seg selv, blir det ifølge Vermeulen derfor viktig å vite noe om kvaliteten den enkelte har på sitt selvilde. Han viser til forskning gjort av Lee og Hobson (1998), hvor det kommer frem at personer med AS nødvendigvis ikke har et fattig selvilde, med et mye mindre sosialt forankret selvilde. For personer med AS går dette med selvilde mest på konkrete opplysninger som utseende og aktiviteter de liker /ikke liker (Vermeulen 2008,29).

Norvoll (2009,100,101) skriver om at mennesker med AS kan bli utsatt for de samme typene stigma som mennesker med psykiske lidelser kan oppleve fra samfunnet rundt seg. Dette i seg selv er en faktor som ytterligere forsterker utfordringen mennesker med AS opplever. Hun sier at stigmatiseringsprosessen også gir en tendens til avpersonalisering, som vil si at personen blir ”totalt” oppslukt av stigma slik at omgivelsene bare ser sykdommen og ikke personen”. Norvoll sier videre at noen personer som opplever dette kjenner på at de mister troverdigheten i ulike sosiale sammenhenger. Videre påpeker hun at personer med psykiske lidelser kan oppleve at deres protest eller sinne over ulike forhold blir avfeid og/eller oversett. Negative reaksjoner fra den ”sykes” side blir kun sett på som et uttrykk for at man er i ubalanse pga sykdommen/tilstanden. De blir med andre ord ikke tatt på alvor. Norvoll (2009) viser til Erving Goffmann som utviklet begrepet stigma for å forstå sosiale reaksjoner på sykdommer og samhandling mellom den syke og andre mennesker.

2.2 Sinne og aggresjon

Ilstad (2007, 8) definerer aggresjon på følgende måte: ”Aggresjon er en grunnleggende drift eller destruktiv atferd som har til hensikt å skade en person eller objekt”.

I følge Bjørkly (1997, 72) er det viktig i en terapeutisk sammenheng å kunne skille mellom sinne og aggresjon. Aggresjon blir definert som atferd som har som mål å skade andre.

Sinne, derimot har ikke til hensikt å skade andre personer fysisk. Det sinne og aggresjon har til felles er at det fører med seg en sterk ubehagsfølelse, dette kan ofte være knyttet til uenighet, at man opplever seg selv som nedlatende behandlet av andre, eller at man kjenner seg invadert av andre. Når sinnet blir drivkraften i atferd innrettet på å skade andre fysisk, går atferden over til aggresjon.

Han påpeker videre at det i behandling er viktig å gi klienten innsikt i dette skille mellom sinne og aggresjon.

Avslutningsvis hevder han at både sinne og aggresjon kan ses på som selvhevdelsesuttrykk.

2.3 Kognitiv terapi

Kognitiv atferdsterapi kan ifølge Haugsgjerd mfl (2009,170) ses på som en moderne versjon av behaviorismen.

Berge og Repål (2004) viser til enda tidligere forgjengere i forhold til tilnærmingen, nemlig den greske filosofen Sokrates. Han la i følge historien stor vekt på å ha en ikke vitende holdning i samtale med mennesker. Sokrates sa; *Jeg vet at jeg intet vet*. Med denne holdningen i samtalen med *den andre* opplevde han at *den andre* begynte å granske seg selv, sin kunnskap og sine mål i livet. Dialogens kraft ble en gjensidig hjelp til bedre erkjennelse. Denne ikke vitende spørreformen er et viktig ledd innenfor kognitiv terapi den dag i dag, og bærer navnet ”*sokratisk spørreteknikk*”.

Behaviorismen er en retning som vokste frem på begynnelsen av 1900-tallet og har hatt stor innvirkning på behandling av psykiske lidelser. Retningen bygger på ideen om å forske vitenskapelig på atferd, ved å observere denne. Heller det enn å ty til introspeksjon, altså ransake/ se innover i individet. Kunnskapssynet er empirisk, man ser på kunnskap som erfaringer en skaffer seg gjennom sansene.

Berge og Repål (2004) viser til den amerikanske psykologen Aron Beck, født 1921, en svært innflytelsesrik person i forhold til kognitive terapi. De viser til at deres fremstilling av kognitiv terapi, heretter betegnet som KT, i stor grad hviler på Becks mange bidrag til

denne retningen. En annen anerkjent psykolog som anses for å være en pioner i forhold til kognitiv terapi er Albert Ellis (1913-2007).

Begrepet kognisjon er ifølge Berge og Repål:

En betegnelse på menneskets kontinuerlige bearbeidelse av informasjon, hvordan vi tenker på ting, forestiller oss eller minnes en bestemt hendelse. Mennesket holder kontinuerlig på med en indre samtale. Vi kommenterer for oss selv våre handlinger og har antagelser om hva som kan komme til å skje i ulike situasjoner. Dette skjer alle, det skjer uten at vi selv er klar over det. Vi tenker uten å tenke over det (Berge og Repål 2004, 9).

Berge og Repål understreker at det derfor kan være klokt av terapeuten å gjenta klientens perspektiv /utsagn i samtalen. Eksempel: "... slik det høres ut for meg, så tenker du..." for så å invitere til en diskusjon av styrker og svakheter ved klientens perspektiv/utsagn.

Berge og Repål (2004) sier at vår kognisjon, måten vi tenker rundt en hendelse, påvirker igjen våre følelser. Hvilke følelser som vekkes av en bestemt hendelse avhenger av den enkeltes individuelle tankesett. Tankesett formes av personlige erfaringer.

Berge og Repål skriver at innenfor KT tenker man at allerede fra vi er spedbarn formes det som blir våre individuelle "skjema", eller leveregler. Et menneskes leveregler forankres gjennom forestillinger, bygd på erfaringer med objekter og hendelser. Kognitive skjemaer er en form for kognitive filter et individ automatisk bruker for å tolke verden rundt seg.

Berge og Repål skriver videre at "den indre samtalen" av og til kan være nesten som en fiende for et individ. Mentale spenninger kan gi seg til kjenne som en strøm av fysisk ubehagelige følelser. Svette, rødme, munntørrhet, hjertebank, følelsen av å besvime.

Kroppen går i "frykt-flukt"-beredskap. Det kommer negative automatiske tanker som; "Dette er farlig", "Jeg kommer til å besvime", "Jeg må vekk herfra nå!"

Slike negative antagelser/tanker, som Berge og Repål (2004) beskriver det, oppleves svært troverdige for den som kjenner det på kroppen, da de oppstår i en virkelig hendelse, men er ofte overdrevne eller ugyldige. Ulike følelser er knyttet til bestemte tankemønstre.

Angst eller frykt er forbundet med tanker om trussel eller fare. Depressive følelser er forbundet med tanker om feil eller tap, verdiløshet, meningsløshet eller håpløshet"(Berge og Repål 2004,11).

Berge og Repål (2004) påpeker at det først og fremst er klientens opplevelse som står i sentrum, hva klienten faktisk tenker. Det er klientens egne svar som er viktige, ikke terapeutens. Viktig at terapeuten er genuint nysgjerrig i sin tilnæringsform. Gjennom KT forsøker terapeuten å gjøre klienten oppmerksom på virkningen av automatiske negative tanker. Målet er at klienten skal styrkes i å gjenkjenne disse negative tankene hos seg selv. Terapeut og klient drøfter alternative tenkemåter og handlings muligheter.

Berge og Repål (2004) viser til psykolog Hans Nordal som beskriver KT som en sirkulær prosess hvor tre sentrale elementer inngår:

- Allianse (trygghet og tillit)
- Innsikt (kartlegging av problemer, tankemønstre og følelser)
- Endring (problemløsning og utprøving av nye ferdigheter eller tenkemåter)

For terapeuten innebærer dette at man er strukturert og systematisk i sin tilnærming, at man hele tiden er bevisst på hvor man er i prosessen. Det er terapeutens ansvar å sikre at man har en felles forståelse for hvilke utfordringer som skal løses.

Her som i andre terapeut- klient- forhold blir trygghet og tillit (relasjon), grunnmuren for videre samarbeid. Terapeuten skal fremstå som en veileder, eller instruktør i prosessen det er å reflektere over sine egne tanker, til dette benytter terapeuten seg blant annet av ”sokratisk spørreteknikk”. Målet er ikke at klienten skal få bare ”positive tanker”. Målet er å finne andre løsninger på de utfordringer klienten måtte ha.

Berge og Repål (2004) hevder at automatiske negative tanker kan være vanskelige å identifisere. Dette fordi tanker oppstår raskt og kan være vanskelige å holde fast på. Det kan også være en utfordring for klienten og virkelig få satt ord på tankene, da tanker kan ha et ikke-verbalt innhold – de fremstår ikke som ord. Berge og Repål nevner som eksempel det å beskrive lukten av en rose.

I følge Bjørkly (1997) vil automatiske negative tanker kunne forhindre en person fra å ha en konstruktiv tolkning av seg selv og omgivelsen. Dette resulterer da i feiltolkninger av virkeligheten. Dersom det får vedvare vil det være til hinder for konstruktiv vekst og samhandling med omgivelsene.

Berge og Repål (2004) understreker at i KT skal klienten være informert og forberedt. Klienten skal kjenne til de viktigste begrepene og ha en forståelse av hvordan tanker kan påvirke følelser. Dette kan gripes tak i ved at forholdet mellom tanker og følelser tas opp som tema.

Berge og Repål nevner som eksempel på dette at klienten sier: *Jeg føler meg så elendig, alt er bare svart.* Terapeut: *Hva tenker du på? Hva gikk gjennom hodet ditt like før du fikk disse følelsene?*

En terapi time bør ifølge Berge og Repål (2004) starte med ei oppsummering hvor en spør hva som har skjedd siden sist? Har klienten noen tanker rundt siste time? Og videre, hva ønsker du å snakke om i dag?

Klienten får gjerne hjemmelekse. Dette kan være en praktisk ting (del mål) som å gå *til butikk døra*. Dersom man har angst for å gå inn i butikken. Små delmål, mot målet; for eksempel å handle i butikken uten å få angstanfall. Terapeuten bruker tid sammen med klienten til å gjennomgå hva som skjedde når klienten gikk til butikk døra.

Det er viktig at klienten skriver ned hva han/hun opplevde/tenkte/følte under gjennomføringen av hjemmeoppgaven. Det gjør det enklere å snakke om hva som virkelig skjedde når man kommer til terapi timen. Uansett om gjennomføringen av hjemmeoppgaven gikk godt eller ikke er det som faktisk skjedde med tanker og følelser det sentrale. Berge og Repål viser til ABC-modellen er en viktig modell innenfor KT. De beskriver tre premisser som ligger til grunn for denne modellen.

1. Vi blir ofte fortvilet, urolig eller deprimert ut fra de tankene vi gjør oss om en hendelse, ikke bare på grunn av hendelsen i seg selv.
2. Endringer i tanker kan føre til endringer i følelsene.
3. Målet er å få kunnskap om hvilke tanker som hemmer eller fremmer mestring, tilpassning eller endring (Berge og Repål 2004, 14).

Måten man utformer skjema for hjemmeoppgaven tar utgangspunkt i ABC-modellen sine premisser.

- A. *Hva skjedde? (situasjonen)*
- B. *Hvordan oppfattet jeg situasjonen? (tanker)*
- C. *Hva følte og gjorde jeg da? (konsekvensen av B)*

Informasjonen man får gjennom hjemmeoppgaven danner utgangspunktet for ny drøfting:

- D. *Alternative måter å oppfatte situasjonen på.*

2.4 KAT- programmet: "Å utforske følelser" Kognitiv atferdsterapi for sinne mestring.

Ifølge Attwood (2009) er kognitiv atferds terapi, forkortet til KAT, ei samtalebehandling der man bruker ulike tilnærminger for å bearbeide og/eller omarbeide tanker og følelser. Videre avgrensers jeg det kognitive perspektiv til dr. Tony Attwood sitt KAT-program. Jeg vil holde meg tett opp mot denne metoden i mitt kliniske møte med Anna, som jeg beskriver i mitt narrativ i oppgavens empiri del.

Attwood (2009,3) sier at:

KAT-modellen har utviklet og endret seg gjennom flere tiår. Ved bruk av kontrollerte forskningsstudier blitt validert som effektiv i å forandre hvordan en person tenker og responderer på følelser som angst, tristhet og aggresjon. KAT fokuserer på aspekter relatert til kognitive utfordringer og mangler i forhold til modenhet, kompleksitet, hvordan man tenker angående følelser og kognitiv forvrengning (dysfunksjonell tenkning og feilaktige antagelser).

Attwood legger dette til grunn for at KAT kan være en fornuftig tilnærning for både barn og voksne med AS som vi vet har mangler og /eller forvrengninger i kognisjon i forhold til tanker og følelser. Videre hevder Attwood at siden mennesker med AS har et begrenset "vokabular" av følelses uttrykk og et lite repertoar av effektive måter å reparere følelser på vil dette være en svært konkret måte for disse å få kunnskap om selvhjelp på.

Attwood beskriver det første stadiet i KAT programmet som affektiv edukasjon – altså lære om følelser. Affektiv edukasjon er å lære hvorfor vi har følelser, hvordan de kan brukes og misbrukes. Et viktig prinsipp på dette stadiet er og utforske en følelse om gangen. Attwood anbefaler at man starter med følelsen glede, før man går videre til mer utfordrende følelser.

I programmet *Å utforske følelser* bruker man ofte bilde symboler for på den måten også å visualisere og konkretisere følelsen vi snakker om.

Når følelsen er identifisert er neste skritt i programmet å lære seg noe om følelsens intensitet, styrken på følelsen. Her kan man for eksempel bruke et termometer til å illustrere styrken/temperaturen på følelsene, gjerne et stort (kan være tegnet inn på et stort ark). For å visualisere ytterligere brukes det bilde symboler eller ordbilder som plasseres på den plassen på termometeret hvor det er passende.

Attwood mener at dette med å bruke et termometer som et visuelt uttrykk kan bidra til at personen med AS kanskje også kan se for seg sin ”tidlige varselsignaler” – hva bruker å skjje før temperaturen på følelsen øker? Hva er det som kan gi meg et forvarsel på emosjonell aktivering?

Når man har kommet dit i programmet hvor en ellet to positive følelser og deres uttrykksnivå er forstått, kan man i neste omgang bruke samme teknikken til å identifisere negative følelser som sinne og aggresjon.

På dette stadiet i programmet er det sentralt å kjenne på kroppslige reaksjoner/responser man har i forhold til følelser. For eksempel reaksjonen kamp eller flukt når vi kjenner på redsel. Her sier Attwood at terapeuten og klienten sammen skal utforske hvordan følelser påvirker kroppens responser som, økt puls, svetting. Det blir viktig å forklare dette med følelser litt fra grunn av. Dette kan forklares som instinktive reaksjoner mennesket har hatt i seg i all tid. Helt fra vi bodde ute i naturen og var jegere som måtte flykte fra farlig situasjoner har det oppstått visse responser i kroppen som setter oss i stand til å reagere/møte en situasjon. Attwood poengterer at i vårt moderne samfunn får kroppen fortsatt disse sammen reaksjonene når vi for eksempel opplever en situasjon som truende. Noen ganger kan man få like reaksjoner uten at man faktisk er i en reelt farlig eller truende situasjon. Disse reaksjonene må vi jobbe for å styre, ta kontroll over. Når vi er mitt oppe i en sterk følelse kan dette påvirke vår evne til å ta logiske og rasjonelle valg.

Attwood går her inn på det han kaller kognitiv restrukturering. Kognitiv restrukturering gjør det mulig for personer med AS å rette på forvrengte følelser og reaksjonsmønster. På dette stadiet i programmet har man fokus på å utfordre personens nåværende tenkning med logiske bevis og å sørge for en rasjonell tankeprosess og kognitiv kontroll over følelsene. Eksempler kan være at man har falske antagelser vedrørende andre menneskers intensjoner. Om en hendelse er gjort med vilje eller om det var et uhell. Her kan man også trekke inn dette med å tolke utsagn fra andre boktavlign, at man trekker ting ut av sammenheng. En kommentar som var ment som en spøk blir kanskje tatt på ramme alvor og reaksjonen en feiltolkning. Attwood mener at personer med AS ofte antar at andre tenker eksakt det samme som de selv tenker, eller at de tenker det samme som de verbaliserer, og ikke noe annet. Her igjen er personen med AS karakteriser med en svært så konkret oppfattelse av det andre personer sier eller tenker.

Andre metoder KAT-programmet bruker til kognitiv restrukturering er, ifølge Attwood, å utfordre visse antagelser med fakta. Informasjon kan da innhentes i form av statistikk som

viser at hendelsen klienten er redd for skal inntreffe, er minimal, for eksempel sannsynligheten for å bli truffet av lynet.

Gjennom KAT-programmet ønsker Attwood å gi personer med AS mulighet til å bli kjent med sin egen "mentale verktøykasse". Verktøy man kan bruke for å reparere problemer assosiert med negative følelser, spesielt sinne og aggresjon. Her er det også viktig med aktiv deltagelse fra klienten som med saks og papir, tegner og beskriver de forskjellige typene verktøy og aktiviteter som på en konstruktiv måte kan bidra til å reparere følelser. Denne gruppen betegner Attwood som fysiske verktøy:

Eksempel på dette kan være at en hammer representerer verktøy eller hendelser som fysisk utløser emosjonell energi. Man tegner en stor hammer og fester forskjellige alternativer på fysisk aktivitet til denne. F eks jogging, aktivitet som kan bidra til å utløse emosjonell energi.

Atwood hevder at enkelte personer med AS allerede har funnet ut at det å ødelegge noe er et effektivt verktøy for raskt å reparere en ubehagelig følelse, men at de kanskje ikke har tenkt så mye på hva de ødelegger. For disse klientene blir det viktig å lære seg at dersom de ønsker at følelsen skal bli reparert må den kanaliseres gjennom en konstruktiv aktivitet. Atwood kaller betegner dette som " *kreativ destruksjon*".

Andre grupper verktøy er avslapningsverktøy, sosialeverktøy, tankeverktøy, spesialinteresseverktøy Attwood beskriver også bruken av andre grupper mentale verktøy, noe jeg velger ikke å beskrive på grunn av oppgavens omfang.

Attwood skriver avslutningsvis at mange med AS i tillegg til terapi også har behov for medisiner. Dette kan for enkelte være nødvendig for redusere intensiteten av eksplosiv og destruktiv emosjonell energi (2009,11).

3.0 Empiri

Jeg velger å innhente min empiri del (erfaringsbasert kunnskap) til oppgaven gjennom egne erfaringer fra feltet.

Jeg har valgt å endre navn og enkelte andre opplysninger på personen jeg presenterer i narrative, dette for å imøtekomme oppgavens krav til anonymisering.

Mine erfaringer har jeg fra rollen som psykisk helsearbeider i kommunehelsetjenesten.

Jeg vil ta utgangspunkt i mitt møte med Anna. Jeg har hatt jevnlig kontakt med henne 1 til 2 ganger i uken de siste 3 årene. Anna er en dame på 30 år som har Asberger syndrom. Hun bor i en småby, i egen leilighet. Hele sin oppvekst har hun kjent seg utenfor, hun opplevde ofte mobbing i skoleårene. Nå som ung voksen kvinne har hun ingen venner eller sosial omgangskrets fra oppvekstårene.

Hun har gjennomført videregående skole og startet på flere studie retninger på universitets nivå, men det skjærer seg for henne etter en stund som student.

Anna elsker å diskutere politikk og samfunns strukturer, det er spesialfeltet. Hun har etter mitt skjønn over gjennomsnittet god forståelse av samfunns mekanismer. Fritiden går derfor ofte med til lesing og nyhetsoppdateringer.

Anna har tilrettelagt arbeid ved en vernet bedrift. Hun trives etter eget utsagn godt på arbeid, men hun sliter med å etablere relasjoner til kollegaer.

Hun vil gjerne videre med livet sitt. Men det ”baller” seg stadig til, et skritt frem og to tilbake. Hun sier det er som å stå ”på stedet hvil”, uten å hvile.

Anna sliter med å kontrollere sinne og aggresjon. Hun sier selv hun ikke kan kjenne når det skjer, rullgardina går bare ned. Flere ganger har hun skadet andre i ren øyeblikks forbannelse. Hun angrer og angrer etter slike hendelser.

Det var en som sa det så fint; ”når man ikke finner brua, må man hoppe fra stein til stein”.

Anna sliter med å få sammenheng i eget liv. Det går på et vis fra sekvens til sekvens, uten sammenheng. På den ene siden forstår hun dette, så lenge vi kan snakke om det i et meta perspektiv. Når hun står ansikt til ansikt med mennesker er det som om hun glemmer det helt. Det blir misforståelser og misstolkninger.

3.1 Narrativ

Hendelsen jeg beskriver har Anna fortalt om selv, jeg kom inn som psykisk helsearbeider i etterkant av hendelsen. Anna hadde over lengre tid ergret seg mye over lyd og bråk fra nabo leiligheten. En dag opplevde hun grensen var nådd. Hun gikk over til naboen for å si ifra. Når naboen åpnet døra var det som om det svartnet for henne. Naboen rakk bare å si ”Hei” før hun regelrett slo han ned, hun fortsatte å slå etter at han hadde falt i gulvet. Det kom andre naboer til og fikk stoppet situasjonen. Anna ble svært fortvilet etter hendelsen. En annen nabo hadde ringt hjemmetjenesten som kom etter en liten stund. Det kom en person derfra for å snakke med både Anna og naboen. Anna ville ikke snakke med vedkommende, da dette var en ukjent person for henne. Anna forsøkte å ringe meg, som er psykisk helsearbeider i kommune helsetjenesten, men jeg var ikke tilgjengelig. Hun snakket derfor ikke med noen om hendelsen før hun gikk på jobb neste dag. Hun kom på arbeid og oppførte seg som vandlig, har jeg blitt fortalt av arbeidsleder der. Anna sier selv at hun kjente på frustrasjon over gårsdagens aggresjonsutbrudd. Hun måtte snakke med noen, mor blir den nærmeste og kontakte om dette. Hun ringer mor, de prater lenge. Arbeidsleder kommer bort til henne og sier at dersom hun har behov for å ta en slik lang samtale i arbeidstiden er det greit at hun spør først, og så går til personalrommet for å snakke. Anna opplever dette tilsnakket som svært krenkende og respektløst, ifølge henne selv. Hun opplever at sinnet blusser opp i henne og fører til at aggresjonen igjen tar overhånd. Det ender med at hun kaster en stor skiftenøkkel mot arbeidsleder treffer han i hodet så blodspruten står.

Jeg som psykisk helsearbeider ankom Annas arbeidsplass ca en time etter aggresjonsutbrudd, jeg var da blitt tilkaldt av miljøarbeider i bedriften. Han hadde tatt med seg Anna ut, satt seg i bilen og kjørt en tur mens de ventet på meg. Av erfaring vet vi at det er greiest for Anna å komme seg vekk fra situasjonen for så å kunne roe seg ned. Anna ønsket også selv å komme seg vekk fra jobben etter hendelsen. Når jeg møter Anna sitter hun og miljøarbeideren på en benk nede ved et gammelt bryggeområde i byen.

4.0 Drøfting

Jeg vil i oppgavens drøftingsdel ta for meg det kliniske møtet med Anna. Her vil jeg drøfte min problemstilling i lys av mine teoretiske perspektiver.

Hvordan kan jeg som psykisk helsearbeider ved hjelp av kognitive strategier bidra til å dempe sinne og aggresjon hos personer med Asberger syndrom?

Som vi ser utifra både teori og empiri innebærer det å ha AS mange og sammensatte utfordringer. Jeg er bevisst på å møte Anna med stor grad av forståelse. Jeg sier ”hei, Anna” når jeg kommer bort og setter meg ned. Anna vil snakke om arbeidslederen som ba henne gå på personalrommet for å snakke i telefonen. Hun er opprørt over at denne personen ikke forsto hvor feil det ble for henne å få kritikk i den situasjonen hun befant seg i, etter det som hadde skjedd kvelden før. Jeg vet utifra teori at mennesker med AS har en tendens til å være overfølsomme for kritikk (Attwood 2001).

I møtet med Anna er jeg også bevisst på at jeg forstår henne utifra mine ”ikke autistiske” forestillinger, slik Vermeulen (2008) beskriver det. Dette er for meg svært viktig å tenke over da jeg vet at det i dette ”skjæringspunktet” mellom min og Annas forståelse av verden lett kan oppstå feiltokninger. Jeg tenker at bevissthet fra psykisk helsearbeider sin side rundt dette, er en del av det å legge til rette for at personer med AS skal lykkes.

Jeg spør Anna om arbeidsleder visste hva hun hadde opplevd kvelden før.

”Nei”, sier Anna, ”jeg ville ikke fortelle noe om det på jobb, det ble for vanskelig. Men de skulle jo kjenne meg og forstått at jeg hadde en dårlig dag! ”

Jeg: ”Tenker du at de andre på jobb burde sett på deg at du har det ekstra vanskelig i dag?”

Anna: ”Ja, jeg pleier aldri å stå så lenge i telefonen på jobb uten at det er noe alvorlig”.

Anna viser til en konkret observerbar ting, som i hennes livsverden er et åpenbart konkret tegn på at hun hadde en vanskelig dag.

Miljøarbeider fra arbeidsplass sier det ville vært lettere for dem å forstå at hun hadde det ekstra vanskelig denne dagen dersom hun hadde sagt dette når hun kom på jobb. ”Det er mange som jobber hos oss, så det er vanskelig å vite hvordan akkurat du har det om du ikke forteller det til noen”, sier han. Anna hører hva han sier men kommenterer det ikke.

Anna: ”Jeg angrer så på at jeg slo ned naboen i går, nå har jeg skadet en på jobben også... jeg kan ikke gå tilbake dit mer, tenk om jeg blir anmeldt til politiet! Jeg får nesten ikke puste når jeg tenker på alt dette, faen!!”, roper Anna og slår med knyttet neve i benken hun sitter på.

Jeg og miljøarbeideren sier ikke noe, vi er stille alle tre.

Jeg antar at Anna fortsatt befinner seg på et mentalt høgt frustrasjonsnivå. At hun slår litt i benken velger jeg og ikke å kommentere, da jeg tenker at det er naturlig for henne å ha den type atferd i situasjonen hun befinner seg i akkurat nå. Det å slå i en gjenstand kan kanskje for henne være med å dempe frustrasjonsnivået noe, dersom jeg skulle kommentert dette antar jeg at det kun vil bidra til å øke frustrasjonsnivået.

Jeg foreslår etter hvert at vi tar et møte neste dag, med alle involverte parter tilstede. Anna sier hun vil være med på møtet. Jeg tenker det er viktig for Anna, mor og far, arbeidsleder og miljøarbeider å få snakket om hendelsen å bli enige om veien videre herfra. Vi avtaler et møte neste dag, vi får låne et møterom på arbeidsplassen. Jeg vurderer det dit hen at det er viktig for Anna å komme seg raskt tilbake på arbeidsplassen, så hun ikke blir gående å grue seg. Hun har nok å stri med om hun ikke skal bruke energi på dette også. Hun sier selv at *"alle de andre på jobben vet hva jeg har gjort, de snakker sikker om meg nå"*. Jeg vet at Anna faktisk har rett i det hun tenker. De andre på jobb er nå enda mer usikre på hvordan de skal forholde seg til henne. Noen vil nok ta avstand fordi de er redd for å få hennes aggresjon rettet mot sin person. Så selv på en vernet/ tilrettelagt arbeidsplass vil man oppleve å bli stigmatisert dersom man atferdsmessig er svært annerledes. Jeg er som sagt klar over dette og kan ikke gjøre annet enn forstå Anna i hennes bekymring over at andre vil ta ytterligere avstand fra henne etter denne episoden. Utifra egen erfaring og teori vet jeg at mennesker med AS ofte blir utsatt for de samme typene stigma som mennesker med psykiske lidelser kan oppleve fra samfunnet rundt seg, slik Norvoll (2009) hevder tidligere i oppgaven. Dette i seg selv er, slik jeg ser det, en faktor som ytterligere forsterker utfordringen mennesker med AS opplever.

Anna bekrefter dette når hun sier; *" jeg skulle ønske jeg hadde mer kontroll på sinnet mitt, det ødelegger det lille jeg har av kontakt med andre. Snart er det vel bare mor og far som orker å ha noe med meg å gjøre, de sier også at de er slitne av meg"*.

I dette møtet rett etter aggresjonsutbruddet velger jeg å være støttende og lytte til Anna. Dette blir en viktig del av relasjonsbyggingen mellom meg som psykisk helsearbeider og Anna som klient. En relasjon som må være tuftet på trygghet og tillitt dersom jeg skal kunne bidra med noen form for hjelp til Anna. Slik jeg ser det er det nå viktig for Anna å få fortalt om sine tanker og følelser knyttet til det aggressive utbruddet.

Jeg velger å bruke kognitiv tilnærming i mine videre samtaler med Anna. Jeg vet utifra Attwood sin teori at KAT- programmet kan være en fornuftig tilnærming for både barn og

voksne med AS som vi vet har mangler og /eller har forvrengninger i kognisjon i forhold til tanker og følelser. I samtaler med Anna vil jeg bruke metoder basert på Attwood sitt KAT- program for sinnemestring *Å utforske følelser* og elementer fra ABC-modellen. Samtalene med Anna vil foregå 1 time to ganger pr uke. Det betyr at størsteparten av uken er Anna alene med sine utfordringer. Dette tenker jeg som psykisk helsearbeider i kommunen kan være vel tøft for Anna. Stiller vi allerede her for høge krav til henne utifra sine individuelle behov? Men i en kommunal hverdag med stramme budsjett må man bruke det man har av resurser på en best mulig effektiv måte. Jeg tenker da at det jeg kan bidra med er å gi Anne noen selvhjelpsstrategier, gjennom bruk av kognitiv terapi i våre samtaler. Attwood (2009) underbygger mitt valg av behandlings strategi da han hevder at mennesker med AS har et begrenset ”vokabular” av følelses uttrykk og et lite repertoar av effektive måter å reparere følelser på vil kognitiv atferds terapi være en svært konkret måte for disse å få kunnskap om selvhjelp på.

Anna kommer til første samtale to dager etter møtet på arbeidsplassen.

På mitt kontor har jeg lagt vekt på at det er en rolig og avslappet stemning. Når Anne kommer inn er hennes stol plassert slik at hun kan velge om hun vil se på meg eller ut av vinduet. Etter at jeg har sagt hei og velkommen, spør jeg henne om hun vil ha kaffe eller te før vi setter i gang med samtalen. Anna takker ja, til en kopp te. Jeg pusler litt rundt og ordner med dette mens Anne får sette seg. Anna og jeg kjenner hverandre nokså godt, siden vi har hatt jevnlig kontakt de siste 2 årene. Jeg starter timen med å spørre Anna om hvordan hun har hatt det siden vi sist snakket sammen på hennes arbeidsplass.

Anna sier hun ikke har det noe greit. Hun har fått bekreftet av naboen og arbeidsleder hun skadet, at de ikke ønsker å anmelde henne til politiet, det hjelper litt.

Samtalen går litt trått og det virker som Anna helst ikke vil snakke om

aggresjonsutbruddene mot naboen og arbeidslederen. Det trenger vi heller ikke å gjøre.

Det vi skal er å samarbeide for å hjelpe Anna til å gjenkjenne automatiske negative tanker og følelser slik at hun kan lage seg nye skjemaer/leveregler for hvordan hun kan møte sine utfordringer i forhold til å mestre sinne og aggresjon fremover. Dette blir svært viktig for Anna da jeg vet utifra Bjørkly (1997) sin teori at automatiske negative tanker kan bli til hinder for en person i å kunne ha en konstruktiv tolkning av seg selv og omgivelsen, fordi man feiltolker andres hensikter. Noe som igjen virker hemmende på personlig vekst et konstruktivt samspill med omgivelsene.

Jeg sier til Anna at vi først kan snakke litt om hva følelser egentlig er. Anna stiller seg positiv til dette, hun virker nesten litt lettet. Kanskje hun hadde forventet seg at vi bare skulle snakke om det som hun gjør feil?

Vi starter med å snakke om følelsen glad, en følelse Anna liker å kjenne på.

Anna får et ark av meg hvor hun undervegs i samtalen konkret skriver ned situasjoner hvor hun føler seg glad.

Hvorfor blir hun glad i disse situasjonene, hva skjer da?

Og hvordan vet hun at hun er glad?

Kan hun si noe om hva hun tenker når hun er glad?

Hvordan kjennes dette ut i kroppen?

Jeg forteller Anna at i dag har hun startet på et forskningsarbeid, hvor målet er at hun skal bedre kjent med sine tanker, følelser og reaksjonene hun får av disse. Jeg informerer henne om at dette er ingen lettvinnt jobb, det vil kreve at hun engasjerer seg i det, om hun ønsker å lære seg hvordan hun kan styre sinne og aggresjon.

Jeg forteller Anna at vi vet at Attwood sitt sinne mestring program har hjulpet mange andre som har lignende utfordringer som henne. Samtidig understreker jeg at dette er et prosjekt vi skal samarbeide om. Hun er ikke alene i denne prosessen, men hun har faktisk hovedrollen. Hun får også arbeidsboken som hører med til KAT programmet *Å utforsker følelser*.

Til neste samtale får Anna i hjemmelekse å jobbe videre med følelsen glad. I arbeidsboken er det flere spørsmål som vil bidra til at hun gjennom å svare på disse må reflektere over akkurat "glad- følelsen". Anna virker positiv når hun går fra denne 1. samtale timen. Jeg håper hun kjenner på håp om bedring i sin prosess.

De neste timene fremover bruker vi til å sortere og kjenne på forskjellige følelser.

Anna sier det er fint å få konkrete forklaringer på hva følelser egentlig er. Anna har blitt kjent med at tankene våre påvirker følelsene. Dette er slik jeg tolker det i tråd med Berge og Repål (2004) sin teori om at i KT skal klienten være informert og forberedt.

Anna jobber med å identifisere følelsene sine. For henne er det viktig å få dette visuelt fremstilt under samtalen. Vi har derfor tegnet et stort termometer som nå har fått plass på veggen. Jeg tenker at Anna kanskje synes dette kan virke barnslig, men det gjør hun ikke. Anna sier hun kjenner det er lettere å forstå hva vi snakker om når hun i tillegg får det visuelt fremstilt. Jeg oppfatter nå Anna som engasjert og nysgjerrig på følelser og som tidligere nevnt hun har håp om bedring. I denne modusen, når Anna er åpen og ønsker å høre mer, vil det nå være "enkler" å komme inn på vanskelige følelser som sinne og

aggresjon. Attwood (2009) sier at dette med å bruke et termometer som et visuelt uttrykk kan bidra til at personen med AS kanskje også kan se for seg sin "tidlige varselsignaler" – hva bruker å skje før temperaturen på følelsen øker? Hva er det som kan gi meg et forvarsel på emosjonell aktivering?

Når man har kommet dit i programmet hvor en ellet to positive følelser og deres uttrykksnivå er forstått, skal man i neste omgang bruke samme teknikken til å identifisere negative følelser som sinne og angst.

På dette stadiet i programmet er det, slik Attwood også beskriver, sentralt å kjenne på kroppslige reaksjoner/responser man har i forhold til følelser. For Anna sin del er det slik at hun får reaksjonen kamp/ angrep når hun kjenner på aggresjon.

Samtale nr 5 kommer Anna til meg som avtalt.

Jeg: *"Har du lyst til å si litt om hva du har tenkt på siden forrige samtale?"*

Anna: *"Ja, jeg har faktisk lyst til å snakke om hva som skjedde når jeg angrep naboen og arbeidslederen".*

Anna får fortelle hvordan hun ser på dette i ettertid. Hun markerer på termometeret, som har en skala fra 0-10 hvordan hun opplevde at følelsene varierte i styrke i denne situasjonen.

Jeg: *"Du sier du har lyst til å snakke om det som skjedde på jobben, hva har du lyst til å fortelle da?"*

Anna: *"Når jeg kom på jobb, dagen etter dette med naboen, var jeg kanskje på 7 allerede på sinnet. Jeg kjente det kokte i hodet, når arbeidslederen kom var det som om det bare kokte over".*

Jeg: *"Hvorfor tror du det ble slik?"*

Anna: *"Jeg synes det var krenkende og respektløst av arbeidslederen å snakke til meg når jeg stod i telefon med mamma. Det var helt kaos i hodet mitt, jeg måtte snakke med mamma om det".*

Jeg: *"Du sier du oppfatter arbeidsleder som krenkende og respektløs ovenfor deg i denne situasjonen, dersom du tenker litt på det hvor sikker er du på at han var faktisk var krenkende og respektløs i sin holdning ovenfor deg der og da?"*

Her må Anna tenke seg om. På en skala fra 1-10 vil Anna nå markere på 6 hvor sikker hun er på at han var respektløs mot henne. Den dagen hendelsen inntraff var hun nok på 10 i sin sikkerhet på at han ønsket å være respektløs mot henne.

Anna: *"Jeg oppfatter fortsatt hans reaksjon som krenkende og respektløs mot meg"*

Jeg: ”Ja, det er din følelse og det er greit. Men kan det være mulig at han hadde andre hensikter med å si til deg at du måtte snakke i telefonen på personalrommet?”

Det viktige her er at Anna lærer seg å tenke positive alternative tanker. Hun må øve seg på og ikke gå rett på de automatiske negative tankene. Anna sliter med at hun har, som Attwood betegner det, falske antagelser om andres intensjoner.

Jeg forteller henne at det er jobben til arbeidsleder å påse at reglene på arbeidsplassen blir fulgt. Dette er en faktaopplysning. Jeg er nå inne på det Attwood kaller kognitiv restrukturering. Kognitiv restrukturering gjør det mulig for personer med AS å rette på forvrengte følelser og reaksjonsmønster. På dette stadiet i programmet har man fokus på å utfordre personens nåværende tenkning med logiske bevis og å sørge for en rasjonell tankeprosess og kognitiv kontroll over følelsene.

Selv om Anna utifra sine kognitive begrensninger pga AS ikke automatisk kan forstå andres hensikter, kan hun teknisk sett lære seg å stoppe opp å tenke over andres hensikter med det de sier eller gjør mot henne.

Vi blir enige om at hjemmelektur til neste samtale er å skrive ned de tanker og følelser som oppstår når sinnet begynner å bruse i kroppen. Hun oppfordres til å se etter, være på jakt etter, alternative løsninger i situasjoner der hun i utgangspunktet reagerer med sinne på det hun oppfatter som andres intensjoner.

Jeg har også snakket med Anna om forskjellen mellom sinne og aggresjon. Det er viktig for Anna at hun kan lære seg å identifisere sinne og der igjen aggresjon. Klarer jeg å bidra til en bevisstgjøring i forhold til dette tror jeg Anna i større grad kan lykkes med å regulere reaksjonene sine før det går så langt som til et aggresjonsutbrudd. Jeg vet utifra teori at begge følelsene fører med seg opplevelsen av ubehag. Kanskje kan hun lære seg å identifisere følelsen ubehag, og med dette ”fange opp seg selv” på et tidlig stadium?

Björkly (1997) er i sin teori opptatt av å skille på sinne og aggresjon, han sier det er viktig for både klient og terapeut å være bevisst dette skillet. Han påpeker at det sinne og aggresjon har til felles er at det fører med seg en sterk ubehagsfølelse, dette kan ofte være knyttet til uenighet, at man opplever seg selv som nedlatende behandlet av andre, eller at man kjenner seg invadert av andre. Når sinnet blir drivkraften i atferd innrettet på å skade andre fysisk, går atferden over til aggresjon.

De neste timene vil Anna få presentert ulike mentale verktøy /metoder hun kan bruke for å hjelpe seg selv i situasjoner hvor sinne og aggresjon utfordrer henne. Hva kan hun gjøre for å avskjære seg selv fra å få et aggressivt utbrudd på andre?

Vi øver på og utforsker ulike selvhjelpsstrategier, hva kan fungere for akkurat Anna? Anna foreslår selv at når hun kjenner på følelsen ubehag ved det andre personer sier til henne, skal hun si; ” beklager, jeg blir nødt til å gå nå”, for så snu seg å gå.

Jeg opplever Anna som svært motivert for å prøve denne strategien. Hvordan dette går videre er fortsatt uklart, men hun er på vei. Jeg tenker det er helt avgjørende for veien videre at Anna er motivert. Uten egen motivasjon tror jeg det er vanskelig for en klient å se nytten av for eksempel å tilegne seg nye strategier i møte med gitte utfordringer. Min erfaring er at psykisk helsearbeider har heller å få mulighet til å hjelpe, dersom denne indre drivkraften i klienten ikke på et tidspunkt vekkes og tar til å virke i klienten selv.

Vermeulen (2008) vektlegger i sin teori at kontroll over eget liv bygger på innsikt og kunnskap om seg selv. Jeg tenker at gjennom å gi Anna kunnskap om hvordan tanker påvirker følelser og der igjen handlinger kan dette for henne være en mulighet for økt kontroll over eget liv.

Jeg valgte å rette min problemstilling mot hvordan dempe sinne og aggresjon hos personer med AS. Gjennom arbeidet kunne jeg vært noe grundigere i min tilnærming. Det sies at Anna har et høgt frustrasjonsnivå før sinne settes i kok. Hvorfor har hun det? Hva føler hun på da? Kan dette være angst? Angst jeg burde hjulpet henne å identifisere. Kan det her ligge andre årsaksforklaringer til sinne og aggresjons utfordringene? Jeg vet jo fra teorien, bl.a. Attwood at angst er noe mange med AS sliter med. Det som for personer med AS fortøner seg som en uforutsigbar og ustrukturert virkelighet, kan kanskje bidra til at de har en økt sårbarhet for å utvikle angst?

5.0 Konklusjon

Med utgangspunkt i min problemstilling:

Hvordan kan jeg som psykisk helsearbeider ved hjelp av kognitive strategier bidra til å dempe sinne og aggresjon hos personer med Asberger syndrom?

Jeg har i gjennom oppgaven belyst hvordan jeg tenker psykisk helsearbeider kan møte mennesker med AS ved hjelp av kognitive strategier.

Ved å benytte meg av Attwood sitt KAT- programmet i kombinasjon med elementer fra ABC modellen tror jeg Anna kan ha gode muligheter for å lykkes med å identifisere følelser og tanker som bringer henne opp i sinne og aggresjonsutbrudd, teknisk sett. Om hun med sine kognitive utfordringer virkelig kan ta dette innover seg er en annen sak. Det er slik jeg ser det nettopp dette at det er tilpasset mennesker med AS jeg opplever som, om jeg kan si det, det ”geniale” her. Jeg tenker at KAT - programmet gir mennesker med AS en reell mulighet til å mestre eget liv fordi det legger vekt på å visualisere og konkretisere følelser og intensiteten av disse. Samtidig legger KAT- programmet vekt på at klienten skal få kjennskap til både gode og vonde følelser, jeg opplever derfor at denne strategien har til hensikt å ha fokus på ”hele” mennesket, ikke hovedsakelig på det som er vanskelig. For en person med AS tror jeg dette har en motiverende effekt, det blir et konkret arbeid å bli kjent med hvordan man ”virker”. Dette sammenfaller med mine erfaringer av mennesker med AS som etterlyser konkrete metoder for hvordan de skal få kontroll på seg selv. Mange mennesker med AS er friske nok til å bo selvstendig, det betyr som nevnt innledningsvis at det meste av tiden må de klare seg på egen hånd. Dette innebærer for enkelte AS klienter en stor utfordring i seg selv. Det blir derfor viktig at den bistanden de får er tilpasset og ”mat nyttig”.

Jeg har et ønske om at denne oppgaven kan være et bidrag til å sette søkelys på Asberger syndrom og de utfordringer det fører med seg, videre også de utfordringer psykisk helsearbeider kan ha i møte med personer med AS.

Mine erfaringer fra praksisfeltet tilsier at vi på dette området har mye å gå på når det gjelder å øke kompetansenivået til psykisk helsearbeidere. Dersom flere psykisk helsearbeidere blir trygge på bruk av verktøy som KAT-programmet tror jeg det kan være til god nytte for personer med Asberger syndrom.

6.0 Litteraturliste

- Attwood, Tony. 2001. *Asberger syndrom. En håndbok for foreldre og fagfolk*. NKS-Forlaget.
- Attwood, Tony. 2009. *Asberger syndrom. Høytfungerende autisme og beslektede vansker. Å utforske følelser. Kognitiv atferdsterapi for sinnemestring*. Hertevig forlag.
- Berge, T og Repål, A. 2004. *Den indre samtalen. Kognitiv terapi i praksis*. 2. utg. Gyldendal Akademisk.
- Bjørkly, Stål. 1997. *Aggresjon og vold teori, analyse og terapi*.
- Bingham, Jennipher C. 2010. *Asberger fra A- og nesten til Å*. Licentia Forlag.
- Haugsgjerd, Svein. Jensen, Per. Karlsson, Bengt. Løkke, Jon A. 2009. *Perspektiver på psykisk lidelse - å forstå, beskrive, behandle*. Gyldendal akademiske.
- Høstmark Nielsen, Geir. Von der Lippe, Anna Louise. 2002. *Psykoterapi med voksne. Fem perspektiver på teori og praksis*. Tano. Pensumtjeneste.
- ICD-10.1996. Statens helsetilsyn.
- Ilstad, Steinar. 2007. *Psykologisk ordbok*. 3.utg. Tapir akademiske forlag.
- Kaland, Nils. 1996. *Autisme og Asberger syndrom. Theory of mind, kommunikasjon og pedagogiske perspektiver*. Universitetsforlaget.
- Norvoll, Reidun. 2002. *Samfunn og psykiske lidelser*. Gyldendal akademiske.
- Vermeulen, Peter. 2008. *Jeg er noe helt spesielt*. Universitetsforlaget.
- Welton, Jude. 2009. *Hva kan jeg fortelle deg om Asberger syndrom?* Kommuneforlaget.

