

Behandling av ekstrem, spesifikk lydfølsomhet hos mann med moderat psykisk utviklingshemning og autisme

Kai-Ove Ottersen

Habiliteringstjenesten for voksne Hedmark

Studien beskriver behandling av ekstrem sensitivitet for fuglekvisper hos en mann med moderat psykisk utviklingshemning og autisme. Han viste stigmatiserende atferd for å unngå, eller unngå fuglekvisper. Tilstanden differensieres diagnostisk i forhold til fobi. Mulige behandlingsstrategier gjennomgås kort. Behandlingen bestod av eksponering kombinert med responsprevensjon, som ofte brukes i behandling av fobier. Behandlingen ble gjennomført i mannens egen leilighet. Resultatene viste rask adaptasjon og tilsvarende opphør av stigmatiserende atferd. Det ble benyttet en design som påviste generalisering til to andre arenaer. Alt i alt vurderes behandlingen som meget vellykket.

Noen mennesker er ekstremt sensitive for spesielle stimuli. En variant av dette er å ha overdrevet angst for noe. Noen mennesker har angst for å kjøre heis, andre har angst for ulike dyr. Noen har angst for slike situasjoner i en kort periode, andre har angst for slike situasjoner hele livet. Det kan være vanskelig å vite hvorfor vi har angst, og det er stor variasjon i hva vi har angst for. Og ikke minst er det stor forskjell på hvilken atferd vi framviser når vi eksponeres, eller står i fare for å eksponeres, for stimuli som vekker angst. Et fenomen som er beslektet med angst er hypersensitivitet for stimuli, som gjerne ses hos personer med f.eks. autisme (Wing, 1989) og Williams syndrom (O'Reilly, Lacey & Lancioni, 2000). Hypersensitivitet innebærer at normale lyder oppleves som sterkt ubehagelige, og dermed unngås på mer eller mindre hensiktsmessige måter: Normale lyder, opplevd som støy av lydsensitive personer, har bl.a. vært medvirkende årsak til selvskadning (O'Reilly, Lacey & Lancioni, 2000).

Ifølge ICD-10 (Statens helsetilsyn, 1998) er fobier ekstrem *frykt* for spesifikke stimuli. Fobiske reaksjoner består ofte av såkalt respondent atferd, dvs. atferd som er *utløs* av stimuli (Catania, 1998). ICD-10 (Statens helsetilsyn, 1998) definerer ulike kategorier av fobier, som agorafobi, sosiale fobier, og spesifikke fobier. Agorafobi omfatter frykt for folkemengder, offentlige plasser, og for å forlate hjemmet. Sosiale fobier omfatter bl.a. å bli gransket av andre mennesker.

Spesifikke fobier er begrenset til spesifikke stimuli som utløser angst, bl.a. spesielle dyr, høyder, flyturer eller tannlegebesøk. Kontakt med slike stimuli kan utløse panikkliknende reaksjoner. Økning i autonome responser som hjerterate, blekhet, svetting, og skjelving kan være mål på graden av angst (Eknes, 2000). Også ved hypersensitivitet vil det meste av dette opptre: Følsomheten og graden av unngåelse og unnslippelse er i hovedsak som ved fobier; i begge tilfeller er det tale om *aversiv stimulering*. En forskjell fra fobier er imidlertid at personen neppe har noen frykt for at det skal skje noe alvorlig utover selve opplevelsen av ubehaget, dvs. den aversive stimuleringen. For øvrig kan det være vanskelig å foreta en presis diagnostisering hos mennesker med begrenset verbal fungering, som ikke kan beskrive privat atferd som ligger til grunn for diagnoser (Holden, 2002). Dette kan også gjelde differensiering mellom fobi og hypersensitivitet.

Betegnelsen ”fobi” kan bli brukt litt ukritisk i dagligtalen. ”Han har sikkert hundefobi” sier vi om et barn som gråter når en hund kommer forbi. Dette er upresist: Vi kan ikke vite årsaken til barnets gråt ut fra denne observasjonen. Barnet kan like gjerne gråte fordi det har blitt løpt ned av en hund før, og gråtingen førte til at noen løftet barnet opp. Gråtingen kan mao. være opprettholdt ved andre konsekvenser enn unngåelse av en fobisk stimulus. Det er derfor viktig å analysere både diskriminative stimuli (Catania, 1998; Skinner, 1953) og forsterkere (Catania, 1998; Skinner, 1953) som opprettholder atferden. Slik kan mest mulig riktig og effektiv behandling planlegges og iverksettes. Tilsvarende analyser må forutsettes å være like relevant for hypersensitivitet.

Atferd som reduserer, utsetter eller eliminerer aversiv stimulering er under kontroll av det Skinner (1953) kaller negativ forsterkning. Catania (1998) beskriver to undergrupper av negativ forsterkning. På norsk kalles disse unnslippelse (*escape*) og unngåelse (*avoidance*). Unnslippelse innebærer at en respons *termineres* av aversive stimuli. Unngåelse *forhindrer* at vi kommer i kontakt med aversive stimuli. Unngåelsesatferd består av to vesentlige fenomener, som Catania (1998) kaller: 1) Avsluttende prosedyre; at unngåelsesatferden forhindrer den aversive stimulusen for godt (f.eks å slå i hjel en mygg på soverommet), og 2) utsettende prosedyre; at den aversive stimulusen utsettes så lenge responsen forekommer (f.eks å putte penger på parkometeret).

Evnen til å tåle, eller tilvenne seg, større eller mindre ubehag er viktig. Mennesker kan tilvenne seg aversive stimuli, både fobiske og andre, simpelthen ved å bli utsatt for dem i en kortere eller lengre periode. Catania (1998) kaller dette adaptasjon, dvs. ”en reduksjon, vanligvis gjennom en lengre tids presentasjon av en stimulus, av forekomsten av atferden produsert av den samme stimulusen” (s. 378, min oversettelse). Et nesten identisk fenomen kalles habituering, dvs. ”en reduksjon, etter gjentatte presentasjoner, i den respondente atferden utløst av en stimulus” (Catania, 1998, s. 391, min oversettelse).

En anerkjent metode for behandling av fobier kalles eksponeringsbehandling (se f. eks. Arntzen & Almås, 1997; Berge & Repål, 1997; Eknes, 2000; Wolpe, 1958). Det bygger på prinsippene om adaptasjon/habituering. I behandlingen blir personen utsatt for stimuli som utløser fobien. Dette kan gjøres på ulike måter:

1) Behandlingen gjennomføres ved trinnvis tilnærming til angsthierarkiet som

er satt opp på forhånd sammen med personen. I angsthierarkiet rangeres de aversive stimuliene innbyrdes, fra svakest til sterkst (Eknes, 2000). De svakeste presenteres først.

- 2) Eksponering slik som den forekommer i naturlige betingelser, dvs. det Wolpe (1958) kaller "flooding". Det innebærer at personen utsettes for aversive stimuli slik de forekommer i naturlige omgivelser, og forblir i situasjonen til angsten avtar.

Målet, enten stimuli presenteres hierarkisk eller ved flooding, er at personen adapterer og av den grunn ikke lenger viser fobiske reaksjoner.

Eksponering kan også kombineres med responsprevensjon, dvs. at personen blir oppfordret til å la være å utføre responser som vanligvis fører til at personen kommer seg unna situasjonen. Hensikten er at personen skal oppleve at den fobiske responsen ikke bare øker i styrke, men at den når en topp, og deretter synker (Eknes, 2000). På den måten opplever personen at angsten avtar. I tillegg kan dette kombineres med trening i muskelavspenning (Wolpe, 1972). Disse prinsippene er etter alt å dømme også relevant for behandling av hypersensitivitet for lyder og andre stimuli; i begge tilfeller forutsetter en vellykket behandling at personens følsomhet for stimuli reduseres (Reiss & Havercamp, 1997), dersom personen ikke skal unngå eller unnsnippe aktuelle stimuli på varig basis. Atferdsanalytisk behandling av selvskading som har forekommet i nærvær av støy har for øvrig gått ut på å eliminere støy (O'Reilly, Lacey & Lancioni, 2000). Dette er neppe en fullgod løsning i alle tilfeller, spesielt når det gjelder stimuli som det i det lange løp er umulig å holde på avstand.

Öst (1995) mener at eksponeringsbehandling ved spesifikke fobier har ønsket effekt på over 90% hos intellektuelt normalt fungerende mennesker. Eknes (2000) mener at det er grunn til å tro at samme behandling vil gi like gode resultater for mennesker med psykisk utviklingshemning, fordi problemer og strategier er konkrete og avgrensede. Dette er imidlertid ikke dokumentert. Men det er vel ikke urimelig å innvende at personer som lærer saktere kan måtte bruke lenger tid på trening, og at verbalt svake personer kan ha mindre utbytte av trening, bl.a. fordi de ikke har nytte av regelstyring i forhold til formålet med treningen og gjennomføringen av den. Større undersøkelser som viser resultater av behandling av hypersensitivitet er vanskelig å oppdrive.

Ved å unngå eller unnsnippe stimuli som utløser fobiske og annen sterk unngåelses- og unnslippelsesatferd, vil personen *midlertidig* unngå/unnsnippe den aversive stimuleringen. Dette kan i seg selv være en god nok takling av situasjonen. Men lignende stimuli vil sannsynligvis være like aversive, og føre til lignende reaksjon senere også. Det avgjørende er hvilke stimuli som vekker reaksjonen. Er det mulig å leve et "normalt" liv uten å tilvenne seg dem? En nordmann trenger nødvendigvis ikke å tåle nærvær av skorpioner; det er lite sannsynlig at vi treffer på skorpioner i Norge. Hvis stimulusen derimot er katter, er tilvenning langt mer relevant.

Muligheten for å unngå aversive stimuli kan være liten hvis stimuli ikke kontrolleres av mennesker, for eksempel regnvær. Det er mulig å unngå regnvær, men kanskje ikke bestandig. Det kan være bedre å lære å *tåle* regnvær. Topografien til atferden som terminerer den aversive stimulusen kan også ha stor betydning: Å skru ned høyt volum på radioen kan være akseptabelt. Derimot

vil det være uakseptabelt å kaste forsterkeren ut av vinduet. Både stimulusen og topografien på atferden har med andre ord betydning for om atferden bør behandles. Hvis topografien er stigmatiserende og uakseptabel, og i tillegg fører til sosial isolasjon, kan det alt i alt foreligge ganske tungtveiende grunner for behandling.

Denne studien ble gjort på en person som i alle år hadde unngått eller flyktet fra vanlig fuglekvisper. Kriteriene for en fobi neppe var oppfylt. Trolig var det tale om en ren hypersensitivitet. Likevel ble behandlingprinsipper som har dokumentert effekt på fobier anvendt: Jeg ville se om målpersonen adapterte til fuglekvisper, og om unngåelses- og unnslippelsesatferd opphørte. Behandlingen bestod av en form for eksponering, kombinert med responsprevensjon. Jeg valgte å gå rett på presentasjon av vanlig fuglekvisper, og ikke anvende en prosedyre med en hierarkisk tilnærming med lignende og mindre aversive lyder.

Metode

Målperson

Målperson heter Kai og er 35 år. Han har autisme og moderat psykisk utviklingshemning. Kai bor i egen leilighet i et bofellesskap. Personaldekningen er 2:5. Kai leser aviser, kjøper Extra-lodd, prater med folk, og synger i et band. Kai er ekstremt hjelpavhengig og trenger stadig påminnelser for å komme seg gjennom hverdagen.

Kai har hatt noen påfallende atferder: Han kan høre på musikk hvis han eier CD'en selv. Hvis andres CD med samme omslag spilles, stoler han tilsynelatende ikke på at musikken er den samme. Han skjærer seg da for musikken ved å gå vekk eller ved å ha fingrene i ørene. Han skrur også av mikrobølgeovn og alarmklokker før de ringer. I andre situasjoner tåler han imidlertid kraftig lyd, for eksempel damptuten på danskebåten. Han *liker* det til og med. Kai kan også stå ute for å se på fullmånen i lange perioder. Da viser han heller ingen tegn på overdrevet lydsensitivitet.

Kai har vist at han kan tilvenne seg aversive stimuli ved hjelp av systematisk trening: Tidligere unngikk han rom hvor det stod telefoner, og unngikk på den måten telefonkimming. Dette var problematisk; telefoner finnes nesten overalt. Angst for telefonkimming ble behandlet med et tilvenningsprogram som gikk ut på å høre telefonen kime en stund før han tok den. Dette ga gode resultater, og han oppholder seg nå, mange år etter treningen, i rom hvor det er telefoner, uten ørepropper eller hørselvern.

Det største problemet har i flere år vært at han har gjort mye for å beskytte seg for fuglekvisper: Utendørs går han med fingrene i ørene, eller bruker spesialtilpassede ørepropper, som demper enkelte frekvensområder, med eventuelt øreklokker i tillegg. I tillegg løfter han skuldrene mot ørene som ekstra beskyttelse. All denne beskyttelsen bruker han bl.a. når han går til og fra aktivitetssenteret, som tar 10-15 minutter. Han bruker den også når han går ut med søppel, som bare tar noen sekunder. Det er også observert at han beskytter seg inne når han har mulighet til det, for eksempel på pauserommet på aktivitetssenteret. Hjemme beskytter han seg ved å lukke vinduer og utgangsdører i leiligheten, uansett årstid og temperatur. Han liker ikke å besøke andre, men gjør det hvis vinduer

og dører lukkes når han kommer. Kai sier at han ikke holder ut fuglekvitter fordi lydene er skarpe.

Ut fra denne beskrivelsen er det mest naturlig å beskrive aversjonen mot fuglekvitter som hypersensivitet, enn en fobi. Ikke minst var det vanskelig å finne holdepunkter for at han hadde noen *frykt* utover å bli eksponert for den aversive stimuleringen. Den ekstreme sensitiviteten, samt den sterkt avvikende unngåelses- og unnslippelsesatferden han framviser ved fuglekvitter, kan delvis være en følge av at han har fått lov til å beskytte seg slik han har ønsket i mange år; det har knapt vært stimulert til noe annet.

Atferdstopografien er sterkt stigmatiserende, og fører til at han blir ledd av. Samtidig stenger han seg ute fra sosiale situasjoner som han egentlig liker godt. Han har også mye ”bryderi” med å finne fram ørepropper og hørselvern for hver lille ting han skal gjøre utenfor leiligheten. I flere år har nærpersioner diskutert om det er mulig å behandle dette. Ulike ting var prøvd: Overtalelse og mildt press til å være utendørs uten ørepropper eller hørselvern, uten særlig resultat. Kai var enig i at hans reaksjoner på fuglekvitter var et problem, og sa selv at han ønsket behandling. Ifølge en skriftlig kontrakt kunne han avbryte behandlingen når han ville. Kontrakt, og godkjennelse av videoopptak av behandlingen, ble underskrevet av ham selv og trener.

Apparatur

For å presentere fuglelyder i behandlingen ble det brukt CD-spiller og CD med varierte norske fuglelyder. CD'en ble laget til dette formålet. Den inneholdt 18 forskjellige lydspor med opptak av forskjellige fugler, både enkeltvis og sammen. Lydsporene ble tatt opp på en minidisc-opptaker i skogen, og ble digitalt behandlet og brent på CD. Resultatene av behandlingen ble registrert på et eget registreringsark.

Setting

Arenaer for behandlingen, dvs. treningsøktene, var hans leilighet, fellesarealet i boligen, og aktivitetssenteret hvor han arbeider. Behandlingen ble først iverksatt i leiligheten ut fra etiske hensyn: Både på fellesareal i boligen og på aktivitetssenteret kunne det være andre tilstede. I leiligheten var Kai og trener alene. Behandlingen ble gjennomført ved kjøkkenbordet. Kai og trener satt på hver sin side, rett ovenfor hverandre. Det var ingen spesiell tilrettelegging av omgivelsene før og under behandlingen.

Responssdefinisjon

Det ble bestemt tre målatferder. De var topografisk forskjellige, men alle innebar unngåelse eller unnslippelse av fuglekvitter.

1. Tildekke ørene med hendene, eller stikke fingrene i ørene. For å registrere dette som målatferd måtte det være fysisk kontakt mellom hender og ører.
2. Forsøk på å forlate treningssituasjonen. For å registrere dette som målatferd måtte Kai reise seg opp fra stolen, eller snu seg vekk.
3. Protestere mot at fuglekvitter ble avspilt, dvs. alle utsagn som gikk ut på å skru av CD-spilleren.

Prosedyre

Samme trener utførte alle treningsøkter. Hver treningsøkt bestod av fem eksponeringsforsøk. CD-spilleren ble satt på et fast volum som tilsvarte vanlig fuglekvitte, bestemt av tre personers oppfatning av vanlig styrke. Lydopptakene var noe varierende i styrke, som ute i naturen. Lydsporene ble spilt i randomisert rekkefølge. Eksponeringene ble gjennomført ved at trener instruerte Kai til å sitte rolig, med hendene i fanget, og uten ørepropper. Deretter satte trener på CD'en, og den stod på i 1,5 til 2 minutter. Varigheten på hver eksponering var også randomisert. Ved forekomst av målatferd på slutten av eksponeringen stod spilleren på til det var gått ti sekunder uten forekomst av målatferd. Eksponeringstiden ble variert for å unngå at Kai lærte varigheten på hver eksponering. Kai ble også *oppfordret* til ikke å framvise målatferd, dvs. responsprevensjon.

Hvis Kai viste tegn til å ta fingrene i ørene, eller reise seg for å gå, ble han bedt om å ta hendene i fanget eller sette seg igjen. Hvis han protesterte på avspilling ble dette ignorert, men registrert som feil.

For å forsterke ønsket atferd ble det brukt tegnøkonomi (Cooper et al., 1987). Betingede forsterkere (tegn og ros) ble levert etter FR1-skjema (Cooper et al., 1987). Når brettet var fullt byttet han dette i sluttforsterker som han valgte selv. Han valgte både spiselige og auditive forsterkere (musikk spilt på PC). Forsterkerformidlingen kan betegnes som en DRO-prosedyre (Differential reinforcement of other behavior), siden en antatt forsterker leveres ved fravær av målatferd i en gitt periode (Cooper et al., 1987). Perioden var i dette tilfellet tiden fuglekvitring ble presentert ved hvert eksponeringsforsøk i treningsøktene.

Registrering

Trener registrerte på eget skjema. Det ble registrert forekomst av målatferd, eller ikke-forekomst av målatferd for hvert eksponeringsforsøk. Registreringsmetoden var frekvenstelling (Cooper et al., 1987). Registrering skjedde kontinuerlig i alle økter. Mestringskriteriet ble satt til 80% eller mer i tre etterfølgende behandlinger.

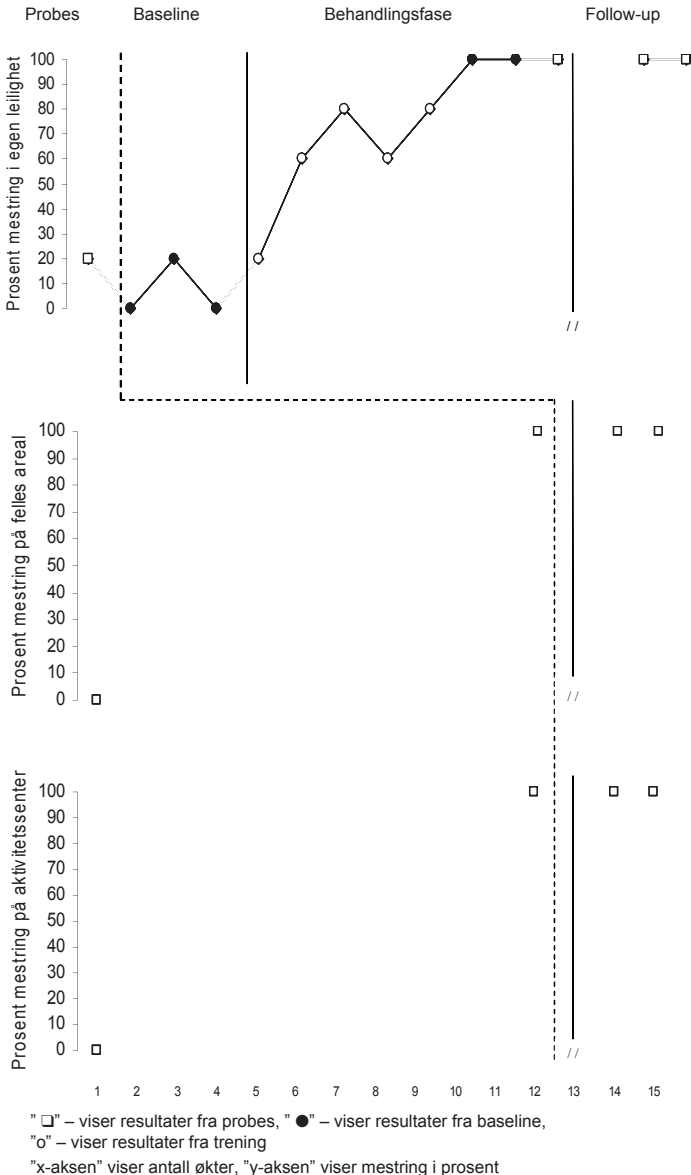
Design

Det ble benyttet en N=1 design. I N=1 design er målpersonen sin egen kontroll. Designen er en *multiple probe design* ("flerforsøksdesign"), dvs. en variant av multipl baseline design (Cooper et al., 1987). En hovedforskjell på disse designene er kravet til baseline. Multiple probe design har *ikke* krav om kontinuerlig baseline på de neste målatferdene mens det intervereres overfor de foregående. Ved multipl probe design tas probes før og etter hver intervensjon, før baseline for neste målatferd. Probes (forsøk) defineres av Kazdin (1982) som måling av atferd ved utvalgte situasjoner hvor det ikke er noen kontingenser for atferden. Probes kan brukes for å bestemme om det har skjedd endring i atferd som det ikke er fokusert spesielt på som følge av behandling på en annen. Målinger av probes kan si noe om atferdens generalitet, for eksempel om behandling på en arena fører til endring også på en annen arena. Multiple probe design er å foretrekke når lange baselinefaser kan indikere eller medføre reaktivitet, eller multiple baselines er upraktisk eller kostbart. Designen gjør det

mulig å se endring i atferd som følge av de uavhengige variablene i studien.

Reliabilitet

Reliabilitet måles ved at to uavhengige observatører registrerer målatferden (Cooper et al., 1987). Kazdin (1982) sier at det ikke finnes retningsslinjer for hvor ofte reliabilitet skal sjekkes, men at det bør være minst en sjekk i hver fase i studien. Reliabilitet i denne studien er målt ved ”point-by-point



Figur 1. Figur 1 viser resultatene fra eksponeringsbehandlingen. Behandling ble gjennomført bare i egen leilighet. Probes viser generalisering til fellesareal og aktivitetssenter.

agreement” (Kazdin, 1982). Det innebærer at et avgrenset intervall, for eksempel en treningsøkt, blir sjekket for forekomst eller ikke-forekomst av målatferd. Enighet og uenighet mellom observatørene legges til grunn for utregningen. Enighet vil si at det er enighet mellom observatørene om at målatferden har forekommet eller ikke har forekommet (Kazdin, 1982). Uenighet vil si at den ene observatøren har registrert at målatferd har forekommet, mens den andre har registrert fravær av målatferd (Kazdin, 1982).

Reliabiliteten regnes ut ved antall observasjoner det er enighet om, delt på antall observasjoner det er enighet om pluss antall observasjoner det er uenighet om, og multiplisere med 100. Resultatet oppgis i prosent.

Trener registrerte alle treningsøktene. Det ble tatt videoopptak av all trening, og en annen person registrerte etterpå (ut fra hensynet til å ha færrest mulig personer tilstede). Det ble foretatt reliabilitetstester i alle faser av behandlingen. Reliabilitet var 100% hver gang.

Resultater

I figur 1 ser vi at probes før behandling viste 20% mestring ved avspilling av fuglekvisper i egen leilighet. I fellesarealet og på aktivitetssenteret var det 0% mestring. Ved baseline i egen leilighet var det 0-20% mestring. Første behandlingsfase ga rask økning i prosent mestring. Første treningsøkt viste 20% mestring. Etter sju økter var mestringskriteriet nådd, med tre etterfølgende treningsøkter over 80%, hvorav de to siste med 100% mestring.

Probes etter at mestringskriteriet var nådd i egen leilighet viste fortsatt 100% mestring i leiligheten. Mestring var også 100% både på fellesarealet og aktivitetssenteret. Behandling ble ikke iverksatt på disse arenaene. Follow-up etter en uke viste fortsatt 100% mestring på alle arenaer, det samme etter to uker.

Diskusjon

Målet med studien var å se om Kai, gjennom gjentatte eksponeringer for fuglekvisper, adapterte og framviste sosial akseptabel atferd i nærvær av fuglekvisper. Resultatene viser at dette lyktes i meget stor grad: Hans ekstreme unngåelse av fuglekvisper opphørte både i leiligheten, hvor selve behandlingen ble utført, og på to andre viktige arenaer, fellesareal i bolig og på aktivitetssenter, hvor behandling *ikke* ble utført. Det skjedde med andre ord en betydelig generalisering. I tillegg ble behandlingen gjennomført i løpet av få dager, med bare ca. 45 minutter trening pr. dag. Behandlingen må derfor betegnes som veldig effektiv. Follow-up viste at effekten av behandlingen har holdt seg. Follow-up er gjennomført relativt kort tid etter adaptasjon og mestring.

Kai endret atferd i løpet av behandlingen, sannsynligvis pga. selve behandlingen. Eksponering for fuglekvisper medførte adaptasjon slik at fuglekvisper ikke lenger var aversivt. Men ett forhold skal nevnes: Trenerens nærvær kan ha lagt press på Kai slik at han tok seg sammen, spesielt i begynnelsen. Men hverken empiri eller observasjoner tyder spesielt på det: Adaptasjon og opphør av unngåelses- og unnslippelsesatferd kom ikke umiddelbart, men gradvis. Sannsynligvis har ingen andre forhold påvirket Kais atferd overfor fuglekvisper i løpet av den tiden

behandlingen ble gjennomført. Det kan konkluderes med at indre validitet er høy (Cooper et al., 1987), fordi det er sannsynlig at atferdsending skyldtes den uavhengige variabelen.

Kai var mest interessert i tegnøkonomien i begynnelsen av behandlingen. Det var neppe sluttforsterkerne som var mest effektive. Den faktiske sluttforsterkeren var trolig å bli ferdig med treningen. Etter to treningsøkter så det ut som sensitiviteten var redusert. Da ble han mindre fokusert på tegnøkonomi. Uansett benyttet vi systemet ved resten av behandlingen. Han krysset av på skjemaet selv, og valgte sluttforsterker ved fullt skjema. På grunn av dette vil det neppe bli problematisk å fjerne tegnøkonomi. Han har adaptert og framviser akseptabel atferd ved fuglekvitte, uavhengig av tegnøkonomi.

Resultatene av treningen kan føre til et bedre liv for Kai. Det kan bli lettere å motivere ham til sosial deltagelse. Det blir enklere å gå på besøk når han ikke må ha spesielle løsninger for vinduer og dører. Ikke minst vil han slippe angst for å bli eksponert for fuglekvitte. Denne engstelsen, som var et stort problem, vil være betydelig redusert, og kanskje ikke forekomme i det hele tatt. Han vil trolig bli oppfattet som mer normal når den stigmatiserende atferden er borte. Diskusjoner for og imot ørepropper vil ikke lenger være nødvendig. En generelt mer positiv omtale kan også forventes.

Et viktig forhold ved all behandling er generalisering og opprettholdelse av ferdigheter (Horner, Dunlap og Koegel, 1988). Stokes og Osnes (1988) sier at generalisering ikke alltid kan forventes. Probes tatt etter adaptasjon i egen leilighet viser generalisering til de andre arenaene. Med stor sannsynlighet var det adaptasjonen, som følge av behandlingen, som førte til generaliseringen. Det ble derfor ikke nødvendig å sette i gang trening på disse arenaene.

Hjerterate eller svetteutskillelse ble ikke registrert. Men observasjoner under behandlingen tydet på at sensitiviteten var høy i begynnelsen: Han satt med hevede skuldre, og hadde kort og rask pust. Dette ble ikke kommentert av trener. Men i løpet av de to første treningsøktene ”datt” skuldrene ned, og Kai fikk mer normal pust. Dette er holdpunktet for at det skjedde en reell adaptasjon, ikke bare at han lærte å avstå fra unngåelses- og unnslippelsesatferd.

Begrepet sosial validitet (social validity) er en viktig faktor for planlegging og evaluering av behandlingstiltak (f.eks. Cooper et al., (1987); Kazdin, (1982); Van Houten, (1979)). Minst tre forhold vurderes: 1) Valg av målatferd for behandlingen, 2) prosedyren som er brukt, og 3) om effekten av behandlingen er til det bedre for både målpersonen og miljøet (Kazdin, 1982).

Dette kan virke selvfølgelig, men er likevel viktig. Diskusjonen vil ofte være om atferden skal behandles, eller om omgivelsene skal endres, slik at atferden ikke trenger å framvises. Fuglekvitte kan ikke kontrolleres under naturlige betingelser, og atferden bør derfor behandles. For Kai var det viktig å få endret stigmatiserende atferd som han framviste ved eksponering, eller ved mulig eksponering, for fuglekvitte.

Behandlingen bestod av eksponering for aversive stimuli, noe som *kan* være lite etisk akseptabelt. Behandling med aversive elementer *skal* vurderes nøye (se bl.a. Rundskriv I-41/98). Men muligheten for et liv uten en del aversive stimuli synes urealistisk. Vi tilvenner oss mye gjennom kontakt med aversive stimuli til de ikke lenger er aversive. En forelder i et klasserom for seksåringer

vil betegne ”støy” som aversivt når hun/han kommer inn, mens læreren kanskje ikke tenker på det i det hele tatt. Kais opplevelse av ubehag ved behandlingen vurderte jeg imidlertid som beskjeden; fuglekvitringen var neppe smertefull. Kai var også innforstått med at han kunne avslutte behandlingen når han ville, men spurte ikke om det.

Rask adaptasjon underbygger at Kai ikke ble eksponert for mer aversive stimuli enn nødvendig for å nå målet. Generalisering til andre arenaer medførte at det ikke var behov for eksponeringsbehandling der. I og med at adaptasjonen skjedde raskt, og sannsynligvis vil gi en bedre hverdag for Kai framover, vil jeg si at prosedyren var akseptabel.

Også for hans omgivelser vurderes behandlingen som nyttig. Nærpersoner hadde i flere år ønsket behandling for Kais sensitivitet for fuglekvitte. Når resultatene ble veldig gode er de glad på Kais vegne, og tror dette vil bedre hans situasjon. Kai synes ikke det er noe problem å høre på fuglekvitte inne, men er usikker på hvordan det vil bli ute. Det er imidlertid aktuelt å følge opp med behandling også ute ganske snart.

Det vil være viktig med follow-up probes en stund framover. Slik kan vi se om han fortsatt adapterer, eller igjen blir sensitiv for fuglekvitte. Hvis slike follow-up probes tyder på ny sensitivitet for fuglekvitte, tror jeg atferden raskt kan behandles. Sannsynligvis vil Kai adaptere, og igjen framvise sosial akseptabel atferd, som i denne studien.

For øvrig viser studien at det kan være hensiktsmessig å behandle atferd med utgangspunkt i detaljerte analyser av den konkrete atferden, ikke primært med utgangspunkt i kategorielle diagnoser, dvs. kontinuerlig, dimensjonell diagnostikk i stedet for kategoriell diagnostikk (se bl.a. Holden, 2002).

Referanser

- Arntzen, E., Almås, I. K. (1997). Reduction of phobic behaviour for animals in a boy with mental retardation. *Scandinavian Journal of Behaviour therapy*, 26| 124-131.
- Berge, T. & Repål, A. (1997). *Trange rom og åpne plasser*. Oslo: Tano Aschehoug.
- Catania, A. C. (1998). *Learning 4th ed*. Upper Saddle River NJ: Prentice-Hall.
- Cooper, J. O., Heron, T. E. & Herward, W. L. (1987). *Applied behavior Analysis*. New York: Macmillan.
- Eknes, J. (red.) (2000). *Utviklingshemming og psykisk helse*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Holden, B. (2002). Psykiske lidelser som årsak til utfordrende atferd. En atferdsanalytisk kommentar. *Diskriminanten*, 29, 2, 13-31.
- Horner, R. H., Dunlap, G., & Koegel, R. L. (1988). *Generalization and maintenance: Life-style changes in applied settings*. Baltimore, Maryland: Paul H. Brookes.
- Kazdin, A. E. (1982). *Singel-case research designs. Methods for clinical and applied settings*. New York: Oxford University Press.
- O'Reilly, M. F., Lacey, C. & Lancioni, G. E. (2000). Assessment of the influ-

- ence of background noise on escape-maintained problem behavior and pain behavior in a child with Williams syndrome. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 33, 511-514.
- Reiss, S. & Havercamp, S. M. (1997). Sensitivity theory and mental retardation: Why functional analysis is not enough. *American Journal on Mental Retardation*, 101, 553-566.
- Rundskriv I-41/98 til lov om sosiale tjenester m v (1998). *Rettigheter for og begrensning og kontroll med bruk av tvang og makt m v overfor enkelte personer med psykisk utviklingshemming*. Oslo: Sosial- og helsedepartementet.
- Skinner, B. F. (1953). *Science and human behavior*. New York: MacMillan.
- Statens helsetilsyn (1998). *ICD-10. Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer, norsk utgave*. Oslo: Statens helsetilsyn (utgitt med tillatelse av Verdens helseorganisasjon, WHO).
- Stokes, T. F., Osnes, P. G. (1988). The developing applied technology of generalization and maintenance. I Horner, R. H., Dunlap, G., & Koegel, R. L. (1988), *Generalization and Maintenance: Life-style Changes in Applied Settings* (ss. 5-20). Baltimore, Maryland: Paul H. Brookes.
- Van Houten, R. (1979). Social validation: The evolution of standards of competency for target behaviors. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 12, 581-591.
- Wing, L. (1989). The diagnosis of autism. I C. Gillberg (Ed.), *Diagnosis and treatment of autism* (ss. 5-22). New York: Plenum Press.
- Wolpe, J. (1958). *Psychotherapy by reciprocal inhibition*. Stanford, CA: Stanford University Press.
- Wolpe, J. (1972). *The practice of behavior therapy*, 3rd ed. Pergamon General Psychology Series
- Öst, L. G. (1995). Kognitiv beteendeterapi vid ångestsyndrom. *Nytt fra statens legemiddelkontroll*, Nr. 8, november 1995.

Kontaktadresse

Kai-Ove Ottersen
Sykehuset Innlandet HF
Habiliteringstjenesten for voksne
Hedmark Næringspark, bygg 15
2312 Ottestad
Telefon: 62 55 65 07
E-post: Kai-Ove.Ottersen@sykehuset-innlandet.no