

# Multimodal Funksjonell Kartlegging: En kontekstuell tilnærming til analyse og behandling av utfordrende atferd

Børge Strømgren  
Høgskolen i Oslo og Akershus

Utfordrende atferd hos personer med utviklingshemming forstås og behandles ofte med utgangspunkt i enten et atferdsanalytisk/miljøterapeutisk eller nevrobiologisk/psykiatrisk perspektiv. Selv om begge perspektiver er veletablerte og kan føre til effektive tiltak fører behandlingen allikevel ikke alltid frem. Dette kan skyldes at man ikke har tatt hensyn til alle faktorer som kan påvirke atferdens forekomst. En multimodal kontekstuell tilnærming kan være nyttig for å kartlegge både psykologiske, nevrobiologiske/psykiatriske, fysiske og psykososiale faktorer som atferden kan være en funksjon av. En analyse av problemet fra flere perspektiver kan gi en mer fullstendig forståelse av atferden og dermed en mer treffsikker *case*-formulering og behandling for den enkelte tjenestemottaker.

*Nøkkelord:* *case*-formulering, funksjonell kartlegging, utfordrende atferd, utviklingshemming

Det er tidligere publisert en artikkel om multimodal funksjonell kartlegging (MFK) i NTA (Strømgren & Dønnum, 2013). Det vil derfor ikke bli fokusert på innholdet i de ulike perspektivene eller bli argumentert for at en slik modell med et bredere perspektiv på utfordrende atferd kan være nyttig da dette ble beskrevet i nevnte artikkel. Det vil bli gitt eksempel på en situasjon for en person i et bofellesskap og de utfordringer – foruten den utfordrende atferden – dette skaper. Det er skapes utfordringer for personen selv og relasjonen til tjenesteytere og pårørende. Det skapes også utfordringer for alle disse i møte med det øvrige hjelpeapparatet, både det kommunale og spesialisthelsetjenesten. Videre vil det bli gitt et praktisk eksempel

på hvordan en slik kartlegging kan gjennomføres og ende i en behandlingsplan, eller beslutning om mer funksjonelle analyser av problemstillinger som gjenstår etter at MFK er gjort.

## Utfordrende atferd i kontekst og kontekst for utfordrende atferd

### Hovedperson

Hovedpersonen er Dag. Han er 40 år når MFK gjennomføres. Han har diagnosene utviklingshemming, autisme og epilepsi. I tillegg er det mistanke om en psykisk lidelse på grunn av en økning i utfordrende atferd. Han har derfor vært innlagt ved psykiatrisk avdeling (spesialisthelsetjenesten) ved nærmeste sykehus. I noen måneder før innleggelsen har det vært tiltakende forekomst av utfordrende atferd, noe som har medført behandlingsforsøk fra fastlege (primærhelsetjeneste) i form av endring av psykotropiske legemidler. Tjenesteytere i

Artikkelen er basert på et innlegg på tilleggsseminaret til NAFOs årsmøteseminar 2014 om funksjonelle analyser.

Fungerende redaktør har vært Hanna Steinunn Steingrimsdóttir.

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

botiltaket (primærhelsetjenesten) har også forsøkt å regulere forekomsten av utfordrende atferd ved hjelp av miljøtiltak, for eksempel å kreve avviksfri atferd i ulike situasjoner kombinert med økt bemanning. Krav til avviksfri atferd var blant annet krav om at Dag skulle sitte rolig i måltider, han fikk for eksempel ikke tromme med fingre eller veive med armer.

### **Henvising til Habiliteringstjenesten (spesialisthelsetjenesten)**

Dag blir henvist til Habiliteringstjenesten, og i henvisningsgrunnlaget beskrives følgende utfordrende atferd: Slår/dytter tjenesteytere daglig, daglige kvelertak bakfra på tjenesteytere, og daglige forvarsler i form av tromming med fingre, veiving med armene, grimaser/stivnet smil, rop/brøl, urolig sitting og hurtig gange uten formål.

### **Multimodal funksjonell kartlegging**

Henvisningsgrunnlaget, Dags diagnoser og den nære behandlingshistorien gjør at Habiliteringstjenesten beslutter å starte en bred utredning med bruk av MFK. Dette innebærer å vurdere atferdstopografier i første omgang, dernest å vurdere funksjonelle forhold – hva som bidrar til de ulike topografiene som er beskrevet, inkludert forvarsler. Hovedfokuset er konteksten utfordrende atferd forekommer i, det vil si Dags helsemessige status (fysisk og psykisk) og hans læringshistorie (psykologisk og sosialt) i tillegg til umiddelbare hendelser og omgivelser. Litteraturen om MFK (Gardner, Graeber-Whalen, & Ford, 2001; Hunter, Wilkniss, Gardner, & Silverstein, 2008) angir en rekkefølge for arbeidet med kartleggingen som er først å se på fremmede betingelser (primære stimulushendelser/S<sup>D</sup> og sekundære stimulushendelser/MO – SE). Dernest vurderes konsekvensene, og til sist vurderes sårbarhetsfaktorer, eller tertiære bakgrunnsforhold/stimulusbetingelser eller sårbarhetsfaktorer (diagnoser med følger, smerter, funksjonsnedsettelse med mer). Denne anbefalingen er gitt under forutsetning

av at helsemessige forhold er ivaretatt og at miljømessige forhold er optimale for de behov den enkelte har. I Dag sitt tilfelle var det en del ubesvarte spørsmål rundt helse og miljø som måtte avklares før videre kartlegging. Det var også nødvendig å se på samarbeidsrelasjoner mellom ulike aktører før utforming av behandlingsplan.

**Helsemessige forhold.** Dag hadde diagnosene utviklingshemming, autisme og epilepsi, som ikke i seg selv er uavhengige variabler for forekomst av problematferd gitt at diagnosespesifikke behov er godt ivaretatt. En gjennomgang av behandlingshistorien ga i tillegg en mistanke om psykose med tilhørende behandlingsforsøk med psykotropiske legemidler. Behandlingshistorien viste også forsøk på behandling av aggressiv atferd med psykotropiske legemidler. I løpet av det siste året hadde antipsykotikumet Haldol blitt seponert, og det ble igangsatt behandling med antipsykotikumet Trilafon, så ble Haldol gjeninnført samtidig som antiparkinsonmiddelet Akineton ble forordnet.

Det er ukjent hvor lenge Dag har brukt Haldol før seponeringen. Man vet at lengre tids bruk kan gi parkinsonlignende symptomer pluss tardive dyskinesier (vridninger og rykninger i ansikt og nakke, sammenrekninger som virker på hele kroppen og problemer med motorisk styring av kroppen) som kan forverres ved seponering – i noen tilfeller må man gjeninnføre en liten dose for å fjerne seponeringsdyskinesiene. Trilafon kan også gi bivirkninger som stivnet smil, veiving med armer, økt bistandsbehov og generell uro.

For å håndtere parkinsonlignende symptomer kan Akineton gis. Kjente bivirkninger av denne er blant andre magebesvær/forstoppelse, vannlatingsbesvær, hallusinasjoner, forvirring og bevegesproblemer. Akineton ble gitt til Dag. I tillegg er akatisi en relativt vanlig bivirkning ved bruk av antipsykotika, og innebærer angst og kribling i kroppen som gir stort ubehag for pasienten og gjør det vanskelig å sitte stille. Bivirkningene er kjente i den forstand at de er beskrevet i Felleskatalogen og pakningsvedlegget, men tjenesteytere

hadde ikke tilstrekkelig kunnskap om disse og hadde dermed ikke informert fastlege om mulige bivirkninger hos Dag. Slike bivirkninger kan dermed lett bli forstått som en del av den utfordrende atferden eller som en del av ”diagnosekomplekset” til Dag; utviklingshemming, autisme, psykose, utfordrende atferd. I tillegg hadde det også blitt igangsatt en diett som behandlingsforsøk for åreknuter. Det var også observert gnagsår.

**Primære diskriminative stimuli/S<sup>D</sup> eller primære aversive stimuli/S<sup>AV</sup>.** Det er her snakk om stimuli som direkte foranlediger den utfordrende atferden eller forløper. I Dag sitt tilfelle ble det kartlagt at korrigerende av uro (tromming med finger og uro) og instruks om å sitte stille ofte var en S<sup>AV</sup>, i tillegg til krav generelt om huslige aktiviteter og overholdelse av diett.

**Sekundære diskriminative stimuli/Motivasjonelle operasjoner (MO) - Settinghendelser (SE).** Her er det snakk om bakgrunnsforhold som bidrar til forekomst av atferden, for eksempel gjennom at unngåelse fra krav blir viktigere enn ellers (MO) eller at tidligere hendelser som våkenatt og tretthet (SE) gjør en mer irritabel eller mer sårbar for ellers små og uproblematisk krav. I Dag sitt tilfelle ble det kartlagt mange MO-SE; hovedfaktorene i botilbudet består av huslige aktiviteter (kjedelig oppgave + krav), støy fra naboer, fellesløsninger ved fritidsaktiviteter, diett, endringer i medikasjon (se Helsemessige forhold), og redusert mulighet til å være alene i egen bolig (grunnet utfordrende atferd), Dag måtte gå eksempelvis på toalettet for å få være alene, noe han fikk i maksimum 5 minutter av gangen.

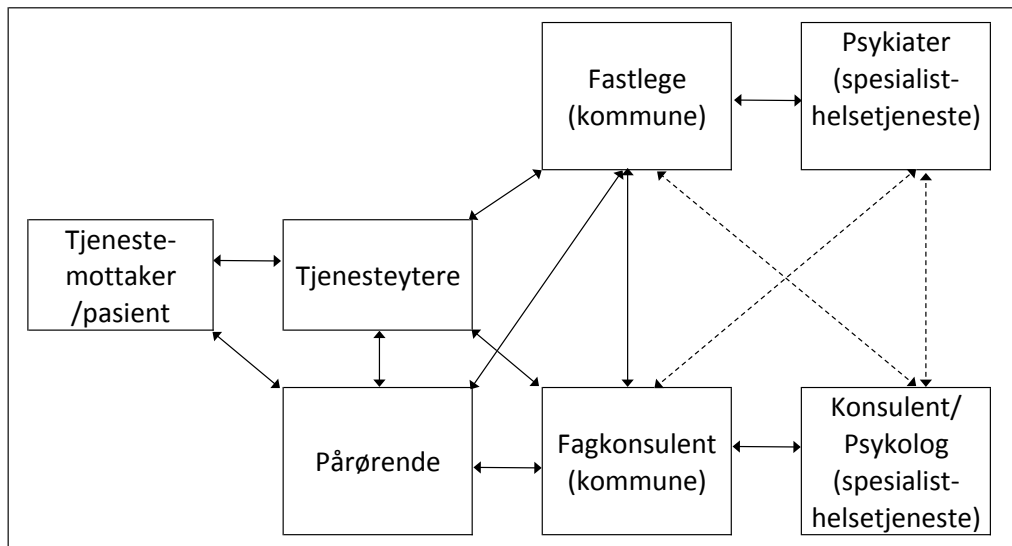
**Funksjonen til målatferden.** Det ble ikke gjennomført eksperimentelle analyser eller intervjubaserte kartlegginger av funksjon da de helsemessige forholdene var for uavklarte og de miljømessige forholdene åpenbart var for lite tilpasset Dag. De observasjonene som ble gjort kunne tyde på negativ forsterkning som funksjonen i de fleste tilfellene, altså unngåelse/utsettelse av krav. Faktorer som bidrar til opprettholdelse er uansett ikke fokus

for denne artikkelen.

**Tertiære påvirkningsforhold.** Dette er biomedisinske forhold som påvirker den enkeltes fungering. For Dag var dette følger av diagnosene; utviklingshemming som blant annet medførte språkvansker og problemer om å varsle om smerter ved for eksempel gnagsår og annet ubehag; autisme som kan medføre høy sensitivitet for lyder og støy fra andre; epilepsi som kan medføre tretthet etter anfall og motoriske problemer grunnet bivirkning fra medikamenter.

### Kontekstuell ramme for utvikling av funksjonell diagnose og behandlingsplan

Figur 1 gir en oversikt over ulike aktører som kan være engasjert i behandling og veiledning overfor ulike problemstillinger på samme tid. Tjenestemottaker er, grunnet manglende eller redusert evne til selvrepresentasjon, avhengig av tjenesteytere for å få medisinsk hjelp fra fastlege (primærhelsetjenesten) og videre fra spesialisthelsetjenesten. Fastlege er også avhengig av korrekte opplysninger fra tjenesteytere for å gi god behandling til tjenestemottaker, og for å vurdere om videre henvisning til spesialisthelsetjenesten, somatisk eller psykiatrisk, er nødvendig. Dette kan vi kalle den somatiske/psykiatriske henvisnings- og tiltakskjeden, og her er det nevrobiologiske/ psykiatriske perspektivet fremtredende. Situasjonen er likedan for henvisning til - og tiltak gjennom, den atferdsanalytiske/miljøterapeutiske henvisnings- og tiltakskjeden, hvor et atferdsanalytisk/funksjonelt perspektiv kan være fremtredende. Den har tradisjonelt bestått av tjenestemottaker, tjenesteytere, fagkonsulent (primærhelsetjenesten), og fagkonsulent/psykolog i Habiliteringstjenesten eller regional psykiatrisk avdeling for utviklingshemming (Spesialisthelsetjenesten). Plassert litt på siden av disse tiltaks- og henvisningskjedene er pårørende med sitt perspektiv og sine kunnskaper, og de kan i noen grad ha kontakt med kommunalt nivå.



Figur 1. Oversikt over den kontekstuelle rammen som behandlingsinnsatser kan foregå innenfor, med en nevrobiologisk/psykiatrisk tiltaks- og henvisningskjede øverst og en atferdsanalytisk/miljøterapeutisk tiltaks- og henvisningskjede nederst.

Det vil være nødvendig at disse tiltaks- og henvisningskjedene kommuniserer med hverandre på de ulike nivåene, og at tiltak iverksettes koordinert. Da kan MFK-modellen være til hjelp i *case*-formulering og tiltaksplanlegging. Det dreier seg om å utvikle hypoteser med utgangspunkt i begge perspektivene, og å arbeide med dem både koordinert og enkeltvis. Hvis det er en hypotese om at utfordrende atferd er et symptom på hallusinasjoner, så er det kanskje ikke fornuftig å bruke tid på å diskutere om det er en sannsynlig hypotese eller ikke, men heller bruke tid på å diskutere hvordan man kan teste den ut, altså få en bekreftelse eller avkreftelse. La oss si at det nevrobiologiske/psykiatriske perspektiv betyr observasjon av atferd som kan tyde på hallusinasjon og behandling med legemidler, med tilbakemelding fra tjenesteytere/fastlege for å vurdere effekt. Her kan det atferdsanalytiske/miljøterapeutiske perspektiv være til hjelp med en funksjonell kartlegging eller analyse av atferd som betegnes som hallusinasjon, og videre med pålitelige registreringer av effekter og bieffekter av medikamentell behandling, som altså vil

gi fastlege/psykiater bedre grunnlag for å vurdere sin behandlingsinnsats. Dette krever selvsagt at tjenesteytere har den nødvendige kompetansen til å gjennomføre slike kartlegginger og registreringer, og at fagkonsulenter i primær- og spesialisthelsetjenesten har kunnskap om opplæring av tjenesteytere i slike registreringer og kartlegginger.

For Dag er et skjema for *case*-formulering, eller "Multimodalt Funksjonelt Diagnoseskjema," vist i Figur 2. Her er de ulike forutgående og etterfølgende påvirkningsfaktorene forsøkt sortert, med vekt på forutgående påvirkningsforhold. En kan ikke legge større vekt på å finne etterfølgende påvirkningsforhold nå, fordi det er alt for mange usikre faktorer. Det kan allikevel selvsagt være både nødvendig og fornuftig å gjenta kartleggingen når mange av de usikkerhetsmomentene som foreligger omkring mulig legemiddelindusert atferd og uheldige miljøfaktorer er avklart og ordnet opp i så langt det lar seg gjøre.

Da vil det foreligge en situasjon der en MFK kan gjøres på nytt, gjerne med hjelp av funksjonelle analyser og/eller kartlegginger for å finne funksjon. På veien dit

Multimodalt Funksjonelt Diagnoseskjema										
Medisinsk		Psykiatrisk		Etter William I. Gardner, Ph.D						
Psykologisk		Sosioekologisk		Målatferder						
Klient: _____				1 Slår / dytter personal - daglig _____						
Skjema nr.: _____				2 Kvelertak bakfra - daglig _____						
Dato: _____				3 Forvarsler* - daglig _____						
Miljøarb.: _____				4 *Tromme med fingre, veive med armene, grimase/stivnet smil,						
				5 rop/brøl, urolig sitting, hurtig gange						
		Forutgående påvirkninger			Konsekvenser/Funksjoner				Intervensjoner	
		Tertiære påvirkningsforhold	Sekundære bakgrunnsforhold	Primære Diskriminative stimuli/hendelser	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	Kravstore tj. ytere, regler for "uro"	Kun mulig med 5. min. pause	Krav om å sitte stille		Krav fjernes				Mindre krav, mer pauser
Personlig	Biomedisinsk	Medikament-bivirkning?							Beh. biv., vente?	
	Affektivt									
	Kognitivt	Utviklingshemming og autisme								
	Perseptuelt									
	Motorisk									
	Sosialt/Mestring	Manglende/dårlig initiativ								Forsterke initiativ
	Komm. Ferdigheter	Dårlig språk							Språk-opplæring	
	Personlighet	Nedstemthet								Mer attrakt-akt.?
Motiverende										

Figur 2. Formulering av hypoteser på funksjonell sammenheng, eller Multimodal Funksjonell Diagnose.

må det lages en integrert behandlingsplan, et eksempel er gitt i Figur 3. Denne er ikke ment å være utfyllende, men illustrerende for hvordan man kan gå fram. Det viktigste er at alle perspektiver er med, at man jobber med

det som er viktigst og mest alvorlig først. Det er ikke nødvendigvis den utfordrende atferden i seg selv, men det kan være lurt å gjøre enkle grep som kan gi stor effekt og si noe om hypotesen raskt.

Multimodal integrert behandlingsplan						
Klient: _____		Målatferder				
Skjema nr.: _____		1 Slår / dytter personal - daglig _____				
Dato: _____		2 Kvelertak bakfra - daglig _____				
Ansatt: _____		3 Forvarsler* - daglig _____				
		4 *Tromme med fingre, veive med armene, grimase/stivnet smil,				
		5 rop/brøl, urolig sitting, hurtig gange				
	Diagnostisk hypotese	Diagnosebasert intervensjon	Gjennomføringsplan trinn for trinn	Forventet endring type/tid/hvor mye	Data type	Ansvarlig; Evaluer når
Medisinske utfordringer*	Gnagsår Mage/Vannlating Seponering; dyskinesi, akathisi	Beh.gn.s. Utred. mage/vannl. Medisinere	Gnagsår beh. Oppf. mage/vannl. Avvente medisinering	Gnagsår kurent 1 uke Mage/vannl. utred. Dyskinesi - irrev. Akatisi ned 2-3 mnd.	Sår obs + Frekv vannl. og dysk./ akath.	Boleder/ Primærlege, 7 og 14 dgr.
Psykiatriske utfordringer	?	?	?	?	?	?
Psykologiske utfordringer	Mye krav Lite forsterk./ ros Dårlig språk	Mindre krav, mer moro og ros. Språkopplæring	Kravred.- straks Moro og ros - straks Språk - 1 mnd.	Nedgang utagerende atferd fra 1. uke	Frekv. målatferd	Boleder/ Daglig/ ukentlig
Sosioekologiske utfordringer	Støy fra andre Innelåst mat Rutiner/dagspl Felles transp.	Endre alle	Låse opp - Endre rutine - Egen transp. Lyddemp/Ny bolig	Nedgang utagerende atferd fra 1. uke	Frekv. målatferd	Boleder/ Daglig/ ukentlig

\* = Somatiske tilstander (altså ikke psykiatriske eller nevropsykiatriske) som antas å bidra til symptomet.

Figur 3. Eksempel på behandlingsplan med tidsfrist og ansvarlig for oppfølging basert på Multimodal Funksjonell Diagnose.

Tiltak som retter seg mot psykologiske utfordringer, slik som å redusere krav og legge opp til mer hygge, kan virke raskt. Tiltak som retter seg mot medisinske utfordringer, som endring i legemidler eller dosering, vil typisk ta noe tid, og det er viktig at miljømessige forhold er stabile i denne perioden, ellers får man en sammenblanding av to endringer samtidig og man vet ikke hva som virket. Konsekvensen kan bli at Dag fortsatt får feil legemiddel eller feil dose lenger enn hva som ville ha vært nødvendig, eller også at krav opprettholdes unødig. Begge deler er uheldig.

Endelig er det viktig at de ulike hypotesene med behandlingsløp har navngitt ansvarlig for gjennomføring og oppfølging. Det må legges en plan for oppfølgingen – hva skal registreres og hvordan. Videre må det bestemmes en målsetting i form av hvor mye problemet skal bedres innen hvilken tidshorisont, altså hvor lenge skal en holde på før en kan si noe om hypotesen er bekreftet eller avkrefte. Deretter vurderes beov for test av neste hypotese. Når slike milepæler er nådd må alle igjen samles og vurdere resultatene samlet ut fra sine perspektiver og kunnskaper.

### Oppsummering

Noen ganger er personers situasjon komplisert i den forstand at det ikke umiddelbart er helt liketil å finne funksjonen til en persons utfordrende atferd. Det er ofte mange og sammensatte problemstillinger ved personens nåværende tilstand og miljøbetingelser. Ofte engasjeres flere instanser i et forsøk på å bedre situasjonen. Det vil i hovedsak da dreie seg om instanser som baserer seg på et nevrobiologisk/psykiatrisk perspektiv eller et atferdsanalytisk/miljøterapeutisk perspektiv. De utgjør i mange tilfeller to uavhengige og parallelle henvisnings-, vurderings- og behandling-kjeder. Begge perspektiver kan være til hjelp (forskning viser det), men en parallell innsats som ikke er koordinert kan medføre at behandlingsinnsatser ikke virker så godt

som de kunne gjort, eller også at de virker mot hverandre. I tillegg kan det hende at en bedring i problemer blir umulig å knytte opp til en behandlingsinnsats fordi flere har pågått samtidig. Dette er ikke til hjelp for tjenestemottaker på sikt. Problemer kan komme tilbake og man kan igjen velge den behandlingsinnsatsen som ble bruk tidligere men som ikke var effektiv. Ved å stå trygt på sitt perspektiv, men samtidig være åpen og se nytten av andres perspektiv kan man bidra til en felles og koordinert innsats og slik legge til rette for langvarig og god behandlingseffekt. MFK-modellen kan være en god måte å få til en slik koordinert innsats på.

### Referanser

- Gardner, William I, Graeber-Whalen, Janice L, & Ford, Debby R. (2001). Behavioral Therapies: Individualizing Interventions Through Treatment Formulations. In A. Døsen & K. Day (Eds.), *Treating mental illness and behavior disorders in children and adults with mental retardation* (pp. 69-100). London: American Psychiatric Press, Inc.
- Hunter, Richard H., Wilkniss, Sandra, Gardner, William I., & Silverstein, Steven 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
- Strømgren, B., & Dønnum, M. S. (2013). En multimodal kontekstuell tilnærming til analyse og behandling utfordrende atferd hos personer med utviklingshemming. *Norsk Tidsskrift for Atferdsanalyse*, 40(2), 133-146.

## **Multimodal Functional Assessment: A contextual approach to the analysis and treatment of challenging behavior**

Børge Strømgen

Oslo and Akershus University College of Applied Sciences

Challenging behavior in persons with developmental disabilities are usually understood and treated on the basis of either a behavior analytic or a psychiatric-neurobiological perspective. Even though both perspectives are well established and may lead to efficient treatment, the treatment effort in a specific case may not lead to any improvements. This may be due to a lack of consideration of all the factors that may affect the occurrence of the challenging behavior. A Multimodal Contextual Approach may thus be useful in order to assess the psychological, psychiatric-neurobiological, physical and psychosocial factors the challenging behavior may be a function of. An analysis that incorporates different perspectives could result in a more comprehensive understanding of the behavior and thus a more accurate case-formulation and treatment for the person receiving the treatment efforts.

*Key words:* Challenging behavior, developmental disability, functional assessment, case-formulation