

Varig eliminasjon av alvorlig selvskadning ved hjelp av "time-out"

Mona Linnes

Sør-Odal kommune

Artikkelen beskriver behandling av alvorlig selvskadende atferd hos en voksen kvinne med psykisk utviklingshemning og autisme som hadde selvskadet i mange år. Ulike tiltak gjennom en periode på tre år blir beskrevet. Ekstinksjon ga god effekt i et lite miljø med få mennesker, men mindre effekt i et miljø med flere mennesker. Manuell hindring ga heller ikke god effekt, mens bruk av ekskluderende "time-out" ga veldig god effekt. Ved hjelp av denne prosedyren ble selvskadning eliminert, og har ikke forekommet på over ti år. Samtidig med de ulike reduksjonstiltakene ble det også arbeidet med å bedre kommunikasjon, ADL-ferdigheter og sosiale ferdigheter. Diskusjonen tar for seg behandlingsmessige sider ved "time-out" overfor selvskadning, og etiske og lovlige aspekter ved å bruke et reduksjonstiltak som "time out".

Stikkord: Selvskadning, time-out, langtidseffekt, kapittel 4A

Innledning

Selvskadning er en type atferd som har vært viet mye oppmerksomhet innenfor atferdsanalysen, og er mye beskrevet i litteraturen. Carr presenterte i 1977 noen hovedhypoteser om hvilke variabler i miljøet som produserer og opprettholder selvskadning. Den psykodynamiske hypotesen innebærer, noe generelt gjengitt, at det er hendelser i barndommen som utløser selvskadning. Den organiske hypotesen går ut på at nevrofysiologiske forhold forårsaker selvskadning. I tillegg til disse tradisjonelle hypotesene, lanserte Carr noen hovedklasser av atferdsanalytiske forklaringer: Positiv forsterkning bl.a. i form av oppmerksomhet, negativ forsterkning i form av bl.a. krav, samt sensorisk/automatisk forsterkning (ofte kalt "selvstimulering"). Den siste innebærer at selvskadning produserer stimuli som virker forsterkende på atferden, men at

disse ikke formidles av andre personer. Iwata, Dorsey, Slifer, Bauman og Richman (1982) bekreftet senere gjennom eksperimenter, det vil si spesiell tilrettelegging av betingelser som opprettholdt selvskading, at disse faktorene kunne være årsak til selvskading.

Senere har etablerende operasjoner supplert rene konsekvensforklaringer av selvskading. Michael (1982, 1993) skriver om viktigheten av at forsterkere er effektive for at atferd som opprettholdes ved dem skal finne sted. Dette påvirkes av ulike former for motivasjonelle operasjoner, nærmere bestemt *etablerende operasjoner*. Redusert tilgang, eller deprivasjon, på for eksempel ubetingete forsterker som oppmerksomhet, kontakt eller omsorg vil normalt etablere dem som mer forsterkende. Atferd som opprettholdes ved oppmerksomhet, kontakt eller omsorg blir derfor mer sannsynlig. Et annet eksempel er aversiv stimulering, f.eks. krav, som kan utløse (engelsk: evoke) unngåelses- eller unnslippelsesatferd nokså direkte. I nyere analyser av årsaker til selvskading tas som regel både konsekvenser og etablerende operasjoner med i betraktningen (Holden, 2003).

I tråd med økte kunnskaper om årsaker til selvskading, og økte muligheter for å analysere årsaker til selvskading, har det blitt mer og mer vanlig at behandling utformes på bakgrunn av det en vet om årsaker til selvskadingen. En vanlig tilnærming er å eliminere forsterkning av problematferden, eller å presentere den uavhengig av atferd. Begge deler innebærer *ekstinksjon*. En annen tilnærming er å gjøre forsterkere som har opprettholdt problematferd avhengig av *ønsket* atferd, i stedet for å presentere dem etter at *problematferd* har funnet sted. Dette kalles også for å ”reversere forsterkningbetingelsene”. En tredje tilnærming er å fjerne etablerende operasjoner i form av deprivasjon eller aversiv stimulering, eller for å si det mer populært: ”Fjerne personens behov for å vise problematferd” (se bl.a. Holden, 2003).

Det hender imidlertid at det er vanskelig å finne konsekvenser og etablerende operasjoner som kan forklare problematferd. Det hender også at faktorer som forklarer problematferd oppdages, uten at de kan utnyttes praktisk i behandling (se Holden, 2002, for en gjennomgang av slike situasjoner). I slike tilfeller må det brukes mer standardpregede metoder som fysisk hindring av problematferden, forsterkning simpelthen av fravær av problematferden, eller i verste fall konsekvenser som direkte reduserer forekomsten av atferden (også kalt straff). Det siste kan innebære såkalt ”time out”, som kan utformes i høyst ulike varianter, alt fra at en i noen sekunder ser bort fra personen som viser problematferd, til fysisk atskillelse (innelåsing o.l. er ikke tillatt ut fra kapittel 4A i Lov om sosiale tjenester).

Det finnes overveldende dokumentasjon for at atferdsanalytisk behandling er effektivt overfor selvskading, til dels også over lang tid (se bl.a. Foxx, 1990). Likevel er det en vanlig kritikk mot atferdsanalyse at behandlingen stort sett har kortvarige effekter, blant annet framsatt av Tetzchner nokså nylig (2003). Dette er ikke stedet for å gi et endelig svar på dette spørsmålet. Det er likevel verdt å minne om at atferdsanalyse

generelt anbefaler at behandling også må ta sikte på å etablere alternativer til problematferd (bl.a. Durand, 1990), og at vellykket behandling over lang tid ofte vil kreve at etablerende operasjoner for problematferden iallfall til en viss grad dempes, eller elimineres (McGill, 1999), slik at motivasjonen for å vise problematferd svekkes. Imidlertid er det liten tvil om at det er behov for flere dokumenterte eksempler på at atferdsanalytisk behandling kan ha effekt også over lang tid, og under mest mulig naturlige betingelser. Her beskrives det et slikt behandlingsopplegg som gikk over mange år og som ga meget gode og langvarige resultater, selv om behandlingen ut fra dagens lovgivning ikke lenger er tillatt. Hovedelementet i behandlingen, ”time out”, ble supplert med andre tiltak som ofte anses som nødvendig for å oppnå resultater over lang tid, slik som kommunikasjon, ADL-ferdigheter og sosiale ferdigheter, i tråd med generelle anbefalinger.

Metode

Målperson og setting

Randi er 58 år og har diagnosen autisme og psykisk utviklingshemning. Randi hadde ifølge journal en tilnærmet normal språkutvikling til hun var fem år. Hun skal ha snakket i setninger som lite barn. Hun begynte visstnok å selvskade da hun var 13 år. Ut fra journal virker det som selvskadingen ble mer og mer hyppig og alvorlig ettersom årene gikk, helt fram til nåværende behandling ble igangsatt. Hvilken form selvskadingen hadde i løpet av disse årene er det ingen opplysninger om. Det er heller ingen opplysninger om organiske funn som kan forklare at hun selvskadet. Undersøkelser av blant annet ører viste normale funn. Tidlige analyser av miljøbetingelser for selvskadingen foreligger heller ikke.

Randi levde lenge på institusjon, langt fra hjemstedet. De siste 13 årene har hun bodd i tre ulike leiligheter i hjemkommunen. I løpet av behandlingsfasene hadde hun 1:1 bemanning fra morgen til kveld. Hun har i dag 1:1 bemanning på dagtid, og 1:2 bemanning på kveld og helg. Hun har helt siden hun flyttet til hjemkommunen hatt støttekontakt tre timer i uka. I dag liker hun å være med på det som skjer. Hun liker å gå i butikker, være med på matlaging og andre huslige gjøremål. Hun er veldig sosial når hun er i kjente omgivelser, og danser og ler mye av dagen. Til daglig er hun på dagsenter, hvor hun hovedsaklig arbeider i et vaskeri. Sammen med støttekontakt er hun på fester, overnattingsturer samt hjemme hos støttekontakt. Dette trives hun godt med. Men dette var ikke situasjonen da hun flyttet ”hjem”. Hun var langt mer sky og deltok langt mindre på det meste. Randi før og nå er med andre ord nærmest ”to ulike personer”.

Behandlingen som beskrives i fortsettelsen har funnet sted på de naturlige arenaene hvor Randi har ferdes, det vil si i bolig, på dagsenter og hos støttekontakt. Behandlingen foregikk 24 timer i døgnet, uten unntak, og ble utført av hennes nærpersoner.

Responsdefinisjon og måling

Selvskadingen bestod av slag mot panne eller tinning. Slagene ble gjennomført med en eller begge hender, alltid med knoken/knokene på pekefinger/fingrene. Under baseline ble samtlige slag registrert, mens under tiltak ble antall *serier* med slag registrert. Selvskading under gjennomføring av tiltak ble også registrert.

Funksjonell analyse

I og med at selvskadingen var veldig alvorlig, ble det ikke brukt lang tid på analyser av årsaker til problematferden. Det ble likevel gjennomført intervjuer av personalet på institusjonen hun flyttet fra, samt noen tester på hvordan hun reagerte i noen få, utvalgte situasjoner, ikke minst ulike krav. Hun viste ikke mer problematferd overfor spesielle personer. Funksjonelle vurderinger fortsatte imidlertid også etter at behandling var satt i gang.

Mye tydet på at en vesentlig del av selvskadingen var negativt forsterket. En uforholdsmessig stor del av selvskadingen forekom i kravsituasjoner. Det kunne være nok at hun hørte personalet ute på trappa om morgenen mens hun fortsatt lå i senga. Hvis hun fikk gå for seg selv ute, gjerne med munn og hender fulle av barnåler og uten at det ble stilt noen krav, selvskadet hun derimot aldri. Hvis personalet gikk mot henne, begynte hun som oftest å selvskade. På institusjonen observerte vi også at hun unnslopp krav når hun selvskadet, og at hun selvskadet når noe tydet på at krav skulle komme. At hun i flere situasjoner selvskadet i nærvær av stimuli som korrelerte med *kommende* krav indikerer at hun var sensitiv for refleksive etablerende operasjoner (McGill, 1999; Michael, 1993). Likeledes hadde hun problemer med overganger fra en situasjon til en annen. Det spilte ingen rolle om den neste situasjonen var lystbetont eller ikke, og overgangen *kunne* jo innebære en forverring. Dette tyder også på negativ forsterkning.

En del observasjoner på institusjonen hun flyttet fra tydet også på at selvskadingen i andre situasjoner var positivt forsterket. Hun kunne for eksempel stå og se på at andre drakk kaffe, slå seg selv, for så å få kaffe. Hvis andre var på vei ut, kunne hun slå, for så å få bli med ut. Særlig den første perioden etter at Randi flyttet til hjemkommunen kunne slike situasjoner igangsette selvskading, selv om selvskading ikke ble forsterket slik den hadde blitt på institusjonen. Det så med andre ord ut som om hennes selvskading hadde flere funksjoner, det vil si både positiv og negativ forsterkning.

Prosedyre

A. Baseline: Observasjoner på institusjonen tydet på at selvskadingen ble forsterket hyppig, både positivt og negativt. Det forelå ingen planer for ekstinksjon av selvskading. Selvskading ble til en viss grad forhindret ved at etablerende operasjoner for selvskading noen ganger ikke ble pre-

sentert, verken deprivasjon eller aversiv stimulering. Dette skjedde ikke i henhold til noen bestemt plan, og for det meste var det et lite bevisst regime med forsterkning som rådet. Under disse betingelsene var det ikke overraskende at selvskadingen forekom svært mye.

B. Ekstinksjon 1: Det første tiltaket som ble igangsatt var ekstinksjon av både negativt og positivt forsterket selvskading. Det første innebar ekstinksjon av unnslippelse: Alle krav ble gjennomført og nye situasjoner ble innført uavhengig av om problematferden oppstod eller ikke. Positive forsterkere ble heller aldri presentert etter forekomst av selvskading. På denne tiden bodde hun alene og hadde kun fire forskjellige tjenesteytere rundt seg. Tiltaket var derfor forholdsvis lett å gjennomføre. Det var få som skulle samkjøres og det var få distraherende faktorer, som for eksempel medbeboere. Dette tiltaket hadde god effekt. Selvskadingen ble vesentlig redusert i løpet av kort tid.

C. Ekstinksjon 2: Grunnen til at dette utgjør en egen fase, er at Randi flyttet. På grunn av reduksjon i problematferd ble bemanningen redusert, og det ble bestemt at hun skulle flytte til et kollektiv med tre andre medbeboere. Personalet fulgte med, men ikke for å jobbe kun med henne. Hun delte personalet med en annen beboer. Dette skapte flere utfordringer: For det første måtte 15 personal læres opp og samkjøres. For det andre bodde det tre andre beboere der som reagerte på hennes selvskading på hver sine måter. Siden ekstinksjon var såpass vellykket i forrige fase, ble det forsøkt å holde behandlingsbetingelsene uforandret i den nye boligen. Men det var vanskelig å gjennomføre en slik prosedyre på en noenlunde skikkelig måte under de nye rammebetingelsene. Det skjedde derfor en viss økning i selvskading. Av den grunn ble det bestemt å forsøke et annet og mer gjennomførbart tiltak.

D. Manuell hindring: Selvskading ble hindret ved at ett personale holdt rundt håndleddene hennes til hun sluttet å yte motstand mot holdingen. Så slapp personalet taket, og gikk tilbake til situasjonen slik den var før hun begynte å selvskade. Eventuelle krav ble opprettholdt. Dette var en enkel prosedyre å gjennomføre (bortsett fra at en medbeboer også forsøkte å gjennomføre tiltaket!). Tiltaket hadde imidlertid ikke ønsket effekt. Veldig ofte begynte hun å slå på nytt når personalet slapp taket rundt hendene hennes. Det var ofte flere holdinger i hver situasjon. Det skjedde bare en liten reduksjon i selvskading i denne fasen. Det ble derfor utarbeidet en prosedyre som var gjennomførbar for alle, og som heller ikke var sårbar for reaksjoner fra andre beboere.

E. "Time-out": Randi ble ført inn i et spesielt rom hver gang hun begynte å selvskade. "Time-out" varte til hun ikke hadde selvskadet i 30 sekunder. Hun ble deretter tatt med tilbake til situasjonen hun var i før "time-out". Eventuelle krav ble opprettholdt. Hun hadde et eget "time-out"-rom alle steder hvor hun oppholdt seg: Hjemme, på dagsenter og hos støttekontakt. Dette ble gjort for å sikre 100 % gjennomføring av tiltaket, og for at hun ikke skulle bli utelukket fra viktige arenaer. Dette var rom som var helt tomme. Hun ble ført til "time-out" ved hjelp av prompts, i form av fingertupper som berørte ryggen hennes

lett. Kroppskontakt og blikkontakt ble unngått, for å eliminere eventuell positiv forsterkning av selvskading. (Blant annet prøvde Randi å stryke kinnet mot personalets hender dersom de forsøkte å føre henne til "time-out" ved hjelp av annen berøring. Hun søkte også personalets blikk.

Design

Det ble gjennomført en form for baseline umiddelbart før flytting. Denne var kun fire dager, og ble avbrutt så snart hun flyttet til hjemkommunen, i og med at behandling skulle starte. (Det ble rett og slett ansett for uforsvarlig å la henne fortsette å selvskade.) Behandlingsbetingelsene ble endret flere ganger, men uten noen reversering til baseline. Dette gir en N=1 multielement, ABCDE-design (Kazdin, 1982).

Reliabilitet

Det foreligger ikke reliabilitetstester fra baseline og fasene B, C og D av prosedyren. I den første perioden av E-fasen hadde avdelingsleder 19 hele vakter som gikk ut på å observere og veilede personalet. Avdelingsleder registrerte da antall serier med selvskading, uavhengig av personalets registrering. (Avdelingsleder rakk å registrere før tiltak ble iverksatt. Dette var skjult for den som utførte tiltaket, slik at registreringen ikke påvirket hvorvidt det ble satt i gang tiltak eller ikke.) I slike tilfeller beregnes interrater reliabilitet vanligvis ved hjelp av såkalt "frequency ratio", det vil si rene sammenligninger av antall: Laveste antall deles på høyeste antall og multipliseres med 100 (Kazdin, 1982). I dette tilfellet var det ingen differanse mellom avdelingsleders registreringer av påbegynte serier med selvskading og antall ganger personalet satte i gang tiltak. Reliabilitet var dermed 100 %. Dette indikerer at definisjonen av selvskading var relativt presis.

Resultater

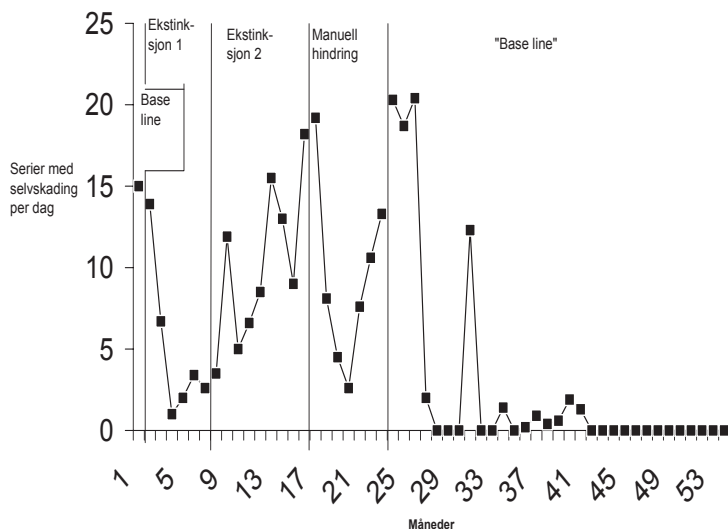
Registreringer gjort i fire døgn umiddelbart før Randi flyttet viste et gjennomsnitt på 750 *slag* per døgn (fig. 1). Ifølge personalet på institusjonen hadde hun "normale" forekomster av selvskading i løpet av disse dagene. Det er ikke lett å konvertere totalt antall slag til *serier* med slag, som ble registrert fra og med første behandlingsfase. Men det forekom alt fra ett til ca. 50 slag i løpet av hver episode med selvskading under baseline. Et *veldig* konservativt anslag er derfor at 750 slag tilsvarer minst 15 serier per døgn, og dette ble definert som nivået under baseline. (Trolig er det riktige tallet nærmere 100.) Mer er det dessverre ikke mulig å si om forekomst under baseline ut fra de data som foreligger.

Under første ekstinksjonsfase (B) var det mellom en og 14 *serier* med slag per døgn. I løpet av andre ekstinksjonsfase (C) økte dette til mellom to og 16 serier per døgn, men med et høyere gjennomsnitt. Under fasen manuell holding (D) var det mellom tre og 20 serier per dag, men med et noe lavere gjennomsnitt enn i forrige fase. I løpet av "Time-out"-fasen (E) sank antallet serier per døgn jevnt og trutt. Etter ca. tre måneder lå

Varig eliminasjon av alvorlig selvskading

antall serier på i gjennomsnitt to per døgn. Etter dette ble selvskading så godt som eliminert, med unntak av en kortvarig økning ca. sju måneder etter at "time-out" ble iverksatt. Siste tilfelle av selvskading fant sted 17 måneder etter at "time-out" ble iverksatt, og har ikke forekommet siden. Dette betyr en periode på ti år uten selvskading (fig. 1)

Figur 1. Forekomst av selvskading over en periode på litt over fire år



Tall for baseline er et minimum estimert på grunnlag av totale antall slag.

Diskusjon

I løpet av "time-out"-fasen ble selvskading eliminert. Til tross for et noe mangelfullt eksperimentelt design er det liten tvil om at det siste tiltaket, "time-out", var avgjørende for resultatet. Et holdepunkt for dette er at Randi hadde selvskadet i mange år, og at selvskadingen langt fra ble redusert like mye ved hjelp av andre tiltak. "Time-out" medførte slutten på i alt nærmere 40 år med omfattende selvskading. Dette utelukker ikke at andre tiltak kunne ha vært like effektive, selv om det er vanskelig å peke på andre tiltak som med stor sannsynlighet ville eliminert selvskading.

"Time-out" alene var kanskje ikke tilstrekkelig for et vellykket resultat, spesielt med tanke på at effekten av behandlingen har vart så lenge. I tillegg til de spesifikke reduksjonstiltakene som er nevnt, ble det helt fra starten arbeidet med å hjelpe Randi til å bedre sin fungering på områdene kommunikasjon, ADL-ferdigheter og sosialt på andre måter.

Disse tiltakene er derfor ikke knyttet til spesielle faser. Det er imidlertid ingenting som tyder på at det ble drevet systematisk opplæring under baseline, det vil si på institusjonen.

Tiltak når det gjaldt kommunikasjon gikk ut på at hun ikke slapp unna krav eller skifte av aktivitet når hun selvskadet. Hun måtte vise annen kommunikasjon enn selvskading for å oppnå noe, som å ta personalet i armen og føre personalet dit hun ville, for så for eksempel å lede armen til personalet mot det hun ville ha. Personalet brukte de samme forsterkerne som sannsynligvis hadde opprettholdt selvskading tidligere, men avhengig av ønsket, alternativ atferd. Hun fikk også flere valgmuligheter.

Etter hvert sa hun også ord. Ordene hadde korrekt uttale og kom i rett situasjon. Hun kunne rope høyt "nei" når det var noe hun ikke ville. Hun kunne si "mere" hvis hun ville ha mer, eller "jakke" hvis hun ville ut. Det ble lagt stor vekt på å forsterke alle disse initiativene. Også "nei" ble respektert, men krav ble kun *utsatt*; etter en stund ble det stilt på nytt. Det viste seg etter hvert at hun sa "nei" først, og gjennomførte kravet da det ble stilt på ny, uten å selvskade. Det ble en periode forsøkt språktrening i form av særtrening for å utvikle hennes tale. Dette hadde noe effekt, men måtte avbrytes på grunn av mangel på ressurser.

Randi hadde få ADL-ferdigheter. Årsaken var nok til dels at hun selvskadet ved de fleste krav som ble stilt til henne, og dermed ikke mottok noen opplæring. Hun begynte med enkle ferdigheter som å dekke på tallerken og glass til seg selv, og rydde vekk ting. I starten tok dette ofte lang tid på grunn av selvskading. Når handlingen var gjennomført, fikk hun være for seg selv en kort stund.

Randi ville helst stå ute for seg selv. Også da hun bodde på institusjonen oppholdt hun seg for det meste for seg selv. Hun sto ofte lenge ute under et tre med munn og hender full av barnåler. Det nye personalet prøvde å nærme seg henne på en positiv måte. De begynte å gå lange turer hvor den som var med henne gikk og pratet om løst og fast og kommenterte det de gikk forbi. Hun var litt utrygg i trafikken, og ville gjerne holde personalet i armen. Dette var faktisk en god, om enn utilsiktet, måte å få kontakt med henne på (eller etablere kontakten med personalet som mer forsterkende!).

For at Randi skulle få oversikt over dagen sin, ble det laget en dagsplan som var lik hele uken. Dette gjorde dagen hennes maksimalt forutsigbar, og hun slapp stort sett å oppleve uforutsette situasjoner. Hun kunne også forberede seg på krav. Blant annet lot personalet vekkerklokka hennes begynne å ringe en liten stund før de kom inn til henne om morgenen. Hun ble dermed vekket av klokka og ikke av personalet, fikk tid til å våkne ordentlig, og fikk hjelp til å slå av klokka. Personalet kom da som en problemløser, og det ble en mindre aversiv start på dagen. (Mer uformelle observasjoner tydet på at dette arrangementet bidro nokså mye til å eliminere selvskading.)

I begynnelsen jobbet det kun fire personer med henne. Dette ble gjort for å skape trygghet og best mulig gjennomføring av tiltaket. Hun var

med på ting som skjedde, selv om hun selvskadet og i perioder hadde store sår i ansiktet. Randi har liten familie. Hun var derfor mye hjemme hos en av personalet, og var en del av familien i høytider etc.

Et viktig spørsmål er også hva effekten av "time-out" skyldtes. "Time-out" kan ha ulike funksjoner i ulike tilfeller, men fungerer nok i de fleste tilfeller som ekstinksjon og/eller straff. I Randis tilfelle var det holddepunkter for at tiltaket hovedsaklig fungerte som straff. Mesteparten av selvskadingen var negativt forsterket. "Time-out" medførte derfor en utsettelse av krav. Likevel virket ikke "time-out" negativt forsterkende. Dette tyder på at det var tale om straff. I tillegg viste hun tendenser til negative emosjonelle reaksjoner på å bli ledet til "time-out"-rommet. En grunn til at "time-out" var så effektivt kan også ha vært at den effektivt fjernet enhver positiv, sosial forsterkning av selvskadingen, samtidig som utsettelsen av krav ikke var effektiv nok til å virke negativt forsterkende.

Det må også nevnes at det kan være problematisk å behandle selvskading når behandling faktisk utelukker muligheten for å gripe inn dersom selvskading fortsetter, slik som ved den formen for "time-out" som ble praktisert her. Særlig gjelder dette ved alvorligere former for selvskading. Det forekom også tilfeller av selvskading de første gangene "time-out" ble gjennomført. Hadde dette fortsatt, kan det være at tiltaket måtte blitt avbrutt. Heldigvis avtok selvskadingen under "time-out" nokså raskt.

Selv for ti år siden var "time-out" en kontroversiell metode. Det er heller ikke til å legge skjul på at personalet, særlig i begynnelsen, syntes det var krevende å gjennomføre prosedyren. I dag, etter innføringen av kapittel 4A, er en slik form for "time-out" eksplisitt forbudt. Det er derfor ikke aktuelt å bruke "time-out" i samme form dersom selvskading skulle oppstå på nytt. Dette gjør det, om mulig, enda viktigere å forebygge at selvskading gjenoppstår. Det positive ved dette er at det øker motivasjonen ytterligere for å utarbeide alternative og forebyggende tiltak! Gitt de gode resultatene "time-out" hadde i dette tilfellet, og at tiltaket ikke hadde noen observerbare, vesentlige bivirkninger, taler det for at bruken av "time-out" alt i alt likevel ikke var uetisk. Dette må imidlertid ikke automatisk oppfattes som et argument for å tillate metoden, og uansett ville den bare vært aktuell i helt spesielle tilfeller.

Referanser

- Carr, E. G. (1977). The motivation of self-injurious behavior: A review of some hypotheses. *Psychological Bulletin*, 84, 800-816.
- Durand, V. M. (1990). *Severe behavior problems. A functional communication training approach*. New York: The Guilford Press.
- Foxx, R. M. (1990). "Harry": A ten year follow-up of the successful treatment of a self-injurious man. *Research in Developmental Disabilities*, 11, 67-76.
- Holden, B. (2002). Some limitations of functional analyses: Treatment of problem behavior

- based on the study of alternative responses. *Behavioral Interventions*, 17, 191-209.
- Holden, B. (2003). 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*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Iwata, B. A., Dorsey, M. F., Slifer, K. J., Bauman, K. E. & Richman, G. S. (1982). Toward a functional analysis of self-injury. *Analysis and Intervention in Developmental Disabilities*, 2, 3-20.
- Kazdin, A. E. (1982). *Single-case research designs. Methods for clinical and applied settings*. New York: Oxford University Press.
- McGill, P. (1999). Establishing operations: Implications for the assessment, treatment, and prevention of problem behavior. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 32, 393-418.
- Michael, J. (1982). Distinguishing between discriminative and motivational functions of stimuli. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 37, 149-155.
- Michael, J. (1993). Establishing operations. *The Behavior Analyst*, 16, 191-206.
- Rundskriv 15-10/2004. *Lov om sosiale tjenester kapittel 4A. Rettssikkerhet ved bruk av tvang og makt overfor enkelte personer med psykisk utviklingshemning*. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.
- Tetzchner, S. von (2003). *Utfordrende atferd hos mennesker med lærehemning. Betydningen av kommunikasjon, boforhold og tjenester*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kontaktadresse:

Mona Linnes
Leder Furubo og BUAS
Sør-Odal Kommune
2100 Skarnes
Telefon: 62 96 25 27/99 53 32 75
e-post: leder.Fu-Buas@sor-odal.kommune.no