

Efekter av Atferdsbehandling for Barn med Mild Grad av Mental Retardasjon¹

Sigmund Eldevik

Nordvoll Skole og Autismesenter, Avdeling Senter for Tidlig Intervensjon

og

Erik Jahr

Akershus Universitetssykehus

Tidlig intervensjon basert på anvendt atferdsanalyse har dokumentert gode resultater i forhold å bedre intellektuell fungering, språklig fungering og generell tilpassning hos barn med autisme (Eikeseth, Smith, Jahr, & Eldevik, 2002; Harris & Handleman, 2000; Lovaas, 1987; McEachin, Smith, & Lovaas, 1993) og PDD (Smith, Groen, & Wynn, 2000). Omlag 75% av barn med autisme vil også fylle kriteriene for diagnosen mental retardasjon (Gillberg & Steffenburg, 1987). Imidlertid foreligger det ikke noe undersøkelse på effekten av tidlig intervensjon basert på anvendt atferdsanalyse overfor barn som *kun* har diagnosen mental retardasjon. Målet med denne undersøkelsen var å evaluere effekter av tidlig intervensjon basert på anvendt atferdsanalyse ovenfor barn med mild grad av mental retardasjon.

Metode

Arkiv data fra Senter for Tidlig Intervensjon (STI) og Akershus Universitetssykehus (AHUS) ble analysert. Samtlige barn som a) oppfylte DSM-IV kriteriene for mental retardasjon eller grenseland intellektuell fungering (American Psychiatric, 1994), b) var under 6 år når behandlingen startet og c) var blitt testet med en standardisert intelligens test og et Vineland intervju ved oppstart av behandling og etter ca 1 år med behandling ble inkludert i analysen. I følge DSM-IV er kriteriene for diagnosen mental retardasjon en IQ på ca 70 eller lavere og tilsvarende lav skåre på Vineland. For barn med en IQ på mellom 70 og 85

¹Denne undersøkelsen ble presentert som poster ved Association for Behavior Analysis 29. årlige kongress i San Francisco, USA, mai 2003. For mer detaljert informasjon kontakt Sigmund Eldevik, psykologspesialist, Nordvoll Skole og Autismesenter, Avd. Senter for Tidlig Intervensjon (STI), Dr. Dedichensvei 18, 0675 Oslo. E-post: eldevik@online.no

anvender man diagnosen grenseland intellektuell fungering. Totalt 10 barn oppfylte disse kriteriene. Basert på en kartlegging av hva slags type behandling de hadde fått ble barna fordelt i to ulike grupper. I en gruppe (n=5) hadde barna mottatt atferdsbehandling i gjennomsnitt 10 timer i uka og i en annen gruppe (n=5) hadde barna mottatt noe et eklektisk basert spesialpedagogisk tilbud. Alle barna gikk i vanlige barnehager eller skoler. Med unntak av lavere intensitet (det vil si færre antall timer i uka med målrettet opplæring) ble atferdsbehandlingen gjennomført av STI/AHUS slik det blir gjort ovenfor barn med en autisme diagnose. For mer detaljer om selve behandlingen og organiseringen av denne, se for eksempel Løvaas (2003). Den eklektisk baserte behandlingen ble gjennomført av AHUS i samarbeid med lokal PPT. Typisk ville den eklektiske behandlingen innholde elementer fra to eller flere av følgende arbeidsmåter: tegn til tale, sansemotorisk trening, logopedi, bildebaserte dagtavler og ellers teknikker og metoder basert på den enkeltes personlige erfaring.

Resultater

Ved oppstart var det ingen signifikante forskjeller mellom gruppene verken i IQ eller Vineland (ABC) skårer. Etter ett år med behandling var forandringen i IQ skåre statistisk signifikant i favør av gruppen som hadde fått atferdsbehandling. Forskjellen i ABC skåre etter ett år med behandling var ikke statistisk signifikant. Se tabell 1. Gjennomsnittlig økning i IQ for gruppen som hadde fått atferdsbehandling var 21 poeng, mens gruppen som hadde fått eklektisk behandling gikk fram 1

Tabell 1. Gjennomsnittlig antall timer opplæring i uka, varighet av behandlingen, testskårer før og etter behandling med standardavvik, range og p verdi.

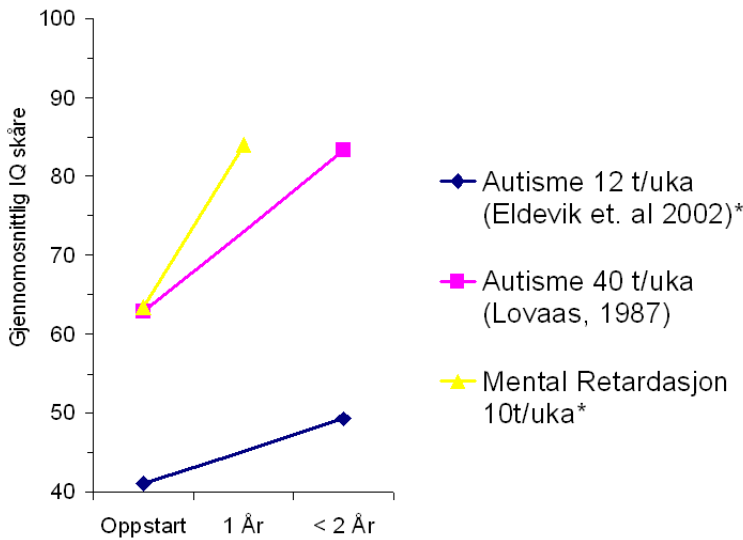
Om behandlingen	Atferdsbehandling M, SD og range	Eklektiskbehandling M, SD og range	p
Timer i uka med målrettet opplæring	9.6 (0.9 8-10)	na	ns
Måneder i behandling	10.4 (3.4 5-14)	14.2 (2.7 12-18)	ns
Alder ved oppstart	58.4 (11.3 46-72)	48.8 (12.9 31-66)	ns
IQ før behandling	63.4 (12.4 43-74)	54.4 (12.4 35-64)	ns
IQ etter behandling	84.0 (8.7 69-90)	55.0 (16.2 34-71)	< .001
IQ forandring	20.6 (4.2 (15-26)	0.6 (6.1 -5-8)	< .0001
ABC før behandling	55.0 (4.3 61-60)	59.3 (6.7 53-66)	ns
ABC etter behandling	59.8 (6.3 51-67)	56.8 (7.2 51-68)	ns
ABC forandring	5.8 (6.4 0-16)	-2.5 (-4 -2.5)	ns

Efekteer av Atferdsbehandling for Barn med Mild Grad av Mental Retardasjon

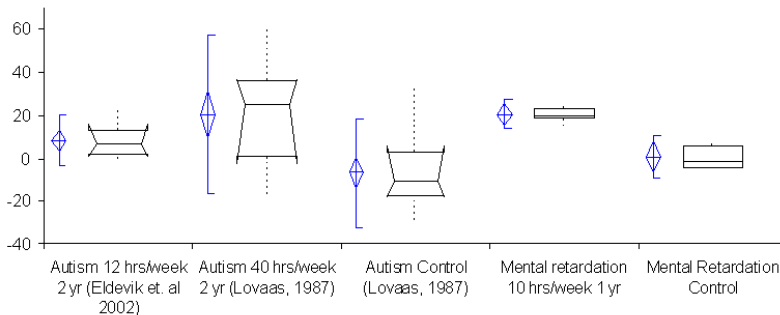
poeng. Tre av de fem barna som hadde fått atferdsbehandling skåret innenfor normalvariasjonen på intelligens etter 1 år, de andre to forbedret sin klassifikasjon til grenseland intellektuell fungering. To av barna i sammenligningsgruppen som hadde fått eklektisk behandling fikk en forbedret klassifikasjon til grenseland intellektuell fungering, mens de resterende tre fremdeles oppfylte kriteriene for mental retardasjon $c^2(1, 1) = 4.3 p < .05$.

Diskusjon

Disse resultatene kan tyde på at atferdsbehandling bør være førstevalget også for barn med mental retardasjon. Videre ser det ut til at barn med mental retardasjon profiterer mer på denne type behandling enn barn som tradisjonelt har blitt tilbudt dette, slik som barn med autisme/PDD. Se figur 1. Gruppen med mentalt retarderte



Figur 1. Effekteer av atferdsbehandling av ulik intensitet for barn med autisme og barn med mental retardasjon (* = $p < .001$).



Figur 2. Forandring i IQ etter atferdsbehandling og i sammenligningsgrupper for barn med autisme og barn med mental retardasjon.

som hadde fått atferdsbehandling gjorde det signifikant bedre enn barn med autisme som hadde fått et tilsvarende omfang atferdsbehandling over en periode på 2 år ($p < .001$) (Eldevik, Jahr, Eikeseth, & Smith, 2003). De oppnådde samme gjennomsnittlige IQ forandring som barn med autisme som hadde fått 40 timer i uka med atferdsbehandling over en periode på 2 år. Se figur 2. Mens resultatene så langt altså ser lovende ut, må det gjennomføres mer kontrollerte undersøkelser før konklusjoner kan trekkes.

Referanser

- American Psychiatric, A. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV* (4th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Eikeseth, S., Smith, T., Jahr, E., & Eldevik, S. (2002). Intensive behavioral treatment at school for 4- to 7-year-old children with autism: A 1-year comparison controlled study. *Behavior Modification, 26*(1), 49-68.
- Eldevik, S., Jahr, E., Eikeseth, S., & Smith, T. (2003). *Effects of low-intensity behavioral treatment for children with autism and mental retardation*. Manuscript submitted for publication, Oslo.
- Gillberg, C., & Steffenburg, S. (1987). Outcome and prognostic factors in infantile autism and similar conditions: a population-based study of 46 cases followed through puberty. *Journal of Autism & Developmental Disorders, 17*, 273-287.
- Harris, S. L., & Handleman, J. S. (2000). Age and IQ at intake as predictors of placement for young children with autism: A four- to six-year follow-up. *Journal of Autism & Developmental Disorders, 30*(2), 137-142.
- Lovaas, O. I. (1987). Behavioral treatment and normal educational and intellectual functioning in young autistic children. *Journal of Consulting & Clinical Psychology, 55*(1), 3-9.
- Løvaas, O., Ivar. (2003). *Opplæring av mennesker med forsinket utvikling: Grunnleggende prinsipper og programmer*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- McEachin, J. J., Smith, T., & Lovaas, O. I. (1993). Long-term outcome for children with autism who received early intensive behavioral treatment. *American Journal on Mental Retardation, 97*(4), 359-372.
- Smith, T., Groen, A. D., & Wynn, J. W. (2000). Randomized trial of intensive early intervention for children with pervasive developmental disorder. *American Journal of Mental Retardation, 105*(4), 269-285.