



HÅNDBOK

Asperger syndrom og rus

Kunnskap og veiledning i diagnostikk og behandling

Utgiver: Nasjonal kompetansetjeneste TSB og NevSom
– Nasjonalt kompetansesenter for Nevroutviklingsforstyrrelser og Hypersomnier

Redaksjonskomite: Espen Ajo Arnevik, Sissel Berge Helverschou,
Guro Svane Bratset, Tone Øiern og Anette Ræder Brunvold

Foto: Adobe Stock, Shutterstock og Oslo universitetssykehus

Grafisk utforming: Melkeveien designkontor

Trykk: Rolf Ottesen Grafisk AS

ISBN 978-82-999613-3-2 | Mars 2018

Innhold

Forord	5
Hva er Autisme og Asperger syndrom?	7
Hvorfor bruker personer med Asperger syndrom rusmidler?	11
<i>Hvorfor ruser du deg?</i>	12
<i>Hvorfor vil du slutte med rus?</i>	13
Hvordan diagnostiserer vi Asperger syndrom og ruslidelse?	15
<i>Asperger syndrom</i>	15
<i>Ruslidelser</i>	15
Behandling	17
<i>Terapi</i>	17
<i>Helheten</i>	20
<i>Avslutning</i>	21
Terapeutens utfordringer	23
Råd og tips	27
Referanser	30
Adresser og kontakter	31



Forord

Denne håndboken springer ut fra et samarbeidsprosjekt mellom Nasjonal kompetansetjeneste TSB (NK-TSB), Nasjonalt kompetansesenter for Nevroutviklingsforstyrrelser og Hypersomnier (NevSom) og Seksjon ruspoliklinikker ved Oslo universitetssykehus. Bakgrunnen var flere henvendelser fra pårørende og brukere som etterspurte hjelp til å få adekvat behandling, fagpersoner som ba om bistand til å gjennomføre rusbehandling fordi deres pasienter med Asperger syndrom ikke passet inn i eller nyttiggjorde seg den behandlingen som ble tilbudt, eller som ønsket bistand til å diagnostisere.

Samtidig Asperger syndrom og ruslidelse er ikke et hyppig problem. Antageligvis er rusproblemer mindre utbredt blant personer med Asperger syndrom enn generelt i befolkning. Allikevel er alvorligheten høy for dem det gjelder. Med en allerede svekket relasjonell kompetanse kan samtidig rusmisbruk skape mer alvorlige hindringer for å fungere i samfunnet. I rusbehandling kan en manglende forståelse av underliggende Asperger syndrom kunne føre til avvisning fra behandling på grunn av det som kan oppfattes som manglende deltagelse eller engasjement i behandlingen. I verste fall kan det føre til feilbehandling med negativt utfall.

Pasienter med samtidig Asperger syndrom og ruslidelse har den samme rett til tilpasset behandling som andre pasienter. Dette setter krav til diagnostisering og kunnskap om behandling. Vi håper denne håndboken kan bidra til at klinikere får det, at pårørende får informasjon om hva de kan forvente, og at pasientene til slutt får en tilpasset og god behandling som kan hjelpe dem med det de strever med.

Takk til pasientene og terapeutene som deltok i prosjektet og til referansegruppen for konstruktive innspill.

Espen Ajo Arnevik, PhD
Leder NK-TSB

Sissel Berge Helverschou, PhD
Psykologspesialist NevSom



Hva er Autisme og Asperger syndrom?

En gjennomgripende utviklingsforstyrrelse som kjennetegnes av kvalitative avvik i forhold til:

- (1) gjensidig sosial interaksjon
- (2) kommunikasjon og språk
- (3) et begrenset og repeterende mønster av aktiviteter og interesser (ICD-10, 1993)

Autisme har et biologisk grunnlag og er medfødt. Utviklingsforløp og alvorlighetsgrad av kjernesymptomene og omfang av vansker varierer sterkt fra individ til individ. Det er derfor vanlig å snakke om autismespekter-forstyrrelser eller autismespekterdiagnoser (ASD). De vanligste undergruppene er barneautisme og Asperger syndrom (AS). Personer med AS har gjerne normalt evne- og språknivå, men de fleste med denne diagnosen har vansker med å bruke språket sosialt (pragmatiske språkvansker). ASD forekommer hos om lag 1 % av befolkningen, og av disse har om lag 55 % normalt eller høyt evne- og språknivå. De fleste personene med ASD som kommer til rusbehandling, har diagnosen Asperger syndrom. Mange med AS har psykiske tilleggsvansker, særlig

angst og tvang. Dette gjelder også de som kommer til rusbehandling.

Sosiale forståelsesvansker

Mennesker med AS har vansker med å bruke øyekontakt, blikkvekslinger og ansiktsuttrykk for å formidle ønsker og interesser. De kan også ha problemer med å forstå betydningen av gester og kroppsholdning, oppfatte andres emosjoner, samt med å dele oppmerksomhet og interesser, sorger og gleder med andre. Samværet preges lett av ensidighet og av at andre må tilpasse seg personen med AS.

Sosiale situasjoner kan virke overveldende og forvirrende, noe som forsterker vanskene med å tolke stadig skiftende sammenhenger og samtalepartnerens intensjoner. Mennesker med AS kan ha store utfordringer med å forstå forholdet mellom det som sies, hvem som sier det, hvordan det sies, og hva de vet om situasjonen generelt. For utenforstående kan det være vanskelig å forstå at sosiale og kommunikasjonsmessige forhold som de aller fleste av oss oppfatter helt intuitivt, kan føre til så store

misforståelser og frustrasjon som det kan gjøre for mennesker med AS.

Kommunikasjonsvansker

Vanskene omfatter både verbal og ikke-verbal kommunikasjon. Til tross for at tale-språket er velutviklet, kan vansker knyttet til samtaleferdigheter og sosial bruk av språket virke hemmende. Vanlige utfordringer er turtaking i samtale, valg av tema og evne til å følge andres tema. Språklig dialog foregår gjerne på egne premisser, med mangelfull tilpasning til samtalepartner.

Mennesker med AS misforstår ofte indirekte tale, billedlige uttrykk og åpne generelle utsagn. Kommunikasjonen forstyrres ytterligere av forståelsesvansker og utfordringer med å bruke og tolke blick, ansiktsuttrykk, kroppsspråk og gester. De kan også ha problemer med å regulere og forstå svingninger i språkets talevolum, stemmeleie, betoning, tempo, rytme og intonasjon.

Gjentakende atferd og begrensede og intense interesser

Mennesker med AS har ofte interesser innen få og snevre områder, og kan ha usedvanlig høy kompetanse innen sine interesseområder. Ensporethet i tanker og væremåte er karakteristisk.

Mange blir spesielt knyttet til unnlige ting eller tema og kan utvikle rigide og altopp-slukende interesser. Noen har spesielle bevegelsesmønstre som gjentas. Mange reagerer sterkt på små endringer og viser motstand mot forandring. En typisk væremåte er å bli opphengt i ikke-funksjonelle rutiner eller ritualer på en tvangsmessig

måte. Personer med AS kan ha vansker med å endre en etablert forestilling og dårlig evne til å forestille seg andre måter å handle på. Selv små endringer av planer eller det som vanligvis oppfattes som hyggelige overraskelser, fører ofte til kraftige reaksjoner.

Forståelsesvansker

Mennesker med AS har altså forståelsesvansker knyttet til både kommunikasjon, språk og sosial omgang og dette fører ofte til misforståelser og forvirring:

- Vansker med det intuitive, det indirekte lærte (det vi alle kan)
- Utfordringer med å «lese andre» (blikk, mimikk, gester etc.)
- At metaforer, ordtak, «slang», humor, ironi gjerne oppfattes absolutt eller bokstavelig.

De fleste har fleksibilitetsvansker (rigiditet) og negative reaksjoner på endringer. Dette medfører at nye og fremmede situasjoner leder til forvirring, økt stressnivå, engstelse og ofte utagerende atferd.

Den samme forståelsen av autismspekterdiagnoser (ASD) som er beskrevet her, videreføres i den varslede revisjonen av diagnosekriteriene (ICD-11, WHO, februar 2018). Nytt er at ASD defineres med vansker innen to områder: 1) Sosiale og kommunikative vansker, og 2) problemer med begrensede og repetitive mønstre i interesser og aktiviteter. Det vil bli skilt mellom de som har ASD med eller uten utviklingshemming, selv om betegnelsen Asperger syndrom ikke blir opprettholdt. Det betyr at med nye diagnosekriterier vil gruppen AS være tilnærmet den samme.



STIKKORD FOR MISTANKE OM ASPERGER SYNDROM:

- Sosial «klønethet» – vansker med å tolke nyanser og oppføre seg smidig i samspill
- Tilsynelatende naivitet – til tross for normalt eller høyt evnenivå
- Dårlige dialogferdigheter – kan være vanskelig å følge/ tone seg inn på andres valg av tema
- Dårlig fungering i gruppe
- Upassende utsagn, manglende forståelse av hva som sårer andre
- Grenseoverskridende væremåte. Dårlig oppfattelse av andres personlige sfære og bryter sosiale regler
- Fremtreden som kan mistolkes som uhøflighet, frekthet eller egosentrisme
- Regelstyrt tenking (svart/ hvitt) og bokstavelig forståelse
- Vansker med å tolke andres ikke-verbale uttrykk
- Vansker med å tolke svingninger i stemmeleie, talevolum, intonasjon
- Mimikkløshet og reaksjoner som kan virke «følelsesløse»
- Omstendelig og detaljfokusert eller pedantisk talemåte
- Sterkt ønske om å være som andre jevnaldrende – «være normal»



Hvorfor bruker personer med Asperger syndrom rusmidler?

De store sosiale vanskene som kjennetegner mennesker med AS sammen med høy forekomst av angst, er viktige grunner til at personer med AS begynner å ruse seg. Mange lengter etter sosial kontakt, men hindres av sin klossethet, og dette fører ofte til stor frustrasjon. Ruspasienter med AS rapporterer om fysisk og psykisk velvære som det mest positive ved rus, og noen opplever å bli mer sosiale. En annen motivasjon for rusbruk er selvmedisinering, redusert opplevelse av angst og psykologisk stress. Noen sier at rusen er til hjelp for å «koble ut» og føle mindre på bekymring og grubling. Rusbruk kan gi opplevelse av at kommunikasjonen er enklere og kan derved maskere sosiale vansker.

Andre kan derimot oppfatte personer med AS som sosialt mer klønete og at de sosiale samspillsvanskene forsterkes når de er ruset. En person med AS som ruser seg får sin evne til å forstå hvordan andre oppfatter dem, ytterligere redusert. De sosiale forståelsesvanskene og de sosiale problemene synes å bli større ved rusbruk. Man ser at rusbruken også for denne pasientgruppen blir en avledende og passiv mestring av problemer, og en mestringsstrategi som også lindrer symptomer på psykisk lidelse som angst og depresjon. For å kunne hjelpe er det viktig å forstå individuelle forskjeller.

Hvorfor ruser du deg?

«Jeg drikker for å få mindre angst, bedre sosiale evner og bedre konsentrasjon»

«Da kan jeg møte andre»

«Jeg drikker for å få ro, og glemmer problemer og krangler»

«Jeg føler meg normal når jeg ruser meg»

«Jeg får fri fra grubling eller tankekjøret. Da kommer jeg gjennom dagen»

«Alle mine problemer løste seg da jeg begynte med marihuana – da ble jeg meg selv»

«Jeg klarer ikke å forestille meg et liv uten marihuana»

«Jeg blir mer sosial, tenker klarere og får fred i sinnet»

Hvorfor vil du slutte med rus?

«Jeg begynte med rus for å døyve smerter og finne ro. Nå har jeg mistet både familien min og jobben min»

«Jeg føler meg allikevel utenfor»

«Når jeg har vært ute på byen har jeg blitt tatt av politiet»

«Jeg sjekker hele tiden i speilet for å se om jeg har fått skader på grunn av rusbruken min»

«Jeg drikker når jeg går ut med arbeidskollegaer for å gjøre det samme som dem, men det er vanskelig å kontrollere hvor mye jeg kan drikke og jeg blir veldig full og har vært utsatt for hendelser som jeg angrer etterpå.»

«Jeg føler meg dårlig fysisk, det er ikke bra for kroppen»

«Jeg blir hindret i å oppnå andre mål jeg har».



Hvordan diagnostiserer vi Asperger syndrom og ruslidelse?

Asperger syndrom

AS diagnostiseres på grunnlag av en vurdering av symptomer og symptom-sammensetning hos den enkelte og tidspunkt for når symptomene startet. Avgjørende for at diagnosen blir gitt, er tilstedeværelse eller fravær av bestemte typer adferd og om atferden startet i barnealder. Det finnes ingen medisinske tester som kan gi svar på om en person har AS. Den diagnostiske utredningen bør være tverrfaglig (gjort av flere faggrupper i fellesskap) og basert på en utviklingsforståelse. Det finnes en rekke standardiserte sjekklister og observasjonsmaterieill til hjelp ved diagnostisering. Det er nødvendig å innhente komparent-opplysninger (informasjon fra andre som kjenner personen godt) for å få kunnskap om fungering som barn for å kunne bekrefte at personen også oppfylte kriteriene for AS i barndommen. Endelig diagnose kan bare settes etter en samlet klinisk vurdering av den enkelte opp mot diagnosekriteriene i ICD-10. Mange voksne med AS har angst og andre psykiske tillegglidelser. Det er da

viktig å kunne skille symptomer på autisme fra symptomer på psykisk lidelse og ruslidelse. Diagnostisering av voksne krever derfor kompetanse på både autisme, psykiske lidelser, ruslidelser og differensialdiagnostikk (hvordan man skiller mellom ulike diagnoser).

Ruslidelser

Diagnose på en ruslidelse kan settes når følgene av et rusmiddelbruk påvirker en persons livssituasjon og livsførsel på en ødeleggende måte. Det finnes to allment godtatte definisjoner på rusdiagnoser av substanser, i diagnosesystemene ICD-10 og DSM-5. Rusdiagnoser knyttes i ICD-10 dels til hvilke stoffer som brukes, dels til bruksmønsteret. I ICD-10 skiller det mellom skadelig bruk og avhengighet. I DSM-V gjøres ikke dette skillet, da ruslidelsen angis som henholdsvis mild/moderat/alvorlig avhengig av hvor mange kriterier pasienten oppfyller. Diagnoseverktøyene skiller ikke mellom legale og illegale rusmidler, men hvordan rusmidlene påvirker den psykiske helsen og det psykososiale funksjonsnivået.



Behandling

Terapi

Mange personer med AS og rusproblemer, har enten fått sen diagnose eller ikke fått adekvat hjelp som barn eller ungdom. AS-diagnosen kan også ha blitt ignorert. Det vil derfor ofte være nødvendig å gi psykoedukasjon (opplæring) om hva autisnevansker er og hvordan livet til den med disse utfordringene kan lettes, sammen med behandling av rusproblemene. Det er en fordel om terapeuten har kompetanse om AS på forhånd. Psykoedukasjon om AS, rusbruk, ulike rusmiddelvirksomheter og også eventuell psykisk lidelse blir en viktig del av terapien, med særlig vekt på hvordan dette kommer til uttrykk hos den enkelte. Informasjon om hvordan symptomer på psykisk lidelse og rusmisbruk forsterker hverandre er nødvendig når disse ulike lidelsene forekommer samtidig. Som ved andre lidelser som forekommer samtidig, bør man unngå å behandle hver av lidelsene etter tur (sekvensielle løp) eller parallelt, men heller prøve å arbeide mest

mulig integrert, der samme behandler eller behandlingsteam står ansvarlig for behandlingen av begge lidelser.

Kognitiv atferdsterapi er anbefalt behandlingsmetodikk i møte med mennesker med AS som i tillegg sliter for eksempel med rusproblemer eller psykiske lidelser. Høy grad av struktur, forutsigbarhet, oversikt og bruk av visualiserende elementer synes å være nyttig fordi pasientene har begrenset evne til å forestille seg ulike tenke- og handlingsalternativer. Samtidig må terapien tilpasses den enkeltes utviklingsnivå og interesser. Å ta utgangspunkt i pasientens interesser har vist seg å være nyttig og motiverende for pasienten.

Det foreligger flere tilpassede manualer og litteratur om behandlingsmetodikk ved psykiske lidelser spesifikt for mennesker med AS. Disse har også vist seg egnet ved behandling av rusproblemer hos personer med AS. Bruk av motiverende intervju (MI)

har også vært en fruktbar tilnærming, og resultatene fra innledende MI-intervjuer er nyttig for å utarbeide en behandlingsplan på basis av individuelle målsettinger.

Det bør på forhånd utarbeides en strukturert og oversiktlig plan for behandlingen, og pasienten bør være med å utforme behandlingsmål. Når pasienten vet hva som skal skje, reduseres angst og usikkerhet. Behandlingsmål kan for eksempel være symptomreduksjon og øket sosial deltagelse. Metodene for å nå disse målene bør være konkrete og tydelige.

Behandlingen handler om å trene på hensiktsmessige mestringsstrategier for å utvikle nye ferdigheter. Å lære avslapningsteknikker som kan erstatte behovet for rus inngår i terapien. Det synes nyttig også for voksne pasienter med AS, å bruke tid på konkret trening i å ta del i sosiale situasjoner, forstå uskrevne sosiale regler og gjenkjenne følelser. Dette kan legge til rette for flere mestringsopplevelser og derigjennom mindre behov for rusmiddelbruk.

Mange med AS ønsker kun reduksjon av rusbruk, og ønsker ikke hjelp til å slutte helt, men til å mestre rusbruken bedre, slik at de opplever at den gir dem mindre problematiske følger. Det er ofte nødvendig med en mer instruerende og støttende holdning hos terapeuten, enn åpne og utforskende spørsmål. Det kan være svært vanskelig for pasienter med AS å diskutere følelsesmessig motivasjon for rusmisbruk.

Det blir allikevel viktig å beskrive hvilken rolle hans eller hennes rusmiddelbruk har for å motvirke følelse av sosial eksklusjon, samt å adressere komorbiditet (samsykkelighet) der psykiske vansker også inngår i det pasienten strever med.

Terapi for denne gruppen er kompleks og krever bruk av flere tilnærminger og terapeutiske verktøy enn en får ved å følge én manual. Terapeuten trenger derfor bred og grunnleggende erfaring med å gjennomføre terapi, evne til å være fleksibel og variere innholdet i behandlingen, og kunne være kreativ i forhold til hvilke arenaer terapien kan foregå på. Det kan for eksempel være enklere å gå en tur enn å sitte inne på et kontor. Ekstra utfordrende kan det være at pasientene kan ha problemer med å forstå terapirelasjonen og kunne oppfatte terapeuten mer som venn eller venninne enn en profesjonell hjelper. Mange pasienter har også en utfordrende kommunikasjonsstil, og flere pasienter kan ha en oppfatning av seg selv som eksperter på rus som terapeuten ikke deler. Terapeuten må smøre seg med tålmodighet og bruke lengre tid på intervensjonene enn vanlig.



«Jeg er en erfaren terapeut, men på første møte med denne pasienten, var det han som styrte alt og tok kontrollen. Etterpå opplevde jeg at samtalen mer hadde handlet om meg enn om han og hans rusproblemer.»

Gruppeterapi anbefales generelt ikke fordi pasienten har vansker med å følge eller delta i rask konversasjon mellom flere deltagere, har store vansker med generell sosial fungering, og mest sannsynlig vil oppleve økt sosial angst i en gruppesituasjon.

Pasienter med omfattende rusproblemer kan trenge et tilpasset døgntilbud og mer omfattende hjelp enn poliklinisk behandling. Dette setter ytterligere krav til behandlere som må tilpasse behandlingen og hjelpe både pasient og medpasienter med å håndtere det sosiale og relasjonelle samspillet som utspiller seg i en døgntilbudsenhet. Noen av pasientene med AS har personlighetsforstyrrelse i tillegg til andre psykiske lidelser, og disse er mest utfordrende å hjelpe og trenger mer omfattende behandling.



Helheten

Mange pasienter med AS har flere utfordringer enn rusproblemer som de trenger hjelp til å mestre, slik som å bo trygt, skaffe og holde på arbeid og delta i rusfrie fritidsaktiviteter. Behandlingen vil ofte måtte omfatte mer enn kontakt mellom terapeut og den enkelte pasient. Det er nødvendig å etablere samarbeid med familie og fagpersoner i kommunen for å oppnå autismevennlig tilrettelegging og forståelse.

Det er helt avgjørende å få til ansvarsavklaring mellom ulike instanser og aktivt samarbeid i hele behandlingsperioden. Sentrale virkemidler er ansvarsgruppe og Individuell plan (IP). Dersom lokalt hjelpeapparat, behandler, familie og

pasient nedfeller konkrete, felles mål i IP, vil det kunne forebygge sosiale problemer for eksempel knyttet til ensomhet og isolasjon.

Terapeut i spesialisert tjeneste bør ha mulighet for regelmessig oppfølging av ny behandlingsskontakt i kommunen eller bydelen etter at spesialisthjelpen eller døgntilrettelegging er avsluttet. Pasienter med AS og rusmisbruk har ofte behov for mer omsorg, planlegging og koordinering. AS innebærer en livslang sårbarhet og behandlingen bør fokusere på å hjelpe pasienter til å leve sine liv på best mulig måte. Pasienter med AS er mindre i stand til å uttrykke opplevelser og følelser, og lider ofte mer enn de klarer å uttrykke.

Avslutning

Pasientene med AS har ofte problemer med å slutte med rus eller behandling. Når de reduserer eller allikevel slutter med rusbruk synes det typiske å være at de slutter brått eller selv styrer nedtrapping i bruken, selv når dette kan medføre alvorlig helserisiko.

Når det gjelder bytte av terapeut eller avslutning av terapi synes stabilitet ekstra viktig, og behandleren bør arbeide i erkjennelse av at slike skifter oppleves vanskelige for pasienten. Pasientene kan føle seg avvist og mange slutter å komme når avslutning har blitt omtalt. I avslutningsfasen bør det legges stor vekt på å gjøre pasienten oppmerksom på risiko for tilbakefall. Her vil det være nyttig at samtalen dreier seg om konkrete eksempler på risikosituasjoner. Samtidig er det motiverende og nyttig for pasientene å få en konkret, skriftlig oppsummering av hva man har fått til i terapiperioden.

*«Jeg måtte gjøre dette på min måte
– måtte bestemme meg og så bare
gjennomføre, og det har jeg klart»*

*«Du er den første som virkelig har forstått meg.
Og du vil være viktig i mitt liv alltid»*

*«Jeg trodde vi hadde et spesielt forhold,
men nå er du som alle andre, som helst
vil bli kvitt meg»*



Terapeutens utfordringer

Pasienten var en 42 år gammel mann, henvist til poliklinikken med mistanke om angstlidelse. Han fremsto med sterk angst og var svært urolig. Han fortalte i første time at han hadde god hjelp av alltid å bære med seg en liten flaske med sprit på innerlommen. Han så nesten alltid forbi meg, snakket med monoton stemme og hadde lite kroppsspråk, men ble livligere når vi kom inn på hans yndlingstema krigshistorie.

Jeg brukte mye tid på å forberede meg til timene, og følte at jeg hadde gode planer, men når han kom, snakket han i vei, og jeg opplevde det som vanskelig å komme til orde. Nesten uansett tema, snakket han som om han var ekspert, og ba sjelden om hjelp eller råd. Samtidig oppfattet jeg at han hadde høyt lidelsestrykk og sterk ensomhet. Det var som om vår relasjon ikke utviklet seg over tid: Samtidig som han «ropte» om hjelp, ble jeg hindret fra å kommunisere. Denne tvetydige situasjonen kunne gjøre meg utålmodig og irritert.

«The teacher who does not understand that it is necessary to teach autistic children seemingly obvious things will feel impatient and irritated»

Hans Asperger (1944/91, s 54)

Vi måtte bryte dette mønsteret, og laget en skriftlig avtale om fast struktur i timene; En del innledningsvis hvor han fikk fortelle om situasjoner siden forrige time, så en del til psykoedukasjon om angst, alkoholmisbruk og etter utredning også om Asperger syndrom, og til slutt en del med øvelse til neste gang. Ofte måtte vi utvide rammene, men klare avtaler om fast struktur hjalp mye for arbeidet. Vi måtte ta utgangspunkt i helt konkrete situasjoner fra hans eget liv. Det ga mening for ham, og han så ut til å like denne strukturen. Han grublet mye for å prøve å forstå andres atferd, og vi måtte gå svært systematisk til verks. Han forholdt seg bokstavelig til det han hørte, leste og lærte, som om informasjonen kunne plottes inn i et diagram, men når vi fant frem til denne strukturen, følte jeg meg ikke like hjelpeløs lenger.

«Jeg vil så gjerne nå inn til ham!»

«Han hadde lest flere steder at cannabis var bra for sosial funksjon, og virket urokkelig på det»

«Det var helt avgjørende at personalet i boligen fulgte opp dagsplanen og forsto viktigheten av fleksibilitet!»

«Det virket som han drakk fordi han var redd, han drakk for å passe inn... for å bli sosial!»

«Jeg måtte være ekstra kreativ – og fikk heldigvis lov til det og støtte fra min enhetsleder»

«Jeg måtte finne på nye metoder – måtte gå turer med pasienten for å redusere angsten hennes under samtalene»

«Han hadde sittet inne alene på rommet sitt og bestilt ulike stoffer på nettet – testet dette ut alene, ikke med andre ungdommer»

«Han møtte opp til samtaler med meg fordi moren hans ville det»

«Det var nytteløst å diskutere eller sammen reflektere rundt hva slags følelsesmessige opplevelser som gjorde at han drakk, det øket bare angsten og førte til voldsom atferd»

«Han måtte drikke på natten for å få slappet av, han lå og tenkte på alle samtalene han hadde hatt i løpet av dagen, lå og tenkte for å prøve å forstå»

«Jeg har aldri følt meg så dum noen gang som i møte med denne pasienten. Samtidig tror jeg virkelig at jeg kan hjelpe han.»

«Han drakk til faste tider, et fast antall ølflasker hver dag, kl.16:30 på ettermiddagen»

«Angsten, alkoholen og isolasjonen forsterket bare hverandre – jeg følte meg hjelpeløs som terapeut»



Råd og tips

Retning og struktur

Viktig med forberedelse, klar struktur på timene og fleksibilitet i bruk av terapeutiske teknikker

Det bør utarbeides en strukturert plan for behandlingen og for hver behandlingssekvens

Pasienten bør være med på å utforme konkrete behandlingsmål

Hvert element i behandling tar lengre tid enn vanlig; etablere kontakt, psykoedukasjon, avslapning og eksponering

Det tar lang tid å komme til poenget og lang tid å få endret samtaletema

Hver time må vare lenger, halvannen time er anbefalt

For å skape forutsigbarhet bør timene være på faste klokkeslett

Terapien er mer kompleks enn å følge en manual

Bruk av visuelle hjelpemidler og konkrete oppgaver er nyttig

Mange trenger psykoedukasjon om autismespekterdiagnoser og å leve med dette

Kognitiv atferdsterapi er anbefalt terapeutisk tilnærming

Motiverende intervju er fruktbart for å utarbeide behandlingsplan og individuelle målsettinger

Å ta utgangspunkt i pasientens særinteresser har vist seg motiverende

Kontinuitet er viktig; vanskelig for pasient å bytte terapeut eller avslutte behandlingen

Pasientene bør få med seg hjem skriftlige beskjeder/ oppgaver/ planer



Kjennetegn ved terapien

- # Terapeuten bør ha en instruerende og støttende stil
- # Terapeuten bør ha erfaring med å drive selvstendig terapi
- # Terapeutene kan lett bli veldig involverte og engasjerte, men kan samtidig føle seg mislykkede

Varighet på terapiforløp bør avtales tidlig i forløpet

Behandlingen tar lang tid
– krever tid og tålmodighet

Gruppeterapi er ikke anbefalt for denne pasientgruppen



Ekstern støtte og samarbeid

Terapeuten bør ha egen kompetanse på AS, veiledning fra fagperson med slik kompetanse og / eller samarbeid med andre med tilsvarende erfaringer og utfordringer

Terapeut må gis mulighet for oppfølging etter avsluttet behandling og til samarbeid med fagpersoner i tilpasset døgntilrettelegging når innleggelse er nødvendig

Mange pasienter trenger hjelp til mer enn rusproblemer, slik som bolig, arbeid og rusfrie fritidsaktiviteter

Det er nødvendig å etablere samarbeid med familie og ulike kommunale tjenester

Terapeut: *«Jeg tenker sånn»*

Pasient: *«Jeg trodde alle mennesker tenkte likt, som meg»*

Referanser

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2013)

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)

Arbeidssøkere med Asperger syndrom.

Veiledningshefte for arbeidssøkers støttespillere i NAV. Revidert utgave, mai 2017.

Oslo: NAV i samarbeid med NevSom, OUS.

ARNEVIK, ESPEN AJO & HELVERSCHOU, SISSEL BERGE (2016). *Autism Spectrum Disorder and Co-occurring Substance Use Disorder – A Systematic Review.* Substance Abuse: Research and Treatment, 69-75.

ASPERGER, HANS (1944/91). «Autistic psychopathy» in childhood. I U.Frith (Ed.) *Autism and Asperger syndrome (ss.37-92)*. Cambridge: Cambridge University Press.

CLARKE, T., TICKLE, A. & GILLOTT, A. (2016). *Substance use disorder in Asperger syndrome: An investigation into the development and maintenance of substance use disorder by individuals with a diagnosis of Asperger syndrome.* International Journal of Drug Policy, 27, 154-163.

HELVERSCHOU, SISSEL BERGE (red) (2012). *Behandling av psykiske lidelser hos personer med Asperger syndrom. Erfaringer fra behandling av tvangslidelser ved hjelp av kognitiv atferdsterapi.* Rapport nr. 1, 2012, Nasjonal kompetanseenhet for autisme, Oslo Universitetssykehus.

HELVERSCHOU, S.B., BAKKEN, T. & MARTINSEN, H. (2011). *Psychiatric disorders in people with Autism spectrum disorders: Phenomenology and recognition.* (Chapter 5), (p. 53-74), I J. L. Matson & P. Sturmey (Eds.), *International handbook of autism and pervasive developmental disorders.* New York: Springer.

HELVERSCHOU, S. B. & STEINDAL, K. (2008).

Diagnostisering av autisme. I: Eknes, J.; Bakken, T. L.; Løkke, J.A.; og Mæhle, I.R. (red.): *Diagnostisering og funksjonell utredning. Utviklingshemning og psykisk helse.* Oslo: Universitetsforlaget.

HELVERSCHOU, SB, RÆDER BRUNVOLD, A & ARNEVIK, EA (under utarbeidelse). *Treatment for patients with co-occurring Autism Spectrum Disorders and Substance Use Disorder; a pilot study.*

Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelser. Helsedirektoratet 2011.

MARTINSEN, HARALD OG TETZCHNER, STEPHEN VON (red.) (2007). *Barn og ungdommer med Asperger-syndrom. Perspektiver på språk, kognisjon, sosial kompetanse og tilpasning.* Oslo 2007: Gyldendal Akademisk.

MARTINSEN, HARALD, NÆRLAND, TERJE & TETZCHNER, STEPHEN VON (2015). *Språklig høytfungerende barn og voksne med autismspekterforstyrrelser. Prinsipper for opplæring og tilrettelegging,* 2. utgave. Oslo 2015: Gyldendal Akademisk.

SIZOO, B., VAN DEN BRINK, W., KOETER, M., GORISSEN VAN EENIGE, M., VAN WIJNGAARDEN-CREMERS, P. & VAN DER GAAG, R.J. (2010). *Treatment seeking adults with autism or ADHD and co-morbid substance use disorder: prevalence, risk factors and functional disability.* Drug Alcohol Depend. 107(1), 44-50.

WHO *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-10)* version 2010

WHO *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-11)* Beta Draft 2018 (lest 1. februar 2018)

Adresser og kontakter

Landsforbundet Mot Stoffmisbruk (LMS)

Telefon: 23 08 05 50

e-post: post@motstoff.no

Mental helse

Telefon: 09875

E-post: post@mentalhelse.no

Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse (ROP)

Telefon: 06200

E-post: post@rop.no

Nasjonal kompetansetjeneste TSB

Telefon: 46959791

E-post: tsb@ous-hf.no

NevSom – Nasjonalt kompetansesenter for nevrouviklingsforstyrrelser og hypersomnier

Telefon: 23016030

E-post: post.nevsom@ous-hf.no

Regionalt fagmiljø for autisme, ADHD, Tourettes syndrom og narkolepsi Helse Midt-Norge

E-post: hege.ramsøy-halle@ntnu.no

Regional kompetansetjeneste for autisme, ADHD, Tourettes syndrom og narkolepsi Helse Sør-Øst (RKT)

E-post: post.rkt@ous-hf.no

Regionalt fagmiljø for autisme, ADHD, Tourettes syndrom og narkolepsi Helse Vest

E-post: post.rfm@helse-bergen.no

Regionalt fagnettverk for autisme, ADHD og Tourettes syndrom (R-FAAT)

E-post: Kari.anne.pedersen@unn.no

Telefon: 77 75 41 92, **mobil:** 901 63 501

Råd og veiledning

800 HELSE (800 43 573)

Velg behandlingssted – helsenorge.no

