

En multimodal kontekstuell tilnærming til analyse og behandling utfordrende atferd hos personer med utviklingshemming

Børge Strømgren og Monica Stolen Dønnum
Høgskolen i Oslo og Akershus

Utfordrende atferd hos personer med utviklingshemming er ofte forstått og behandlet ut i fra enten et atferdsanalytisk eller psykiatrisk perspektiv. Begge tradisjonene er veletablerte, og kan bidra til effektive tiltak. Noen ganger fører behandlingen allikevel ikke frem, eller vi kan risikere uheldig bruk av både medikamenter og miljøtiltak dersom vi ikke tar hensyn til at det kan være mange faktorer som påvirker atferden. En multimodal 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 fullstendig forståelse av atferden. Det presenteres en teoretisk gjennomgang av elementene i multimodal kontekstuell tilnærming.

Nøkkelord: Utfordrende atferd, analyse, behandling, multimodal, kontekstuell

Det kan være vanskelig å si hvor utbredt utfordrende atferd er blant personer med utviklingshemming, ikke minst vil dette avhenge av hvordan man velger å definere begrepet. Utfordrende atferd kan betegne mange ulike 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 tilbaketrekking og selvstimulerende atferd / stereotypier, når disse fører til stor ulempe for personen selv eller omgivelsene. Det engelske begrepet challenging behavior defineres slik av Emerson (2001);

“ ... 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 of, or result in the person being denied access to, ordinary community facilities” (s. 3).

Flere studier har funnet relativt høy forekomst av utfordrende atferd hos personer med utviklingshemming (Emerson, 2001; Holden & Gitlesen, 2003, 2006; Statens helsetilsyn, 2000; Tetzchner, 2003), og noen studier har funnet at dette kan være vedvarende (Emerson et al., 2001; Reid & Ballinger, 1995).

Utfordrende atferd hos personer med alvorlig utviklingshemming er tradisjonelt sett fra enten et atferdsanalytisk eller psykiatrisk/nevrologisk perspektiv (Emerson et al., 2001; Emerson et al., 2000; Gardner, Graeber-Whalen, & Ford, 2001). Emerson og kolleger (2000) fant i en undersøkelse av 540 voksne med utviklingshemming i botiltak at 49 % av deltakerne med utfordrende atferd ble behandlet med antipsykotisk medikasjon, atferdsbasert intervensjon 15 %, og individuell plan med skriftlige mål om

Korrespondanse angående denne artikkelen kan adresseres til Børge Strømgren, Høgskolen i Oslo og Akershus. E-post: Borge.Stromgren@hioa.no

Setterredaktør har vært Jon Arne Løkke, Høgskolen i Østfold.

reduksjon av utfordrende atferd 62 %. Noen fikk også kombinasjoner av disse tiltakene. Antonacci, Manuel og Davis (2008) sin litteraturgjennomgang viste at medikamentell og atferdsbasert behandling er mest vanlig ved utfordrende atferd hos personer med utviklingshemming i botiltak, 20 % ble behandlet med psykotropiske medikamenter mens 33 % fikk atferdsbasert behandling, 13 % fikk kognitiv atferdsterapi, 2 % fikk tiltak basert på humanistisk psykologi, 15 % behandling ut fra psykodynamisk teori, og 34 % annet. Mistanke om en psykisk lidelse vil i mange tilfeller være et eksklusjonskriterium for psykoterapeutisk intervensjon (Hollins, 2001).

Både atferdsanalytisk og psykiatrisk tradisjon kan vise til anvendt forskning som har ført til utvikling av ulike behandlingsformer og intervensjoner, flere av disse er empirisk støttet (Emerson, 2001), selv om effekten og evalueringen av psykotropisk medikasjon av utfordrende atferd hos personer med utviklingshemming er uklar (Matson & Neal, 2009). Blant annet har en sett større effekt av placebo enn av Risperidone og Haloperidol. Effekten av atferdsanalytiske tiltak overfor problematferd er god med vektlegging av funksjonell kartlegging og behandlingssintegritet (Didden, Korzilius, Oorsouw, & Sturmey, 2006). Selv om begge tradisjoner er veletablerte i betydningen at de brukes ofte, kan vi risikere både uheldig bruk av atferdsanalytiske 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 kontekstuell 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.

Når utfordrende atferd hos personer med alvorlig og dyp utviklingshemming i liten grad reduseres over tid (Emerson et al., 2001;

Reid & Ballinger, 1995), blir det viktig at tjenesteytere har en god forståelse av både psykiatriske og atferdsmessige perspektiver på utfordringene. I tillegg kan utfordrende atferd være svært vanskelig å håndtere, både familie og kommunale tjenesteytere kan ha problemer med å forstå årsaker, og ikke minst ha utilstrekkelig kunnskap om mulige tiltak. Det er mangel på utdanning, kompetanse og erfaring i det kommunale tjenestetilbudet, og selv om mange mottar spesialisthelsetjenester er det mangler og problemer i dette tilbudet også. Spesialisttjenestene har problemer med omfang av tilbud, veiledning og kompetansebygging, i tillegg til samarbeid mellom habiliteringstjenestene og psykiatrien (Statens helsetilsyn, 2000).

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 kanskje samtidig gjennomgripende utviklingsforstyrrelse, kan ulik erfaring, utdanning, og faglig forankring hos tjenesteytere påvirke hvordan de snakker om 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.

Det vil være interessant å se nærmere på hva en multimodal kontekstuell tilnærming kan bidra med, sammenlignet med de tradisjonelle hver for seg eller samlet. Det er usikkert om en sammensmelting av disse perspektivene utelukkende vil være positivt, eller om det vil oppstå nye utfordringer eller avdekkes svakheter underveis. Dette er et empirisk spørsmål, man kan bare få slik

kunnskap gjennom å prøve. Det er imidlertid et faktum at mange i dag mottar både medikamentell behandling for utfordrende atferd i tillegg til miljøbehandling, muligens atferdsbasert (Holden & Gitlesen, 2004). Vi anser at det må være bedre å samle innsatsen i en mer samkjørt modell enn at leger og miljøterapeuter på ulike tjenestenivåer skal jobbe hver for seg og på hver sin måte med samme problematikk hos samme person. Vi har funnet kun en artikkel om multimodal kontekstuell tilnærming som har data om behandlingseffekt (Hunter, Wilkniss, Gardner, & Silverstein, 2008). Data er usikre med stor variabilitet og uklare faseinndeling, men det kan tyde på en langsom reduksjon av utfordrende atferd over behandlingsdager. Det ville uansett ikke være forventet at man skulle få stabile data og rask reduksjon, da man nettopp søker å finne en tilnærming i de tilfeller der behandling er vanskelig og atferden sannsynligvis er multideterminert i en slik grad at mer tradisjonell funksjonell kartlegging ikke gir tilstrekkelig informasjon til å utforme effektive behandlingstiltak

Anvendt atferdsanalytisk tilnærming til utfordrende atferd

I en atferdsanalytisk tilnærming ser en på atferden i kontekst, der konteksten grovt sett utgjør den nåværende situasjonen og personens læringshistorie samt artens utviklingshistorie. Dette gjelder både respondent og operant atferd. Konteksten for respondent atferd er forutgående utløsende stimuli, både ulærte og lærte. Konteksten for operant atferd er forutgående stimuli (lærte) i kombinasjon med etterfølgende stimuli, både ulærte og lærte. Motivasjonelle Operasjoner (MO) modifierer effekten av etterfølgende stimuli og påvirker slik atferd som produserer dem. I tillegg kan mer fjerne betingelser, ofte kalt Setting Events (SE), moderere effekten av forutgående stimuli og/eller andre faktorer i konteksten. De kan påvirke atferd ved at for eksempel krav eller støy blir mer aversive enn ellers (Carr & Smith, 1995; Holden, 2010, 2013).

Baum (2005) oppsummerer slik; ”Viktigst, utløst eller fremkalt atferd ser ut til å være avhengig av kontekst alene (hvis kløe i nesen kan kalles en kontekst), mens operant atferd avhenger av konsekvenser som forekommer i en bestemt kontekst - altså, det avhenger av kombinasjonen av konsekvensen og kontekst” (s. 108, vår oversettelse), og ”Enhver diskriminasjon er resultat av en historie. Hvis den er ulært, er det et resultat av en utviklingshistorie. ... Hvis den er lært, oppstår den fra en forsterkningshistorie” (s. 112, vår oversettelse).

I atferdsanalyse prøver man i å finne atferdens funksjon. Man prøver å identifisere hvilke foranledninger eller diskriminative stimuli som gir anledning for atferden, og hvilke konsekvenser eller forsterkere atferden produserer. For å avdekke dette kan funksjonell kartlegging gjennomføres, og det finnes ulike metoder for dette, se innledningsartikkelen i dette nummeret av NTA (Holden, 2013). Det er allikevel ikke alltid vi klarer å finne forsterker, eller vi lykkes ikke i å kontrollere den. Responser som er topografisk like kan være medlem av ulike operante klasser, og atferden kan derfor ha ulik funksjon i ulike situasjoner, såkalt multideterminert atferd. Det kan også dreie seg om automatisk forsterkning. Noen ganger kan ikke krav opprettholdes eller forsterker holdes tilbake fordi atferden er svært dramatisk eller personen er fysisk sterk. Det kan også være vanskelig å finne andre forsterkere som kan utkonkurrere den opprinnelige.

Det har i slike tilfeller blitt mer vanlig 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 endre MO eller SE. MO er hendelser som øker og reduserer effekten av både forsterkerkende og straffende stimuli, og dette kan bidra til både øking og reduksjon av respondering. SE vil i tillegg romme faktorer som kan påvirke forekomst

av atferd uten å ha en diskriminativ funksjon, men ved å moderere effekten av en diskriminativ stimulus, en MO, eller andre stimuli i situasjonen (Carr & Smith, 1995; Holden, 2010, 2013).

SE kan beskrive ulike egenskaper ved miljømessige variabler, om ulike uspesifiserte funksjonelle forhold. Holden omtaler de som "komplekse motivasjonelle forhold" (2010) og "bakenforliggende motivasjon" (2013) fordi begrepet SE er svært generelt, og funksjonelle forhold er uklare (Holden, 2010, 2013; Leigland, 1984). Blant annet innebærer SE flere MO, og påvirker flere sider ved atferd. Deprivasjon for søvn kan være EO for å legge seg og sove, men også kan være SE for utfordrende atferd ved forhøyet irritabilitet. Andre eksempler på SE 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, 2010, 2013; Leigland, 1984).

De fleste beskrivelser av SE i atferdsanalytisk litteratur har dreid seg om sosiale hendelser (antall personer, stør, samhandlingsklima, rutiner) og mer forbigående fysiske/fysiologiske hendelser (søvnmangel, feber, betennelse/smerter, allergi, menstruasjon) (Gardner, Cole, Davidson, & Karan, 1986; Holden, 2010, 2013). En nyere sjekkliste, *Contextual Assessment Inventory* (Carr, Ladd, & Schulte, 2008; McAtee, Carr, Schulte, & Dunlap, 2004), operer med fire hovedkategorier; sosiale/kulturelle forhold, forhold ved oppgaver/aktiviteter, fysiske forhold og biologiske forhold. Hovedkategoriene har underkategorier med tilhørende utsagn. Utsagnene er beskrivelser av en situasjon, eksempelvis "ny tjenesteyter," og sannsynligheten for forekomst av en spesifisert problematferd vurderes på en skala fra aldri (1) til alltid (5).

Permanente somatiske tilstander er i mindre grad inkludert, og bør ifølge Holden (2010) heller ikke være det. McAtee et al. (2004) har ett utsagn om kronisk sykdom (eks. diabetes). Psykiske lidelser eller symp-

tomatologi er sjeldnere betraktet som SE, kanskje fordi det er en uklar sammenheng mellom psykiske lidelser/symptomatologi og problematferd. Holden og Gitlesen (2008) fant ingen generell sammenheng mellom psykiske lidelser og utfordrende atferd, selv om enkeltsymptomer som lite søvn var assosiert med flukt/unngåelse som funksjon, og tristhet med oppmerksomhet som funksjon. Enkeltsymptomer som inngår ei en psykisk lidelse kan altså i noen tilfeller analysers som en SE for utfordrende atferd, men disse må sannsynligvis inkluderes i analysen på individuell basis. McAtee et al. (2004) har to utsagn om psykisk lidelse; "Perioder med hyppige hallusinasjoner" og "Manisk fase eller bipolar lidelse".

Tiltak basert på atferdsanalyse har blitt vist å være effektive ovenfor ulike tilstander, og ikke minst ovenfor utfordrende atferd (Didden et al., 2006; Eikeseth & Svartdal, 2010; Grey & Hastings, 2005). Effekt er ofte bedre dokumentert enn andre veletablerte behandlingsformer (Eikeseth & Svartdal, 2010). Til tross for dette har atferdsanalysen, i enkelte miljøer, blitt ansett som kontroversiell. Selv om privat atferd, som tanker og følelser, tas hensyn til i et atferdsanalytisk perspektiv, er det fremdeles lite forskning basert på atferdsanalyse som undersøker dette. Forskning på begreper og prinsipper som MO og SE 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 & Svartdal, 2010).

Psykiatri og nevrobiologi som tilnærming til utfordrende atferd

Utfordrende atferd kan assosieres med psykisk lidelse, og kan dermed forsøkes behandlet ut i fra et medisinsk psykiatrisk perspektiv. Ulike psykiske lidelsene kan deles inn i hovedgrupper, det skiller 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, Jensen, Karlsson, & Løkke, 2009).

I et psykiatrisk perspektiv er også kontekst viktig for å forstå utfordrende atferd eller psykiske lidelser. Biologisk faktorer som arvbarhet og sårbarhet er mer fremtredende som utviklingshistorisk kontekst. Schizofreni er for eksempel antatt å ha en biologisk årsak - arv og sårbarhet. Allikevel vil psykotiske utbrudd og tilbakefall ved Schizofreni gis en miljømessig kontekstuell forklaring som ligner SE, for eksempel (Gundersen, 2011) ”foreldre som oppviser er stort emosjonelt engasjement i form av kritiske kommentarer, negative holdninger og overbeskyttende engasjement” (s. 255). Sosial kontekst vil slik være viktig for å forstå psykiske lidelser, men er ikke nok alene.

Diagnoser er kategorier, i den forstand at diagnose settes på bakgrunn av at gitte kriterier er oppfylt. Denne måten å kategorisere fenomener på benyttes både innenfor 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 atferds-kriterier, 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). Selv om klassifisering og diagnostisering er sentralt innen psykiatri, finnes det ingen internasjonalt aksepterte systemer som sier hvilke kriterier som kreves for en bestemt diagnose. I dag benyttes diagnosesystemene *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.) (APA, 2013) og *ICD-10: psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser: kliniske beskrivelser og diagnostiske retningslinjer* (WHO, 1999). ICD-10 benyttes i av helsevesenet i Norge i diagnostiserings- og behandlings-

sammenheng, mens DSM-IV ofte benyttes forskningssammenheng også i Norge.

Diagnostisering av psykisk lidelse hos pasienter med utviklingshemming byr på spesielle utfordringer, blant annet på grunn av svak verbal fungering (Bakken, 2011; Holden, 2008). Det er mulig å stille diagnose basert på atferds-ekvivalenter, eller atypiske symptomer. Det er laget et diagnosesystem med kriterier som er tilpasset for bruk ovenfor pasienter med utviklingshemming, *Diagnostic Manual – Intellectual Disability* (Fletcher, Loschen, Stavrakaki, & First, 2007) . Det finnes også sjekklister og intervjuguider som er spesielt tilpasset pasienter med utviklingshemming, blant annet *The Mini PAS-ADD Interview Pack* (Moss, 2002) og *Diagnostic Assessment for the Severely Handicapped II* (Matson, 1995).

Det kan være både fordeler og ulemper ved å sette diagnose. På den ene siden kan det være lettere for nærpasienter 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 energitap 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.

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 1) psykisk lidelse som viser seg på en atypisk måte, som 2) sekundært trekk ved psykisk lidelse, og som 3) en psykisk lidelse kan være MO for den utfordrende atferden.

1) Det er for eksempel likheter mellom tvangslidelse og selvskadende atferd; begge innebærer atferd som er repetitiv, stereotypisk og ritualistisk, den kan tilsynelatende forekomme uavhengig av den umiddelbare konteksten, og den er ofte svært vanskelig å endre. Videre indikerer forskning at både tvangslidelse hos personer uten utviklingshemming og selvskadende atferd hos personer med utviklingshemming kan reduseres med medikamentell behandling. På bakgrunn av disse likhetstrekkene kan man forstå selvskadning som tvangslidelse som viser seg på en uvanlig måte på grunn av manglene språklige og adaptive ferdigheter.

2) Utfordrende atferd og reduserte selvhjelpsferdigheter kan for eksempel være signifikant som sekundært trekk ved depresjon.

3) Depresjon kan for eksempel være 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 øke aversiviteten til vanlige gjøremål. Gitt at personen det gjelder har utfordrende atferd som tidligere har blitt negativt forsterket ved at krav fjernes, kan depresjon gjøre utfordrende atferd mer sannsynlig i forbindelse med krav om å gjennomføre daglige gjøremål.

Det er blandede funn innenfor forskning på sammenhenger mellom utfordrende atferd og psykiske lidelser, sammenhengene som vises er ofte generelle sier ikke nødvendigvis noe om årsaksforhold (Holden, 2008). Høyere forekomst av utfordrende atferd hos personer som er diagnostisert med depresjon, tilsier ikke at depresjon er årsaken til den utfordrende atferden - det kan tenkes at det er en felles årsak til både depresjonen og den utfordrende atferden.

En medisinsk tilnærming og medikamentell behandling er sentralt innen psykiatri, i den sammenheng er det naturlig å vurdere behandling av utfordrende atferd med medikamenter. Blant annet har Risperidone vist seg effektivt i reduksjon av utfordrende atferd (Aman, Smedt, Derivan, Lyons, &

Findling, 2002), selv om placebo også har vist seg effektiv (P. Tyrer et al., 2008). 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. Tyrer (2001) vektlegger en kontinuerlig leting etter miljømessige faktorer underveis i et behandlingsforløp som innbefatter psykotropisk medisinerings av utfordrende atferd.

Et bredere perspektiv på utfordrende atferd

Et atferdsanalytisk og psykiatrisk/nevrologisk perspektiv på utfordrende atferd fokuserer på ulike sider av fenomenet. 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/nevrobiologiske, 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 multidisiplinær 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 spesialisthelsetjeneste kan være et eksempel, dette kan i form av ulike konstellasjoner, eksempelvis miljøterapeut-konsulent og fastlegepsykiater. For det første bør MFM kunne bidra til at de ulike tjenestene på ulike nivåer sammen klarer å lage en funksjonell behandlingsplan basert på kartleggingen. Eksempelvis må de ulike hovedsporene samarbeide seg imellom og med andre hovedspor. Det er ikke alltid at en funksjonell kartlegging medfører en funksjonell behandlingsplan (Horner, 1994), dette vil være avgjørende i MFM. For det andre bør MFM kunne bidra til at behandlingsplanen utformes på en slik måte at den passer der den skal gjennomføres, såkalt "contextual fit", altså at den både er effektiv og blir gjennomført (Horner, 1994). Dette innebærer også å arbeide med en hypotese i gangen og suksessivt jobbe seg nedover i hypotesehierarkiet dersom den første hypotesen ikke gir ønsket resultat eller utkomme - her bør alle relevante tjenester og hovedspor være med hele veien.

Det tredje viktige momentet er at man formulerer behandlingsmål i form av utkomme; hva skal bli bedre for personen

som følge av dette, hvilke forbedringer i livsstil skal man hjelpe til med. Altså et langt videre og mer sosialt valid utkommemål en kun en reduksjon i forekomst av den utfordrende atferden (Horner, 1994). Slike større utkommemål, for eksempel bedring i generell funksjonsevne som mål for vellykket behandling, har tradisjonelt vært mer påaktet innenfor psykiatrien enn innenfor atferdsanalysen, selv om atferdsanalysen har kommet mer etter de senere år blant annet med utgangspunkt i *Positive Behavior Support* (Carr et al., 2002).

Den multimodale funksjonelle modellen

Modellen beskrives som funksjonell, med dette menes 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 MFM, som beskrevet av Garder et al. (2001) og Hunter et al. (2008), innebærer å identifisere og vurdere stimulusbetingelser som fremmer den utfordrede atferden, opprettholdende betingelser, og trekk ved personen som kan gjøre personen sårbar for å utvikle utfordrende atferd.

Å identifisere fremmede stimulusbetingelser vil si å undersøke i hvilke situasjoner den utfordrende atferden forekommer. Fremmede betingelser kan ha primær eller sekundær funksjon. Primære fremmede betingelser er stimulusbetingelser som alltid er til stede når målatferden forekommer, mens sekundære fremmede betingelser er stimulusbetingelser som enten øker eller reduserer sannsynligheten for at målatferden forekommer i nærvær av primære fremmede betingelser. Dette er gjenkjennbart sammenlignet med en atferdsanalytisk tilnærming, der identifisering av diskriminative stimuli, MO og SE 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 kontekststuet 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 SE 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 (Gardner et al., 2001).

Kartlegging i MFM

MFM, slik den er beskrevet av Hunter et al. (2008) og Gardner et al. (2001), deler kartleggingsarbeidet inn i tre trinn, trinn 1 innebærer identifisering av fremmede betingelser (Primære hendelser/Diskriminative stimuli og Sekundære bakgrunnsforhold), trinn 2 innebærer å vurdere atferdens funksjoner/konsekvenser, trinn 3 innebærer å vurdere sårbarhetsfaktorer (Tertiære bakgrunnsforhold) (Figur 1). Informasjonen vi får fra kartleggingen skal resultere i en diagnoseformulering, 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 med å identifisere noen målatferder. Dette kan være atferd som er til bekymring, eller som er ansett som symptomer på psykisk lidelse. 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 den er observerbar og målbar 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 stimulusbetingelser. Eksempler på eksterne stimulusbetingelser 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. Stimulusbetingelsene kan ha enten en primær eller sekundær fremmede funksjon.

Primære fremmede betingelser er alltid er til stede når målatferden forkommer. De er diskriminative eller utløsende stimuli som forekommer rett i forkant av atferden, og som øker sannsynligheten for at atferden forekommer. Eksempler 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 og flukttatferd.

Sekundære fremmede betingelser øker eller reduserer sannsynligheten for at målatferden forekommer i nærvær av primære fremmede betingelser. For eksempel kan søvndeprivasjon øke sannsynligheten for at et lite krav medfører problematferd, noe som vanligvis ikke skjer når personen har sovet godt. Hodepine, annen fysisk smerte, lyder, angst, irritabilitet, sinne, temperaturer (svært varmt eller kaldt) og kjedsomhet er eksempler på sekundære fremmede 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 å redusere indre uro, redusere smerte, avslutte aversive krav eller oppnå oppmerksomhet eller kontakt fra andre. MFM er en multimodal modell, og det er et 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 fra. Selv om vurdering av funksjon i første omgang dreier

seg om å utvikle hypoteser, oppfordres det å gjennomføre funksjonell kartlegging.

Trinn 3, vurdering av sårbarhetsfaktorer, eller tertiære stimulusbetingelser. Sårbarhetsfaktorer kan være karakteristiske trekk ved personen, eller begrensende faktorer i miljøet. Eksempler på karakteristiske trekk ved personen kan være sansehemming, kognitiv hemming (som ved utviklingshemming, autisme, eller annen hjerneskade), dårlige kommunikasjonsferdigheter, dårlig impuls-kontroll, dårlig sinnehånderingsferdigheter, lav toleranse for stress eller frustrasjon, reguleringsvansker, 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 stimulusbetingelsene, kan indikere på hvilke områder det er hensiktsmessig å vurdere tiltak som å lære nye ferdigheter og mestringsstrategier.

Årsakshypoteser og tiltak

Ved å undersøke hvordan primære, sekundære og tertiære stimulusbetingelser 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* (Hunter et al., 2008), som kan benyttes for å få en oversikt over de ulike fremmende og opprettholdende betingelsene i tillegg til aktuelle sårbarhetsfaktorer som kan knyttes til de ulike modalitetene. Se Figur 1 for et eksempel på analyse av mindre alvorlig problematferd.

Skjemaet er som en tabell, der ytre (fysiske og psykososiale) og indre (biomedisinske, affektive, kognitive, perseptuelle, motoriske, sosiale ferdigheter, mestringsferdigheter, kommunikasjonsferdigheter, personlige og motivasjonelle) variabler står loddrett til venstre i tabellen, mens fremmede betingelser

		Multimodal Funksjonell Diagnoseskjema						Etter William I. Gardner, Ph.D		
		Medisinsk	Psykiatrisk							
		Psykologisk	Sosioøkologisk							
		Klient: _____	Målatferder							
		Skjema nr.: _____	1 Motorisk uro og fluktatferd _____							
		Dato: _____	2 _____							
		Miljøarb.: _____	3 _____							
			4 _____							
			5 _____							
		Forutgående påvirkninger			Konsekvenser/Funksjoner			Intervensjoner		
		Tertiære påvirkningsforhold	Sekundære bakgrunnsforhold	Primære hendelser/ Diskriminative stimuli	Positive hendelser tilføres	Aversive hendelser fjernes	Sensorisk feedback	Andre	Behandling	Mestring Kontroll
Miljø	Fysisk	Ikke mulighet til å være alene	Må på do for å slippe krav							Få være alene
	Psykososialt	Kravstort personal, regler for "uro"	Kun mulig med 5. min. pause	Krav om å sitte stille		Krav Fjernes				Mindre krav, lengre pauser
Personlig	Biomedisinsk	Medikament-bivirkning?							Beh. biv., vente?	
	Affektivt									
	Kognitivt	Utviklingshemming og Autism								
	Perseptuelt									
	Motorisk									
	Sosialt/Mestring	Manglende/dårlig initiativ								Forsterke initiativ
	Komm. Ferdigheter	Dårlig språk							Språk-opplæring	
	Personlighet	Nedstemthet								Mer attraktive akt.?
Motiverende										

Figur 1. Eksempel på et utfylt MFM diagnoseskjema. (Skjemaet er en oversettelse fra Griffiths, D. M., Gardner, W. I., & Nugent, J. A. (1998). *Behavioral supports: Individual centered approach. A multimodal functional approach. A Clinical Manual for Practitioners in Dual Diagnosis*. Kingston, NY: NADD Press).

(tertiære / sårbarhetsfaktorer, sekundære og primære) og opprettholdende 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/opprettholdende faktorer de representerer. På bakgrunn av dette formuleres en årsakshypotese knyttet til hver aktuelle modalitet, og mulige tiltak beskrives.

Avhengig av hva som vektlegges i de ulike hypotesene kan tiltakene kan basere seg på å endre fremmede betingelser, opprettholdende betingelser eller sårbarhetsfaktorer. Dette vil innebære enten å a) fjerne eller redusere biologiske og psykososiale fremmede eller opprettholdende 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 tiltakene, også medikasjon, skal knyttes til en spesifikk hypotese. For hvert tiltak beskrives en 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 tiltaket har hatt forventet effekt. Hypoteser og tiltak testes og evalueres suksessivt og fortrinnsvis isolert. Noen hypoteser vil vise seg å være unyttige, og forkastes, mens andre hypoteser vil kunne videreutvikles og bidra til mer spissede tiltak. Evalueringen vil bidra med nyttig informasjon om når et tiltak 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 tiltak 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 MO eller SE for utfordrende atferd. Faren for å begå kategoriell 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 personer 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 har ofte en triadisk struktur eller konstellasjon (Løkke et al., 2010) der mediator står mellom konsulenten og den som skal hjelpes. Konsulenten eller psykiateren (spesialisthelsetjenesten) er ekspertisen som sitter på kunnskap. Mediator er de som har kontroll over forsterkningsbetingelsene (ansatte ved bolig/skole, nærpersoner familie, og så videre) eller oppfølging av medika-

mentell behandling, og er de som kan gjøre noe med situasjonen. MFM legger opp til at hypoteser og tilhørende intervensjoner skal utvikles i tverrfaglig samarbeid mellom alle relevante aktører. Personalgruppen og andre sentrale personer som arbeider direkte med personen til daglig skal være delaktig både ved å kartlegge, analysere, utvikle hypoteser, beskrive tiltak, registrere, og vurdere effekt. Hypotesene testes ved at tiltak som er knyttet til den aktuelle hypotesen gjennomføres, og det registreres om tiltaket har forventet effekt. Etter hvert som noen hypoteser blir avkreftet, og andre styrket, kan vi spisse hypotesene og tiltakene. Det kan tenkes at det er bedre forutsetning for å iverksette tiltaket når miljøet der det skal gjennomføres har vært med på prosessen. Dette kan gjelde miljømessige tiltak, men kan også for eksempel gjelde en større enighet rundt utprøving av medikamentell behandling.

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 tiltak 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 i 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) hvor mye personen begrenses både i forhold til bolig, arbeidsforhold og annen livsutfoldelse, 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 er (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 kun er knyttet til reduksjon i frekvens eller varighet av utfordrende atferd.

Konklusjon

Multimodal funksjonell kartlegging legger som modell opp til en bred kartlegging av utfordrende atferd hos personer med utviklingshemming. Modellen bør ha appell i de tilfellene der det er en samsykelighet, for eksempel indikasjoner på psykisk lidelse eller annen sykdom, som kan ha sammenheng med forekomsten av utfordrende atferd. Modellens appell bør videre øke med grad av utviklingshemming. Grunnen til at modellen bør ha appell er at alle involverte, og det er mange involverte på mange ulike nivåer, kan har hver sin bit av et konstruktivt bidrag til bedring av situasjonen, men ikke det avgjørende bidraget alene. Og situasjonen er kompleks. Samtidig tyder mye på at den utfordrende atferden vil være langvarig og behandlingsresistent, dersom den ikke har blitt endret raskt på en enkel måte tidligere i personens historie. Det er i mange tilfeller snakk om et langdistanseløp for den kommunale tjenesteytingen og med langvarig deltakelse fra spesialisthelsetjenesten. I det perspektivet vil det være formålstjenlig å utvikle samarbeidsmodeller der en på en systematisk måte kan arbeide med problemstillingen over tid og samtidig legge til rette for at de involvertes bidrag kan komme til anvendelse på riktig måte til riktig tidspunkt i habiliteringsprosessen. Modellen bør derfor være særlig interessant for habiliteringstjenestene for voksne.

Referanser

- Aman, M. G., Smedt, G. D., 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. doi: 10.1176/appi.ajp.159.8.1337

- Antonacci, D. J., Manuel, C., & Davis, E. (2008). Diagnosis and Treatment of Aggression in Individuals with Developmental Disabilities. *Psychiatry Quarterly*, 79, 225-247. doi: 10.1007/s11126-008-9080-4
- APA. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5™)*. Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- Bakken, T. L. (2011). Psykisk lidelse hos personer med utviklingshemming. I T. L. Bakken (Red.), *Samhandling med og uten ord. Miljøbehandling for mennesker med utviklingshemming og psykisk lidelse*. Stavanger: Hertervig Forlag.
- Bar-Yam, Y. (1997). *Dynamics of Complex Systems*. Reading, Mass: Addison-Wesley.
- Baum, W. M. (2005). *Understanding Behaviorism. Behavior, Culture, and Evolution* (2 ed.). Malden, Massachusetts: Blackwell Publishing.
- Carr, E. G., Dunlap, G., Horner, R. H., Koegel, R. L., Turnbull, A. P., Sailor, W., . . . Fox, L. (2002). Positive behavior support: Evolution of an applied science. *Journal of Positive Behavior Interventions*, 4, 4-20. doi: 10.1177/109830070200400102
- Carr, E. G., Ladd, M. V., & Schulte, C. F. (2008). Validation of the Contextual Assessment Inventory for Problem Behavior. *Journal of Positive Behavior Interventions*, 10, 91-104. doi: 10.1177/1098300707312543
- Carr, E. G., & Smith, C. E. (1995). Biological setting events for self-injury. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, 1, 94-98. doi: 0.1002/mrdd.1410010204
- Didden, R., Korzilius, H., Oorsouw, W. v., & Sturmey, P. (2006). Behavioral Treatment of Challenging Behaviors in Individuals With Mild Mental Retardation: Meta-Analysis of Single-Subject Research. *American Journal on Mental Retardation*, 111(4), 290-298. <http://aaid-journals.org/doi/pdf/10.1352/0895-8017%282006%29111%5B290%3AB>
- TOCBI%5D2.0.CO%3B2
- Eikeseth, S., & Svartdal, F. (2010). Atferdsanalyser: Hvor går vi? I S. Eikeseth & F. Svartdal (Red.), *Anvendt atferdsanalyse. Teori og praksis* (2. utgave). 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., . . . Hatton, C. (2001). Predicting the persistence of severe self-injurious behavior. *Research in Developmental Disabilities*, 22, 67-75. doi: 10.1016/S0891-4222(00)00062-7
- Emerson, E., Robertson, J., Gregory, N., Hatton, C., Kessissoglou, S., Hallam, A., & Hillery, J. (2000). Treatment and Management of Challenging Behaviours in Residential Settings. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 13, 197-215. doi: 10.1046/j.1468-3148.2000.00036.x
- Fletcher, R., Loschen, E., Stavrakaki, C., & First, M. (2007). *Diagnostic Manual - Intellectual Disability (DM-ID): A Clinical Guide for Diagnosis of Mental Disorders in Persons with Intellectual Disability*. Kingston, NY: NADD Press.
- Gardner, W. I., Cole, C. L., Davidson, D., & Karan, O. C. (1986). Reducing aggression in individuals with developmental disabilities: An expanded stimulus control, assessment, and intervention model. *Education and Training of the Mentally Retarded*, 21, 3-12.
- Gardner, W. I., Graeber-Whalen, J. L., & Ford, D. R. (2001). Behavioral Therapies: Individualizing Interventions Through Treatment Formulations. In A. Dosen & K. Day (Eds.), *Treating mental illness and behavior disorders in children and adults with mental retardation* (pp. 69-100). London: American Psychiatric Press, Inc.
- Grey, I. M., & Hastings, R. P. (2005). Evidence-based practices in intellectual disability and behaviour disorders.

- Current Opinion in Psychiatry*, 18(5), 69–475.
- Gundersen, S. (2011). Å forklare psykisk sykdom. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 131, 254–256. doi: 10.4045/tidsskr.10.0798
- Haugsgjerd, S., Jensen, P., Karlsson, B., & Løkke, J. A. (2009). *Perspektiver på psykisk lidelse - å forstå, beskrive og behandle*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Holden, B. (2008). *Psykiske lidelser og utviklingshemming. Atferdsanalytisk forståelse og behandling*. Oslo: Gyldendal.
- Holden, B. (2010). Motivasjon. I S. Eikeseth & F. Svartdal (Red.), *Anvendt atferdsanalyse. Teori og praksis* (2. utgave). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Holden, B. (2013). Funksjonelle analyser av problematferd. En introduksjon. *Norsk Tidsskrift for Atferdsanalyse*, 40(2), 121–132.
- Holden, B., & Gitlesen, J. P. (2003). Prevalence of psychiatric symptoms in adults with mental retardation and challenging behaviour. *Research in Developmental Disabilities*, 24, 323–332. doi: 10.1016/S0891-4222(03)00060-X
- Holden, B., & Gitlesen, J. P. (2004). Psychotropic medication in adults with mental retardation: prevalence, and prescription practices. *Research in Developmental Disabilities*, 25, 509–521. doi: 10.1016/j.ridd.2004.03.004
- Holden, B., & Gitlesen, J. P. (2006). A total population study of challenging behaviour in the county of Hedmark, Norway: Prevalence, and risk markers. *Research in Developmental Disabilities*, 27, 456–465. doi: 10.1016/j.ridd.2005.06.001
- Holden, B., & Gitlesen, J. P. (2008). The relationship between psychiatric symptomatology and motivation of challenging behavior. *Research in Developmental Disabilities*, 29, 408–413. doi: 10.1016/j.ridd.2007.07.003
- Hollins, S. (2001). Psychotherapeutic methods. In A. Dosen & K. Day (Eds.), *Treating mental illness and behavior disorders in children and adults with mental retardation* (pp. 27–44). London: American Psychiatric Press, Inc.
- Horner, R. H. (1994). Functional assessment: Contributions and future directions. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 27, 401–404. doi: 10.1901/jaba.1994.27-401
- Hunter, R. H., Wilkniss, S., Gardner, W. I., & 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*, 5, 11–25. doi: 10.1037/1541-1559.5.1.11
- Leigland, S. (1984). On “Setting Events” and Related Concepts. *The Behavior Analyst*, 7(1), 41–45.
- Løkke, J. A., Haugland, S., Eldevik, S., Tryggestad, H., Valmo, A. S., & Aarlie, H. (2010). Effekter av systematisk opplæring i samtalepreget veiledning målt med en multippell basislinjedesign. *Norsk Tidsskrift for Atferdsanalyse*, 37(1), 1–13.
- Matson, J. L. (1995). *The Diagnostic Assessment for the Severely Handicapped revised (DASH-II)*. Baton Rouge, LA: Scientific Publishers.
- Matson, J. L., & Neal, D. (2009). Psychotropic medication use for challenging behaviors in persons with intellectual disabilities: An overview. *Research in Developmental Disabilities*, 30, 572–586. doi: 10.1016/j.ridd.2008.08.007
- McAtee, M., Carr, E. G., Schulte, C., & Dunlap, G. (2004). A Contextual Assessment Inventory for Problem Behavior: Initial Development. *Journal of Positive Behavior Interventions*, 6, 148–165. doi: 10.1177/10983007040060030301
- Moss, S. (2002). *The Mini PAS-ADD Interview Pack: Psychiatric Assessments Schedules for Adults with Developmental Disabilities*. Brighton, UK: Pavilion Publishing.
- Reid, A. H., & Ballinger, B. R. (1995). Behaviour symptoms among severely and

- profoundly mentally retarded patients. A 16-18 year follow-up study. *British Journal of Psychiatry*, 167, 452-455. doi: 10.1192/bjp.167.4.452
- Statens helsetilsyn. (2000). Utviklingshemmede med alvorlige atferdsavvik og/eller psykiske lidelser. En kartlegging av spesialisthelsetjenestens tilbud og behov. Oslo: Forfatter.
- Tetzchner, S. v. (2003). *Utfordrende atferd hos mennesker med lærebemning. Betydning av kommunikasjon, boforhold og tjenester*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Tyrer, P., Oliver-Africano, P. C., Ahmed, Z., Bouras, N., Cooray, S., Deb, S., . . . Crawford, M. (2008). Risperidone, haloperidol, and placebo in the treatment of aggressive challenging behaviour in patients with intellectual disability: a randomised controlled trial. *Lancet*, 371(9606), 57-63. doi: 10.1016/S0140-6736(08)60072-0
- Tyrer, S., & Hill, S. (2001). Psychopharmacological Approaches. In A. Dosen & K. Day (Eds.), *Treating mental illness and behavior disorders in children and adults with mental retardation*. London: American Psychiatric Press, Inc.
- WHO. (1999). *ICD-10: psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser: kliniske beskrivelser og diagnostiske retningslinjer*. Oslo: Universitetsforlaget.

A multimodal contextual approach to the analysis and treatment of challenging behavior in persons with developmental disabilities

Børge Strømgren og Monica Stolen Dønnum
Oslo and Akershus University College of Applied Sciences

Challenging behavior in persons with developmental disabilities are usually understood and treated from either a behavior analytic or psychiatric perspective. Both traditions are well established and may contribute to effective interventions. However, if one does not consider all factors that may produce the challenging behavior, interventions may not be successful, or one may risk harmful medical or behavior analytic treatment. A multimodal contextual approach includes considering the contribution from psychological, psychiatric, neurobiological, physical, and psychosocial factors. By including several disciplines one may reach a more comprehensive understanding of the challenging behavior. The current paper presents a theoretical overview of the multimodal contextual approach.

Key-words: challenging behavior, analysis, intervention, treatment, multimodal, contextual