

# Atferdsanalytiske prinsipp for behandling av atferd som inngår i psykiske lidelsar og atferdsforstyrrelsar, basert på funksjonelle analysar

Børge Holden

Sykehuset Innlandet HF, Habiliteringstjenesten i Hedmark

## Resymé

Målet med funksjonelle analysar er å bruka resultatane i utforming av behandling. Funksjonelle analysar har tradisjonelt vore reservert for ulike former for problematferd, uavhengig av psykiatriske diagnoser. Det er ingenting i veien for (1) å bruka funksjonelle analysar på atferd som inngår i psykiske lidelsar og atferdsforstyrrelsar, og (2) å utvida funksjonelle analysar til å gjelda forholdet mellom verbal atferd og «udiagnostisert problematferd» og atferd som inngår i psykiske lidelsar og atferdsforstyrrelsar. Begge delar vert gjort i stigande grad. Målet med artikkelen er å visa koss resultat av funksjonelle analysar kan brukast til å utforma behandling av atferd som utgjer større eller mindre delar av dei fleste lidelsar og forstyrrelsar som finst i ICD-10. Behandling som vert presentert er for det meste dokumenterte, effektive behandlingsmetodar som er baserte på generelle atferdsanalytiske prinsipp.

## Innleiing

Atferdsanalyse har vore forbunde med behandling og opplæring av folk med psykisk utviklingshemning og utviklingsforstyrrelsar. Det finst eit slikt samband, men det er meir og meir klart at atferdsanalyse er relevant langt utover desse gruppene. Det er snarare vanskeleg å sjå kva grupper og problem atferdsanalyse *ikkje* har noko å tilby. Atferdsanalyse er aktuelt for dei mest svakfungerande til intellektuelt velfungerande personar, og behandling av «primitiv» problematferd til personleghetsforstyrrelsar, angst, depresjon og andre komplekse psykiske lidelsar og atferdsforstyrrelsar. Ein kan minna om atferdsanalytisk psykoterapi, som aksept- og forpliktelsesterapi (sjå Hayes, Luoma, Bond, Masuda & Lillis, 2006). Ifylgje APA, den amerikanske psykologforeininga, er det effektive atferdsanalytiske metodar for dei fleste psykologiske problem hos barn, unge og vaksne, meir enn andre retningar kan by på (sjå Eikeseth & Svartdal, 2003).

### *Evidensbasert behandling*

Når ein skal diskutera grunnlaget for behandling, er begrepet «evidensbasert behandling» relevant. I somatisk medisin er det stor einighet om å basera behandling på evidens, det vil seia at ein diagnose skal føra til behandling som er dokumentert som mest effektiv for denne diagnosen. Det er klare grunnar til dette: Innanfor somatikk er mange diagnosar klart avgrensa kategoriar med relativt klare årsaksfaktorar. Diagnosane predikerer effektiv behandling for svært mange sjukdommar. Innanfor psykiatri og psykologisk behandling er evidensbasering til dels kontroversielt. Mange er tilhengjarar. Helsemydighetene sender ut skriv som orienterer om kva som vert rekna for mest effektiv behandling for fleire lidelsar, som schizofreni (Statens helsetilsyn, 2000b), stemningslidelsar (Statens helsetilsyn, 2000c), angstlidelsar (Statens helsetilsyn, 1999b) og alvorlege spiseforstyrrelsar (Statens helsetilsyn, 2000a).

Ein del er likevel imot dei aukande krava til evidensbasering, av ulike grunnar: Nokon hevdar at folk og problem er for individuelle til at diagnosar kan seia kva som er best behandling. Andre meiner at den frie, terapeutiske samtalen ikkje må forstyrrast av fastlagde, metodiske tilnærmingar og at evidensbasering er eit «instrumentalistisk mistak» (sjå Ekeland, 1999), som om all behandling skjer eller må skje ved hjelp av samtale.

Atferdsanalysen har eit lite kjent mellomstandpunkt i dette spørsmålet. Han deler skepsisen til diagnosar som pålitelege utgangspunkt for behandling, og ser store forskjellar mellom somatikk og atferd. Knappt nokon meiner klarare enn atferdsanalysen at kategorielle diagnosar er for generelle og at dei skjuler individuell variasjon (Holden, 2006b, Hove & Holden, 2006). Evidensbasert behandling vil derfor aldri nå fram like godt som i somatikken. Atferdsanalysen meiner likevel at nokon tilnærmingar er meir effektive enn andre, og at det går an å dokumentera kva ein gjer og effektar av dette. At alt skal vera like bra og at den «frie terapeutiske samtalen» skal vera effektiv for alle problem, har atferdsanalysen lite tru på. For svært mange problem er samtalar ikkje nok. Òg andre retningar enn atferdsanalysen er kritiske til diagnosebasert behandling og deler ein del synspunkt med atferdsanalysen.

### *Årsaksbasert og diagnoseuavhengig behandling i annan psykologi*

Mange psykologiske retningar har eigne måtar å forklara atferd på som går på tvers av formelle diagnosar. I psykoanalyse og psykodynamisk psykologi snakkar ein bl.a. anna om ulike konfliktar som årsakar til ulike psykologiske problem (bl.a. Crits-Cristoph & Barber, 1991). Eigne forklaringsmåtar finst òg innanfor bl.a. humanistisk og eksistensiell psykologi, i form av bl.a. manglande akseptering. Forklaringsmåtane inneber generelle, mulege årsakar til atferd som er baserte på teoretiske antakelsar og kliniske erfaringar. Dei kan oppfattast som grunnprinsipp som skal bidra til behandling med utgangspunkt i forståing av årsakar til atferd. Prinsippa er ikkje eksperimentelt påviste, og er ikkje prinsipp i meininga «funksjonelle klassar av hendelsar som kan påverka atferd systematisk». Dei er heller ikkje beskrevne enklast mulege (såkalla «parsimoniøst»). Som me skal sjå, skil dei seg noko frå atferdsanalytiske prinsipp.

Dei same retningane har tilsvarande terapeutiske prinsipp, som måtar å handtera overføring på, og vilkårslaus akseptering. Dette er *kliniske* prinsipp, altså konkrete handlemåtar i terapi (sjå Holden, 2002). Prinsippa er definerte ut frå kva ein synes det er klokt å gjera, ikkje ut frå spesifikke effektar på atferd, og er baserte på kliniske erfaringar. Dei seier derfor lite om kva ein kan gjera i heilt nye situasjonar ein møter. Behandling har derfor strukturalistiske innslag: Den er basert på meir eller mindre pålitelege samanhengar mellom atferd og det ein oppfattar som gode terapeutiske inngrep. Ei slik tilnærming har likhetar med eit diagnostisk utgangspunkt; det er primært *måtane* å beskriva kategoriar av kliniske problem

på som er forskjellige. I staden for ICD-10-diagnosar (Sosial- og helsedirektoratet, 2005) er egne, kliniske kategoriar grunnlag for terapeutiske grep. Mykje av psykologien, enten utgangspunktet er evidensbasering med utgangspunkt i diagnosar eller for eksempel dei to nemnde retningane, er med andre ord prega av at behandling skjer ved hjelp av spesielle terapeutiske grep som skal passa for ulike typar problem.

### Årsaksbasert og diagnoseuavhengig behandling i atferdsanalyse

Eit særtrekk ved atferdsanalyse er eit begrensa sett av grunnprinsipp. Desse er eksperimentelt påviste, funksjonelle klassar av hendelsar som kan påverka atferd, og er beskrevne enklast muleg. I tillegg vert atferdsanalytiske prinsipp etablerte ved hjelp av grunnforskning før dei kjem i klinisk bruk. Prinsippa vert bl.a. brukte i funksjonelle analysar, det vil seia analysar av individuelle årsakar til atferd. Funksjonelle analysar av atferd som har ICD-10-diagnosar har eg skreve om tidlegare (Holden, 2006a). Ikkje minst tok eg opp koss eigen og andres verbale atferd kan påverka atferd i problematisk retning. Folk som ikkje kjenner godt til nokonlunde avansert funksjonell analyse kan ha nytte av den artikkelen før dei går vidare.

Eit sentralt poeng i den forrige artikkelen, som i atferdsanalysen elles, er at ulike lidelsar og forstyrrelsar ofte er *funksjonelt* like. Eit eksempel er tvangslidelse og tics. Dei kan bl.a. ha motivasjonelle forhold og forsterkning felles. Det er likevel nyansar i sensitivitet for forsterkarar og aversiv stimulering mellom personar. Det same gjeld det verbale: Ulike lidelsar og forstyrrelsar kan påverkast av dei same hovudklassane av verbal fungering, som fylgjing og sporing (sjå bl.a. Holden, 2003b), av meir komplekse ferdigheter som evaluering og koordinering, og av lite adaptiv fungering som kognitiv fusjon, unngåing av opplevelse, og begrunnelse (sjå Wilson, Hayes, Gregg & Zettle, 2001). Det er likevel alltid nyansar i innhald og kor mykje det påverkar atferd. Eit anna poeng er at same diagnose ikkje garanterer same funksjon. Det kan òg vera store funksjonelle forskjellar mellom diagnostisk og topografisk like lidelsar. For eksempel tics kan vera funksjonelt forskjellige. Alt i alt frigjer funksjonelle analysar oss frå diagnosar, atferdskategoriar og prebestemte oppfatningar om årsakar som utgangspunkt for behandling. Det er bra, fordi diagnosar er svake utgangspunkt for miljøbasert behandling. I tillegg kan funksjonelle analysar «avmystifisera» diagnosar. Men sjølv om eg vil svekka diagnosars status, finst det argument for pragmatisk bruk av diagnosar (sjå bl.a. Holden, 2006b; Hove & Holden, 2006).

Funksjonelle analysar er sjeldan komplette, men ofte grunnlag nok for å utforma behandling. Tradisjonell bruk av resultat av funksjonelle analysar er godt kjend og går enkelt sagt ut på å:

1. Eliminera forsterkning av problematferd,
2. Snu opp ned på forsterkningsbetingelsar og gjera forsterkarar som har opprettheldt problematferd avhengige av annan atferd eller fråver av problematferd, og
3. Endra motivasjonelle operasjonar, ofte ved å gjera forsterkning av problematferd mindre effektiv.

I tillegg skal me sjå på koss me kan utnytta forhold som ikkje inngår i tradisjonelle funksjonelle analysar (sjå Holden, 2006a). I den tidlegare artikkelen gjekk eg gjennom ti former for funksjonelle forhold som kan ligga til grunn for lidelsar og forstyrrelsar. Eg tar utgangspunkt i desse klassane når eg går gjennom behandling, med unntak av at mindre

komplekse motivasjonelle forhold er plasserte under punkt 1 (spesiell sensitivitet for positive forsterkarar) og 3 (spesiell sensitivitet for aversive stimuli). Eit viktig mål er å få fram at behandling av lidelsar og forstyrrelsar med ulike topografi og same hovudfunksjon har store prinsipielle likheter, og at forskjellar går mest ut på å *arrangera* prinsippa forskjellig. For fleire funksjonar er lidelsar grupperte etter slike forskjellar. I og med at lidelsar og forstyrrelsar kan ha fleire funksjonar, kan dei «dukka opp» fleire stader.

Det er ikkje alltid muleg å påvisa klare funksjonar og utforma behandling deretter. Påvisning av funksjonar er heller ikkje eit absolutt krav for å utforma behandling, sjølv om det er ein fordel. Det går alltid an å bruka bl.a. differensiell forsterkning. Variantar som DRO, DRA, DRI og DRH er beskrevne ei rekke stader (sjå bl.a. Fredheim & Finstad, 2006; Holden, 2003a). Rein hindring av atferd er ein annan mulegheit. Ein tredje utveg er straff, som ikkje er så dramatisk som det kan høyrast ut: At for eksempel kriminell, psykopatologisk atferd fører til mindre rettigheter er ein naturleg konsekvens, men må kallast straff når det reduserer førekomsten av atferden som førte til konsekvensen. Slike ikkje-funksjonelle metodar kan òg brukast på tvers av problem og diagnose.

Eit anna mål er å få fram at psykologisk behandling er meir enn samtalar, og at ikkje alle har nytte av psykoterapi. Pasientar kan for eksempel vera barn, ha lærevanskar eller alvorlege forstyrrelsar som dei har liten innsikt i. Eg går primært gjennom typisk miljøbasert behandling, i form av:

1. Treningssopplegg der pasienten trener på alt frå å overvinna fobiar til å læra nye ferdigheter. Dette er mest aktuelt når personen er motivert for behandling.
2. Tilrettelegging av miljø, der foreldre og/eller tilsette prøver å påverka personens atferd innanfor familiar, institusjonar, avdelingar, skular, barnehagar, kommunal omsorg og liknande. Dette er særleg aktuelt når personen i utgangspunktet er lite behandlingsmotivert.
3. Trening og tilrettelegging kan kombinerast, som når ein forsterkar trening.

Mot slutten seier eg litt om atferdsanalytisk psykoterapi og koss ein kan forstå effektar av psykotrope medikament i funksjonelle termar. Eg er innom dei fleste diagnosane i ICD-10, med vekt på alvorleg forstyrra atferd og atferd som dei fleste vil ha behandling for. Nokon diagnosar som er mindre klare indikasjonar for behandling er tatt ut, bl.a. nokon personleghetsforstyrrelsar og seksuelle tilstandar, for at artikkelen ikkje skal vera for omfattande. Prinsippa bør likevel vera like aktuelle for desse. Dei fleste metodane eg går gjennom er dokumentert effektive, mens nokon få fylgjer av ei generell atferdsanalytisk tilnærming. Eit dilemma må nemnast: Eg har gått inn for å visa *breidd* i den atferdsanalytiske tilnærminga. Eit alternativ kunne vore å ta for seg fleire lidelsar meir grundig. All behandling inneber for øvrig komplisert tilrettelegging. Til slutt må eg få fram at det er ingen fasit for kva som skal behandlast. Diagnose betyr ikkje automatisk behandling. Prinsipp og metodar for behandling er derfor bare aktuelle *vis* behandling skal skje. Dersom tvang skal vera ein del av behandling, finst det lovar og etiske reglar for dette (sjå bl.a. Eikeseth, Lovaas & Holden, 2006).

### 1. Spesiell sensitivitet for positive forsterkarar

Ein del atferd som utgjer eller er ein del av psykiske lidelsar og atferdsforstyrrelsar produserer forsterkarar som er farlege, straffbare, sosialt stigmatiserande eller problematiske på andre måtar. Målet med behandling av slik atferd er derfor ofte at personen meir eller mindre avstår frå atferden, òg dersom forsterkaren er tilgjengeleg. Tilgang på problematiske

forsterkarar er ofte begrensa av forstålege grunnar; det er sjeldan «fri flyt» av for eksempel straffbare forsterkarar. Relativt konstant sensitivitet, eller deprivasjon, er derfor naturleg. Forsterkaren kan med andre ord vera svært effektiv det meste av tida, med tilsvarende fare for at atferden oppstår. Grunnleggande strategiar i behandling av slik atferd er:

1. Hjelpa personen til å trene på å avstå frå atferden. Behandling av mange former for positivt forsterka problematferd går ut på at personen eksponerer seg for situasjonar der forsterkaren er tilgjengeleg, utan å visa problematferd. Ein annan mulegheit er å øva på å halda seg unna situasjonar der forsterkaren er tilgjengeleg. Det er alltid ein fordel at personen samarbeider og ønsker endring. For fleire lidelsar er det vanleg med gruppebehandling for folk som har same problem.

2. Enkel, differensiell forsterkning er særleg aktuell for personar som i utgangspunktet ikkje er behandlingsmotiverte. I og med at forsterkaren som opprettheld atferden er problematisk i seg sjølv, er det aktuelt å presentera *andre* forsterkarar avhengig av fråver av problematferd eller avhengig av andre atferdar. Å hjelpa personen til å innhenta andre forsterkarar, eller få andre interesser, er ei viktig form for differensiell forsterkning.

3. Hindra at personen kjem i situasjonar der forsterkaren er tilgjengeleg, eller hindra atferden når forsterkaren er tilgjengeleg. Dette er særleg aktuelt når personen er lite motivert for behandling og når forsterkaren er så effektiv at det er stor fare for at personen viser atferden uansett. «Hindra» kan vera alt frå innestenging og fysiske inngrep til sosial støtte.

4. Bidra til at forsterkaren avtar i verdi. Å vera utan ein forsterkar aukar sensitivitet for forsterkaren. Sensitiviteten vert vanlegvis sterkare ei stund, for så å avta (Murphy, McSweeney, Smith & McComas, 2003). Tidlege fasar er ofte kritiske. Det er ingen garanti for at den forsterkande verdien forsvinn, jamfør dei som «sprekk» når det gjeld stoff, alkohol, tobakk og anna. Sidan forsterkaren er problematisk, er det lite aktuelt å gjera han mindre forsterkande ved å presentera han uavhengig av atferd, som i non-kontingent forsterkning. Det er heller tale om å presentera andre forsterkarar non-kontingent. Eit unntak kan vera behandling av stoffmisbruk (sjå seinare).

Dei fire punkta er aktuelle for mange lidelsar og forstyrrelsar. Nokon går ut på ulike former for avhengighet, bl.a. F10-F19 Psykiske lidelsar som skuldast bruk av psykoaktive stoff, som kan vera stoff- og alkoholmisbruk. Det same gjeld F63 Vane- og impulsforstyrrelsar i form av F63.0 Patologisk spelelidenskap. Behandling har fleire fellestrekk, ikkje minst bistand til å halda seg så mykje borte frå det ein er avhengig av at ein oppnår ein vesentleg gevinst. Gruppebehandling med vekt på sosial støtte til å avstå frå atferden og utføra andre aktivitetar er vanleg både ved avhengighet (Bellack, Bennett, Gearon, Brown & Yang, 2006) og speling (Skjerve & Prescott, 2005).

Fleire lidelsar er alvorleg og i verste fall straffbar atferd, som F65.8 Andre spesifiserte forstyrrelsar i seksuelle objektvalg, som nekrofil og zoofili, F63 Vane- og impulsforstyrrelsar i form av F63.1 Pyromani og F63.2 Kleptomani, og F65 Forstyrrelsar i seksuelle objektvalg, som F65.2 Blotting, F65.3 Kikking og F65.4 Pedofili. Det meste av dette er straffbart. Kontroll i form av fengsel, kontakt med kriminalomsorg og negative reaksjonar elles held atferden iallfall delvis i sjakk. Mange av atferdane er klare eksempel på at målet med behandling må vera «nullførekomst». Det kan høyrast grotesk ut, men behandling ut over rein kontroll bygger faktisk på mykje av det same som behandling av avhengighet, ikkje minst sosial støtte til å avstå frå atferden, ofte i grupper (Cohen & Galynker, 2002). Trening i å avstå frå atferden meir sjølvstendig går ikkje minst ut på gradvis reduksjon av kontroll. Gradvis auke i sjølvstendighet kan òg forsterka framgang. Det må leggest til at

mykje er vanskeleg å behandla og at meir sjølvstendighet kan auka faren nettopp for alvorlege handlingar (Firestone, Bradford, McCoy, Greenberg & Curry, 2000). (I verste fall kan ein ikkje utelukka at tilsynelatande framgang er ein strategi frå personen si side for å komma i posisjon til å utføra for eksempel pedofile handlingar.)

Fleire lidelsar vert kalla «habit disorders» («uvarar») eller repeterande atferdsforstyrrelsar. Dette gjeld F95.2 Tourette syndrom, det vil seia tics (som *kan* vera positivt, automatisk forsterka), F98 Andre atferdsforstyrrelsar og følelsmessige forstyrrelsar som vanlegvis oppstår i barne- og ungdomsalder, som F98.3 Pica [å eta noko ueteleg] i spedbarns- og barnealder, og F98.8 Fingersuging, neglebiting eller naseplukking. For personar som kan samarbeida om behandling er det aktuelt med trening i å avstå frå atferden, i form av «habit reversal» («vaneavvenning») (Miltenberger, Fuqua & Woods, 1998; Woods & Miltenberger, 2002). Hos barn og folk med psykisk utviklingshemning er det meir aktuelt med differensiell forsterkning (Woods & Himle, 2004) og manuell blokkering (McCord, Grosser, Iwata & Powers, 2005).

F98.4 Stereotype bevegelsesforstyrrelser kan vera automatisk, positivt forsterka sjølvskadning. Dette er ei relativt eiga gruppe av problem i denne samanhengen. Behandling kan vera alt frå differensiell og non-kontingent forsterkning, såkalla berika miljø, til ulike former for fysisk hindring av handlingar, det vil seia det meste av klassiske, atferdsanalytiske metodar (sjå Holden, 2003a).

I andre tilfelle er handlingar og forsterkarar uproblematisk i seg sjølv. Men på grunn av sterk sensitivitet utfører personen svært mykje av den aktuelle atferden. Målet kan derfor vera å dempa atferden til akseptabelt nivå. Ein kan vurdere å redusere effekten av slike forsterkarar ved å presentere dei non-kontingent, som ein førebyggjande strategi (sjå Holden, 2005). Eit eksempel kan vera F30 Manisk episode, som langt på veg er eit generelt auka konsum av forsterkarar og høge «metningspunkt». Atferden kan vera «ustoppeleg», ikkje minst i sosiale situasjonar. Når personen har ekstreme krav til for eksempel oppmerksomhet, har eg opplevd å måtte komma personen ein del i møte, òg non-kontingent, for å førebygga aggresjon. I alvorlege fasar kan motivasjon for behandling vera svak eller fråverande, og pasienten kan trenga omfattande hjelp til å dempa impulsivitet. Tvang er ikkje uvanleg. Å bistå personen med kontroll av pengar og anna kan vera nødvendig (sjå Oral, 2004). F90 Hyperkinetiske forstyrrelsar (AD/HD) finst det til dels effektiv atferdsanalytisk behandling for. Ikkje minst går det ut på å leggja til rette slik at situasjonar reduserer distraksjon og fremmar oppmerksomhet, og forsterka oppgåveorientert atferd (Gureasko-Moore, Dupaul & White, 2006. Dette kan auka toleranse for utsette forsterkarar og redusere impulsiv atferd (Sonuga-Barke, 2004).

## 2. Svak sensitivitet for positive forsterkarar

Dette inneber at atferd vert vist lite eller ingenting, fordi hendelsar som naturleg forsterkar atferden hos dei aller fleste, eller i store periodar hos personen sjølv, ikkje er effektive nok. F20 Schizofreni, særleg alvorlege variantar, er ikkje minst at sosial deltaking og eigenomsorg er redusert. F32 Depressiv episode er framfor alt at mykje som normalt er forsterkande har liten eller ingen effekt. Når konsekvensar som naturleg opprettheld atferd ikkje er effektive, er det nok ofte vanskeleg å finna andre forsterkarar, òg. I tilfelle ein skal prøva med andre forsterkarar, er det viktig å sikra at «kunstige» forsterkarar er effektive. Det er derfor nødvendig å kartlegga forsterkarar, eller interesser. Atferdsanalyse har eigne metodar for dette, som å spørre personen eller nærpersonar, observera kva personen er opptatt av, og testa om stimuli personen er opptatt av er forsterkande når dei vert presenterte avhengig av

atferd. Både pasientar med depresjon (Robinson, Powers, Cleveland & Thyer, 1990) og schizofreni (Dickerson, Tenhula & Green-Paden, 2005) kan visa meir adaptiv atferd ved hjelp av spesielle program for forsterkning (sjølv om ein del forskning er gjort i ein annan historisk kontekst).

### 3. Spesiell sensitivitet for aversive stimuli

Mykje atferd som utgjer eller er ein del av lidelsar og forstyrrelsar er sensitiv for spesielle aversive stimuli som få andre opplever. Målet med behandling er ofte at personen oppsøker viktige situasjonar eller utfører viktige handlingar som er forbundne med slike aversive stimuli, avstår frå spesielle, negativt forsterka handlingar, eller «bare» tolererer aversive stimuli. Effekt av behandling kan skuldast at personen habiturerer til aversive stimuli, tolererer aversiv stimulering, eller begge delar, utan å visa negativt forsterka atferd. Grunnleggande strategiar for å behandla negativt forsterka atferd er å:

1. Hjelpa personen til å eksponera seg for det aversive og samtidig avstå frå atferden. Dermed kan det oppstå habituering, det vil seia at aversiv stimulering avtar. Det er generelt ein fordel at personen samarbeider og har dette som mål.

2. Presentera positive forsterkarar avhengig av at personen ikkje unngår eller avbryt situasjonen eller viser problematferd i tillegg. Eventuelt kan personen unnsleppa ved hjelp av atferd som er alternativ til problematferd. Differensiell forsterkning er mest aktuelt for personar som i utgangspunktet ikkje er behandlingsmotiverte.

3. Kontrolltiltak som hindrar personen i å utføra negativt forsterka atferd eller hindrar atferd i situasjonar som kan produsera forsterkaren. Dette er aktuelt når personen er lite motivert for behandling og når aversiv stimulering er så effektiv at personen viser atferden som fører til unnslepping. Både punkt 2 og 3 kan bidra til at pasienten samarbeider om trening som er beskrevet i punkt 1.

4. Ulike tiltak for å redusera motivasjon for atferden gjennom habituering er nemnde i punkt 1. Aversiv stimulering kan vera reint kroppssleg og negativ forsterkning kan vera automatisk, som ved tics/Tourette. Det er dermed vanskeleg å presentera aversive stimuli i bestemte mengder. Målet med behandling kan derfor vera at personen mest muleg tolererer aversiv stimulering og avstår frå atferd som produserer forsterkaren, for å oppnå habituering. Problema er langt på veg dei same ved tvangslidelse; angst kan komma nokså plutselig og personen kan ha lite kontroll med når det skjer. Men mykje aversiv stimulering skjer i bestemte situasjonar, som kan tilretteleggast slik at aversive stimuli kan graderast med tanke på å oppnå habituering. Dette gjeld ulike angstlidelsar og unnslepping og problematferd i samband med bl.a. schizofreni, depresjon, autisme og anorexi.

Dette er viktige eksempel på atferd som er sensitiv for spesielle aversive stimuli:

Fleire lidelsar har situasjonsspesifikk angst som fellesnemnar: Dette gjeld F40 Fobiske angstlidelsar, som består av F40.0 Agorafobi, F40.1 Sosiale fobiar og F40.2 Spesifikke fobiar, F93.1. Fobisk angstlidelse i barndommen, F93.2 Sosial angstlidelse i barndommen, som er sterk frykt i uvande, framande eller sosialt trugande situasjonar og bl.a. kan innebera skulevegving, og F94.0 Elektiv mutisme, som i stor grad er sosial angst. I tillegg kan ein inkludera F42 Tvangslidelse og F43.1 Posttraumatisk stresslidelse (PTSD). For alle lidelsane er eksponering grunnleggande (von Knorring, Thelander & Petterson, 2005): Personen må visa atferden, eller oppsøka situasjonen, som skaper angst. Når behandlinga er effektiv kjem det av habituering til aversive stimuli, og positiv forsterkning. Behandling

skjer ofte gradvis.

F42 Tvangslidelse er spesiell, ved at personen gjer aktive handlingar som dempar angst. Derfor er responsprevensjon; å avstå frå slike handlingar, viktig. Det same gjeld i prinsippet «habit disorders» («uvarar»), eller repeterande atferdsforstyrrelser: F95 «Tics», inkludert F95.2 Tourette syndrom, F63.3 Trikotillomani (hårplukking) og F63.8 Andre spesifiserte vane- og impulsforstyrrelser, som omfattar dermatotillomani (hudplukking). Det har vist seg at desse er funksjonelt og behandlingmessig likare dei nemnde angstlidelsane enn ein trudde. Såkalla «habit reversal» («vaneavvenning») er likevel vanlegare behandling for slike «uvarar» (Carr & Chong, 2005; Miltenberger, Fuqua & Woods, 1998; Woods & Miltenberger, 2002). Dette går ikkje minst ut på at personen gjer noko uforeinleg med tics og andre «uvarar» når personen kjenner at dette oppstår eller akkurat har oppstått. Dei seinare åra har det kommt ein viss dokumentasjon for at bl.a. tics kan behandlast ved hjelp av eksponering og responsprevensjon (sjå Holden, 2003c; Hoogduin, Verdellen & Cath, 1997). I den grad skam og straff bidrar til tvangslidelse og tics bør dette eliminerast.

F41 Andre angstlidelsar, det vil seia F41.0 Panikk lidelse og F41.1 Generalisert angstlidelse, er *generelle*, det vil seia at dei ikkje er situasjonsspesifikke. Den mest intense varianten er naturleg nok panikk lidelse. Det er støtte for at eksponering, det vil seia å utføra aktivitetar som vanleg trass i fare for panikkanfall, kan ha god effekt (von Knorring, Thelander & Peterson, 2005). Generalisert angst er vanskeleg å behandla ved hjelp av eksponering og andre konkrete metodar (Orsillo, Roemer, Lerner & Tull, 2004). Eg kjem derfor tilbake til denne når eg kommenterer psykoterapi.

«Klassiske lidelsar» som F20 Schizofreni og F32 Depressiv episode kan innebera unngåing av vanlege gjeremål og krav. Ved schizofreni kan det i tillegg vera angst. At oppgåver og kontakt med andre er aversivt og angstskapande kan føra til at personen i tillegg reagerer med aggresjon og annan problematferd for å sleppa unna. Metodar for å redusera unngåing og eventuell problematferd vil vera prinsipielt nokså like. Aktuelle tilnærmingar er gradert eksponering (sjå ovanfor), ekstinksjon av unnslepping (Lalli, Vollmer, Progar et al., 1999) og forsterkning av utføring av oppgåver og fråver av problematferd (Finstad, 2001). Prinsipielt er det ikkje ulikt behandling av tvangslidelse. Unngåing og til dels angst er òg vanleg i autismespekteret: F84.0 Autisme inneber ofte aversjon mot spesielle situasjonar, og problematferd kan vera ein måte å sleppa unna på. Behandling kan likna på behandling av tilsvarande problem hos folk med schizofreni eller depresjon. Folk med F84.5 Asperger syndrom kan vera sårbare særleg for sosiale situasjonar, men direkte problematferd er sjeldan. Dette kan tala for ei forsiktig tilnærming til behandling, sjølv om prinsippa er dei same.

F50.0 Anorexia nervosa og F50.2 Bulimia nervosa har som fellestrekk at vektauke og mat er aversivt og at aktivt framkalla oppkast og avføring er negativt forsterkande. Ved anorexi kan eting rett og slett ha blitt aversivt. Det ser ut til å vera lovande resultat av behandling som i stor grad går ut på rein trening i å eta regelmessig og registrera at ein vert mett (sjå Bergh, Brodin, Lindberg & Södersten, 2002).

I andre tilfelle er aversive stimuli meir normale. Problemet er sterk sensitivitet for situasjonar andre tolererer, slik at atferd som produserer unnslepping oppstår lett og mykje. Det er mange eksempel på dette:

Fleire lidelsar kan delvis arta seg som meir eller mindre utagerande atferd. Dette gjeld F60.0 Paranoid personlighetsforstyrrelse (bl.a. sterk følsomhet for krenkelsar og fornærmelsar), F60.3 Emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse, impulsiv type (bl.a. sterke utbrot og eksplosiv atferd ved mindre provokasjonar). Det kan òg gjelda F63.8 Andre spesifiserte vane- og impulskontrollforstyrrelser, som inkluderer intermitterande eksplosiv lidelse, som er



sterke reaksjonar på provokasjonar dei fleste tolererer. I den grad slike problem opptrer hos folk som ikkje lever sjølvstendig er det aktuelt med liknande strategiar som ved unngåing og problematferd ved schizofreni, depresjon og autisme. I den grad det skjer hos "frittgåande" pasientar kommenterer eg det under psykoterapi. F91.3 Opposisjonell atferdsforstyrrelse, som kan vera negative reaksjonar på vanlege krav, finst per definisjon bare hos barn og unge. Dei same strategiane er derfor aktuelle for dei fleste med denne diagnosen, og er ein viktig del av eit program som Parent Management Training (Solholm, Askeland, Christiansen & Duckert, 2005). Det same gjeld F93.3 Overdreven søskenrivalisering.

F98.2 Spiseforstyrrelse i barndommen kan gå ut på generelle protestar mot mat, eller spesielt selektiv eting. Det finst god dokumentasjon for behandling av slike problem ved hjelp av gradert eksponering for både type og tekstur, ekstinksjon av unnslepping og differensiell forsterkning (Kahng, Tarbox & Wilke, 2001; Najdowski, Wallace, Doney, & Ghezzi, 2003). Behandlinga er med andre ord nokså lik behandling for unnslepping og problematferd hos folk med schizofreni, depresjon, autisme og andre problem eg nettopp gjekk gjennom.

F93 Følelsmessige forstyrrelsar som oppstår i barndommen er særleg F93.0 Separasjonsangst i barndommen, som mest er frykt for å vera borte frå foreldre, og F93.2 Sosial angstlidelse i barndommen. For desse er det grunn til å tru at strategiar som fungerer for vaksne med angstlidelsar kan vera effektive.

F98.4 Stereotype bevegelsesforstyrrelsar kan produsere automatisk, *negativ* forsterkning. I så fall er det ofte smerter eller andre plager som motiverer atferden. Dersom dette ikkje kan eliminerast, eller det ikkje gir nok effekt, er det aktuelt med dei same strategiane som ved automatisk, positivt forterka stereotyp sjølvskading (Holden, 2003a).

#### 4. Svak sensitivitet for aversive stimuli

Dette vil seia at personen reagerer lite på konsekvensar som normalt er aversive og dermed viser atferd som andre avstår frå, som ved F60.2 Dyssosial personleghetsforstyrrelse og F64.5 Pedofili. Desse har ein del felles når det gjeld behandling: Begge er *vanskelege* å behandla og er eit stort problem for andre enn personen sjølv. For dyssosial personleghet, eller psykopati, kan kombinasjon av manipulering og skodespel gi dårleg prognose. Heller ikkje ved pedofili er det å ta for hardt i å seia at motivasjon for behandling varierer. Som annan kriminell atferd skjer han ofte skjult, og personen kan nekta for atferden. Pedofili kan vera så skadeleg at det skal mykje til før det er forsvarleg å stola på at personen er "ferdig behandla" og at risiko er eliminert. Forholdsreglar, slik at personar med dyssosial personleghet ikkje får manipulera, og kontroll med personar med pedofili slik at dei ikkje skader andre, er derfor sentralt. Ein annan mulegheit er å gjera straffande reaksjonar og krav om bestemte former for atferd tydelegare.

F30 Manisk episode er kjenneteikna ved eit kraftig «momentum». Å stoppa, eller ekstingvera, atferd hos ein person med sterk mani kan vera vanskeleg. Dette kan krevja konkrete regime i form av restriksjonar på pengebruk og hindring av atferd som er til skade for personen sjølv eller andre (Oral, 2005). I den grad folk med F84.5 Asperger syndrom reagerer lite på sosiale signal kan det vera spørsmål om rein informasjon og trening, for eksempel i noko så konkret som grunnleggande sosiale ferdigheter.

## 5. Forsterkning av feil atferd

Noko av det som er nemnd under punkt 1 og 3 kan komma av sosialt formidla forsterkning av feil av atferd. Det kan likevel vanskeleg å påvisa, fordi det kan vera vanskeleg å skilla meir eller mindre medfødd sensitivitet frå læringshistorie. Men ein del anna atferd er det lettare å sjå at iallfall delvis er resultat av positiv og negativ forsterkning. Dette er atferdsforstyrrelsar hos barn og unge, som F91.0 Atferdsforstyrrelsar begrensa til familien, F91.2 Sosialisert atferdsforstyrrelse, som kan innebera skuleskulking, og F91.3 Opposisjonell atferdsforstyrrelse. Dyssosial, aggressiv eller utfordrande atferd er vanleg. Slik forsterkning kan skje fordi andre på den måten unnslepp aversive stimuli. Det kan vera terapeutisk å snu opp ned på forsterkningsbetingelsar og gjera positiv og negativ forsterkning avhengig av atferd som samsvarer med mål for behandling og ikkje avhengig av problematferd. Dette er viktige element i program som Webster-Stratton, Parent Management Training–Oregon-modellen (PMTO) (Solholm et al., 2005), Multisystemisk terapi (MST) og Aggression Replacement Training (ART).

## 6. Ekstinksjon og straff

Atferd kan ha oppstått fordi adaptiv atferd ikkje har blitt forsterka som ein del av for eksempel omsorgssvikt og depresjon hos foreldre. Atferden kan òg ha vorte straffa. Dette kan delvis ligga til grunn for ei rekke lidelsar, som F32 Depressiv episode, 40.1 Sosiale fobiar, F60.6 Engsteleg personleghetsforstyrrelse og F60.7 Avhengig personleghetsforstyrrelse. Det same gjeld F91 Atferdsforstyrrelsar, som inneheld F91.0 Atferdsforstyrrelsar begrensa til familien, F91.1 Usosialisert atferdsforstyrrelse, F91.2 Sosialisert atferdsforstyrrelse og F91.3 Opposisjonell atferdsforstyrrelse, viss ønskeleg atferd vert oversett. Det kan til og med gjelda F95.2 Tourette, når straff og skuld er ein faktor. Ein sentral komponent i behandling i alle tilfella er, logisk nok, å eliminera ekstinksjon og straff som bidrar til problema.

## 7. Påverknad frå modellar

Ein del lidelsar og forstyrrelsar er iallfall delvis imitasjon av andres atferd. Nærleggande eksempel er F91.2 Sosialisert atferdsforstyrrelse, som ofte er destruktiv gjengatferd hos unge som er godt integrert med jevnaldra, og F24 Indusert psykose, som er imitasjon av ein annans psykotiske atferd. I begge tilfelle er det viktig å redusera modellens rolle, ved å hindra kontakt med modell og hjelpa den som tar etter til å verta meir sjølvstendig.

## 8. Manglande ferdigheter og svekkelsar i adaptiv atferd

Mange psykiske lidelsar og atferdsforstyrrelsar er omfattande syndrom som går ut på generelle manglar eller forstyrrelsar i adaptiv atferd, eller ferdigheter:

F43.2 Tilpasningsforstyrrelsar kan oppstå på grunn av større endringar i sosialt nettverk og livssituasjon i forbindelse med migrasjon, flytting og større nederlag, eller overgangar som å få barn eller bli pensjonist. Problema er gjerne depresjon, angst og problem med å utføra daglege rutinar. Ungdom kan òg få atferdsforstyrrelsar. F32 Depressiv episode kan delvis komma av mangel på sosiale ferdigheter (Possel, Horn, Groen & Hautzinger, 2004). Trening

i sosiale ferdigheter kan vera generelt relevant.

Både F70-79 Psykisk utviklingshemning og F84.0 Autisme inneber at aldersadekvate atferdar ikkje oppstår når dei «skal». F84.5 Asperger syndrom inneber meir avgrensa manglar, særleg i sosial atferd. Andre lidelsar er rett og slett klart definerte, spesielle manglar, som F80 Spesifikke forstyrrelsar av tale og språk i form av F80.0 Artikulasjonsforstyrrelsar, F80.1 Ekspressiv språkforstyrrelse, F80.2 Impressiv språkforstyrrelse, F81.0 Spesifikk leseforstyrrelse, F81.1 Spesifikk staveforstyrrelse og F81.2 Spesifikk forstyrrelse i rekning. Alt dette er mangel på generelle og spesielle av ferdigheter. «Behandling» er med andre ord opplæring og trening. Òg for lidelsar som F98.0 Ikke-organisk enuresis og F98.1 finst det konkrete treningsprogram (Lyon & Schnall, 2005).

Ei rekke atferdsforstyrrelsar er meir eller mindre utagerande eller «uartig» atferd. F91 Atferdsforstyrrelsar inneheld særleg F91.0 Atferdsforstyrrelsar begrensa til familien, F91.1 Usosialisert atferdsforstyrrelse, F91.2 Sosialisert atferdsforstyrrelse og F91.3 Opposisjonell atferdsforstyrrelse. I tillegg til å snu forsterkningsbetingelsar (sjå punkt 5), er det aktuelt med trening i sosiale og praktiske ferdigheter. Dette kan ha utgangspunkt i program som Webster Stratton, PMTO, MST og ART, eller endå meir individuelt.

Nokon problem har klare emosjonelle innslag, som F51 Ikkje-organiske søvnforstyrrelsar, som omfattar bl.a. F51.0 Ikkje-organisk insomni, som er å sova lite eller dårleg, F98.5 Stammer og F98.6 Løpsk tale. Avspenning er eit stikkord for alle. Behandling av søvnevanskar og stammer har dessutan felles at ein kan prøva på nytt ved mislykka forsøk: Den som ikkje får sova kan stå opp igjen ei stund, og den som stammar drar pusten på nytt! For stammer, og truleg òg for løpsk tale, er i tillegg regulert pusting og habit reversal aktuelt (sjå Jullumstrø, 2004).

## 9. Meir komplekse motivasjonelle forhold

Mindre komplekse motivasjonelle forhold vart tatt opp under punkt 1 og 3. I den tidlegare artikkelen (Holden, 2006a) ga eg eksempel på komplekse motivasjonelle forhold. Det er som regel nokså logiske praktiske konsekvensar av slike analysar. Derfor tar eg utgangspunkt i dei same eksempla. ICD-10-kriteria for F43.1 Posttraumatisk stresslidelse beskriv i praksis forhold som gjer situasjonar aversive på relativt varig basis. Tilvenning er ein naturleg konsekvens, jfr. at eksponering ofte er effektivt. F43.2 Tilpasningsforstyrrelsar er i praksis manglande ferdigheter i ein ny livssituasjon, som er eit motivasjonelt forhold. Opplæring og trening er naturleg. Skam er eit motivasjonelt forhold som kan bidra til tics, trikotillomani (Woods & Miltenberger, 2001) og tvangslidelse (Queiroz, Motta, Madi, Sossai & Boren, 1981). Å oppheva slike forhold er nærliggande. Pyromani kan delvis komma av (1) låg utdanning, dårleg tilpasning og å verta oversett, (2) faktiske eller opplevde problem med sjølvhending og manglande evne til å løysa problem direkte i sosiale samanhengar, og (3) motgang, konflikhtar og frustrasjonar som får personen til å «ta igjen» (Jackson, Glass & Hope, 1987). Strategiar for førebygning og behandling er nærliggande. Slade (1982) går gjennom forhold som bidrar til både bulimi og anorexi. Chiodo (1987) analyserer bulimi hos éin pasient: Angst og anna emosjonelt ubehag aukar faren for ei «ri». Tilstanden er påverka av problem i forhold til andre menneske; at ho ikkje føler seg attraktiv nok og ikkje har venner ho ønsker. Spising får oppmerksomhet bort frå dette, og fungerer som unnslepping. Chiodo (1987) framhever òg dårlege matvanar frå oppvekst, jfr. funna som tyder på at trening i eting kan hjelpa mot bulimi og anorexi.

## 10. Verbal fungering

Hos verbale folk vil verbale ferdigheter påverka førekomst av problematferd. For det fyrste er det vanleg at personar med ulike lidelsar og forstyrrelsar bruker verbale ferdigheter for å (1) oppnå problematiske forsterkarar eller uproblematisk forsterkarar som dei konsumerer i for høg grad og for å (2) unngå aversive stimuli som det er lite adaptivt å unngå. Dette kan skje i sosiale situasjonar, der positiv og negativ forsterkning vert formidla av andre. Eksempel er folk med avhengighet som skaffar rusmiddel og folk med pedofili som lurar seg til kontakt med ungar, og folk med angst og depresjon som slepp å gjera ting. Personens eigen verbale atferd kan ha mykje å seia for at andre forsterkar feil atferd. På den måten er personen med og opprettheld problema. Dei som forsterkar viser verbalt påverka atferd som kallast fylgjing (sjå Holden, 2003b). I tillegg kan sjølve den verbale stilen vera ein del av lidelsen eller forstyrrelsen. Problemet er ikkje bare at forsterkning opprettheld problemet, men at snakkinga i seg sjølv er problematisk. Bl.a. kan ho vera aversiv for andre og dermed gå ut over sosial fungering. Alt dette er eksempel på verbal atferd som i prinsippet kan påverkast av forsterkningsbetingelsar. Sentrale tilnærmingar kan vera å ekstingvera slike former for verbal atferd og å forsterka andre former.

Det finst òg eksempel på at det går an å påverka alvorlege former for verbal atferd, som imperativ hallusinosose, ved hjelp av å endra forsterkningsbetingelsar. Dette betyr at ein lidelse som schizofreni i nokon tilfelle kan påverkast ved hjelp av grunnleggande atferdsprinsipp (Mace, Webb, Sharkey, Mattson & Rosen, 1988). Eg kjem tilbake til behandling av meir komplekse former for verbal atferd som kan vera ein del av eller ligga til grunn for lidelsar i neste del, om psykoterapi.

### Psykoterapi

I den tidlegare artikkelen (Holden, 2006a) gjekk eg gjennom kva forståelse atferdsanalyse, eller Aksept- og forpliktelsesterapi (ACT) har av forholdet mellom kompleks verbal fungering og psykopatologi. Sentralt i denne forståelsen er at mange av dei same, langt på veg normale, prosessane, ligg til grunn for det meste av patologisk fungering. ACT bygger på denne forståelsen, og er dermed ei brei tilnærming som prøver å hjelpa pasienten til å oppnå psykologisk fleksibilitet, som betyr å handla i tråd med egne verdjar, sjølv om det fører til ulike former for ubehag. Eg skal seia litt om kva ACT går ut (henta frå Hayes, Strosahl & Wilson, 1999; Wilson, Hayes, Gregg & Zettle, 2001):

ACT vil særleg hjelpa pasienten til å gi slepp på strategiar for å unngå ubehag. Pasienten må erkjenne at det er nødvendig å *akseptera* viktige opplevsalar og situasjonar som personen unngår, for å leva i samsvar med egne mål og verdjar. Målet er at personen skal bli villig til å eksponera seg for det ubehagelege og til å avstå frå lite adaptive handlingar som skaper forbigåande lette. Ein viktig måte å oppnå dette på er såkalla defusjon («lausriving»), det vil seia å hjelpa personen til å oppleve at han eller ho er forskjellig frå sine tankar og følelsar og at slike private hendelsar ikkje har full kontroll med kva personen gjer. Me kan tenka og føla mykje som ifylgje kulturelle oppfatningar er uforeinleg med å handla slik me egentleg vil, men likevel handla i tråd med våre verdjar. Tankegangen i ACT er ikkje «eg har angst og derfor kan eg ikkje gjera det» eller «eg vil, men eg kan ikkje fordi eg har angst», men derimot: «Eg har angst, men eg kan gjera det likevel» eller «eg vil gjera det og eg kan gjera det sjølv om eg har angst».

ACT har ikkje eit primært mål om å endra eller eliminera tankar og følelsar, og endring eller eliminasjon av tankar og følelsar er ikkje eit krav for å endra øvrig atferd. Målet er ikkje å gjera noko med tankar og følelsars hyppighet, form og innhald, men å redusera deira funksjon. Målet er å gjera dei mindre bokstavelege, slik at pasienten trur mindre på dei og tar mindre hensyn til dei. Reduksjon av ubehagelege tankar og følelsar er meir ein bieffekt av behandlinga. (Dette er delvis forskjellig frå tradisjonell kognitiv atferdsterapi, der målet i stor grad er å endra eller eliminera tankar og følelsar for dermed å kunna endre annan atferd.) Når pasienten har kommt langt i defusjon, er pasienten klar for «god gammaldags» atferdsterapi i form av eksponering og andre former for konkret trening i å meistra situasjonar betre.

ACT er svært nytt, men det begynner å bli ein god del dokumentasjon av effekt, og ofte bedre effekt enn kognitiv atferdsterapi (sjå Hayes, Luoma, Bond, Masuda & Lillis, 2006). ACT er mest brukt ved angst i ulike former, depresjon, tics og annan repeterande atferd, og avhengighet, men alt i alt ved eit vidt spekter av problem. ACT er aktuelt ved generalisert angst (Orsillo, Roemer, Lerner & Tull, 2004), og er brukt i behandling av psykose, i form av at pasientar lærer å ikkje la seg styra av ikkje minst imperativ hallusinose (bl.a. Bach & Hayes, 2002). Målet er altså ikkje primært å bli kvitt hallusinosen. ACT-folk er ikkje så naive at dei meiner å kunna «kurera» alvorleg psykose, men kan nokon gonger hjelpa pasienten til å leva betra med psykose. Psykose utelukker ikkje psykologisk fleksibilitet og adaptiv atferd.

ACT verkar nokså avansert. Likevel er ACT brukt i behandling av barn og folk med lett utviklingshemning. ACT bruker mykje metaforar, lignelsar og øvelsar som kan gjera behandlinga konkret og levende. Ein kan òg bruka ACT-prinsipp i veiledning av folk som er med og utfører behandling, som foreldre og miljøpersonale. Ikkje minst kan det vera viktig at nærpersonar ikkje skjermar målpersonen frå ubehagelege opplevsalar på måter som fremmar unngåing og hindrar utvikling (sjå Sällman, 2006). ACT-prinsipp er truleg viktige i førebygning, bl.a. ved når ein skal forstå og reagere på tidlege teikn til unngåing. Men ACT er eit omfattande tema som fortener ein eigen artikkel, ikkje minst i NTA.

### **Funksjonell, atferdsanalytisk og psykotrop, medikamentell behandling**

Ifylgje biologisk psykiatri er biokjemiske avvik i nervesystemet ein viktig årsak til psykiske lidelsar og atferdsforstyrrelsar. Psykrotrope medikament vert forskrevne ved ei rekke lidelsar. Sjølv om medikamenta er meinte å korrigerer avvik i nervesystemet, vert dei ikkje forskrevne på grunn av påviste avvik i nervesystemet. I nokon tilfelle tar ein blodprøver for å sjå om serumnivå av stoffet ligg innanfor grensene for kva som kan gi effekt, men ein tar ikkje prøver av nivået av for eksempel neurotransmitterar, det vil seia det antatte grunnlaget for atferd som medikamentet skal korrigerer. Medikasjon skjer med andre ord ikkje på eit spesifikt, biologisk grunnlag. Medikasjon skjer mest ut frå generelle reglar, som gjeld på gruppenivå. I all hovudsak er det derfor *atferd*, det vil seia symptom pasienten rapporterer, og konkrete observasjonar av atferd, som er kriteriar for forskrivning av medikament og evaluering av effekt.

Langt på veg på same måte er det når me skal analysere korfor medikament kan ha effekt. Relasjonen mellom antatte endringar i biologiske variablar og atferdsendringar er uklar og til dels ukjent, og svært vanskeleg å påvisa på individnivå. Det er heller ikkje slik at medikament legg til eller fjernar spesielle atferdar. Ein måte å forstå effekt av medikament

på er å sjå på dei som motivasjonelle forhold. Dei endrar effekten av positive forsterkarar og aversive stimuli. Antidepressiva kan gjera positive forsterkarar meir effektive og aversive stimuli mindre effektive. Angstdempande medikament gjer aversive, angstvekkande stimuli mindre effektive. Antipsykotiske middel kan ha ei rekke motivasjonelle effektar (sjå Poling & Byrne, 2000). Det kanskje beste eksemplet er medikamentell demping av effekten av seksuelle stimuli hos mannlege seksualforbrytarar ved hjelp av antiandrogen i form av cyproteron (Androcur) (Felleskatalog, 2005).

### Avslutning

Artikkelen bør ha fått fram at atferdsanalyse i høgaste grad er relevant for behandling av diagnostiserbare psykiske lidelsar og atferdsforstyrrelsar. Mange lidelsar og forstyrrelsar krev konkrete, miljøbaserte tiltak, det vil seia det atferdsanalysen tradisjonelt har dreve med. Mange pasientar lever i miljø som andre iallfall delvis legg til rette for dei, og nærpersonar kan bistå i behandling. Eg trur store delar av helsevesenet, ikkje minst barne- og ungdomspsykiatri, kan trenga å henta mykje blant alle metodane som finst innanfor atferdsanalyse. Når ein møter eit problem, gjerne i form av ein lidelse eller forstyrrelse som har ein formell diagnose, er rådet mitt: Sjå fordomsfritt på kva problemet går ut på, kva det kjem av, og kva som kan gjerast i behandling. Tenk som i atferdsanalytisk behandling elles. I tillegg har atferdsanalyse for alvor tatt fatt på psykoterapi, eller rein samtalebehandling. Det kjem sikkert artiklar om dette i NTA.

### Referansar

- Bach, P. & Hayes, S. C. (2002). The use of acceptance and commitment therapy to prevent the rehospitalization of psychotic patients: a randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70*, 1129–1139.
- Bellack, A. S., Bennett, M. E., Gearon, J. S., Brown, C. H. & Yang, Y. (2006). A randomized clinical trial of a new behavioral treatment for drug abuse in people with severe and persistent mental illness. *Archives in General Psychiatry, 63*, 426–432.
- Bergh, C., Brodin, U., Lindberg, G. & Södersten, P. (2002). Randomized controlled trial of a treatment for anorexia and bulimia nervosa. *Proceedings of the National Academy of Sciences, 99*, 9486–9491.
- Carr, E. G. (1993). Behavior analysis is not ultimately about behavior. *The Behavior Analyst, 16*, 47–49.
- Carr, J. E. & Chong, I. M. (2005). Habit reversal treatment of tic disorders: a methodological critique of the literature. *Behavior Modification, 29*, 858–875.
- Chiodo, J. (1987). Bulimia: An individual behavioural analysis. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 18*, 41–49.
- Cohen, L. J. & Galynker, I. I. (2002). Clinical features of pedophilia and implications for treatment. *Journal of Psychiatric Practice, 8*, 276–289.
- Crits-Cristoph, P. & Barber, J. P. (Eds.) (1991). *Handbook of short-term dynamic psychotherapy*. New York: Basic Books.
- Dickerson, F. B., Tenhula, W. N. & Green-Paden, L. D. (2005). The token economy for schizophrenia: Review of the literature and recommendations for research. *Schizophrenia*

- Research*, 75, 405–416.
- Eikeseth, S., Lovaas, O. I. & Holden, B. (2006). Use of aversive and restrictive interventions in behavioral treatment. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 43, 582–587.
- Eikeseth, S. & Svartdal, F. (2003). Atferdsanalysen: Hvor går vi? I S. Eikeseth & F. Svartdal (Red.), *Anvendt atferdsanalyse. Teori og praksis* (ss. 448–460). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Ekeland, T.-J. (1999). Evidensbasert behandling: kvalitetssikring eller instrumentalistisk mistak. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 36, 1036–1047.
- Felleskatalog (2005). *Felleskatalog over farmasøytiske spesialpreparater markedsført i Norge*, 45. utgave. Oslo: Felleskatalogen AS.
- Finstad, J. (2001). Avtalestyring - en beskrivelse. *Diskriminanten*, 28, 39–55.
- Firestone, P., Bradford, J. M., McCoy, M., Greenberg, D. M. & Curry, S. (2000). Prediction of recidivism in extrafamilial child molesters based on court-related assessments. *Sexual Abuse*, 12, 203–221.
- Fredheim, T. & Finstad, J. (2006). Negativ straff i form av response cost og DRO i behandling av problematferd. Teori og praksis. *Norsk Tidsskrift for Atferdsanalyse*, 33, 71–81.
- Gureasko-Moore, S., Dupaul, G. J. & White, G. P. (2006). The effects of self-management in general education classrooms on the organizational skills of adolescents with ADHD. *Behavior Modification*, 30, 159–183.
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A. & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1–25.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D. & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy. An experiential approach to behavior change*. New York: The Guilford Press.
- Holden, B. (2002). Hva er atferdsanalytisk behandling? *Diskriminanten*, 29, 2, 3–17.
- Holden, B. (2003a). Atferdsproblemer hos mennesker med psykisk utviklingshemning. Kan forståelse av årsaker til atferdsproblemer føre til bedre behandling? I S. Eikeseth & F. Svartdal (Red.), *Anvendt atferdsanalyse. Teori og praksis* (ss. 321–338). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Holden, B. (2003b). Språk, regelstyring og bevissthet. I S. Eikeseth & F. Svartdal (Red.), *Anvendt atferdsanalyse. Teori og praksis* (ss. 83–103). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Holden, B. (2003b). Tvangslidelse eller Tourette? Behandling av repeterende utsagn og aggressiv atferd hos mann med hjerneskade. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 40, 1051–1057.
- Holden, B. (2005). Noncontingent reinforcement: An introduction. *European Journal of Behavior Analysis*, 5, 1–9.
- Holden, B. (2006a). Funksjonelle analyser av atferd som inngår i psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser. Et atferdsanalytisk supplement til tradisjonelle ICD-diagnoser. *Norsk Tidsskrift for Atferdsanalyse*, 33, 119–139.
- Holden, B. (2006b). Psykiske lidelser er atferd. *Norsk Tidsskrift for Atferdsanalyse*, 33, 57–70.
- Hoogduin, K., Verdellen, C. & Cath, D. (1997). Exposure and response prevention in the treatment of Gilles de la Tourette's syndrome. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 4, 125–135.
- Hove, O. & Holden, B. (2006). Hvor mye har atferdsanalytikere forsket på psykiske lidelser? En publikasjonssøk-studie. *Norsk Tidsskrift for Atferdsanalyse*, 33, 1–13.

- Jackson, H. F., Glass, C. & Hope, S. (1987). A functional analysis of recidivistic arson. *British Journal of Clinical Psychology*, 26, 175–185.
- Jullumstrø, T. (2004). Reduksjon av stamming – en guide for behandlere som søker effektive metoder. *Diskriminanten*, 31, 3&4, 15–29.
- Kahng, S., Tarbox, J. & Wilke, A. E. (2001). Use of a multicomponent treatment for food refusal. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 34, 93–96.
- Lalli, J., Vollmer, T. R., Progar, P. R., Wright, C., Borrero, J., Daniel, D., Barthold, C. H., Tocco, K. & May, W. (1999). Competition between positive and negative reinforcement in the treatment of escape behavior. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 32, 285–296.
- Lyon, C. & Schnall, J. (2005). What is best treatment for nocturnal enuresis in children? *The Journal of Family Practice*, 54, 905–906, 909.
- Mace, F. C., Webb, M. E., Sharkey, R. W., Mattson, D. M. & Rosen, H. S. (1988). Functional analysis and treatment of bizarre speech. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 19, 289–296.
- McCord, B. E., Grosser, J. W., Iwata, B. A. & Powers, L. J. (2005). An analysis of response-blocking parameters in the prevention of pica. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 38, 391–394.
- Miltenberger, R. G., Fuqua, R. W. & Woods, D. M. (1998). Applying behavior analysis to clinical problems: A review of habil reversal. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 31, 447–469.
- Murphy, E. S., McSweeney, F. K., Smith, R. G. & McComas, J. J. (2003). Dynamic changes in reinforcer effectiveness: Theoretical, methodological, and practical implications for applied research. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 36, 421–438.
- Najdowski, A. C., Wallace, M. D., Doney, J. K. & Ghezzi, P. M. (2003). Parental assessment and treatment of food selectivity in natural settings. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 36, 383–386.
- Oral, T. (2005). Treatment of acute mania. *Neuro Endocrinological Letters*, 27, Suppl. 1, 9–25.
- Orsillo, S. M., Roemer, L., Lerner, J. B. & Tull, M. T. (2004). Acceptance, mindfulness, and cognitive-behavioral therapy: Comparisons, contrasts, and application to anxiety. I S. C. Hayes, V. M. Follette, & M. M. Linehan (Eds.) *Mindfulness and acceptance. Expanding the cognitive-behavioral tradition* (ss. 66–95). New York: The Guilford Press.
- Poling, A. & Byrne, T. (Eds.) (2000). *Behavioral pharmacology*. Reno, NV: Context Press.
- Possel, P., Horn, A. B., Groen, G. & Hautzinger, M. (2004). School-based prevention of depression symptoms in adolescents: a 6-month follow up. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43, 1003–1030.
- Queiroz, L. O. de S., Motta, M. A., Madl, M. B. B. P., Sossai, D. L. & Boren, J. J. (1981). A functional analysis of obsessive-compulsive problems with related procedures. *Behaviour Research and Therapy*, 19, 377–388.
- Robinson, R. M., Powers, J. M., Cleveland, P. H. & Thyer, B. A. (1990). Inpatient treatment for depressed children and adolescents: Preliminary evaluation. *The Psychiatric Hospital*, 21, 107–112.
- Skjerve, R. & Prescott, P. (2005). Et behandlingsprogram for spilleavhengighet. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 42, 505–511.
- Slade, P. (1982). Toward a functional analysis of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *British Journal of Clinical Psychology*, 21, 167–179.
- Solholm, R., Askeland, E., Christiansen, T. & Duckert, M. (2005). Parent Management



- Training–Oregon-modellen. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 42, 587–597.
- Sonuga-Barke, E. J. (2004). On the reorganization of incentive structure to promote delay tolerance: A therapeutic possibility for AD/HD? *Neural Plasticity*, 11, 23–28.
- Sosial- og helsedirektoratet (2005). *ICD-10. Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer, 10. revisjon*. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.
- Statens helsetilsyn (2000a). *Alvorlige spiseforstyrrelser. Retningslinjer for behandling i spesialisthelsetjenesten*. Oslo: Statens helsetilsyn.
- Statens helsetilsyn (1999). *Angstlidelser. Kliniske retningslinjer for utredning og behandling*. Oslo: Statens Helsetilsyn.
- Statens helsetilsyn (2000b). *Schizofreni. Kliniske retningslinjer for utredning og behandling*. Oslo: Statens helsetilsyn.
- Statens helsetilsyn (2000c). *Stemmingslidelser. Kliniske retningslinjer for utredning og behandling*. Oslo: Statens helsetilsyn.
- Sällman, J.-I. (2006). Behandling av angst og skolevegring hos ung gutt ved hjelp av enkle atferdsanalytiske prinsipper. *Norsk Tidsskrift for Atferdsanalyse*, 33, 49–56.
- von Knorring, L., Thelander, S. & Petterson, A. (2005). Treatment of anxiety syndromes. A systematic literary review. *Läkartidningen*, 102, 3561-2, 3565-6, 3569.
- Wilson, K. G., Hayes, S. C., Gregg, J. & Zettle, R. D. (2001). Psychopathology and psychotherapy. I S. C. Hayes, D. Barnes-Holmes & B. Roche (Eds.), *Relational frame theory. A post-Skinnerian account of human language and cognition* (ss. 211–237). New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Woods, D. W. & Himle, M. B. (2004). Creating tic suppression: Comparing the effects of verbal instruction to differential reinforcement. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 37, 417–420.
- Woods, D. W. & Miltenberger, R. G. (2001). *Tic disorders, trichotillomania, and other repetitive behavior disorders*. Boston, MA: Kluwer Academic.