

Funksjonelle kartlegginger ved angstlidelser hos personer med autismespekterdiagnoser

Kristin Utgård
Sykehuset i Vestfold HF

Angstlidelser diagnostiseres ved hjelp av kategoriske systemer som IDC-10 og DSM-5. Noen av de spesifikke angstkategoriene inneholder beskrivelse av utløsende stimuli og angstatferd. Det er videre beskrevet at angst generelt opprettholdes av unngåelse eller flukt. En spesifikk angstdiagnose vil allikevel ikke være tilstrekkelig for å gjennomføre vellykket behandling for enkeltpasienter. Det er nødvendig med en funksjonell kartlegging av hver angstatferd som inngår i den enkeltes hierarki, med kartlegging av både foranledninger, etterfølgende angstatferd, og kort- og langsiktige konsekvenser av angstatferden. Videre må alternativ atferd med kort- og langsiktige konsekvenser beskrives og prøves ut i atferdsekspirer, også kalt eksponering og responsprevensjon/alternativ responsstyrking. Det vil bli gitt en gjennomgang av arbeidsmåten med eksempler.

Nøkkelord: angst, ASD, behandling, funksjonell kartlegging, KAT

Angstlidelser er en paraplybetegnelse for en hel rekke spesifikke og ikke-spesifikke former for angst (for eksempel sosial fobi og generalisert angstlidelse). Personer med autismespekterdiagnoser (ASD) har signifikant oftere forekomst, og høyere grad av angst enn normalbefolkningen. Den rapporterte forekomsten er usikker, for barn og unge varierer anslagene fra få (11 %) til mange (84 %) (White, Oswald, Ollendick, & Scahill, 2009). Videre rapporterer van Steensel, Bögels og Perin (2011) at 39,6 % av barn og unge med ASD hadde minst én samtidig angstlidelse (spesifikk fobi 29,8 %, ODC 17,4 %, og sosial angst 16,6 %).

Davis III et al. (2011) fant at angstsymptomer gradvis øker inntil tidlig voksenalv, hvor det er en periode med stabilisering, før angstsymptomene gradvis øker igjen. De

hevder at det er en mulighet for at angstsymptomer øker i tidlige barneår, parallelt med kognitiv og motorisk utvikling, noe som muliggjør framvisning av angstsymptomene. Senere kan mange erfaringer med eksisterende kontingenser medføre en utvikling av adaptive eller "maladaptive" funksjonelle atferder. Disse atferdene gir personen med ASD mulighet til å regulere sine sosiale og fysiske omgivelser slik at effekten av å ha angst minimaliseres. Gjennom negativ forsterkning vil også omsorgspersonene sin atferd formes. Pasienten viser sterke reaksjoner ved angst. Disse reaksjonene avtar eller er fraværende når omsorgspersonene bidrar til endring av miljøet slik at situasjoner som fremmer angst hos pasienten minimaliseres eller fjernes. Den siste økningen i angstsymptomer i voksenalderen kan videre reflektere frafall av omsorgspersoner, slik at miljøet endres og pasienten igjen kommer i kontakt med hendelser som fremmer angst.

I en atferdsanalytisk forståelse vil en pasient sin funksjonelle atferd ikke betegnes som maladaptiv, da den er adaptiv for

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

Fungerende redaktør har vært Hanna Steinunn Steingrimsdottir.

Korrespondanse angående denne artikkelen kan adresseres til Kristin Utgård, Glens regionale senter for autisme. E-post: Kristin.Utgard@siv.no

personen eller organismen det dreier seg om. Begrepet må derfor delvis forstås som normativt, at atferden er uvanlig i kulturen og slik sett oppfattes som en lite hensiktsmessig måte å tilpasse seg på. Allikevel, visse atferder som er funksjonelle for personen i øyeblikket kan selsvagt være begrensende for personen på sikt, for eksempel at unngåelsesatferd etter hvert medfører sosial isolasjon. Slik sett kan en atferd være adaptiv her og nå og samtidig maladaptiv på sikt. Det er den langsiktige konsekvensen av angstatferd og unngåelsesatferd som begrenser livsutfoldelsen, og som også er grunnlaget for å iverksette behandling tidligst mulig.

KAT-behandling

Flere studier har undersøkt effekten av behandling basert på kognitiv atferdsterapi (KAT) for angstlidelser hos personer med ASD, og alle har vist positive resultater. En studie (van Steensel, Dirksen, & Bögels, 2014) sammenlignet KAT-behandling for angst hos 24 barn med ASD i alderen 8-18 år med en gruppe på 25 barn i samme alder som mottok andre former for behandling, "treatment as usual" (TAU). 71 % av barna i KAT-gruppa fylte ikke lengre kriteriene for en angstlidelse ved *follow-up*, mot 52 % i TAU-gruppa. De viste også at KAT er en kostnadseffektiv behandlingsform sammenlignet med TAU.

Behandlingskomponenter i KAT

Behandlingskomponentene som inngår i KAT varierer avhengig av intervensjonene,

men KAT for angstlidelser inkluderer ulike variasjoner i kombinasjonen av de følgende komponentene (Arch & Craske, 2009): Bevisstgjøring om angst og redsel, egen monitorering av angstsymptomer, avslapnings-/avspenningsøvelser, kognitiv restrukturering (avkreftede riktigheten av en tanke), imaginær og in-vivo eksponering til de fryktede stimuli uten bruk av tryggingatferd (unngåelse) og forhindre tilbakefall.

Funksjonell kartlegging gir vanligvis føringer for behandlingen, og stadfester topografier av problematferd, følelser og tanker og deres funksjonelle sammenheng. Målet vil være å identifisere de faktorene som er årsak til, medvirker til, eller forverrer problemet. Kartleggingen inkluderer foranledninger og konsekvenser for atferd, de stimuliene som utløser emosjonelle og betingede responser, og de tankene som bidrar til disse emosjonene og atferdene. Det er pasienten som er sin egen eksperimentator. Pasienten planlegger, gjennomfører og evaluerer atferdseksperimenter - eller analog testing - for derigjennom å sikre relevant erfaring med å tåle å stå i et ubehag så vel som å bruke alternativ atferd til unngåelse/flukt. En oversikt over funksjonell kartlegging av nåværende angstatferd og fremtidig alternativ atferd er illustrert i Tabell 1.

Kartlegging av angstatferd - Bevisstgjøringskomponenten

Denne har som mål å gi pasienten grunnleggende informasjon om betingelsene som utløser og vedlikeholder frykt og angst, for derigjennom å fremskaffe et behandlingsrasjonale. Målet er å bryte angstsirkelen (se

Tabell 1. Oversikt over en funksjonell kartlegging av nåværende angstatferd og fremtidig alternativ atferd.

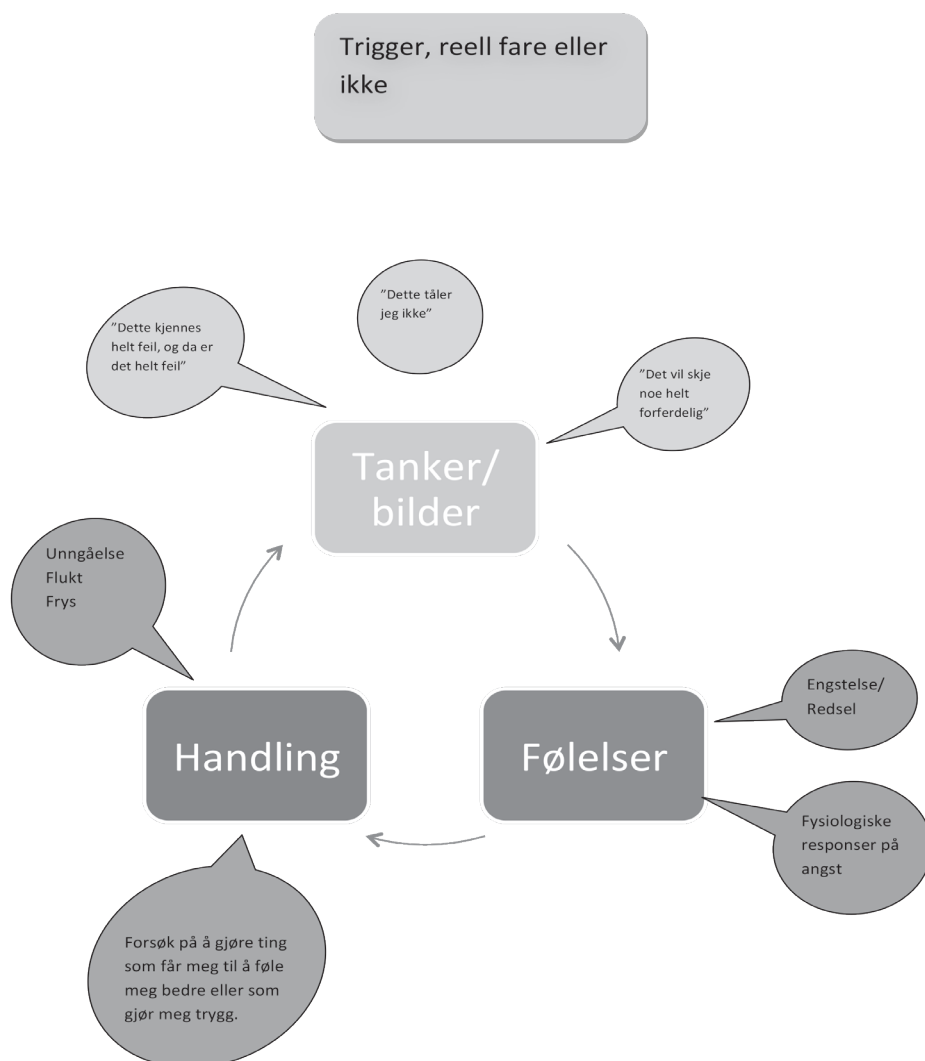
Situasjon Utløsende stimulus	Atferd			Konsekvenser	
	Tanker	Følelser	Handling	Kort sikt	Lang sikt
Gå til bussholdeplassen nær hjemmet sammen med bror	Angsttanke: Dette er skummelt	Angstfølelser: Stramme skuldre, puster fort og grunt	Angsthandling: Snu, dra hjem	Angstatferd: Angst går over her og nå	Angstatferd: Angst blir verre
	Alternative tanker: Det skjer ikke noe	Alternative følelser: Pust dyp, rist løs	Alternativ handling: Følg planen	Alternativ atferd: Angst blir verre	Alternativ atferd: Angst forsvinner

Figur 1). Pasienten lærer at det ikke bare er en hendelse eller en situasjon i seg selv som er årsak til hva vi føler, men også hvordan en tolker denne hendelsen eller situasjonen. Hva en tenker om hendelsen, eller hvilken mening en gir den, kan gjøre angstsymptomene verre eller bedre.

Kartlegging av angstsymptomer - Selvmonitorering

Komponenten med selvmonitorering vektlegger viktigheten av å observere egne

reaksjoner, eller angstsymptomer. Det anvendes ofte angsttermometer eller angstbarometer på en skala fra 0 - 100 (0 = "Ingen, liten angst", og 100 = "Kan ikke bli mer redd") som hjelp til å få et så praktisk anvendelig mål på intensiteten av angstsymptomene som mulig. Pasientene får deretter trening i å registrere sammenhengene de ulike symptomene forekommer i, samt styrken på dem. Rasjonalet er at desto mer en øver, desto bedre vil en bli til å legge merke til sammenhengene symptomene



Figur 1. Angst sirkelen slik den kan brukes under komponenten Bevisstgjøring i KAT-behandling.

forekommer i. Desto mer en legger merke til sammenhengene jo bedre vil en kunne være i stand til å gjøre effektive endringer. Det gjøres gjerne avtaler om å gjøre minimum én loggføring per dag.

Kartlegging av alternativ atferd - Avspennings-/pusteteknikker

Dette kan være å gjenkjenne forskjellen på spente og avslappa muskler, gjerne i kombinasjon med pusteteknikker for å få balanse i misforholdet mellom oksygen og karbondioksid i hjernen grunnet adrenal-infrigjøring som skjer ved angst. Pusteteknikk er ofte benyttet som et redskap for på sikt å lære en pasient til å avstå fra den første, nærmest automatiske, fluktatferden ved angst. Derigjennom får pasienten en mulighet til å vurdere en annen måte å håndtere situasjonen på som gir bedre lang-siktige konsekvenser. Anvendelse av pusteteknikker kan være lite hensiktsmessig hvis pasienten benytter dem som sikringsatferd, eller som et middel til unngå de fryktede kroppslige fornemmelsene, som rask pust og puls.

Kartlegging av angsttanke/tankefeil

Denne komponenten starter med å kartlegge hvordan tankefeil bidrar til misforståelser av situasjoner, og derigjennom påvirker hvilken atferd som fremvises i en slik situasjon, der denne atferden er med på å opprettholde angsten i lignende situasjoner i framtid. Pasienten skal lære at tanker i seg selv ikke nødvendigvis er riktige, og derigjennom ikke nødvendigvis viktige. En trenger ikke å handle ut fra det en tror men heller ut fra det en vet. Når en pasient har lært å gjenkjenne egne tankefeil, forsøker en også å kategorisere de mest fremtredende tankene. Eksempler på kategorier er svart/hvitt tankegang, det å trekke for raske konklusjoner, katastrofetanker og mentalt filter ved å kun fokusere på den negative delen av en situasjon og ignorere resten.

Kartlegging av alternative tanker - Kognitiv restrukturering

Det er viktig å etablere et mer balansert syn på situasjonen. Det er sjeldent så enkelt som at livet er enten helt svart eller helt hvitt, det er også grånyanser. Ut fra dette vil jobben bli å finne hvilke bevis det er for at tanken faktisk stemmer, og hvorvidt den er udiskutabelt og rasjonelt begrunnet. Dette i motsetning til den rådende tanken som kun er basert på eget synspunkt. Denne vil variere fra person til person avhengig av kunnskap, erfaringer, kultur med mer. En rasjonell begrunnelse tilrettelegger for et mer objektivt perspektiv på hvordan en bør evaluere eller bedømme verdien av de tankene en har om en gitt situasjon. Tanker er bare tanker, de er ofte automatiske og ikke nødvendigvis korrekte, og de bare oppfattes som troverdige.

Vi bruker hjelpespørsmål slik at pasienten kan vurdere sine egne tanker kritisk. Eksempler på dette er hvilke bevis det er for at innholdet i tanken stemmer og hvilke alternative forklaringer som finnes. Pasienten vil forhåpentligvis finne en alternativ og mere holdbar hypotese, altså mer rasjonelle tanker i situasjonen.

Det skal ikke underslås at det er et åpent spørsmål om, og eventuelt hvor mye, kognitiv restrukturering påvirker utbyttet av den atferdsmessige komponenten i KAT – eksponering (se Arch & Craske, 2009, for en nærmere diskusjon).

Utprøving av alternativ atferd - Eksponering

Eksponering er den viktigste komponenten i KAT-behandling av alle angstlidelser. Det innebærer en systematisk og planlagt tilnærming til den fryktede stimulus. Dette vil være eksterne stimuli som det å utsette seg for det å samhandle med andre ved sosial angst, men også eksponering for de indre, fysiologiske fornemmelsene en har ved angst, eller også tvangstanker en har ved en tvangslidelse (Obsessive Compulsive Disorder). Eksponering kan være in vivo eller imaginær. Eksponering vil selvsagt kun være

virksomt dersom en pasient har de nødvendige ferdighetene for å gjennomføre en vellykket eksponering. I utgangspunktet må man derfor sikre at pasienten har de generelle ferdighetene som eksponeringssituasjonen krever. Hvis pasienten for eksempel har sosial angst må man være sikker på at det ikke bunner i manglende sosiale ferdigheter. Derfor er det ofte nødvendig å kartlegge sosiale ferdigheter i tillegg til å kartlegge angstsymptomer.

Hvis pasienten har de generelle ferdighetene som situasjonen krever, kan man starte eksponering. Da er det en fordel å ha trent på angstmestringsferdigheter i forkant. Det vil være alternative tanker til feiltanker, alternativer til angstsymptomer og det å stå i situasjonen framfor å flykte. Disse er kartlagt i tidligere behandlingsøker, og pasienten har trent mellom øktene. Det utarbeides gjerne en plan for eksponeringen, der pasienten setter opp hvilke trinn som kan inngå. Denne eksponeringen gjøres mellom behandlingsøktene.

Eksempel på eksponering. En ung mann med Asperger syndrom hadde tanker om at andre, ukjente ville skade ham. Disse tankene hadde tidligere medført så mye angst at han ikke kunne være alene hjemme over lengre tid, og han var aldri ute alene men måtte ha med seg noen han kjente. Han ble kjørt i taxi til/fra skole. Som ung voksen hadde han et langsiktig mål om å være mer selvstendig og kunne bevege seg i verden uten å være avhengig av andre. Delmål var

å kunne gå til/fra bussholdeplassene nær hjemmet så vel som på skolen, og ta bussen til og fra skolen (angstnivå 80). Eksponeringstrinn med forventet og faktisk angstnivå er illustrert i Tabell 2. Ut fra trinn noterte han forventet angstnivå, faktisk angstnivå, om ferdighetene han brukte fungerte, samt hvilke problemer som eventuelt oppsto og hvordan han kunne forberede seg til neste eksponeringsforsøk.

Oppsummering

Denne gjennomgangen er skrevet ut fra hvordan KAT-behandling foregår og hvilke begreper som brukes overfor pasientene. Det kan innvendes at det er lite bruk av atferdsanalytiske begreper, selv om mye av det faglige rasjonale for behandlingen bygger på atferdsanalytiske prinsipper. Poenget her er som sagt å gi en praktisk oversikt. Videre er det ikke slik at pasienter med angst trenger (eller ønsker) å bli opplært i atferdsanalyse. De vil gjøre noe med angsten, og terapeuter må i den forbindelse snakke på en måte som pasienten forstår. Det inkluderer bruk av antakelser og metaforer som ”ligger i kulturen”, selv om de kan diskuteres rent faglig.

For de som er interesserte i en atferdsanalytisk tolkning av fenomenet og hvordan fenomener som private hendelser/atferd kan linkes sammen med offentlig atferd i etablering og vedlikehold – og ikke minst i forståelsen av – angst kan det være verdt

Tabell 2. Oversikt over et angsthierarki med eksponeringstrinn og forventet angstnivå for eksponering og kartlegging av faktisk angstnivå under eksponering.

Trinn	Situasjon	Hvor ille blir det?	Hvor ille ble det?
5	Som trinn 4, men reise alene med bussen hele distansen, og møte assistent halveis mellom skoleholdeplassen og skolen	85	60
4	Gå til bussholdeplassen alene, vente på bussen, ta denne alene, assistent kommer på etter 2 holdeplasser	70	45
3	Gå til bussholdeplassen med bror 50-60 m etter, vente på bussen og bli med denne sammen med bror, bli møtt av assistent på skoleholdeplassen	55	25
2	Gå til bussholdeplassen der bror går 20-30 m etter, så gå hjem med bror	45	15
1	Gå til bussholdeplassen nær hjemmet sammen med bror	35	5

å se nærmere på atferdsanalytisk litteratur innenfor temaet. Artikkelen "Why behavior analysts should study emotion: The example of anxiety" (Friman, Hayes, & Wilson, 1998) gir en oversikt over en forståelse av angst innen for rammen av ACT og unngåelse av opplevelse (experiential avoidance). En annen, og nyere, artikkel, "Transitions to safety in "obsessive" thinking: Covert links of operant chains in clinical behavior analysis" (Mellon, 2013) ser på angst som en naturlig del av en operant atferdskjede der både offentlig og privat atferd sammen og hver for seg kan produsere stimuli som igjen kan etableres som betingede straffere (varselsignaler) eller som betingede forsterkere (sikkerhetssignaler).

Referanser

- Arch, J. J., & Craske, M. G. (2009). First-line Treatment: A Critical Appraisal of Cognitive Behavioral Therapy Developments and Alternatives. *Psychiatric Clinics of North America*, *32*, 525-547. doi: 10.1016/j.psc.2009.05.001
- Davis III, T. E., Hess, J. A., Moree, B. N., Fodstad, J. C., Dempsey, T., Jenkins, W. S., & Matson, J. L. (2011). Anxiety symptoms across the lifespan in people diagnosed with Autistic Disorder. *Research in Autism Spectrum Disorders*, *5*, 112-118. doi: 10.1016/j.rasd.2010.02.006
- Friman, P. C., Hayes, S. C., & Wilson, K. G. (1998). Why behavior analysts should study emotion: the example of anxiety. *Journal of Applied Behavior Analysis*, *31*, 137-156. doi: 10.1901/jaba.1998.31-137
- Mellon, R. C. (2013). Transitions to safety in "obsessive" thinking: Covert links of operant chains in clinical behavior analysis. *European Journal of Behavior Analysis*, *14*(2), 177-197.
- van Steensel, F. J. A., Bögels, S. M., & Perrin, S. (2011). Anxiety Disorders in Children and Adolescents with Autistic Spectrum Disorders: A Meta-Analysis. *Clinical Child and Family Psychology Review*, *14*, 302-317. doi: 10.1007/s10567-011-0097-0
- van Steensel, F. J. A., Dirksen, C. D., & Bögels, S. M. (2014). Cost-effectiveness of cognitive-behavioral therapy versus treatment as usual for anxiety disorders in children with autism spectrum disorder. *Research in Autism Spectrum Disorders*, *8*, 127-137. doi: 10.1016/j.rasd.2013.11.001
- White, S. W., Oswald, D., Ollendick, T., & Scahill, L. (2009). Anxiety in children and adolescents with autism spectrum disorders. *Clinical Psychology Review*, *29*, 216-229. doi: 10.1016/j.cpr.2009.01.003

Functional Assessment of Anxiety Disorders in persons with ASD

Kristin Utgård
Vestfold Hospital Trust

Anxiety Disorders are diagnosed by means of categorical systems like the IDC-10 and the DSM-5. Some of the specific anxiety categories contain descriptions of eliciting stimuli and the following anxiety behavior and furthermore, that anxiety behavior in general is maintained by avoidance or escape functions. Still, a specific anxiety diagnosis is not sufficient in order to provide a successful treatment. It is necessary to perform a functional assessment of every anxiety behavior that enters in to each person's anxiety hierarchy. This functional assessment should cover antecedents, the following anxiety behavior and short and long term consequences of the anxiety behavior. Also, the short and long term consequences of alternative behavior to the anxiety behavior must be assessed and tested in behavioral experiments, also termed exposure and response prevention/alternative response strengthening. The therapeutic process will be described and illustrated with examples.

Keywords: anxiety, ASD, CBT, functional assessment, treatment