

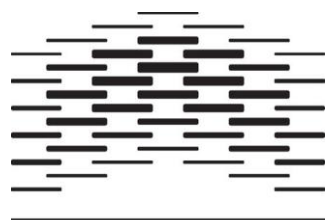
MASTEROPPGAVE
Master i læring i komplekse systemer
2012

Artikkel I:

En multimodal kontekstuell tilnærming til utfordrende atferd hos mennesker med utviklingshemming.

Monica Stolen Dønnum

Fakultet for helsefag
Institutt for atferdsvitenskap



HØGSKOLEN I OSLO
OG AKERSHUS

Abstrakt

Utfordrende atferd hos mennesker med utviklingshemming er ofte forstått og behandlet ut i fra enten en atferdsanalytisk eller psykiatrisk tilnærming. Begge tradisjonene er veletablert, og kan bidra til effektive tiltak. Noen ganger fører behandlingen allikevel ikke frem, eller vi kan risikere uheldig bruk av både medikamenter og miljøtiltak som vi ikke tar hensyn til at det kan være mange faktorer som påvirker atferden. En multimodalt kontekstuell tilnærming innebærer å vurdere hvordan både psykologiske, psykiatriske / nevrobiologiske, fysiske og psykososiale faktorer kan påvirke. Ved å anvende flere disipliner kan vi få en mer kompleks forståelse av atferden.

Det kan være vanskelig å si hvor utbredt utfordrende atferd er blant mennesker med utviklingshemming, ikke minst vil dette avhenge av hvordan man velger å definere begrepet. Utfordrende atferd kan betegne mange ulike atferds topografier, og benyttes ofte om atferdsmønstre som oppleves vanskelig å håndtere for omgivelsene eller personen selv. Selvskadende atferd og vold mot andre vil ofte forstås som utfordrende atferd, men begrepet brukes også om andre mindre voldsomme adferdsmønstre, som for eksempel sosial tilbaketrekning og selvstimulerende atferd / stereotypier, når disse fører til stor ulempe for personen selv eller omgivelsene. Det engelske begrepet challenging behavior defineres av Emerson (2001) som

“culturally abnormal behaviour(s) of such intensity, frequency or duration that the physical safety of the person or others is likely to be placed in serious jeopardy, or behaviour which is likely to seriously limit use, or result in the person being denied access to, ordinary community facilities”(s3)

Flere studier har funnet relativt høy utbredelse av utfordrende atferd hos mennesker med utviklingshemming (Emerson, 2001; von Tetzchner, 2003). Statens helsetilsyn gjennomførte i 2000 en kartlegging av tilbud og behov for spesialisthelsetjenester for personer med utviklingshemming som har alvorlige atferdsavvik og / eller psykiske lidelser. Målgruppen var definert som a) personer med moderat til dyp utviklingshemming eller alvorlig utviklingsforstyrrelse (autisme m.m.) som har b) alvorlig atferdsavvik og / eller psykisk lidelse, og så store bistandsbehov at det er nødvendig med 1:1 oppfølging eller mer. De fant stor variasjon mellom kommuner, men et gjennomsnitt på 6 personer pr 10000 innbyggere.

Det er også gjort studier som indikerer at en del utfordrende atferd ofte kan være et vedvarende problem for mennesker med utviklingshemming. Reid og Ballinger (1995) gjennomførte en studie av atferds symptomer hos 100 voksne med alvorlig og dyp

utviklingshemming. De fant at emosjonell tilbaketrekning, stereotypier og unngåelse av øyekontakt var særlig vedvarende problemer. Problemer knyttet til høyt støynivå, mistenksomhet, hyperaktivitet og irritabilitet / fiendtlighet var også vedvarende, men i mindre grad. Deres konklusjon var at unormale atferdsmønstre hos mennesker med alvorlig og dyp utviklingshemming i liten grad reduseres over tid, og at ansatte tjenesteytere trenger en god forståelse av både psykiatriske og atferdmessige teknikker for å håndtere utfordringene. Emerson et al (2001a) gjennomførte en studie der de samlet informasjon om 95 personer med utviklingshemming som viser alvorlig selvskadende atferd. Etter 7 år viste fremdeles 71% av deltakerne alvorlig selvskadende atferd.

Utfordrende atferd kan være svært vanskelig å håndtere, både familie og kommunale tjenesteytere kan ha problemer med å forstå hvorfor personen gjør disse tingene, og ikke minst hva de kan gjøre for å hjelpe og redusere problemet. Kartleggingen gjennomført av Statens helsetilsyn (2000) fant at om lag trefjedredeler av mennesker med utviklingshemming og eller autismespekter diagnose, som viser utfordrende atferd, mottok tjenester fra spesialisthelsetjenesten. Et av hovedformålene med undersøkelsen var å identifisere mangler og problemer i tilbudet til disse personene, både på kommunalt og spesialisthelsetjeneste nivå, ut i fra besvarelse gitt av kommunene / administrativt ansvarlig for tjenestetilbudet til mennesker med utviklingshemming. Kort oppsummert knyttes hovedmangler i det kommunale tilbudet til manglende utdanning, kompetanse og erfaring. Hovedmanglene som trekkes frem i habiliteringstjenestens tilbud er bl.a. omfang av tilbud, veiledning og kompetansebygging, samt manglende samarbeid mellom habiliteringstjenestene og psykiatri. Det rapporteres mangler ved alle sider av det psykiatriske tilbudet. Helhetsinntrykket omtales som nedslående i rapporten, og det er helt klart store utfordringer knyttet til å gi et godt tjenestetilbud til denne målgruppen.

En side er manglene ved de ulike tjenestetilbudene, men det er også utfordringer knyttet til hvilket perspektiv eller faglig tilnærming man har til personens vansker. Ulike perspektiver vil kunne belyse ulike sider av personens vansker, men kan også gi svært ulike forventninger, målsettinger og tiltak. For en person med moderat til dyp utviklingshemming og / eller alvorlig gjennomgripende utviklingsforstyrrelse, kan det være mange rundt som engasjerer seg i hvordan personens utfordrende atferd skal forstås og håndteres. Som nevnt i rapporten fra Statens helsetilsyn (2000) er det variasjon når det kommer til utdanning, erfaring og kompetanse i kommunene. Erfaring, utdanning, faglig forankring, og rolle ovenfor personen vil påvirke hvordan de ulike aktørene snakker om personen og den utfordrende atferden. Harde slag mot øret kan for eksempel tolkes som lært atferd som gir tilgang på oppmerksomhet, som tegn på at personen plages av smerter i øret / hode, som tegn på hørselshallusinasjoner, eller at personen plages av støy fra omgivelsene, og så videre. Det er ikke slik at utfordrende atferd alltid har *en* klar situasjon og har *en* klar årsak. Det kan være mange faktorer som påvirker, og atferden kan ha flere funksjoner.

Utfordrende atferd hos mennesker med utviklingshemming er tradisjonelt sett fra enten et atferdsanalytisk eller psykiatrisk / nevrobiologisk perspektiv (Emerson, 2001; Gardner et al 2001). Begge tradisjoner kan vise til anvendt forskning som har ført til utvikling av ulike behandlingsformer og intensjoner, flere av disse er empirisk validert (Emerson, 2001). Selv om begge tradisjoner er veletablerte, kan vi risikere både uhendig bruk av atferdsterapeutiske prosedyrer, og unødvendig bruk av medikamentell behandling, om vi ikke forsøker å forstå de mange faktorene som påvirker utfordrende atferd (Gardner et al, 2001). Et multimodalt kontekstuellt perspektiv legger vekt på å nettopp det, og etterstreber å forstå både atferdsmessige og emosjonelle vansker i lys av både personens psykologiske og biomedisinske (inkludert psykiatriske og nevrobiologiske) egenskaper, og det fysiske og

psykososiale miljøet rundt personen. Det vil være interessant å se nærmere på hva en tilnærming kan bidra med, sammenlignet med de tradisjonelle.

Anvendt atferdanalytisk tilnærming til utfordrende atferd

Atferdanalytiske metoder for behandling av utfordrende atferd hos mennesker med utviklingshemming har vært benyttet siden 50- 60 tallet, ofte med gode resultater (Gardner et al, 2001). Innen atferdsanalyse defineres atferd som alt en organisme gjør, dette er en svært vid definisjon, men det er vanskelig å begrense den ytterligere (Catania, 2007). Både gå, vinke, smile og snakke er atferd, ting vi gjør som andre kan se. Det er ikke kun atferd som er observerbar for andre, offentlig atferd, som er av interesse innen atferdanalyse. Det vi tenker og føler er og interessant, og sees som atferd. En atferdsanalytisk tilnærming vil altså ikke skille mellom det vi tenker, det vi føler og det vi gjør på samme måte som enkelte andre tilnærminger, men omtale alt som atferd.

Et hovedskille innen atferdanalyse er mellom respondent og operant atferd. Respondent atferd forekommer fordi den er utløst av stimuli, ikke fordi den har gitte konsekvenser. Det skilles mellom ubetinget og betinget stimulus og responser. En ubetingede stimulus som utløser en respons, er ulært, mens andre stimuli kan betinges til å utløse samme responsen. Frykt kan forstås som en respons som utløses når fare truer, altså som respondent atferd. I den sammenheng er respondent betinging interessant som modell for hvordan fryktreaksjoner, og for eksempel fobier, kan læres. (Flaten, 2003). Operant atferd forekommer fordi den har konsekvenser, disse påvirker sannsynligheten for at atferden gjentas. Å identifisere atferdens funksjon er sentralt innen operant betinging. Ofte vil vi forsøke å identifisere hvilke foranledninger eller diskriminative stimuli som gir anledning for den aktuelle responsen, og hvilke konsekvenser eller forstøkende stimuli responsen

produserer. Forholdet mellom en diskriminativ stimulus, respons og forsterker / straff, kalles tre- treds kontingensen. Respondent og operant betinget atferd vil kunne påvirke hverandre. For eksempel kan en betinget stimulus som utløser en behagelig emosjonell respons fungere som positiv forsterker eller som negativ straffer, avhengig av om betinget stimulus tilføres eller fjernes kontingent på atferd. En betinget stimulus som utløser en ubehagelig emosjonell respons kan på samme måte fungere som en negativ forsterker eller positiv straffer. Mens tre-terms kontingensen lar oss analysere relasjonen mellom en diskriminativ stimulus, en respons og en konsekvens, vil mye av vår atferd være påvirket av mange ulike stimuli, både fra omgivelsene og i kroppen vår (Baldwin og Baldwin, 2001)

I 1968 ga Baer, Wolf og Risley ut en artikkel der de beskriver syv dimensjoner som bør sees som viktig når man forsker og arbeider innen feltet anvendt atferdsanalyse. Anvendt atferdsanalyse bør være anvendt, det vil si at atferdene vi har som mål å endre bør være viktig for både personen selv, og samfunnet. Det bør være atferdsmessig, altså skal fokus være på atferd, det personen gjør. Det bør være analytisk, som innebærer at årsaken til atferdsendring er manipulering av den miljømessige variabelen vi antar påvirker atferden, dette kan vises gjennom bruk av en design som viser eksperimentell kontroll. Videre bør det være teknisk, altså bør teknikkene eller prosedyrene som benyttes å endre atferd være beskrevet så presist at de kan replikeres. Det bør være et konseptuelt system, noe som inne bærer at teknikker og prosedyrer ikke bare bør beskrives presist, men også relateres til grunnprinsipper innen atferdsanalyse. Det bør være effektivt, det vil si at det ikke er nok å påvise en viss atferdsendring, men endringen bør være sosialt signifikant. Det siste kriteriet som bør oppfylles er at det er generaliserbart, altså at atferdsendringen varer over tid og er overførbar til ulike arenaer eller til andre atferder. Disse kriteriene kan bidra til å sette rammer for kartlegging og tiltaksarbeid når vi har som mål å redusere utfordrende atferd. Som vi har vært inne på tidligere, kan utfordrende atferd være så mangt. Om personen det gjelder skader seg

selv eller andre i alvorlig grad kan vi lett forstå at tiltak bør iverksettes, men ikke direkte farlig atferd kan oppleves som utfordrende for omgivelsene. Målatferden, den atferden vi er ute etter å endre, må være sosialt signifikant, og den må defineres og operasjonaliseres slik at den er mulig å observere og registrere for de som er involvert, det vil være vanskelig å registrere en reduksjon av sinne / aggresjon om vi ikke har klart for oss hva vi skal se etter. Sint er ikke en atferd, men en merkelapp vi bruker i nærvær av ulike atferder.

Videre vil en atferdanalytisk tilnærming innebære og skaffe informasjon om hvilken funksjon den utfordrende atferden har. For å avdekke hvilke forsterke som opprettholder atferden kan funksjonell kartlegging gjennomføres, og det finnes ulike metoder for dette. Indirekte, eller informant basert funksjonell kartlegging kan gjennomføres, dette er ofte i form av strukturerte intervju eller spørreskjema som for eksempel Motivational Assessment Scale (MAS) (Durand & Crimmins, 1988). Vi kan gjennomføre deskriptiv funksjonell kartlegging, der vi observerer i naturlige situasjoner og beskriver konteksten der målatferden forekommer. Det er vanlig å bruke et tre- felt skjema, der man beskriver foranledninger, atferd og konsekvens.

Eksperimentell funksjonell analyse er også en mulighet, der undersøker man forekomst av målatferd under ulike arrangerte betingelser. Det er relativt vanlig å skille mellom fire funksjoner, å oppnå oppmerksomhet, å oppnå materielle goder, å unngå krav, og automatisk forsterkning. En eksperimentell analyse vil gi mer pålitelig informasjon om funksjon enn informant basert og deskriptiv kartlegging, men valg av metode bør vurderes ut i individuelle hensyn. Ved alvorlig selvskading eller angrep mot andre kan det være både faglig og etisk uforsvarlig å arrangere betingelser slik at atferden øker.

Uansett metode er det å få informasjon om atferdens funksjon sentralt innen atferdsanalyse. En forståelse av hvilke variabler som kan opprettholde den selvskadende atferden er viktig når man vurderer tiltak (Iwata, 1994). For å arbeide analytisk, som beskrevet av Baer et al (1968), er det viktig både med godt definert målatferd og oversikt over

funksjon. Målatferden er den avhengige variabelen vi er ute etter å endre, og konsekvensene som opprettholder målatferden er den uavhengige variabelen vi manipulerer.

Redusert respondering forekommer når atferd er utsatt for straff eller ekstinksjonsbetingelser, tiltak kan innebære å levere en aversiv stimulus kontingent på atferden, utsette eller fjerne en attraktiv stimulus kontingent på atferden, eller bryte relasjonen mellom atferden og kjent forsterker. En vurdering av etikk må selvsagt gjøres, det er både normalt anbefalt, og ofte regulert av lover at straff kun bør forsøkes etter at rene forsterkningsprosedyrer har vist seg å ikke redusere problemet. Både straff og ekstinksjon har ofte uheldige sideeffekter, for eksempel kan straff utløse emosjonelle responser, eller den som straffes kan begynne å unngå den som straffer. Ekstinksjon kan gi en midlertidig økning i respondering, dette kan være problematisk om man forsøker å redusere svært skadelig eller på annen måte alvorlig utfordrende atferd. Når ekstinksjon innebærer at forsterker ikke lengre leveres, kan uheldige emosjonelle responser utløses, for eksempel kan aggressiv atferd øke (Catania, 2007). Blant annet for å unngå uheldige sideeffekter, innebærer ofte tiltak for reduksjon av utfordrende atferd differensiell forsterkning eller non-kontingent forsterkning. Man har lenge vært klar over at straff er mer effektivt når det kombineres med forsterkning av alternativ atferd (Rolider, A. & Van Houten, R., 1990). I forhold til reduksjon av uønsket atferd er det fire forsterkningsprosedyrer som er ofte brukt, differensiell forsterkning av annen atferd (DRO), differensiell forsterkning av lav rate respondering (DRL), differensiell forsterkning av uforenlig atferd (DRI), og differensiell forsterkning av alternativ funksjonell atferd (DRA). Nonkontingent forsterkning (NCR) benyttes også ovenfor utfordrende atferd. Nonkontingent forsterkning innebærer å levere forsterker uavhengig av respondering, da gjerne etter et tidsskjema. Dette er en måte å bryte relasjonen mellom respons og forsterker, uten å avslutte forsterkerlevering (Catania, 2007). I tråd med Bear et al (1968) sine kriterier for forskning og arbeid innen anvendt atferdsanalyse, bør prosedyren man velger beskrives så

presist at den kan gjentas og få lignende resultat, samt at prosedyrene baserer seg på grunnprinsipper innen atferdsanalyse. At anvendt atferdanalyse bør være effektiv, innebærer at atferdsendringen vi oppnår bør være sosialt signifikant, altså nyttig for personen det gjelder og samfunnet. Dessuten bør endringen være stabil over tid.

Det er ikke alltid vi klarer å finne forsterker som opprettholder den utfordrende atferden, noen ganger kan det være at den utfordrende atferd er skjema- induert, ikke operant. Skjema- induert atferd er gjerne repetitiv og står ikke i sammenheng med den umiddelbare konteksten. Det meste av forskning på skjema- induert atferd er gjort med dyr, men det er beskrevet spising, drikking, røyking, vandring, fikling og aggresjon som trolig er skjema- induert hos mennesker. (Emerson, 2001) Selv når den utfordrende atferden er operant, er det ikke alltid vi lykkes i å finne en forsterker som kan manipuleres med. Responser som er topografisk like kan være medlem av ulike operante klasser, atferden har ulik funksjon i ulike situasjoner. Dette kalles gjerne mulitdeterminert atferd. Det kan også være å kontrollere forsterkeren, for eksempel ved automatisk forsterkning. Oppmerksomhet fra andre kan være vanskelig å kontrollere, personen er på flere arenaer og omgås ikke nødvendigvis bare betalte tjenesteytere men også arbeidskollegaer, medelever og folk de møter på ulike fritidsaktiviteter. Noen ganger kan ikke krav opprettholdes eller forsterker kan holdes tilbake fordi den utfordrende atferden er svært dramatisk eller personen er svært fysisk sterk. Det kan også være vanskelig å finne andre potensielle forsterkere som kan utkonkurrere den opprinnelige. Det er da mulig å basere tiltak på å endre foranledningene og motivasjonelle forhold som påvirker den utfordrende atferden. Dette kan innebære å gjøre endringer i omgivelsene slik at diskriminativ stimulus som gir anledning for den utfordrende atferden ikke presenteres like ofte, eller å endrer motivasjonelle operasjoner (MO). MO er hendelser som øker og reduserer effekten av både forsterkende og straffende stimuli, og dette kan bidra til både øking og reduksjon av respondering. MO kan påvirke diskriminative stimuli ved å gjøre forsterkning og

straff mulig (Laraway et al 2003). Vi skiller mellom etablerende operasjoner (EO), som øker effekten forsterkende og straffende stimuli har, og opphevende eller svekkende operasjoner (OO) som reduserer effekten. Dette sier ikke alt om motivasjon, andre forhold kan fremkalle atferd og etablere konsekvenser av atferd som forsterkende. Begrepet setting evens (SE) vil i tillegg romme faktorer som kan påvirke forekomst av atferd, uten å ha en diskriminativ funksjon eller endre egenskaper ved andre stimuli generelle. Begrepet SE kan benyttes om ulike egenskaper ved miljømessige variabler, om ulike uspesifiserte funksjonelle forhold. Begrepet er svært generelt, og funksjonelle forhold er uklare (Leigland, 1984). SE innebærer flere motivasjonelle operasjoner, og påvirker flere sider ved atferd. Deprivasjon kan være EO for å legge seg og sove, men også kan være SE for utfordrende atferd / irritabilitet. Andre eksempler på setting events kan være generelle miljøforhold, alder og helsemessig tilstand, sykdom eller smerter, om enkelte objekter er tilstede eller ikke, eller ulike hendelser i nær fortid (Holden, 2003; Leigland, 1984). Det er mange som har arbeidet med såkalt ikke-aversive tilnærminger til utfordrende atferd. For eksempel er det vist at aggressiv og selvskadende atferd som er opprettholdt av flukt fra krav, kan reduseres gjennom be personen utføre relativt kjente og enkle oppgaver rett i forkant av et mer vanskelig krav. (Horner et al, 1991) Det er også utarbeidet ulike modeller for en ikke-aversiv tilnærming, for eksempel Positiv behavior support der blant annet å endre foranledninger og tilrettelegge omgivelsene for bedre å imøtekomme personens vansker er sentralt. (Johnston, et al, 2006)

Intervensjoner basert på atferdsanalyse har blitt vist å være effektive ovenfor ulike tilstander, og ikke minst ovenfor utfordrende atferd (Grey & Hastings, 2005; Eikeseth & Svartdal, 2003). Effekt er ofte bedre dokumentert sammenlignet med andre veletablerte behandlingsformer (Eikeseth og Svartdal, 2003). Til tross for dette har atferdsanalysen, i enkelte miljøer, blitt ansett som kontroversiell. Eikeseth og Svartdal (2003) peker på tre grunner til dette. Atferdsanalyse kom som et alternativ til allerede veletablerte psykologiske

tradisjoner og behandlingsformer, da særlig psykoanalyse og psykodynamisk tenkning, og har til en viss grad fremstått som kritikk av andre psykologiske retninger. I tillegg operer en atferdsanalytisk tilnærming med et egnet begrepsapparat, og bryter med tradisjonell tenkning særlig når det gjelder forklaringer vi gir på observert atferd. Både i dagliglivet og i tradisjonell psykologi forklarer vi ofte atferd ut i fra egenskaper eller tilbøyeligheter i personen, atferdsanalysen bryter med dette, og fokuserer på at atferden forekommer fordi den tidligere er blitt forsterket. Den tredje grunnen som nevnes er at mye av forskningen atferdsanalyse er basert på, stammer fra dyreforsøk. Det har vært stor skepsis til at en psykologi basert på dyreforsøk skal forklare menneskers intelligente og kreative handlinger. Vi kan få et inntrykk av at atferdsanalyse er mekanisk og ser mennesker som stimulus- respons maskiner, ikke som komplekse individer med tanker, følelser, motivasjon og kognisjon. Selv om privat atferd, som tanker og følelser, tas hensyn til i atferdsanalytisk perspektiv, er det fremdeles lite forskning basert på atferdsanalyse som undersøker dette. Forskning på begreper og prinsipper motivasjonelle operasjoner og setting events er viktige bidrag i den sammenheng, da de gjør det lettere å inkludere kognisjon, motivasjon og emosjoner i eksperimentelle analyser uten å henvise til mentale variabler. (Eikeseth og Svartdal, 2003).

Psykiatri og nevrobiologi som tilnærming til utfordrende atferd

Utfordrende atferd kan assosieres med psykisk lidelse, og kan dermed forsøkes behandlet ut i fra et psykiatrisk perspektiv. Det finnes ulike tradisjoner innen psykiatri, for eksempel medisinsk psykiatri og psykodynamisk psykiatri. Psykiatri som fagfelt vokste frem når leger begynte å nedtegne erfaringer med sosialt avvikende atferd hos pasienter. Sosialt avvikende atferd var inntil da ofte blitt forklart med religiøse forklaringsfiksjoner. Det ble arbeidet for å klassifisere de ulike tilstandene, slik Carl Linné hadde gjort i forhold til plante

og dyreriket. I tillegg til å beskrive og sette navn på ulike tilstander, eller diagnoser, begynte man tidlige å skille mellom psykoser og nevrososer. Psykoser kjennetegnes ved kraftig redusert bevissthetsfunksjon, tenkning og dømmekraft, mens ved neveroser er disse funksjonene ikke hovedsakelig bevart. De ulike psykiske lidelsene kan deles inn i hovedgrupper, det skilles blant annet mellom organiske psykiske lidelser, schizofreni, akutte og forbigående psykoser, paranoide lidelser, stemningslidelser, angstlidelser, reaksjoner på kriser og traumer, dissosiative forstyrrelser og personlighetsforstyrrelser. (Haugsgjerd et al, 2002)

Diagnoser er kategorier, i den forstand at diagnose settes på bakgrunn av at gitte kriterier er oppfylt. Denne måten å kategorisere fenomener benyttes både innefor somatikken og psykiatrien, men psykiatrisk diagnostikk skiller seg fra somatisk diagnostikk på flere områder. Innen somatisk diagnostisering er de fysiologiske årsakene til sykdommen ofte kjent, for eksempel kan diagnose stilles ut i fra konkrete funn som blodverdier eller skader. Psykiske lidelser diagnostiseres ut fra atferdskriterier, altså symptomer, det finnes ikke spesifikke biologiske tegn for hver enkelt lidelse. Årsakene er ofte komplekse, og diagnose stilles ofte uavhengig av årsak. (Holden, 2008) Klassifisering og diagnostisering er sentral innen psykiatri, det finnes internasjonalt aksepterte systemer som sier hvilke kriterier som kreves for en bestemt diagnose. I dag benyttes diagnosesystemene Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth edition (DSM- IV), og International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision, (ICD-10), den sistnevnte benyttes i Norge. Det finnes også alternativer til ordinær kategoriell diagnostikk. Dimensjonell diagnostikk vektlegger hva lidelser har felles, noe som reduserer antall diagnoser. Atferder som oppsummeres som psykisk lidelse alltid er tilstede i en eller annen grad, og at det ikke er klare terskler for å ha en lidelse. Lidelser eller problemer overlapper, angst og depresjon dekker til en viss grad de samme fenomenene, og studier viser at diagnosene ofte stilles på grunnlag av de samme symptomene. (Holden, 2008)

Psykiske lidelser hos mennesker med utviklingshemming er et relativt nytt fagområde, det er først de siste 15-20 årene at oppmerksomhet rundt dette emnet har økt kraftig. Det har vært argumentert at menneske med utviklingshemming ikke har kognitiv kapasitet til å utvikle psykiske lidelser, og psykiske tilleggsverser har blitt forstått som en del av funksjonshemmingen. Det er i dag en mer vanlig oppfattning at mennesker med utviklingshemming kan utvikle de samme psykiske lidelsene som andre (Bakken, 2011). Diagnostisering av psykisk lidelse hos mennesker med utviklingshemming byr på spesielle utfordringer. Personer med vesentlig grad av utviklingshemming kan ha problemer med å fylle kriteriene for mange diagnoser, blant annet på grunn av svak verbal fungering (Holden, 2008; Bakken, 2011). Mange diagnostiske kriterier for psykiske lidelser baserer seg på personens evne til selv å fortelle hvordan han eller hun har det. Det er mulig å stille diagnose basert på atferdsekvivalenter, eller atypiske symptomer. Det er laget et diagnosesystem med kriterier som er tilpasset for bruk ovenfor mennesker med utviklingshemming, Diagnostic Manual – Intellectual Disability (DM-ID). Det finnes også sjekklister og intervjuguider som er spesielt tilpasset bruk ovenfor mennesker med psykisk utviklingshemming, blant annet The Mini PAS-ADD Interview Pack (Moss, 2002), og Diagnostic Assessment for the Severely Handicapped II (DASH II) utviklet av Matson J. L. (1995).

Det kan være både fordeler og ulemper ved å sette diagnose. På den ene siden kan det være lettere for nærpersoner å forholde seg til avvikende atferd når den sees i sammenheng med en diagnose. For eksempel kan uvilje til å gjennomføre daglige gjøremål oppfattes som ”latskap”, men andre kan vise større forståelse for dette om det forklares som en følge av opplevd energi tap knyttet til en pågående depresjon. En diagnose kan også gi føringer for behandling og forebyggende tiltak. Holden (2008) påpeker at det kan være riktig å vurdere medikamentell behandling av utfordrende atferd, særlig om andre metoder ikke fører frem. Diagnostisering er en viktig del av dette, da psykofarmaka fortrinnsvis skal gis ut i fra

diagnose. Samtidig er det viktig å huske på at diagnoser er tilnærmede, og ofte subjektive, måter å uttrykke en problematikk på. Atferd som først tolkes som psykopatologisk, kan tolkes som normalt og forståelig i en annen kontekst. For eksempel kan atferd som først tolkes som nevrotiske symptomer hos en angstplaget ungdom, virke normalt og forståelige når man ser personen i en familie situasjon. Det som i et individperspektiv lett kan bli kalt nevrose, kan ut i fra et familieperspektiv vise seg å være atferd som svarer til de skjulte kravene og budskapet fra de andre familiemedlemmene. Diagnosen kan også brukes for å legitimere atferd, typisk eksempel er hvordan alkoholisme som sykdom kan brukes som forklaring på hvorfor personen drikker for mye, og frata personen ansvar for hvordan han eller hun forholder seg til alkohol (Cullberg, 1994).

Hunter et al (2008) påpeker at mange klinikere innfor psykiatrien arbeider etter ”diagnose and treat” paradigme, dette kan innebære at analysen av pasientens tilstand er fullført når man kan sette en diagnose. Intervensjoner som iverksettes er vanligvis forbundet med den aktuelle diagnosen, og om personen ikke responderer på de vanlige intervensjonene, vurderes nye diagnoser og tilhørende intervensjoner. Medikamenter er viktig en viktig del av psykiatrisk behandling, men ikke den eneste. Blant annet benyttes ulike psykologiske og miljømessige behandlingsformer. Psykodynamisk idividualterapi, psykomotorisk behandling, psykodrama, og psykedukasjon er noen eksempler, men også teknikker basert på atferdsanalytiske prinsipper benyttes, som systematisk desensibilisering eller forsterkningssystemer (Haugsgjerd et al, 2002) . For eksempel har kognitiv atferdsterapi vist seg å være svært effektiv i behandling av tvangs- og angstlidelser (Götestam, 2003). Flere av de ordinære psykologiske behandlingsformene kan være vanskelig å benytte ovenfor mennesker med utviklingshemming, mye er basert på samtale, endring av hvordan pasienten snakker om, tenker om egne problemer. Det er slik sett en risiko for at det blir lagt stor vekt på medikamentell behandling.

Når vi forsøker å se utfordrende atferd i et psykiatrisk perspektiv, er det et poeng å se på mulige sammenhenger mellom psykisk lidelse og utfordrende atferd. Emerson (2001) beskriver tre muligheter for hvordan utfordrende atferd kan sees i sammenheng med psykiske lidelser. Utfordrende atferd kan sees som psykisk lidelse som viser seg på en atypisk måte, som sekundært trekk ved psykisk lidelse, og at den psykiske lidelsen kan sees som motivasjonell operasjon for den utfordrende atferden. Emerson påpeker muligheten for at psykiske lidelser kan vise seg på en atypisk måte hos mennesker med svært begrenset språk og adaptive ferdigheter. Tvangslidelse og selvskading brukes som eksempel. Det er likheter mellom tvangslidelse og selvskadende atferd, begge innebærer atferd som er repetitiv, stereotypisk, ritualistisk, kan tilsynelatende forekomme uavhengig av den umiddelbare konteksten, og er ofte svært vanskelig å endre. Videre påpeker han at det er forskning som indikerer at både tvangslidelse hos mennesker uten utviklingshemming, og selvskadende atferd hos mennesker med utviklingshemming, kan reduseres ved medikamentell behandling med serotonerge agonister og reopptakshemmere som for eksempel fluoxetine. På bakgrunn av likhetsrekk mellom tvangslidelse hos mennesker uten utviklingshemming, og selvskadende atferd hos mennesker med utviklingshemming, er en mulighet å forstå selvskading som tvangslidelse som viser seg på en uvanlig måte på grunn av manglene språklige og adaptive ferdigheter. Noe utfordrende atferd kan også sees som sekundære trekk ved psykiske lidelse. Emerson (2001) påpeker at det er gjort mye forskning rundt forekomst av utfordrende atferd ved psykisk lidelse, for eksempel for å vurdere om utfordrende atferd og reduserte selvhjelpsferdigheter kan være signifikant som sekundært trekk ved depresjon. Emerson trekker også frem hvordan psykiske lidelser kan være motivasjonelle operasjoner for utfordrende atferd. For eksempel: depresjon er forbundet med redusert interesse for vanligvis attraktive aktiviteter, eller uvilje mot å delta i vanlige aktiviteter. Depresjon kan dermed sies å svekke attraktiviteten til vanligvis attraktive hendelser, eller å gjøre vanlige gjøremål mer

aversivt. Gitt at personen det gjelder har utfordrende atferd som tidligere har blitt negativt forsterket ved at krav fjernes, vil depresjon kunne gjøre utfordrende atferd mer sannsynlig i forbindelse med krav om å gjennomføre daglige gjøremål. Det er blandede funn innefor forskning på sammenhenger mellom utfordrende atferd og psykiske lidelser, sammenhengene som vises er ofte generelle (Holden, 2008). Forskning på sammenhenger mellom psykisk lidelse og utfordrende atferd, sier ikke nødvendigvis noe om årsaksforhold. Høyere forekomst av utfordrende atferd hos mennesker som er diagnostisert med depresjon, tilsier ikke at depresjon er årsaken til den utfordrende atferden.

En medisinsk tilnærming og medikamentell behandling er sentralt innen psykiatri, i den sammenheng er det naturlig å komme inn på nevrobiologiske og organiske forklaringer på utfordrende atferd. Vi vet blant annet at selvskading svært ofte forekommer hos menneske med Lesch- Nyhan syndrom og de Lange syndrom. Både Lesch- Nyhan og de Lange syndrom er medfødt. Selv om mennesker som er født med disse syndromene har tilbøyelighet for selvskadende atferd, har tiltak basert på læringsteori / atferdsanalyse vist seg å ha positiv effekt, noe som indikerer at selvskading påvirkes av både organiske og miljømessige betingelser. (Murphy, Wilson, 1985) Det finnes ulike hypoteser om hvordan nevrobiologi påvirker både selvskading og andre former for utfordrende atferd som aggresjon og intens repetitiv atferd. Det er særlig forsket på hvordan dopamin, serotonin og opioider kan påvirke utfordrende atferd (Emerson, 2001). Dopamin og avvik i forhold til dopaminreseptorer kan være knyttet til noe selvskadende atferd. For eksempel er det vist avvik knyttet til dopamin hos mennesker med Lesch- Nyhan syndrom, der det å bite seg selv er svært vanlig. Også forsøk med dyr viser en korrelasjon mellom dopamin avvik og bitt mot egen kropp. (Emerson, 2001) Avvik knyttet til serotonin har blitt koblet til søvnproblemer, depresjon, forstyrret appetitt og tvangslidelser. Forsøk gjort med dyr har vist økt aggresjon hos individer med skader i hjernen knytte til serotonin. (Emerson, 2001) Opioider spiller stor rolle i forhold til

kontrollering av smerte, og det er to hypoteser knyttet til hvordan opioider påvirker utfordrende atferd, da spesielt selvskadning. En overproduksjon av opioider kan gi permanent økt smerteterskel, noe som vil innebære at personen ikke opplever den skadelige atferden som smertefull, eller ikke like smertefull som normal. Den andre hypotesen går ut på at selvskadende atferd utløser opioider, som er naturlig forekommende smertestillende. Den selvskadende atferden blir automatisk forsterket. Det er gjort forsøk der legemiddelet Naltrexon, som blokkerer effekten av opioider, har redusert selvskadende atferd betraktelig. (Emerson, 2001) Andre legemidler som har vist å ha en effekt i forhold til reduksjon av utfordrende atferd er risperidone (Aman, De Smedt, Derivan, Lyons, & Findling, 2002). Selv om medikamenter kan være et viktig bidrag for å redusere utfordrende atferd, påpeker Hunter (2008) at vi heller ikke bør bli for avhengig av psykofarmaka, da dette kan føre til at vi vier mindre oppmerksomhet til kontekstuelle analyser.

Et bredere perspektiv på utfordrende atferd

Et atferdsanalytisk, nevrobiologisk, og psykiatrisk perspektiv på utfordrende atferd fokuserer på ulike sider av fenomenet utfordrende atferd. Vi kan for eksempel ta utgangspunkt i en person som slår andre for å unnsnippe egentlig ufarlige stimuli som utløser frykt. Fra et psykiatrisk perspektiv ville vi samlet informasjon for å kunne sette en diagnose, og konkludert for eksempel med F40.2 Spesifikke (isolerte) fobier. Anbefalt behandling vil fokusere på å dempe angsten, for eksempel gjennom avslapningsteknikker og eksponering, eventuelt i kombinasjon med medikamentell behandling. Fra et atferdsanalytisk perspektiv er det også mulig å fokusere på frykten som en respondent betinget respons, med tiltak som eksponering. Men fra et operant perspektiv vil vi kunne fokusere på at personen slår andre, og samle informasjon om hvilken funksjon det har. Slag mot andre kan være negativ forsterket av flukt

fra fryktfremkallende stimuli. Et tiltak rettet mot slag mot andre kan være en DRA prosedyre, der personen lærer en annen atferd som fungerer som flukt fra stimuli. Målet er ikke redusert frykt, men har mer sosialt aksepterte strategier for å unnsnippe stimuli som utløser frykt. Ved å anvende flere disipliner kan vi få en mer kompleks forståelse av fenomenet vi søker å forklare (Bar-Yam, 1997).

En multimodal kontekstuell tilnærming til diagnostisering og behandling vektlegger både psykologiske, psykiatriske / nervobiologiske, fysiske og psykososiale faktorer. Det diagnostiske fokus være på å finne en forklaring på personens atferd ut i fra en omfattende kontekstuell analyse, som tar i betraktning både indre og ytre faktorer som kan påvirke forekomst av utfordrende atferd. Det er laget en modell som følger en multimodal kontekstuell tilnærming, den multimodale funksjonelle modellen MFM). Modellen kalles multimodal, ikke mulitdisiplinær eller tverrfaglig, dette leder fokus mot de ulike biologiske, medisinske, psykiatriske, psykologiske, sosiale og miljømessige faktorene som bidrar til utfordrende atferd. Tverrfaglig arbeid vil allikevel være helt sentralt, når man benytter MFM. Det skal legges opp til samarbeid mellom miljøpersonalet eller nærpersoner som har daglig ansvar for personens tjenester, og andre fagpersoner med kompetanse innfor de ulike modalitetene. Samarbeid mellom kommune og spesialisthelsetjenesten kan være et eksempel. Modellen beskrives som funksjonell, men dette menses at utfordrende atferd bør forstås som en persons funksjonelle tilpasninger til både det fysiske og sosiale miljøet, og til forstyrrelser i både nevrokjemisk og fysiologisk fungering. Å arbeide etter den MFM, som beskrevet av Garder et al (2001) og Hunter et al (2008), innebærer å identifisere og vurdere stimulus betingelser som fremmer den utfordrede atferden, opprettholdene betingelser, og trekk ved personen som kan gjøre personen sårbar for å utvikle utfordrende atferd. Å identifisere fremmede stimulus betingelser vil si å undersøke i hvilke situasjoner den utfordrende atferden forekommer. Fremmede betingelser kan ha primær eller sekundær

funksjon. Primære fremmende betingelser er stimulusbetingelser som alltid er til stede når målatferden forekommer, mens sekundære fremmende betingelser er stimulusbetingelser som enten øker eller reduserer sannsynligheten for at målatferden forekommer i nærvær av primære fremmende betingelser. Dette er gjenkjennbart sammenlignet med en atferdsanalytisk tilnærming, der identifisering av diskriminative stimuli, motivasjonelle operasjoner og setting events vil være av interesse. En multimodal kontekstuell analyse innebærer også å identifisere opprettholdende betingelser, altså finne atferdens funksjon. Dette er i tråd med en atferdsanalytisk tilnærming. Ut i fra et multimodalt kontekstuellt perspektiv er vi også interessert i å få oversikt over sårbarhetsfaktorer. Sårbarhetsfaktorer kan være karakteristiske trekk ved personen eller miljøet som kan øke risikoen for at utfordrende atferd benyttes. Sammenligner vi dette med et atferdsanalytisk perspektiv vil nok begrepet setting evens være mest dekkende. Tilnærmingen er multimodal, dette innebærer å analysere faktorer som kan påvirke den utfordrende atferden på bakgrunn av både medisinske, psykiatriske, psykologiske, sosiale og miljømessige forhold. Målet er å komme frem til individuelt tilpassede intervensjoner. (Garder, 2001)

Den multimodale funksjonelle modellen

MFM, slik den er beskrevet av Hunter et al (2008) og Gardner et al (2001), deler kartleggingsarbeidet deles inn i tre trinn, trinn 1 innebærer identifisering av fremmende betingelser, trinn 2 innebærer å vurdere atferdens funksjon, trinn 3 innebærer å vurdere sårbarhetsfaktorer. Informasjonen vi får fra kartleggingen skal resultere i en diagnose formulering, med årsakshypoteser knyttet til de ulike aktuelle modalitetene. Det skal legges stor vekt på hva som er hensiktsmessig ut i fra hver enkelt person, situasjon eller kontekst, både når vi velger metode for kartlegging og intervensjoner.

Kartleggingsarbeidet begynner men å identifisere noen målatferder. Dette kan være atferd som er ansett som symptomer på kjent psykisk lidelse, eller som av annen grunn er til bekymring. I den sammenheng kan det være nyttig å få en grov oversikt over utfordrende atferd, og eventuell atferd som kan assosieres med psykisk lidelse. Målatferd operasjonaliseres slik at de er observerbare og målbare for ansatte og eventuelt personen selv.

Trinn 1, identifisering av stimulusbetingelser som fremmer målatferd / symptomer.

Når målatferder er valgt og definert er neste ledd i den MFM å identifisere i hvilken kontekst målatferden forekommer. Dette innebærer å få oversikt over aktuelle eksterne og interne stimulus betingelser. Eksempler på eksterne stimulus betingelser kan være spesifikke kravsituasjoner, fravær av oppmerksomhet eller å miste noen man er glad i. Eksempler på indre stimulus betingelser kan være angst, sinne, smerter, stemningsforstyrrelser, paranoide overbevisninger og lignende. Stimulus betingelsene kan ha enten en primær eller sekundær fremmende funksjon. Primære fremmende betingelser er stimulus betingelser som alltid er til stede når målatferden forekommer. De er diskriminative hendelser eller utløsende stimuli som forekommer rett i forkant av atferden, og som øker sannsynligheten for at atferden forekommer. Eksempler på primære fremmende betingelser kan være å gi en instruks i et krast stemmeleie som kan gi anledning for aggressiv atferd, eller en høy lyd som kan utløse et angstanfall. Sekundære fremmende betingelser er stimulus betingelser som enten øker eller reduserer sannsynligheten for at målatferden forekommer i nærvær av primære fremmende betingelser. Det finnes mange betingelser som kan fungere som sekundære fremmende betingelser. For eksempel kan søvndeprivasjon øke sannsynligheten for at et lite krav gir anledning for problematferd, målpersonen blir kanskje ikke aggressiv når dette kravet stilles hvis han ikke er søvndeprivert. Hodepine, annen fysisk smerte, lyder, angst, irritabilitet, sinne, temperaturer (svært varmt eller kaldt) og kjedsomhet er eksempler på sekundære fremmende betingelser.

Trinn 2, identifisering av målatferdens funksjon. Dette dreier seg i første omgang om å utvikle hypoteser om atferdens funksjon. Hypoteser om funksjon utvikles på bakgrunn av informasjon og funn fra trinn 1. Det kan for eksempel være redusere indre uro, redusere smerte, avslutte aversive krav eller oppnå oppmerksomhet eller kontakt fra andre. MFM er en multimodal modell, og det er poeng at hypoteser om funksjon utvikles fra ulike aktuelle modaliteter. Selv om de samme fremmede faktorene ligger til grunn, kan antagelser om atferdens hensikt og funksjon påvirkes av hvilken modalitet, eller hvilket perspektiv, vi tolker ut i fra. Selv om vurdering av funksjon i første omgang dreier seg om å utvikle hypotese, oppfordres det å gjennomføre funksjonell kartlegging.

Trinn 3, vurdering av sårbarhets faktorer, eller tertiære stimulus betingelser.

Sårbarhetsfaktorer kan være karakteristiske trekk ved personen, eller begrensende faktorer i miljøet. Eksempler på sårbarhets faktorer kan være sanse hemning, kognitiv hemning som for eksempel utviklingshemning, autisme, eller annen hjerneskade, sansehemninger, dårlige kommunikasjonsferdigheter, dårlig impuls kontroll, dårlig sinnehåndterings ferdigheter, lav toleranse for stress eller frustrasjon, regulerings vansker, eller psykisk lidelse. Eksempler på sosiale og fysiske sårbarhetsfaktorer kan være liten tilgang på sosial samhandling eller aktiviteter, lite struktur i hverdagen og lignende. Disse sårbarhetsfaktorene, eller tertiære stimulus betingelsene, kan indikere hvilke områder det er hensiktsmessig og tenke tiltak som å lære nye ferdigheter og mestringsstrategier.

Årsakshypoteser og intervensjoner, ved å undersøke hvordan primære, sekundære og tertiære stimulus betingelser virker på hverandre, i forhold til både interne og eksterne variabler, kan vi få en mer detaljert og helhetlig forståelse av den utfordrende atferden. Årsakshypoteser formuleres på bakgrunn av dette. Det er utarbeidet et skjema, multimodal functional causal hypotheses worksheet, som kan benyttes for å få en oversikt over de ulike fremmede og opprettholdene betingelsene, og sårbarhetsfaktorer som kan knyttes og

analyserer ut de ulike modalitetene. Skjema er som en tabell, der ytre (fysiske og psykososiale) og indre (biomedisinske, affektive, kognitive, perseptuelle, motoriske, sosiale ferdigheter, mestringsferdigheter, kommunikative ferdigheter, personlige og motivasjonelle) variabler står loddrett til venstre i tabellen, mens fremmede betingelser (primære, sekundære og tertiære / sårbarhetsfaktorer) og opprettholdene betingelser (positiv forsterkning, negativ forsterkning, sensorisk forsterkning, og annet) står vannrett øverst på tabellen. Informasjon fra trinn 1, 2 og 3 plasseres i skjema i henhold til hvilke ytre / indre variabler og fremmede / opprettholdene faktorer de representerer. På bakgrunn av dette formuleres en årsakshypotese knyttet til den aktuelle modaliteten, og intervensjoner beskrives.

Intervensjonene kan basere seg på å endre fremmede betingelser, opprettholdene betingelser eller sårbarhetsfaktorer, avhengig av hva som vektlegges i de ulike hypotesene. Dette vil innebære enten å a) fjerne eller redusere biologiske og psykososiale fremmede eller opprettholdene betingelser, b) lære personen sosialt adekvate alternativer, og øke motivasjon for å benytte disse, eller c) fjerne eller redusere biologiske eller medisinske betingelser, og begrensende eller aversive trekk ved miljøet. Alle intervensjoner, også medikasjon, skal knyttes til en spesifikk hypotese. For hver intervensjon beskrives plan for gjennomføring, forventet effekt, hvilken type data man skal samle inn, og hvem som har ansvar for å analysere data og informere teamet innen gitt tid om intervensjonen har hatt forventet effekt. Hypoteser og intervensjonen testes og evalueres. Noen hypoteser vil vise seg å være unyttige, og forkastes, mens andre hypoteser vil kunne videre utvikles og bidra til mer spissede intervensjoner. Evalueringen vil bidra med nyttig informasjon vedrørende når en intervensjon bør avsluttes, og gir ikke minst en god oversikt over hva som allerede er forsøkt og hvilken effekt dette hadde.

Kan MFM bidra med noe mer enn de tradisjonelle tilnærmingene

Om en multimodal kontekstuell tilnærming faktisk bidrar med noe mer enn de tradisjonelle tilnærmingene kan på ingen måte slås fast gjennom en slik teoretisk gjennomgang, spesielt da MFM er en modell. Selv om MFM legger opp til at informasjonen vi samler skal vurderes i henhold til ulike modaliteter, vil innholdet, hvilke kartleggingsmetoder som velges, hvilke betingelser som blir vektlagt, hvilke hypoteser som formes, og hvilke intervensjoner som iverksettes, påvirkes av hvilken kompetanse og faglig forankring de ulike aktørene har. Noen interessante trekk ved MFM kan allikevel trekkes frem.

Et atferdsanalytisk, nevrobiologisk, og psykiatrisk perspektiv operer på ulike reduksjonsnivå, i mange tilfeller vil et mer fleksibelt forhold til det å bevege seg mellom ulike reduksjonsnivå kunne berike analysen av utfordrende atferd. En multimodal kontekstuell tilnærming vil ikke innebære et nytt perspektiv, men MFM er en modell for å strukturere informasjon og belyse den utfordrende atferden ut i fra flere perspektiver. For eksempel kan psykisk lidelse tolkes som en sekundær fremmede betingelse, dette er forenelig med Emerson (2001) sin vurdering at psykiske lidelser kan være motivasjonell operasjon eller setting event for utfordrende atferd. Faren for å begå kategorifeil er tilstede også om vi benytter MFM, men det er et poeng at atferdens funksjon vurderes i forhold til alle aktuelle modaliteter. Om depresjon er ansett som en fremmede faktor for den utfordrende atferden, vil vi allikevel gjøre en vurdering av atferdens funksjon sett i sammenheng med depresjon.

Som nevnt innledningsvis mottar mange mennesker med utviklingshemming, som har utfordrende atferd, spesialisthelsetjenester. I mange tilfeller vil dette innebære samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunalt ansatte, der kommunen søker konsultasjon fra spesialisthelsetjenesten. Et slikt samarbeid vil ofte foregå poliklinisk / ambulant, og kan

forstås ut i fra the triadic modell (Tharp & Wetzel, 1968), mediator står mellom konsulenten og den som skal hjelpes. Konsulenten (spesialisthelsetjenesten) er ekspertisen som sitter på kunnskap, mediator er de som har kontroll over forsterkningsbetingelsene (ansatte ved bolig / skole, nærpersoner / familie, og så videre), og som kan gjøre noe med situasjonen. MFM legger opp til at hypoteser og tilhørende intervensjoner skal utvikles i tverrfaglig samarbeid. Personalgruppen og andre sentrale personer som arbeider direkte med personen skal være delaktig både ved å kartlegge, analysere, utvikle hypoteser, beskrive tiltak, registrere, og vurdere effekt. Hypotesene testes ved at intervensjoner som er knytte til den aktuelle hypotesen gjennomføres, og det registreres om intervensjonen har forventet effekt. Etter hvert som noen hypoteser blir avkrefte, og andre styrket, kan vi spisse hypotesene og intervensjonene. Dette kan tenkes at det er gir bedre forutsetning for å iverksette intervensjonen når miljøet der intervensjonen skal gjennomføres har vært med på prosessen. Dette vil gjelde miljømessige tiltak, men kan også for eksempel gjelde en større enighet rundt medikamentell behandling.

Som nevnt innledningsvis, kan utfordrende atferd være et vedvarende problem for mange mennesker med utviklingshemming, det kan være vanskelig å finne effektive tiltak. Selv om tiltak basert på atferdsanalyse har blitt vist å være effektive ovenfor utfordrende atferd, det er ikke alltid tiltak fører frem. Det kan være ulike grunner til dette, enkelte ganger er atferdens funksjon vanskelig å finne, den kan være multideterminert, eller forsteker lar seg ikke kontrollere. Atferd påvirkes av mange ulike stimuli, både fra omgivelsene og i kroppen vår. Analyse av den utfordrende atferden ut i fra ulike modaliteter, kan bidra til at vi oppdager ulike sammenhenger, og iverksetter intervensjoner ovenfor både operant og respondent betinget atferd. Effekt kan også forstås som mer en reduksjon av utfordrende atferd, sosialt signifikante endringer må vektlegges. Det kan være sosialt signifikant å vise endringer a) målatferden eller annen utfordrende atferd personen viser, b) ferdigheter som kan erstatte den

utfordrende atferden, c) hvordan andre håndterer den utfordrende atferden, både med tanke på medikasjon og teknikker for håndtering, d) helsemessige konsekvenser som sår og traumer, e) i hvor mye personen begrenses både i forhold til bolig og arbeidsforhold, f) personens livskvalitet, blant annet fysisk og sosial integrering, hvor fornøyd personen ser ut til å være, og muligheter for valg, og g) hvor signifikant andre synes den utfordrende atferden (Emerson, 2001). MFM legger blant annet vekt på tiltak for å øke ferdigheter, og å endre begrensende trekk ved miljøet. Slike tiltak kan ha sosialt signifikante effekter, som ikke er knyttet til reduksjon av utfordrende atferd.

Referanser

Aman, M. G., De Smedt, G., Derivan, A., Lyons, B. & Findling, R. L. (2002). Double-Blind, Placebo-Controlled Study of Risperidone for the Treatment of Disruptive Behaviors in Children With Subaverage Intelligence. *The American Journal of Psychiatry*. 159, 1337-1346.

Baer, D., Wolf, M., & Risley, T. (1968). Some current dimensions of applied behavior analysis. *Journal of Applied Behavior Analysis*., vol. 1(1), 91-97.

Bakken, T.L. (2011). Psykisk lidelse hos personer med utviklingshemming. I : T. L. Bakken (red). *Samhandling med og uten ord Miljøbehandling for menneske med utviklingshemming og psykisk lidelse*. Hertervig Forlag. Stavanger

Baldwin & Baldwin, (2001). *Behavior Principles in Everyday Life*. New Jersey: Prentice-Hall, Inc.

Bar-Yam, Y. (1997). *Dynamics of complex systems*. Reading, Mass.: Addison-Wesley.

Catania, A. C. (2007). *Learning* (4th ed.). Cornwall-on-Hudson, NY: Sloan Publishig.

Cullberg, J. (1994). *Dynamisk psykiatri i teori og praksis*. (4. utg.) Oslo: Tano Aschehoug

Durand, V. M., & Crimmins, D. B. (1988). Identifying variables maintaining self-injurious behavior. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 18, 99-117.

Eikeseth, S. & Svartdal, F. (2003) *Atferdsanalysen: Hvor går vi? I: S. Eikeseth & F. Svartdal (red). Anvendt atferdsanalyse. Teori og praksis.* Oslo : Gyldendal.

Emerson, E. (2001). *Challenging behaviour. Analysis and intervention in people with learning difficulties.* Cambridge, Cambridge University Press.

Emerson, E., Kiernan, C., Alborz, A., Reeves, D., Mason, H., Swarbrick, R., Mason, L. & Hatton, C. (2001a). Predicting the persistence of severe self-injurious behaviour. *Research in Developmental Disabilities, 22*, 67-75.

Flaten, M. A. (2003). Grunnleggende begreper: Klassisk betinging. I: S. Eikeseth & F. Svartdal (red). *Anvendt atferdsanalyse. Teori og praksis.* Oslo : Gyldendal.

Gardner W.I., Graeber-Whalen, J. L. & Ford, D. R. (2001). Behavioral Therapies. Individualizing Interventions Through Treatment Formulations. I : A. Došen & K. Day(red). *Treating mental illness and behavior disorders in children and adults with mental retardation.* American Psychiatric Press, Inc. Washington DC

Grey, I. M. & Hastings, R. P. (2005) Evidence- based practices in intellectual disability and behavior disorders. *Currant Opinion in Psychiatry.* 18, 469-475.

Götestam, K. G. (2003). *Angstlidelser: Diagnostikk og behandling.* I: S. Eikeseth & F. Svartedal (red). *Anvendt atferdsanalyse. Teori og praksis.* Oslo : Gyldendal Norsk Forlag AS

Haugsgjerd, S., Jensen, P. Karlsson, B. & Løkke, J. A. (2002). Perspektiver på psykisk lidelse – å forstå, beskrive og behandle (2. utg.). Oslo, Gyldendal Norsk Forlag.

Horner, R. H., Day, H. M., Sprague, J. R., O'Brien, M. & Heathfield, L. T. (1991).

Interspersed requests: a nonaversive procedure for reducing aggression and self-injury during instruction. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 24, 265-278.

Holden, B. (2003). Motivasjon. I: S. Eikeseth & F. Svartedal (ed). *Anvendt atferdsanalyse. Teori og praksis*. Oslo : Gyldendal.

Holden, B. (2008). Psykiske lidelser og utviklingshemming. Atferdsanalytisk forståelse og behandling. Oslo: Gyldendal.

Hunter, R. H., Gardner, W. I., Wilkniss, S. & Silverstein, S. M. (2008). The Multimodal Functional Model-Advancing Case Formulation Beyond the “Diagnose and Treat” Paradigm: Improving Outcomes and Reducing Aggression and the Use of Control Procedures in Psychiatric Care. *Psychological Services*. Vol. 5, Nr 1, 11.12.

Iwata, B. A., Dorsey, M. F., Slifer, K. J., Bauman, K. E. & Richman, G. S. (1994). Toward a functional analysis of self-injury. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 27, 197-209.

Johnston J. M., Foxx, R. M., Jacobson J. J., Green, G. & Mulic J. A. (2006). Positive Behavior Support and Applied Behavior Analysis. *The Behavior Analyst*, 29, 51-74.

Laraway, S., Snyckerski, S., Michael, J. & Poling, A. (2003). Motivating operations and terms to describe them: some further refinements. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 3, 407-414.

Larsen, L. (2002). Rådgivning Kunsten å hjelpe. Oslo: Universitetsforlaget.

Leigland, S. (1984). On "Setting Events" and Related Concepts. *The Behavior Analyst*, 7, 41-45

Matson, J.L. (1995). *The Diagnostic Assessment for the Severely Handicapped revised (DASH-II)*. Baton Rouge, LA: Scientific Publishers.

Moss, S. (2002) *The Mini PAS-ADD Interview Pack*. Brighton UK: Pavilion Publishing.

Murphy, G. & Wilson, B. (1985) *Self-injurious behaviour : a collection of published papers on prevalence, causes, and treatment in people who are mentally handicapped or autistic*. Kidderminster: British Institute of Mental Handicap.

Reid, A.H. & Ballinger, B.R. (1995). Behaviour symptoms among severely and profoundly mentally retarded patients. *British Journal of Psychiatry*, 167, 452-455.

Rolider, A. & Van Houten, R. (1990). The role of reinforcement in reducing inappropriate behavior: Some myths and misconceptions. In A. C. Repp & N. N. Singh (Eds.). *Perspectives on the use of Nonaversive and Aversive Interventions for Persons with Developmental Disabilities* (pp. 119-127). Sycamore: Sycamore Publishing Company.

Statens helsetilsyn (2000). Utviklingshemmede med alvorlige atferdsavvik og/eller psykiske lidelser. En kartlegging av spesialisthelsetjenestens tilbud og behov. Statens helsetilsyn utredningsserie, Oslo.

Tetzchner, S. von (2003). Utfordrende atferd hos mennesker med lærehemming. Gyldendal Norsk Forlag, Oslo.

Tharp, G. & Wetzel, T. (1969). Behavior Modification in the Natural Environment. New York: Academic Press.

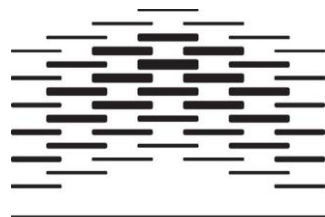
MASTEROPPGAVE
Master i læring i komplekse systemer
2012

Artikkel II:

Den multimodale funksjonelle modellen som verktøy for å finne ny tilnærming til utfordrende atferd hos fire personer med utviklingshemming.

Monica Stolen Dønnum

Fakultet for helsefag
Institutt for atferdsvitenskap



HØGSKOLEN I OSLO
OG AKERSHUS

Abstrakt

Mennesker med utviklingshemming og utfordrende atferd mottar ofte tjenester fra spesialisthelsetjenesten, ofte kan dette innebære at spesialisthelsetjenesten kan ha relativt lite direkte kontakt med personen som skal hjelpes, men veileder tjenesteytere og pårørende som er i indirekte kontakt med personen. Den multimodale funksjonelle modellen er benyttet et slikt samarbeid, og det ble forsøkt undersøkt om a) spesialisthelsetjenesten har fått en ny forståelse av personens problemer, og om deres anbefalinger eller behandling er endret, og b) om tiltak eller behandling som er iverksatt har ført til redusert utfordrende atferd, eller på annen måte innebærer en sosialt signifikant endring for personen det gjelder. Resultatene er uklare av flere årsaker, men flere tiltak som iverksettes kan sies å ha sosial signifikans, til tross for at den utfordrende atferden i liten grad er endret. Det er også variasjoner knyttet til om spesialisthelsetjenestens anbefalinger endres.

Utfordrende atferd hos mennesker med utviklingshemming er tradisjonelt sett enten fra et atferdsanalytisk eller psykiatrisk / nevrobiologisk tilnærming perspektiv (Emerson, 2001; Garder et al 2001). Begge disiplinene kan bidra med tiltak som er vist å være effektive (Emerson, 2001), men vil legge vekt på ulike sider ved utfordrende atferd. Noen ganger fører behandlingen allikevel ikke frem. En multimodalt kontekstuell tilnærming innebærer å vurdere hvordan både psykologiske, psykiatriske / nevrobiologiske, fysiske og psykososiale faktorer kan påvirke den utfordrende atferden. Den multimodale funksjonelle modellen en modell for å strukturere informasjon og belyse den utfordrende atferden ut i fra flere perspektiver. Om dette vil bidra med noe mer enn de tradisjonelle tilnærmingene ikke kan slå fast, men en del interessante trekk er verdt å se nærmere på. Noe utfordrende atferd reduseres lite over tid, men er et vedvarende problem (Emerson, 2001). Det kan være vanskelig å finne effektive tiltak, av ulike grunner, for eksempel kan atferden være multideterminert, eller forsteker lar seg ikke kontrollere. Atferden vår påvirkes av mange ulike stimuli, både fra omgivelsene og i kroppen vår (Baldwin og Baldwin, 2001) Når vi forsøker å forstå den utfordrende atferden ut i fra ulike modaliteter, kan det bidra til at vi oppdager ulike sammenhenger, og iverksetter intervensjoner ovenfor både operant og respondent betinget atferd. Ved å benytte ulike disipliner kan vi få en mer kompleks forståelse av et fenomen (Bar- Yam, 1997). MFM legger vekt på tverrfaglig samarbeid, og legger opp til at sentrale personer som arbeider direkte med personen det gjelder skal være delaktig både ved å kartlegge, analysere, utvikle hypoteser, beskrive tiltak, registrere, og vurdere effekt. Fra et veiledningsperspektiv kan tenkes at forutsetningen for å iverksette tiltak er bedre når miljøet der tiltaket skal gjennomføres har vært med på prosessen. Det er de i direkte kontakt med personens det gjelder, som kan gjøre noe med situasjonen (Larsen, 2002). Effekt av tiltak kan forstås som mer en reduksjon av utfordrende atferd, sosialt signifikante endringer må vektlegges. Intervensjoner på bakgrunn av MFM vil innebære enten å redusere biomedisinske

eller psykososiale fremmende og oppretthodene betingelser, øke ferdigheter som kan erstatte atferden eller bidra på annen måte til at personen håndterer situasjonen annerledes, eller redusere / fjerne patologiske biomedisinke betingelser eller begrensende og aversive trekk ved miljøet (Gardner et al, 2001). Økte ferdigheter som kan erstatte atferden, bedre helse / mindre fysisk ubehag, og mindre begrensninger / økt tilgang på potensielt attraktive hendelse, kan være sosialt signifikante effekter uavhengig av reduksjon i utfordrende atferd.

Svært mange mennesker med utviklingshemming som har alvorlig utfordrende atferd, mottar tjenester fra spesialisthelsetjenesten (Statens helsetilsyn, 2000). Dette vil ofte innebære et samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunalt ansatte. Spesialisthelsetjenesten kan ha relativt lite direkte kontakt med personen som skal hjelpes, men veileder tjenesteytere og pårørende som er i idrette kontakt med personen. Den multimodale funksjonelle modellen (MFM) kan benyttes i et slikt samarbeid, og det vil være interessant å se om MFM, som arbeidsmodell i et slikt samarbeid, kan føre til en ny tilnærming til utfordrende atferd. For å undersøke dette ble MFM benyttet av konsulenter ved en avdeling som tilbyr spesialisthelsetjeneste innen feltet utviklingshemming og psykiatri, ovenfor utfordrende atferd hos fire personer med utviklingshemming. Det ble undersøkt om a) spesialisthelsetjenesten har fått en ny forståelse av personens problemer, og om deres anbefalinger eller behandling er endret, og b) om tiltak eller behandling som er iverksatt har ført til redusert utfordrende atferd, eller på annen måte innebærer en sosialt signifikant endring for personen det gjelder. Spesialisthelsetjenesten som deltar er knyttet til psykiatrien, dette er dermed ikke et arbeid som er basert på anvendt atferdsanalyse.

Generell metode

Her vil jeg beskrive den generelle metodikken som er brukt i de ulike eksperimentene, men

det vil også beskrives kort under hvert eksperiment hvordan de ulike elementene er gjennomført.

Deltagere

Deltagere er vernepleiere, med ulik videreutdanning, fra spesialisthelsetjenesten, og pasienter med diagnose utviklingshemming, som er henvist på grunn av utfordrende atferd som vist seg å være vanskelig å endre. Samtykke til at informasjon benyttes i oppgaven innhentes fra pårørende eller hjelpeverge, og fra helseforetaket. Behandlingsteam ved spesialisthelsetjenesten, bestående av blant annet psykiater og psykolog har vært involvert i vurdering av informasjon, og i utvikling og evaluering av hypoteser og intervensjoner, i den forstand at dette har vært en del av ordinær behandling / oppfølging av tjenestemottaker. Dette gjelder alle eksperimentene, og vil ikke bli gjentatt for hvert eksperiment.

Prosedyren har vært som beskrevet i artikkel I, med trinne 1 til 3, og utforming av hypoteser og intervensjoner.

Kartlegging

Det ble benyttet ulike verktøy for kartlegging / registrering / vurdering (Diagnostic Assessment for the Severely Handicapped II (DASH II) (Matson, 1995) og Motivational assessment scale (MAS) (Durand & Crimmins, 1988)), hypoteseformulering og planlegging. Det ble også brukt skjema for å registrere fremmede faktorer. Varianter av *multimodal functional causal hypotheses worksheet*, som er beskrevet i artikkel I, ble også brukt. I tillegg ble *the specific discipline hypothesis- intervention formulation worksheet*, og *the multimodal integrated intervention plan* (Hunter et al, 2008). Årsakshypoteser, beskrivelse av intervensjon, plan for gjennomføring, forventet effekt, plan for data innsamling og hvem som er ansvarlig for registrering, oppsummering og tilbakemelding til teamet, fylles inn i

skjemaene. *The specific discipline hypothesis- intervention formulation worksheet* benyttes for hver disiplin, mens *the multimodal integrated intervention plan* er en oversikt over de ulike hypotesene og tilhørende intervensjoner med mer. Videre ble hver enkelt tjenestemottagers journal gjennomgått av artikkelforfatter, og delt med konsulent fra spesialisthelsetjenesten.

Evaluering av prosessen ved innhenting av konsulent fra spesialisthelsetjenesten sine erfaringer og synspunkter er gjort ved intervju, og ved gjennomgang av pasientjournal. Dette er gjenført av artikkelforfatter.

Prosedyre

De beskrevne trinnene ble fulgt stort sett likt i alle eksperimentene, eventuelle endringer er oppgitt under hvert eksperiment.

Trinn 1, registrering av definerte målatferder gjennomføres over et gitt antall dager. Personal gruppen i hver enkelt bolig antall i løpet av hver time i døgnet, for å se om var noen tider av døgnet der målatferd var mer sannsynlig. Mulige primære og sekundære fremmende faktorer kartlegges ved at personalgruppen beskriver det som skjer rett i forkant av målatferd, og andre hendelser denne dagen på bakgrunn av eksempler og informasjon om hva som kan være sekundære fremmende faktorer.

Trinn 2, MAS ble gjennomført ved kommunal tjenesteyter som ble ansett å kjenne tjenestemottaker. Kommunal tjenesteyter fylte ut for hver målatferd, hvis ikke annet er angitt i det enkelte eksperimentet.

Trinn 3, informasjon om mulige sårbarhetsfaktorer innhentes både fra pasientjournal, og fra kommunale tjenesteytere og familie. Innhenting arbeidet knyttet til gjennomgang av pasientjournal er gjort av artikkel forfatter, innhenting av informasjon fra tjenesteytere og familie er gjort av konsulent ved spesialisthelsetjenesten.

Hypoteser og intervensjoner, informasjon fra trinnene legges frem for personalgruppen i boligen og behandlingsteam ved spesialisthelsetjenesten, av konsulent fra spesialisthelsetjenesten. Hypoteser og intervensjoner utvikles på bakgrunn av dette. Det lages en plan for gjennomføring, det beskrives hvilken rekkefølge intervensjonene skal iverksettes, hva som er forventet effekt, hvilken type data som skal samles og hvordan, og hvem som er ansvarlig for at data samles inn og bringes videre. Baseline registreringer gjennomføres. Intervensjon gjennomføres som planlagt, og hypotese og intervensjon evalueres på bakgrunn av resultat.

Eksperiment 1

Deltagere

Ole, kommunale tjenesteytere i Oles bolig, og konsulent fra spesialisthelsetjenesten.

Behandlings historie og status for Ole. Ole, er 15 år gammel. Han bor i egen bolig der han har oppfølging hele døgnet, 2:1 bemanning store deler av tiden. Ole har diagnosene alvorlig utviklingshemming og autisme. I perioder selvskader Ole ved å slå og bite seg selv, dette kan være så høyfrekvent og intens at den er ansett som svært alvorlig. Ole ble henvist til spesialisthelsetjenesten i 2008, da personalet i Ole sin bolig ønsket veiledning i forhold til selvskadende atferd og andre utfordringer knytte til at Ole blir eldre / ungdom. MFM ble benyttet for å finne ny tilnærming til hva som kan gjøres for å redusere den selvskadende atferden.

Selvskadende atferd var en av grunnene til at Ole ble henvist til spesialisthelsetjenesten i 2008, dette er fremdeles en hovedbekymring for nærpersoner og personalet. Informasjon om gjeldene årsakshypotese er hentet fra pasientjournal.

Personalgruppen som jobber for Ole hadde allerede fra 2008 bemerket at selvskadingen var knyttet til kravsituasjoner. Vinter / vår 2012 var det fokus på at mistanke ADHD, og at Ole sov dårlig, og at dette i tillegg til kommunikasjonsvansker kunne påvirke den utfordrende atferden. Selvskading prioriteres som målatferd, slag mot hode og bitt mot hånd.

Metode

Prosedyre;- Kartlegging og funn

Kartlegging er gjort som beskrevet i generell metode. Registrering av atferd er hovedsaklig gjort av ansatte ved Oles bolig, men Ole ble underveis innlagt ved spesialisthelsetjenestens sengepost. Dette førte til at noen registreringer ble gjennomført av miljøpersonalet ved avdelingen. Annen kartlegging, som intervju av personalet, er gjennomført av konsulent. Noe informasjon er hentet fra pasientjournal, dette er gjort av artikkel forfatter.

Trinn 1

Registrering av selvskading av målatferd og funn. Det ble over syv dager registrert selvskading i form av bitt og slag. Personalgruppen i Oles bolig registrerte antall i løpet av hver time i døgnet, for å se om var noen tider av døgnet der målatferd var mer sannsynlig. Kartlegging av tid på døgnet selvskading forekommer ga lite informasjon, det var stor variasjon fra dag til dag.

Kartlegging av fremmede faktorer. Mulige primære og sekundære fremmede faktorer ble kartlagt som beskrevet i generell metode. Kartleggingen viser at bitt mot hånda var mer sannsynlig i kravsituasjoner, i 80 % av gangene Ole biter seg skjer det når personalet gir Ole en beskjed. Dette vurderes som mulig primær fremmede betingelse for bitt.

Trinn 2

MAS blir brukt for å identifisere mulig opprettholdene betingelser, som beskrevet i generell metode. MAS ga ikke klar indikasjon på funksjon (se tabell 1), men det ble vurdert at unngåelse og materielle goder var de mest sannsynlige opprettholdene betingelsene.

Trinn 3

Informasjon formasjon om mulige sårbarhetsfaktorer ble innhentet fra pasientjournal og fra personalet i Oles bolig, som beskrevet i generell metode. Ole viser liten interesse for mange av aktivitetene de tilbyr. De beskriver han som lite motivert (indre, motivasjon, sårbarhetsfaktor) for de fleste aktiviteter, og viser hovedsakelig interesse for å vifte med ting foran ansiktet, sannsynligvis selvstimulerende atferd. Ole sin tilgang på antatt attraktive ting, spesielle ting han vifter med, er begrenset av personalet i boligen (ytre, psykososial, sårbarhetsfaktor), fordi Ole nekter å gjøre noe annet når han har tilgang på disse. Ole har også dårlige kommunikasjonsferdigheter (indre, kommunikasjonsferdigheter, sårbarhetsfaktor). Han bruker noen få lyder, og har ingen alternative kommunikasjonsformer som tegn eller bilder. Personalet la også vekt på at Ole ofte virker som han er stresset og urolig (indre, motorisk, sekundær fremmede betingelse). Han er sjelden i ro, og gjennomfører aktiviteter raskt. Det er fra tidligere uttrykt mistanke om at Ole har ADHD / hyperkinetisk forstyrrelse (indre, biomedisinsk, sårbarhetsfaktor). Ole beskrives som rastløs og utålmodig, og blir lett distraheret.

Hypoteser og intervensjoner

Informasjon fra trinn 1 til 3 ble lagt frem for personalgruppen i boligen og behandlingsteam ved spesialisthelsetjenesten. På bakgrunn av informasjonen over ble tre

hypoteser dannet, søvndeprivasjon, ADHD / hyperkinetisk forstyrrelse og dårlige kommunikasjons ferdigheter.

Søvndeprivasjon. Den første hypotesen er knyttet til søvndeprivasjon (indre, biomedisinsk, sekundær fremmede betingelse). Både informasjon fra DASH II og annen informasjon fra personalet peker på at Ole har søvnproblemer. Han har problemer med å sovne, og våkner ofte om natten, og virker sliten og trøtt på dagtid. Når Ole virker sliten og trøtt er det rapportert at det ofte forekommer selvskading, når Ole blir stilt ovenfor et krav eller nå vente for å få innfridd ønske / behov. Søvn deprivasjon kan forstås som setting event for utfordrende atferd og irritabilitet (Holden, 2003). Når Ole har sovet lite og er trøtt, er det mer sannsynlig at selvskading forekommer for å avslutte et krav eller oppnå materielle goder. Medikamentell behandling for å motvirke innsovningproblemer og for å fremme stabil søvn ble iverksatt. Lege forskrev Vallergan og Melatonin. Plan for gjennomføring var at Ole raskt skulle begynne på medisinene, altså skulle denne hypotesen testes før de andre. Forventet effekt av medikamentell behandling var reduserte søvnproblemer, og noe redusert selvskadende atferd. Klokkeslett for når Ole sovnet, og hvor mange ganger han våknet om natten, ble kontinuerlig registeret i daglig rapport, av det personalet som var tilgjengelig for han på kveld og natt. Tre dager etter medikamentell behandling startet, ble frekvens av selvskading (bitt og slag) registreres kontinuerlig over tre dager. Behandlingen ble iverksatt mens Ole var innlagt ved avdelingen, registreringer ble gjennomført av miljøpersonalet ved spesialisthelsetjenesten miljøet. Saksansvarlig ved spesialisthelsetjenesten skulle være ansvarlig for å oppsummere registreringer, og rapportere effekt til lege ved spesialisthelsetjenesten. Registreringer av målatferdene etter behandling med Vallergan og Strattera viste at bitt raten var 19, 6 og 31 ganger per dag, og slag raten var 30, 23 og 16 ganger per dag. Sammenlignet med baseline data med bitt rate på 3, 6 og 11, og slag rate på 0, 12 og 10 er dette en økning (se fig. 1). Resultatet svekker hypotesen om at søvndeprivasjon er

setting event for selvskading, samtidig må det legges til grunn at registreringene er gjort mens Ole var innlagt ved spesialistheleietjenesten, ikke hjemme under normale forhold og med kjent personale rundt seg. Selv om Ole ikke selvskader mindre, har han stabil søvn, dette blir vurdert som viktig selv om bedre søvn ikke kan sies å redusere selvskading, behandlingen opprettholdes.

ADHD / hyperkinetisk forstyrrelse. Den andre hypotesen er basert på allerede eksisterende mistanke om at ADHD / hyperkinetisk forstyrrelse (indre, biomedisinsk, sårbarhetsfaktor). Ole beskrives som stresset og urolig (indre, motorisk, sekundær fremmede betingelse). Noe av informasjonen fra DASH II, blant annet der Ole skårer over cut off på kategoriene a) impuls kontroll og utfordrende atferd, b) mani, kan støtte mistanken. Hypotesen er at ubehandlet ADHD kan være setting event for selvskadende atferd. Medikamentell behandling med Strattera ble iverksatt. Dette ble gjennomført etter søvndeprivasjons hypotesen er testet. Ole begynner med Strattera mens han er innlagt ved avdelingen, med planlagt økning etter han kom hjem til engen bolig. Forventet effekt er reduksjon av selvskadende atferd, og reduksjon av uro og rastløshet, med det kan ta tre uker før effekt kommer. Selvskadende atferd registreres kontinuerlig over 3 dager, registrering gjøres ca 3 uker etter at Ole har begynt på planlagt dose. Registreringene vil bli gjort i Oles bolig, av personalet som jobber der. Selvskadende atferd registreres 26 dager etter at Strattera dose er på planlagt nivå. Registreringer over tre dager viser bitt rate på 13, 13 og 8, slag raten er 14, 14 og 27. Sammenlignet med baseline er en kraftig økning. Sammenlignet med data etter første intervensjons er bitt raten noe redusert, men slag raten ansees som uendret (se fig.). Personalet opplever ikke at Ole er mindre urolig. Strattera seponeres, frekvens av målatferder registreres over tre dager, både fra første dag uten Strattera og på ny en uke etter seponering. De tre første dagene etter at strattera er seponert er bitt raten 2, 1 og 4, slag raten er 1, 1 og 6. En uke etter strattera er seponert er bitt raten 0, 2 og 0, og slag raten er 0 (se fig. 1). Dette er liten

reduksjon både sammenlignet med baseline data, og en større reduksjon sammenlignet med data samlet i etterkant av intervensjonene. Dette bidrar til å svekke mistanke om ADHD / hyperkinetisk forstyrrelse, og hypotesen om dette er setting event for selvskading.

Dårlige kommunikasjonsferdigheter. Den siste hypotesen baserer seg på at Ole har dårlige kommunikasjonsferdigheter (indre, kommunikasjonsferdigheter, sårbarhetsfaktor). Samtidig viser han liten interesse for de fleste aktiviteter han tilbys (indre, motivasjon, sårbarhetsfaktor), og har begrenset tilgang på tingene han liker (ytre, psykososial, sårbarhetsfaktor). Det kan være at selvskadingens funksjon er å avslutte ikke attraktive aktiviteter og å oppnå attraktive ting / aktiviteter, i mangel på alternativ atferd med samme funksjon. Dette er i tråd med MAS resultater. Hypotesen er at dårlige kommunikasjonsferdigheter øker sannsynligheten for at Ole benytter selvskadende atferd for å avslutte ikke attraktive aktiviteter og å oppnå attraktive ting / aktiviteter. Intervensjon på bakgrunn denne hypotesen var å øke både Oles kommunikasjonsferdigheter. Ferdigheter som innebærer å be om ting han vil ha, og muligheter for å velge aktiviteter ble vektlagt. Bilde kommunikasjon baster på Picture Exchange Communication System (PECS) ble vurdert som godt verktøy for dette, blant annet fordi Ole allerede hadde gode matching ferdigheter. Bildene kunne gi Ole en mer presis måte å formidle hva han ønsket, og samtidig gjøre det mulig for Ole å be om ting han ikke har hatt språk til å formidle. Personalet oppfordres til å stimulere kommunikasjon. Dette tiltaket er planlagt å gjennomføre etter de ansatte hadde vært på PECS kurs, dette vil ta noen måneder. Forventet effekt er reduksjon av selvskadende atferd, registreringer vil bli gjennomført i Oles bolig av personalet der. fremdeles ikke iverksatt.

Evaluering av prosessen.

Innhenting av fagpersoner ved spesialisthelsetjenesten sine erfaringer er gjort som

beskrevet i generell metode. Samtlige hypoteser og intervensjoner som beskrives ovenfor er å finne igjen i pasientjournal fra tidligere. Blant annet fordi Ole ble innlagt deler av tiden eksperimentet varte, ble byttet konsulent fra spesialisthelsetjenesten to ganger. Dette innebærer at tre ulike konsulenter på relativt kort tid skulle sette seg inn i MFM, og det arbeidet som var gjort. Inntrykket er at dette gjorde det vanskelig å evaluere prosessen. Det uttrykkes at personalgruppen i boligen var svært aktive under kartleggingsfasen, men fikk kanskje noe reduserte muligheter til å påvirke hypotese utvikling fordi Ole ble innlagt.

Diskusjon

Hensikten med å anvende MFM var hovedsakelig å finne effektive intervensjoner for reduksjon av selvskadende atferd, ingen av de planlagte intervensjonene som ble gjennomført ga reduksjon av selvskading. Det kan heller ikke sies at vi fant noen ny tilnærming til den utfordrende atferden, da MFM årsakshypoteser tilsvarer de opprinnelige hypotesene. Data som er samlet inn kan ikke vises å ha god reliabilitet, inter observer agreement ble ikke underøkt. Responsraten er ikke stabil, verken under baseline eller tiltaksfasene, og det gikk relativt langt tid mellom målingene. Det øker sannsynligheten for at andre faktorer har påvirket resultatet. Svingninger er beskrevet fra tidligere, det kan godt være syklisitet vi ser av data. I den grad vi kan snakke om en design i dette tilfellet, blir det en ABCB design. Eksperimentell kontroll er ikke vist.

Behandling med vallergran og melatonin ble opprettholdt til tross for økning i målatferdene. Vallergran kan forårsake døsighet om morgenen, munntørrhet, dysseptiske symptomer, døsighet, svimmelhet og lett hodepine er hyppige bivirkninger (Felleskatalogen 2010). Det er en mulighet at Ole opplevde bivirkninger, og at dette fungerte som en sekundær fremmede betingelse for selvskading, men det ble ikke undersøkt på det tidspunktet.

Resultatet ble vurdert slik at de svekket hypotesen om at søvn deprivasjon påvirket selvskading, men stabil søvn ble vurdert som en viktig effekt i seg selv. Disse registreringene ansees som upålitelige, da de er gjennomført mens Ole var innlagt. Baseline og de andre registreringene er gjennomført i Oles bolig av personalet der. Når strattera behandling ikke viste forventet effekt, ble strattera seponert. Det var ingen grunn til å opprettholde behandlingen.

Uavhengig av eventuell påvirkning på selvskadende atferd, kan PECS få en sosialt signifikant effekt på Ole liv, da det kan gi økte valg muligheter, og økt tilgang på attraktive hendelser.

Eksperiment 2

Deltagere

Siv, personalgruppen ved avlastningsboligen og konsulent fra spesialisthelsetjenesten deltok. Ole.

Behandlings historie og status for Siv. Siv 17 år gammel, og bor store deler av tiden i en avlastningsbolig. Hun er også noe hjemme hos foreldrene, men mindre og mindre da de opplever det er vanskelig å ha Siv hjemme for tiden. Siv har alvorlig utviklingshemming og barneautisme (pasientjournal). Hun ble henvist til spesialisthelsetjenesten i vinter / vår 2010, hun var da innlagt ved avdelingen en kort periode. Hun har blitt fulgt opp poliklinisk / ambulant etter det. Henvisningsårsak var ønske om utredning av mulig psykisk lidelse, det var mistanke om angst lidelse og mulig tvangslidelse. Det var vurdert som vanskelig å skille atferd knyttet til tvangslidelse fra atferd som er relativt normalt ved autisme. Siv bruker mye tid på å forsøke å kontrollere hvor folk skulle stå og sitte, og på å få andre til å gjenta noen

tegn hun ofte brukte. Hun ble frustrert når folk ikke innfridde dette, kunne da bite seg i hånda og bli hardhendt ovenfor andre. Under innleggelsen ved avdelingen i 2010 ble det vurdert at den intense repetitive atferden sannsynligvis ikke var knyttet til angst eller tvangslidelse. Det er anbefalt bruk av dagsplan, trening på å følge verbale instruksjoner og ikke å innfri Sivs ønsker om at personalet skal gjenta tegn, sitte eller stå på bestemte måter, og lignende. Dette ble i liten grad gjennomført. Hypotese før prosjektstart er at den utfordrende atferden er knyttet til miljøets reaksjoner på repetitiv atferd som ofte sees hos mennesker med autisme og alvorlig utviklingshemming. Personalgruppen velger og definerer målatferd, i samarbeid med saksansvarlig ved spesialisthelsetjenesten. De kommer frem til at den største utfordringen for tiden er når Siv griper hardt tak i andre. Dette forekommer ofte når menneskene hun samhandler med ikke innfrir ønsker, og er blitt så alvorlig at det vurderes å fatte vedtak om bruk av tvang og makt ovenfor Siv. Flere vegrer seg også for å ta med Siv ut, for eksempel i butikken.

Metode

Prosedyre;- Kartlegging og funn

Kartlegging er gjort som beskrevet i generell metode. Registrering av atferd er gjort av ansatte ved Sivs bolig. Noe informasjon er hentet fra pasientjournal, dette er gjort av artikkel forfatter.

Trinn 1

Registrering av å gripe hardt tak i andre. Det ble over syv dager registrert når Siv grep hardt tak i andre. Personalgruppen antall i løpet av hver time i døgnet, for å se om var noen tider av døgnet der målatferd var mer sannsynlig. Kartlegging viser at målatferd ofte

forekommer klokka 15:00-17:00. På 5 av 7 dager er det forekomst mellom 15:00-16:00, og 4 av 7 dager 15:00-17:00 forekomst. Dette er i den tiden vaktskifte og overlapping skjer.

Kartlegging av fremmende faktorer. Mulige primære og sekundære fremmende faktorer ble kartlagt som beskrevet i generell metode. To typiske foranledninger beskrives, 65 % av gangene Siv tar hardt tak i andre skjer når hun personalet ikke innfrir ønsker om å gjenta tegn, 35 % av gangene skjer det når Siv ber om hjelp og personalet ikke forstår hva Siv ønsker, eller ikke kan gjøre det hun ønsker. At personalet ikke innfrir ønsker vurderes som mulig primær fremmende betingelse. Ut i fra beskrivelsene kan det se ut til at det er mer sannsynlig at målatferd forekommer når ønske ikke blir innfridd, når Siv samtidig virker redd og urolig (indre, affektiv, sekundær fremmende betingelse). Det samme når Siv er forkjølet eller har menstruasjon (indre, biomedisinsk, sekundær fremmende betingelse). Det kan også være mer sannsynlig at målatferd forekommer i situasjoner det Siv har mange ansatte å forholde seg til (ytre, psykososial, sekundær fremmende betingelse), og når hun får ulike svar eller reaksjoner fra personalet (ytre, psykososial, sekundær fremmende betingelse). Noen gjentar tegnene mange ganger, andre kun noen få eller ingen. Det samme gjelder når Siv forsøker å kontrollere hvor og hvordan andre skal sitte eller stå. Skifte av aktiviteter og eller arenaer (ytre, fysisk, sekundær fremmende betingelse) er også ofte vanskelig, og forbundet med forekomst av målatferd. Typisk er at Siv intenst repeterer tegn, dette er tolket som behov for bekreftelse på at hun er ferdig med noe eller skal noe.

Trinn 2

MAS blir brukt for å identifisere mulig opprettholdene betingelser, som beskrevet i generell metode. MAS ga ikke klar indikasjon på funksjon (se fig. 2), men det vurderes som mest sannsynlig at målatferden er positivt forsterket. Oppmerksomhet og materielle goder ansees som mulige opprettholdene betingelser.

Trinn 3

Informasjon formasjon om mulige sårbarhetsfaktorer ble innhentet fra pasientjournal og fra personalet i Sivs bolig, som beskrevet i generell metode. Siv har svært begrensede kommunikasjons ferdigheter og språkforståelse (indre, kommunikasjon, sårbarhetsfaktor), det er vanskelig å vite om hun forsår hva som skal skje når hun blir fortalt det, og hun var vansker med å utrykke seg slik at andre forstår. Hun har ikke vokalt språk, men bruker noen tegn, noen tegn kan se ut til å være funksjonelle, men ikke alle. Det er ikke alle ansatte som kan tegn, og som dermed ikke forstår Siv når hun bruker antatt funksjonelle tegn (ytre, psykososialt, sårbarhetsfaktor).

Hypoteser og intervensjoner

Informasjon fra trinn 1 til 3 ble lagt frem for personalgruppen i boligen og behandlingsteam ved spesialisthelsetjenesten. På bakgrunn av informasjonen ovenfor ble to hypoteser utviklet, lite struktur i omgivelsene, og ulike reaksjoner personalet.

Lite struktur i omgivelsene. Første hypotese fokuserer på at manglene struktur og oversikt bland annet ved skifte av aktiviteter og arenaer (ytre, fysisk, sekundær fremmede betingelse) i kombinasjons begrensede kommunikasjons ferdigheter og språkforståelse (indre, kommunikasjon, sårbarhetsfaktor), gjør det mer sannsynlig at Siv viser målatferd når ønsker ikke innfris. Mangel på oversikt og struktur ansees som setting event for målatferd. På bakgrunn av denne hypotesen dagsplan etablert, og en plan som viser hvilke personer Siv skal være sammen med i løpet av dagen. Dagsplanen skulle alltid benyttes, altså skulle det alltid være bilder som indikerer hva Siv holder på med nå, og hva som skal skje etterpå. Alle aktiviteter skulle innledes ved å se på planen, og avsluttes ved å fjerne bilde av den aktuelle aktiviteten. Planen skulle være lett tilgjengelig og synelig for Siv. Det ble bestemt at dette arbeidet skulle raskt i gang, og være det første tiltaket som forsøkt. Sentrale aktører i

boligen hadde ansvar for å lage selve planene, og lære opp / veilede ansatte i hvordan bruke planene. Det var forventet Siv først ville vise motstand mot å ha planen ved å forsøke å fjerne den, personalet skulle allikevel bruke plan. Dette kunne føre til en økning av økning i målatferd frem til Siv aksepterte planen, men lagsiktig forventet effekt var reduksjon av målatferd. Frekvens av målatferd skulle registreres over tre dager, både når tiltaket ble iverksatt. Ansatte ved boligen skulle registrere, faglig ansvarlig og primærkontakt hadde ansvar for at registrering ble gjennomført og opplæring av de ansatte. Dagsplan og oversikt over personalet Siv skal være sammen med ble iverksatt. Registreringer viste responsrate på spons rate på målatferd på 35, 23 og 11. Sammenlignet med baseline registreringer som viste responsrate på 5, 32 og 31, (se fig. 2) vurderes responsraten som relativ uendret. Responsraten etter tiltak er synkende, men baseline er ustabil slik at det er vanskelig å vurdere på bakgrunn av den. Det var forventet at Siv ville motsette seg tiltaket, og at det kunne ta litt tid før man se en reduksjon av målatferd.

Ulike reaksjoner fra personalet. Den andre hypotesen fokuserer på at ulike reaksjoner fra personalet knyttet til å bekrefte tegn og ikke (ytre, psykososial, sekundær fremmende betingelse) bidrar til at målatferden intimiderende forskeres. Det ble på bakgrunn av dette planlagt å lage prosedyre for hvordan personalet skulle reagere på krav fra Siv om gjentagelse av tegn og hvordan de skulle sitte eller stå, som innebærer å begrense antall ganger personalet gjentar tegnet Siv ønske. Det ble planlagt å ha både en skriftlig prosedyre, og videofilm for å bruke til opplæring. Tiltaket skulle iverettes etter at dagsplan-tiltak var evaluert. Forventet endring var reduksjon av målatferd, men mulig med en midlertidig økning da prosedyren sannsynligvis vil innbære ekstinksjonsbetingelser. Frekvens av målatferd registreres av ansatte i boligen over tre dager når tiltak er iverksatt. Fagansvarlig og primærkontakt har ansvar for at registrering gjennomføres, og opplæring av andre ansatte. På grunn av tid var det

ikke mulig å få med disse registreringene her. Tiltak knyttet til den andre hypotesen er hittil ikke iverksatt.

Evaluering av prosessen.

Innhenting av fagpersoner ved spesialisthelsetjenesten sine erfaringer er gjort som beskrevet i generell metode. Samtlige hypoteser og intervensjoner som beskrives ovenfor er mulig å finne igjen i pasientjournal fra tidligere. Spesialisthelsetjenesten anbefaler ikke andre tiltak enn tidligere. Konsulent fra spesialisthelsetjenesten uttrykker at selv om ikke nye hypoteser ble funnet, ble det gjennomført tiltak som lenge har vært anbefalt, men som personalgruppen tidligere har funnet vanskelig å iverksette / gjennomføre. Personalgruppen var engasjert, særlig under valg av tiltak.

Diskusjon

Intervensjonene som ble utviklet på bakgrunn av hypotesene er hovedsakelig de samme som ble anbefalt i 2010. Slik ser det ikke ut til at MFM som arbeidsmodell bidro til en ny forståelse av Sivs utfordrende atferd. Responsraten er synkende, men effekt av tiltaket kan ikke måles ut fra data. Baseline er ustabil, og det er få målepunkter. Vi har kun en pre- post design, og viser ikke eksperimentell kontroll.

Det kan være interessant fra et veiledningsperspektiv at tiltak som ble anbefalt i 2010, ble iverksatt nå. Vi kan spekulere i om personalgruppens deltagelse i å utvikle hypotese og tiltak, eller andre tekk ved MFM, kan ha bidratt til dette, men det er kan være mange andre faktorer som har spilt inn. Ikke minst kan eventuelle utskiftninger av ansatte ha påvirket.

Eksperiment 3

Deltager

Eva, kommunale tjenesteytere i Evas bolig, og konsulent fra spesialisthelsetjenesten

Behandlings historie og status for Eva. Eva er 19 år gammel. Hun bor i egen leilighet knyttet til en avlastningsbolig. Eva har uspesifisert gjennomgripende utviklingsforstyrrelse og lett utviklingshemming (pasientjournal). Hun skader seg selv ved å slå seg hardt mot eget hode, og kan også dunke hode hardt mot vegger, hun får blåmerker og hovner opp. Hun kan plutselig bli svært fortvilet, løper inn på rommet sitt og kaster seg i sengen. Hun hyler og roper, ofte nedstettende ting om seg selv. Hun river ofte i stykker sitt eget tøy, og kan ødelegge gjenstander rundt seg, og kan spise uspiselige ting. Eva ble henvist fra annen spesialisthelsetjeneste våren 2010. Henvisningsårsak var økende uro og sinne, økende selvskading, og mistanke om psykose. Eva er overvektig, og svært opptatt av mat. Hun er testet for Prader- Willi syndrom, prøven var negativ. Hun var innlagt ved avdelingen i 2010, og har vært fult opp poliklinisk / ambulant etter dette. Etter innleggelse ble dags- og ukeplan etablert, faste rutiner knyttet til viktige aktiviteter for å øke miljøets forutsigbarhet, og å gi nok og forståelig informasjon om hendelser som ikke er en del av daglig rutine, og det ble etablert et tegnøkonomisystem for å øke motivasjon for personlig hygiene og fysisk aktivitet. Det er etter hvert gått bort fra mistanke om psykose. Det siste året har hypotesen man har jobbet ut i fra vært at Eva har en stemningslidelse. Medikamentell behandling med Lamictal som stemningsstabiliserende middel ble forsøkt, uten ønsket effekt. Tidligere sov Eva svært dårlig om nettene, våknet på natten og var da ofte svært urolig. Hun får nå Truxal på kvelden, og sover hele natten. Eva bruker Vival fast tre ganger i døgnet mot uro. Hypotese før prosjektstart er at utfordrende atferd er et uttrykk for indre uro som knyttes til en mulig stemningslidelse. Personalet og foreldre vurderer at de utfordrende atferdene som var mest alvorlig og til størst hinder for Eva var at hun spiser uspiselige ting (målatferd 1), selvskader

(målatferd 2), at hun ofte ser ut til å ha det svært vanskelig når hun hyler og gråter (målatferd 3) uten at de forstår hva som er galt, og at hun ødelegger klær (målatferd 4).

Metode

Prosedyre;- Kartlegging og funn

Kartlegging er gjort som beskrevet i generell metode. Registrering av atferd er hovedsaklig gjort av ansatte ved Evas bolig. Annen kartlegging, som intervju av personalet, er gjennomført av konsulent. Noe informasjon er hentet fra pasientjournal, dette er gjort av artikkel forfatter.

Trinn 1

Registrering av selvskading av målatferd og funn. Det ble over syv dager registrert spising av uspiselige ting (målatferd 1), selvskading (målatferd 2), gråt og hyling (målatferd 3) og ødelegge klær (målatferd 4). Personalgruppen i Evas bolig registrerte antall i løpet av hver time i døgnet, for å se om var noen tider av døgnet der målatferd var mer sannsynlig. Kartlegging viser at målatferd 3 hovedsakelig forekommer på formiddagen, mellom klokka 08:00 og 11:00, målatferd 2 ser ut til å ha en liten topp i samme tidsrom (se figur 3).

Kartlegging av fremmede faktorer. Mulige primære og sekundære fremmede faktorer ble kartlagt som beskrevet i generell metode. I følge beskrivelser forekommer alle tilfeller av målatferd 2 (selvskading), i perioder der målatferd 3 (gråt og hyl) forekommer. Samtlige tilfeller av målatferd 3 er beskrevet at når Eva ikke har noe å gjøre, og venter på at noe skal skje (dødtid). Typisk er at hun venter på frokost, venter på å legge plan for dagen, eller at første aktivitet skal skje. Vente og fravær av aktivitet er mulige primære fremmede faktorer. 44% av gangene målatferd 3 forekommer, beskriver personalet at Eva gleder seg til

noe (indre, affektiv sekundær fremmede betingelse). Eva bruker mye medisiner, blant annet Truxal og Vival før hun legger seg mot uro og søvnevansker, dette kan gi økt tretthet (hangover) morgen etter (indre, biomedisinsk, sekundær fremmede betingelse).

Trinn 2

MAS blir brukt for å identifisere mulige opprettholdene betingelser, som beskrevet i generell metode, men kun for målatferd 3 og 4 (se tabell 3). Målatferd 1 ikke hadde forekommet på relativt lang tid, og målatferd 2 forekommer aldri uten at målatferd 3 er tilstede. Resultatene var svært vanskelig å tolke, det skåres høyt for de fleste funksjoner. Dette kan indikere at atferden er multideterminert.

Trinn 3

Informasjon formasjon om mulige sårbarhetsfaktorer ble innhentet fra pasientjournal og fra personalet i Evas bolig, som beskrevet i generell metode. Eva overvektig, og har tidligere vært svært opptatt av mat, særlig godteri. Hennes tilgang på mat og snop er derfor blitt kraftig begrenset (ytre, fysisk, sårbarhetsfaktor). Hun generelt liten tilgang på ting i leiligheten sin (ytre, fysisk, sårbarhetsfaktor), mye er fjernet da hun har ødelagt ting, og spist uspiselige ting. Ofte når Eva river i stykker klær lager hun seg ringer, pannebånd eller andre pynteting, noe hun eller har liten tilgang på, blant annet på bakgrunn av tidligere hypotese om psykose, er blir Eva skjermet for mange normale aktiviteter (ytre, fysisk, sårbarhetsfaktor), som å gå i butikken og lignende.

Hypoteser og intervensjoner

Informasjon fra trinn 1 til 3 ble lagt frem for personalgruppen i boligen og behandlingsteam ved spesialisthelsetjenesten. På bakgrunn av informasjonen ovenfor ble 2 hypoteser utviklet, begrensende trekk ved miljøet, og trøtt om morgenen grunnet medisiner.

Begrensende trekk ved miljøet. Det kan se ut til at målatferd 2 og 3 kun forekommer når Eva venter på noe eller ikke har noe å gjøre, og at målatferd 4 (ødelegge klær) ikke sosialt forsterket, men brukes til pynteting i mangel på noe annet. Når dette sees i sammenheng med begrensning av mat, aktiviteter og ting (ytre, fysisk, sårbarhetsfaktor), og at mulig opprettholdene betingelse er materielle goder, utvikles ny hypotese om at begrensende trekk ved omgivelsene påvirker målatferd 2, 3 og 4. Intervensjoner knyttet til denne hypotesen er gradvis å gi Eva større tilgang på både mat, ting og aktiviteter, og redusere vente tid / dødtid på morgenen / formiddagen. Konkret planlegges det for eksempel å handle sammen med Eva, matlage måltider sammen med Eva i hennes leilighet, gi Eva større tilgang til felles arealer og sosiale situasjoner med andre som bor der, gi tilbake tilgang på ulike ting hun viser interesse for og annet det er vanlig å ha i en leilighet, og lignende. Det skal også opprettes en aktivitets ide-bank, som kan benyttes for aktivt å tilby aktiviteter på formiddagen der det typisk har vært mye venting og dødtid. Planen er å iverksette tiltak umiddelbart etter nye baseline data er samlet. Deler av tiltaket kan gjennomføres raskt, mens andre ting, som å kjøpe kjøleskap for å oppbedre i hvert fall noe av Evas mat tilgjengelig for henne, kan ta noe mer tid. Det blir dermed en gradvis redusering av begrensning. Forventet endring er reduksjon av hyl og gråt på morgenen, annen målatferd var svært lavfrekvent ved baseline, det er ikke forventet endringer. Frekvens av målatferder registreres av personalet i boligen over tre dager, etter tiltak har pågått en måned. Primærkontakt har ansvar for at registreringer blir gjennomført, fagansvarlig ved boligen har ansvar for opplæring av personalet.

Opprinnelig baseline registreringer ble gjennomført over 4 dager. Respons rate for målatferd 1 var 1, 0, 1 og 1. Respons rate for målatferd 2 var 4, 5, 0 og 6 Respons rate for

målatferd 3 var 17, 11, 5 og 8. Respons rate for målatferd 4 var 1, 1, 0 og 0 ganger per dag. Da det tok tid (4 måneder) fra baseline ble registrert til tiltak kunne iverksettes, ble ny baseline registrering gjennomført, denne gikk kun over tre dager. Målatferd 1 og 2 forekom ikke under registreringsperioden. Respons rate for målatferd 3 var 6, 3, og 6, Respons rate for målatferd 4 var 1, 0 og 0. Dette er en viss reduksjon fra opprinnelig baseline.

Begrensninger i Evas miljø ble gradvis redusert, en måned etter tiltaket ble iverksatt viser registreringer over tre dager at Eva ikke har spist uspiselige ting (målatferd 1), ikke skadet seg selv (målatferd 2) og ikke ødelagt klær (målatferd 4). Respons raten for gråt og hyl (målatferd 3) 0, 12 og 3 ganger.

Trøtt om morggen på grunn av medisiner. Hypotesen fokuserer på at Eva kan ha noe ubehag og være ekstra trøtt (indre, biomedisinsk, sekundær fremmede betingelse) om morggen på grunn medisiner hun tar om kvelden mot uro og søvnvansker. Reduksjon av medikamenter vil bli diskutert videre etter hypotese om begrensende trekk ved miljøet er vurdert.

Evaluering av prosessen.

Innhenting av fagpersoner ved spesialisthelsetjenesten sine erfaringer er gjort som beskrevet i generell metode. Den opprinnelige hypotesen var at stemningslidelse var årsak til uro i form av hyl og gråt (målatferd 3), og at selvskading (målatferd 2) var forbundet med dette. Fra tidligere er denne hypotesen svekket, og medikamentell behandling mot stemningslidelser er vurdert å ha dårlig effekt. Det er mulig å finne elementer av nåværende hypotese om begrensende trekk ved miljøet i pasientjournal fra tidligere, men der da hovedsaklig knyttet opp til at Evas overdrevne fokus på mat (snop) kan forstås ut i fra deprivasjon, og at hun bør få større tilgang på dette. Det ble uttrykt fra konsulent at det tidligere var drøftet at Evas utfordrende atferd kunne være påvirket av så mange ulike

faktorer, og at disse var svært vanskelige å finne. Fokus på medikamentell behandling, og lite fokus på miljøtiltak, ble nærmest en følge av dette. MFM ble opplevd som en god ramme for å lete videre etter flere faktorer som påvirke, og kommer til å benyttes videre. Det ble kommentert at personalet var svært engasjert i både kartlegging, hypotese dannelse og evaluering.

Diskusjon

Årsakshypotesene er endret sammenlignet med den opprinnelige, og nye intervensjoner er iverksatt. Slik sett kan MFM ha bidratt til å gi et nytt perspektiv på den utfordrende atferden. Det er vanskelig å se noen effekt sammenlignet med baseline data tatt rett før intervensjon (se fig. 4), så det er ikke sikkert vi har fått en bedre forståelse av atferden, med tanke på å komme frem til mer effektive tiltak. Samtidig må det tas hensyn til at tiltaket har andre effekter enn ending av målatferd. Reduksjon av begrensinger i miljøet kunne ses som sosialt signifikante endringer. Sosial signifikans er ikke bare knyttet til reduksjon av utfordrende atferd. En reduksjon i hvor mye en person begrenses kan anses som sosial valid endring (Emerson, 2001). Endringer i livskvalitet, blant annet fysisk og sosial integrering, hvor fornøyd personen ser ut til å være, og muligheter for valg er også relevant (Emerson, 2001). Selv om Eva fremdeles ser ut til å ha det vanskelig flere ganger om dagen, når hun gråter og huler, har hun økt tilgang på ting og aktiviteter hun viser tegn på å like, også sosiale aktiviteter med andre. Det er mange faktorer som svekker data, som i de andre eksperimentene har det gått relativ lang tid mellom målingene, baseline viser en reduksjon sammenlignet med de første målingene, uten at vi har kontroll på hva er årsaken til dette. Det er kun en pre- post design, eksperimentell kontroll vises ikke.

Ekspériment 4

Deltagere

Eva, kommunale tjenesteytere i Evas bolig, og konsulent fra spesialisthelsetjenesten

Behandlings historie og status for Ina. Ina, er 21 år gammel og bor i egen leilighet med bemanning hele døgnet. Hun diagnosene lett utviklingshemming, uspesifisert hyperkinetisk forstyrrelse / ADHD emosjonslet ustabil personlighetsforstyrrelse, og epilepsi Hun ble henvist fra annen spesialisthelsetjeneste høsten 2011, grunnet alvorlig selvskadende og utagerende atferd. Ina beskrives som svingene i stemningsleiet, hun kan fare opp i plutselig sinne der hun både verbalt truer andre, og skader seg selv og andre. Ulike tiltak var forsøkt tidligere, blant annet atferdsavtale, men ikke lykkes. På henvisningstidspunkt var den utfordrende atferden så alvorlig at avdelingens overlege la vekt på at oppfølging måtte i gang svært hurtig. Hypotese før prosjektstart var at utfordrende atferd var knytte til emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse. Medisin endringer ble gjort rett i forkant av prosjektstart, blant annet behandling med Zyprexa. Personalet i boligen beskrev raskt en reduksjon av utfordrende atferd, men noe utfordrende atferd vedvarte. Personalet i boligen vurderer selvskading og utagering som de mest alvorlige utfordrende atferdene, dette defineres som målatferd. Selvskading innebærer at pasienten slår, biter eller klorer seg. Utagering innebærer at hun truer med å skade eller drepe andre, at hun ødelegger gjenstander ved for eksempel å slå, rive i stykker eller kaste de, og når hun forsøker å slå, sparke, spytte eller bite andre, eller kaster ting målrettet mot andre.

Metode

Prosedyre;- Kartlegging og funn

Kartlegging er gjort som beskrevet i generell metode. Registrering av atferd er hovedsaklig gjort av ansatte ved Inas bolig. Annen kartlegging, som intervju av personalet, er gjennomført av konsulent. Noe informasjon er hentet fra pasientjournal, dette er gjort av artikkel forfatter.

Trinn 1

Registrering av selvskading av målatferd og funn. Det ble over syv dager registrert selvskading i form av slag mot egen kropp og bitt mot egen kropp, utagering og trusler. Personalgruppen i Inas bolig registrerte antall i løpet av hver time i døgnet, for å se om var noen tider av døgnet der målatferd var mer sannsynlig. Kartleggingen viser at 25 % av all selvskading og utagering forekom klokka 08:00 og 09:00, utover det var episodene spredt.

Kartlegging av fremmende faktorer. Mulige primære og sekundære fremmende faktorer ble kartlagt som beskrevet i generell metode. All målatferd som forekommer i perioden 08:00 til 09:00 er knyttet til krav om å gjennomføre rutiner for personlig hygiene (primær fremmende betingelse), særlig ofte i forbindelse med krav om hårvask. Det ser ut til å være større sannsynlighet for at krav om morgenen fremmer selvskading og utagering når hun dårlig tid under morgen stell og personalet oppfordrer til å være raskt (ytre, psykososial, sekundær fremmende betingelse) og når det tar lang tid før vannet i dusjen blir varmt (ytre, fysisk, sekundær fremmende betingelse).

Trinn 2

MAS blir brukt for å identifisere mulig opprettholdene betingelser, som beskrevet i generell metode. MAS ga ikke klar indikasjon på funksjon (se tabell 4). Resultatet er vanskelig å tolke, det skåres høyt på alle funksjoner. Dette kan indikere at atferden er multideterminert.

Trinn 3

Informasjon formasjon om mulige sårbarhetsfaktorer ble innhentet fra pasientjournal og fra personalet i Evas bolig, som beskrevet i generell metode. Ina har epilepsi (indre, biomedisinsk, sårbarhetsfaktor) som behandles medikamentelt. Ina har også diagnose ADHD/hyperkinetisk forstyrrelse (indre, biomedisinsk, sårbarhetsfaktor), med behandles ikke medikamentelt mot dette. Ina virker sensitiv ovenfor lys og lyd (indre, perseptuell, sårbarhetsfaktor), hun slår ofte av lys. Ina gir uttrykk for å være redd for å få vann i ørene (indre, affektiv, sårbarhetsfaktor). Personalet tror Ina lett kan overvurderes. Ina har et relativt godt vokalt språk, men lite språklig repertoar av ting hun snakker om. Hun misforstår ofte, og får kanskje ikke med deg alt som blir fortalt (indre, kommunikasjon, sårbarhetsfaktor) Hun har behov for mange bekreftelser, og behov for å snakke om hendelse flere ganger. Ina bruker mye medisiner, noe som kan gi ubehag om morgenen / hangover (indre, biomedisinsk, sårbarhetsfaktor).

Hypoteser og intervensjoner

Informasjon fra trinn 1 til 3 ble lagt frem for personalgruppen i boligen og behandlingsteam ved spesialisthelsetjenesten. På bakgrunn av informasjonen ovenfor ble to hypoteser utarbeidet, mangler oversikt, redd for vann i ørene, og trøtt på morgenen på grunn av medisiner eller epilepsi.

Mangler oversikt. Ina misforstår ofte, og får kanskje ikke med deg alt som blir fortalt (indre, kommunikasjon, sårbarhetsfaktor). Morgenstell og dusj, og hvem Ina skal være sammen med neste dag, gjøres mer forutsigbart. Blant skal det beskrive en prosedyre for gjennomføring av dusj, og henge opp på Inas bad, og personalet har rolig samtale med Ina hver kveld før hun legger seg der hun blant annet informeres om hvem som kommer neste

dag. Forventet endring er reduksjon av selvskadene og utagerende atferd. Frekvens av målatferd skal registreres over tre dager, en måned etter at tiltak er iverksatt. Primærkontakt i bolig har ansvar for at registreringer blir gjennomført, og opplæring av personalet.

Registreringer viser en responsrate for selvskading på 0, 0, og 2, og for utagering på 0, 0 og 5 ganger. Sammenlignet med baseline data med respons rate for selvskading på 24, 0 og 5, og for utagering på 22, 7 og 11, er dette en reduksjon (se fig. 5)

Redd for vann i ørene. Det skal monteres en hånddusj slik at Ina selv kontroller dusjen når hun vasker håret, dette tar litt tid av praktiske årsaker. Planlegges å iverksettes etter hypotese om manglende oversikt er evaluert.

Evaluering av prosessen.

Innhenting av fagpersoner ved spesialisthelsetjenesten sine erfaringer er gjort som beskrevet i generell metode. Hypotesene er nye sammenlignet med opprinnelig hypotese. Konsulent fra spesialisthelsetjenesten uttrykker at forståelsen til en viss grad er endret. Fokus er skiftet, fra tidligere å tolke det meste av utfordrende atferd som et uttrykk for psykisk lidelse som ikke personalegruppen kunne gjøre noe med, til å lete etter miljømessige faktorer som kan påvirkes. Konsulenten uttrykker at personalgruppen har vært aktive, og veldig kreative med tanke på å finne hensiktsmessige tiltak på bakgrunn hypoteser og informasjon fra kartlegging.

Diskusjon

Årsakshypoteser er endret fra de opprinnelige. Fokus er flyttet fra at årsaken er indre faktorer, til ytre faktorer som personalgruppen kan gjøre noe med. Slik sett kan det være at MFM har bidratt til en ny tilnærming til den utfordrende atferden. Selvskading og utagering er

reduisert sammenlignet med baseline data, men data er usikre. Baseline er ustabil, og det har gått tid mellom registreringer. Det kan være fornuftig å gjennomføre ny kartlegging før neste tiltak iverksettes for å se om responsraten for målatferd har fortsatt å synke. Andre faktorer kan ha påvirket. Det er kun en pre- post design, eksperimentell kontroll vies ikke. Bedre oversikt over hva morgenrutiner og hvem som kommer kan være positivt og viktig for Ina uavhengig av sammenheng med utfordrende atferd.

Generell Diskusjon

Felles for alle eksperimentene er at data ikke er gode nok til å kunne vise effekt. De er ustabile, interobserver agreement er ikke gjennomført, og det er få målepunkter. I tillegg gikk det i flere av sakene relativt lang tid mellom baseline og tiltaksdata ble tatt, dette øker sannsynligheten for at andre variabler kan ha påvirket. Det vil derfor ikke være mulig å vurdere om MFM har bidratt til at vi finne effektive intervensjoner selv der tendensen syner. De fleste av resultatene, med de feilkilder som er, viste ikke noen klar reduksjon av utfordrende atferd. Unntaket er å seponere Strattera i eksperiment 1, med dette var strengt talt å avslutte et tiltak som ikke så ut til å ha effekt. Effekt kan sees som noe mer enn reduksjon av utfordrende atferd. Flere av tiltakene har ført til andre endringer, som kan sies å ha sosial signifikans. Arbeidet som har vært gjort har ikke vært basert på anvendt atferdsanalyse, og har ikke hatt som mål å fylle krav til å være analytisk og effektivt, slik som Baer et al (1965) beskriver. Det er ikke å forvente at vi finner effektive tiltak umiddelbart. Et kriterium for å delta som pasient var at utfordrende hadde vist seg å være vanskelig å endre / tidligere tiltak har ikke hatt effekt. MFM er legger opp til at hypoteser skal sjekkes, og enten forkastes eller spisses avhengig av resultat. Det ble ikke mulighet til dette i tre av eksperimentene, av tidsmessige årsaker. Det tok tid å utvikle både hypoteser og tiltak, og iverksette tiltak, både ressurser og kompetansenivå i ved de ulike kommunale tjenestestedene måtte tas hensyn til.

Vedrørende effekt på spesialisthelsetjenesten kom det utviklet nye årsakshypoteser i to av fire eksperimenter. Disse er basert på hypoteser som er utarbeidet på bakgrunn av informasjon som er kommet frem i de ulike kartleggingstrinnene. I de samme eksperimentene gir det uttrykk for at personalgruppen var engasjert og aktive i arbeidet med å kartlegge, utvikle hypoteser og tiltak til ulike faser av MFM. Det er ikke grunnlag for å si om dette er knyttet opp til MFM som modell, det kan andre faktorer som spiller inne. Ikke minst kan nettopp det å ta del i et eksperiment påvirke. I eksperiment 3 kom ikke nye hypoteser frem, men tiltak som ligner på tidligere ikke oppfulgte anbefalinger, ble gjennomført. Effekt på de kommunale tjenestene er ikke direkte underøkt her, det ville være interessant å undersøke om for eksempel lojalitet ovenfor tiltak påvirkes, dette kan være et av flere områder for videre forskning.

MFM er en modell, hvilke kartleggingsmetoder som velges, hvilke betingelser som blir vektlagt, hvilke hypoteser som formes, og hvilke intervensjoner som iverksettes, påvirkes av hvilken kompetanse og faglig forankring de ulike aktørene har. Med tanke på lignende undersøkelser, og ikke minst i klinisk sammenheng, kan det være en fordel å bruke mer tid på vurdere hva som er godt egnede former for registrering. Det kan være vi hadde fått mer informasjon om mulige sekundære fremmede faktorer om det ble brukt for eksempel et daglig avkryssningsskjema der relativt vanlige setting events var listet opp. Det samme gjelder frekvens registreringer og data innsamling knyttet til tiltak. Større hensyn bør tas til hva som er hensiktsmessig i forhold til atferden vi er ute etter å måle, i tillegg til ressurser og kompetansen til de som skal gjennomføre kartleggingen.

Referanser

Baer, D., Wolf, M., & Risley, T. (1968). Some current dimensions of applied behavior analysis. *Journal of Applied Behavior Analysis.*, vol. 1(1), 91-97.

Baldwin & Baldwin, (2001). *Behavior Principles in Everyday Life*. New Jersey: Prentice-Hall, Inc.

Bar-Yam, Y. (1997). *Dynamics of complex systems*. Reading, Mass.: Addison-Wesley.

Durand, V. M., & Crimmins, D. B. (1988). Identifying variables maintaining self-injurious behavior. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 18, 99-117.

Emerson, E. (2001). *Challenging behaviour. Analysis and intervention in people with learning difficulties*. Cambridge, Cambridge University Press.

Felleskatalogen (2010). Oslo: Felleskatalogen AS

Gardner W.I., Graeber-Whalen, J. L. & Ford, D. R. (2001). *Behavioral Therapies*.

Individualizing Interventions Through Treatment Formulations. I: A. Došen & K. Day(red).

Treating mental illness and behavior disorders in children and adults with mental retardation. American Psychiatric Press, Inc. Washington DC

Holden, B. (2003). *Motivasjon*. I: S. Eikeseth & F. Svartedal (ed). *Anvendt atferdsanalyse*.

Teori og praksis. Oslo : Gyldendal.

Holden, B. (2008). Psykiske lidelser og utviklingshemming. Atferdsanalytisk forståelse og behandling. Oslo: Gyldendal.

Hunter, R. H., Gardner, W. I., Wilkness, S. & Silverstein, S. M. (2008). The Multimodal Functional Model-Advancing Case Formulation Beyond the “Diagnose and Treat” Paradigm: Improving Outcomes and Reducing Aggression and the Use of Control Procedures in Psychiatric Care. *Psychological Services*. Vol. 5, Nr 1, 11.12.

Larsen, L. (2002). Rådgivning Kunsten å hjelpe. Oslo: Universitetsforlaget.

Matson, J.L. (1995). The Diagnostic Assessment for the Severely Handicapped revised (DASH-II). Baton Rouge, LA: Scientific Publishers.

Statens helsetilsyn (2000). Utviklingshemmede med alvorlige atferdsavvik og/eller psykiske lidelser. En kartlegging av spesialisthelsetjenestens tilbud og behov. Statens helsetilsyn utredningsserie, Oslo.

Tabell captions

Tabell 1. Viser skåre fra motivational assessment scale for Ole.

Tabell 2. Viser skåre fra motivational assessment scale for Siv.

Tabell 3. Viser skåre fra motivational assessment scale for Eva.

Tabell 4. Viser skåre fra motivational assessment scale for Ina.

Tabell 1

Ole

Funksjon Målatferd	Oppmerksomhet	Materielle goder	Unngåelse	Sensorisk
Bitt	5	9	11	5
Slag	3	12	11	4

Tabell 2

Siv

Funksjon Målatferd	Oppmerksomhet	Materielle Goder	Unngåelse	Sensorisk
Griper hardt tak I andre	15	11	3	0

Tabell 3

Eva

Funksjon Målatferd	Oppmerksomhet	Materielle Goder	Unngåelse	Sensorisk
Målatferd 3, gråt og hyl	8	13	10	13
Målatferd, ødelegge klær	5	7	3	10

Tabell 4

Ina

Funksjon Målatferd	Oppmerksomhet	Materielle goder	Unngåelse	Sensorisk
Slag	7	9	13	7
Bitt og kloring	9	14	12	8
Fysisk utagering	10	15	15	7
Trusler	13	17	14	10

Figur Captions

Figur 1. Viser responsrate ved baseline og tiltaksfaser for Ole

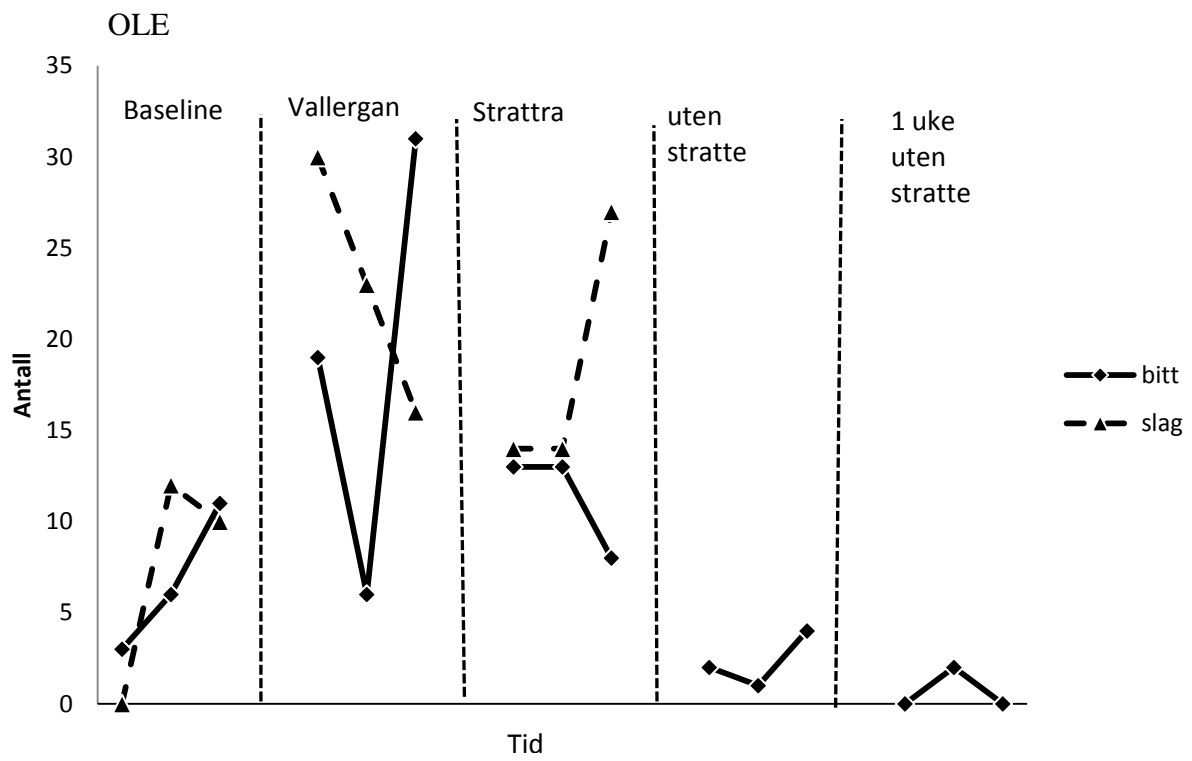
Figur 2. Viser responsrate ved baseline og tiltak for Siv

Figur 3. Viser gjennomsnitt av forekomst av målatferd 2 og 3 i løpet av hver time i døgnet, over 7 dager, for Eva

Figur 4. Viser responsrate ved baseline og tiltaksfaser for Eva

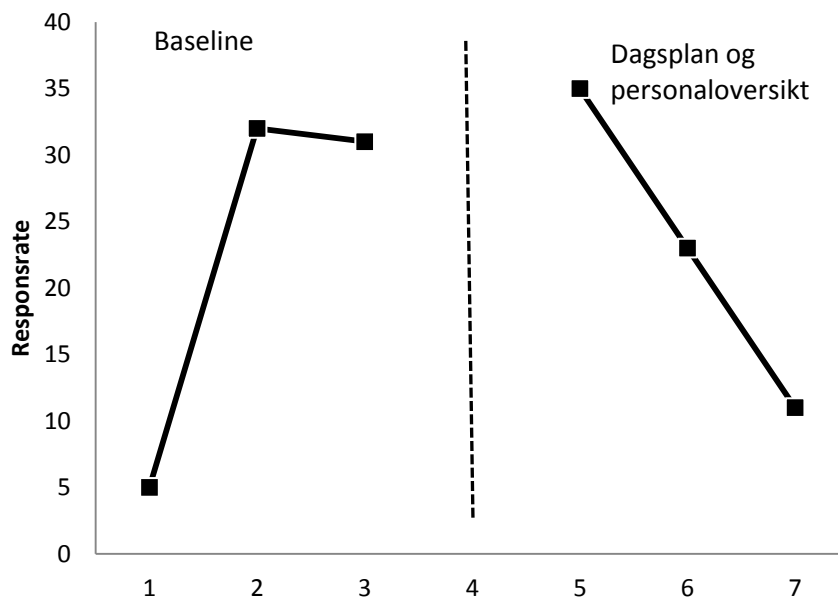
Figur 5. Viser responsrate ved baseline og tiltak for Ina.

Figur 1

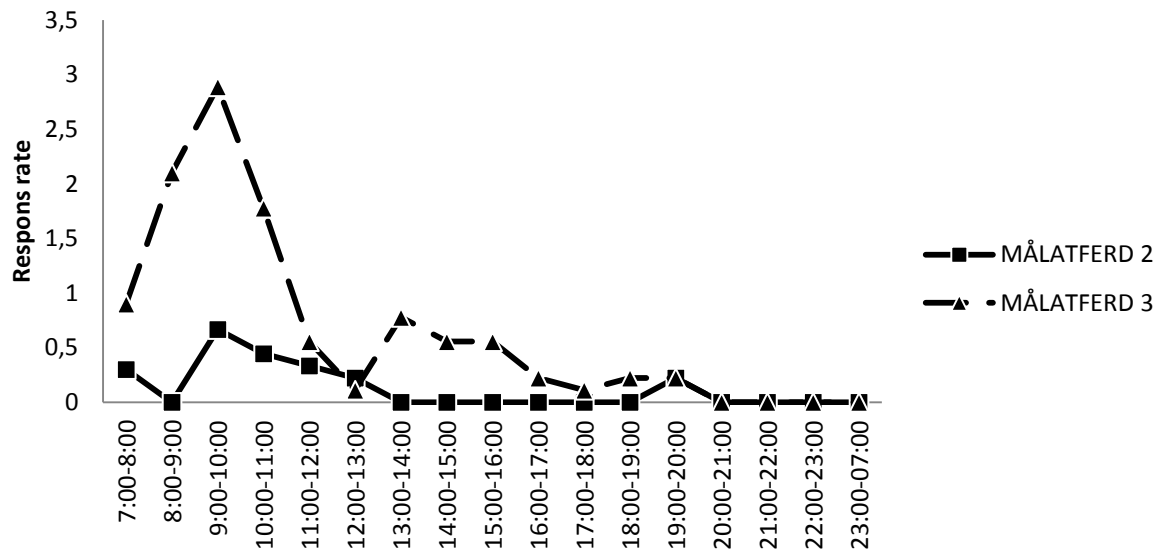


Figur 2

SIV

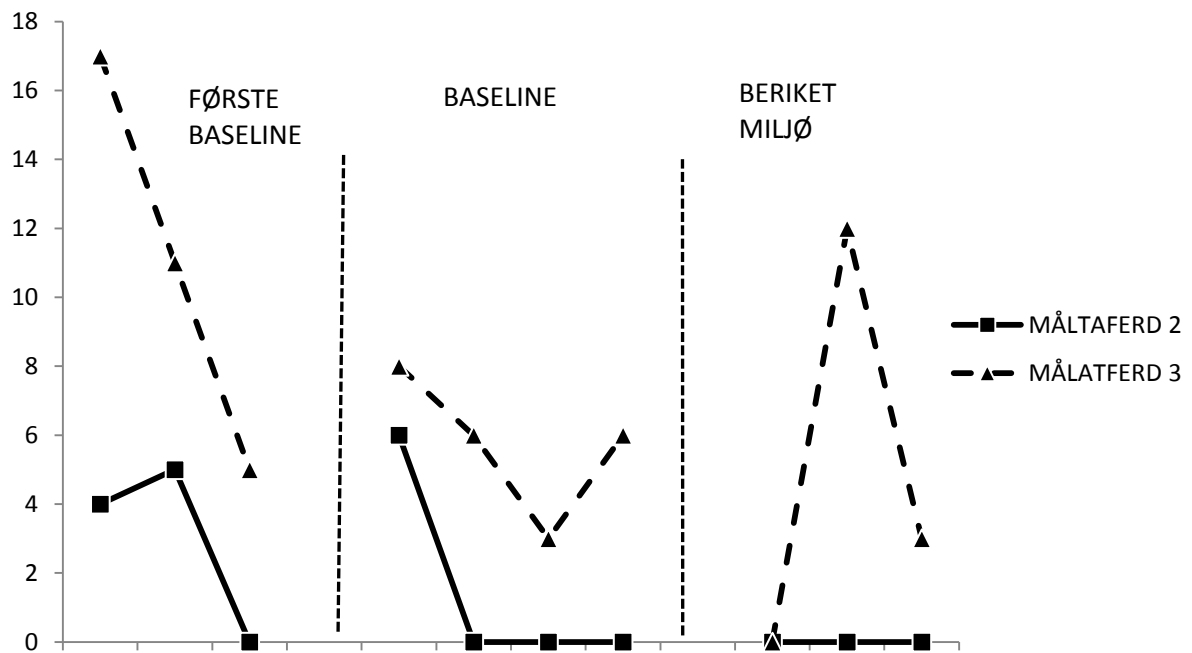


Figur 3



Figur 4

EVA



Figur 5

INA

