

# Psykiske lidelser som årsak til utfordrende atferd

## En atferdsanalytisk kommentar

**Børge Holden**  
Habiteringstjenesten i Hedmark

”A carrot is as close as a  
rabbit gets to a diamond”

Don Van Vliet

Utfordrende atferd er definert som ”kulturelt unormal atferd av slik intensitet, hyppighet og varighet at den fysiske tryggheten for personen selv eller andre er i fare, eller atferd som sannsynligvis vil begrense personens bruk av eller adgang til vanlige tilbud i samfunnet” (Emerson, 1995, ss. 4-5, min oversettelse). Begrepet er reservert for mennesker med psykisk utviklingshemning. De vanligste formene for utfordrende atferd er selvskading, angrep mot andre personer, og materielle ødeleggelse. Men det kan også være annen uakseptabel atferd som stjeling og skriking. Atferden kan være både hyppig og sjelden. Utfordrende atferd kan ikke avgrenses klart fra mer tradisjonelle termer som problematferd, atferdsproblemer og atferdsforstyrrelser. Men terskelen for å bruke disse termene kan være lavere; atferden må ha et visst nivå av alvorlige konsekvenser for å bli kalt *utfordrende*. Det er viktig å understreke at utfordrende atferd ikke er det samme som psykiske lidelser. Psykiske lidelser som angst og lettere depresjoner har ikke konsekvenser på linje med utfordrende atferd. Psykiske lidelser er følgelig vanligere enn utfordrende atferd.

Fokus på psykiske lidelser hos mennesker med psykisk utviklingshemning er relativt nytt. Inntil for ca. 20 år siden ble det i stor grad bedrevet såkalt ”diagnostisk overskygning”; det som idag betraktes som psykiske lidelser ble sett på som en del av psykisk utviklingshemning. Dette har de siste par tiårene blitt avløst av begrepet *dobbeltdiagnose*, dvs. at personer kan ha både psykisk utviklingshemning og psykiske lidelser (se bl.a. Sturmey, 1999).

Både psykiske lidelser og utfordrende atferd er overrepresentert hos mennesker med psykisk utviklingshemning. Ifølge Pyles, Muniz, Cade og Silva (1997) viser studier en prevalens for psykiske lidelser på mellom 10% og 80%. Høy prevalens antas å skyldes biologisk sårbarhet, manglende muligheter for å mestre dagliglivets

krav, samt miljøer som er lite tilpasset den enkeltes fungering (Holland & Koot, 1998). Også estimater av prevalensen for utfordrende atferd varierer. Noen studier (ref. i Emerson, 1995) viser rundt 5%, andre rundt 15% (Borthwick-Duffy, 1994; Quereshi & Albortz, 1992). Det er grundig dokumentert at utfordrende atferd i mange tilfeller er et lært atferdsmønster (se bl.a. Emerson, 1995). Knappt noen er uenig i dette. Også somatiske årsaker til utfordrende atferd, som sykdommer og smerter, er uomtvistelige (Holden, 1997; Pyles et al., 1997).

I stigende grad blir også *psykiske lidelser* brukt som forklaring på utfordrende atferd (Pyles et al., 1997), iallfall i tilfeller hvor somatiske og miljø- og læringsmessige årsaker er utelukket. Både i faglitteratur og forskning, og i miljøer hvor det drives behandling av personer med utfordrende atferd, øker interessen for psykiske lidelser. Kapittel 6A (Rundskriv I-41/98) poengterer at psykiske lidelser kan være en viktig årsak til utfordrende atferd. Et vanlig synspunkt er at atferdsproblemer kan være *uttrykk* for en psykisk lidelse (se bl.a. Emerson, 1995; Linaker, 1993). Motivasjonen for å prøve å påvise sammenhenger mellom psykiske lidelser og utfordrende atferd er praktisk-klinisk; det antas at det gir bedre muligheter for å *behandle* utfordrende atferd: Eliminér den psykiske lidelsen, og den utfordrende atferden følger med, iallfall i prinsippet. I tillegg har behandling av psykiske lidelser en egenverdi.

Forholdet mellom psykiske lidelser og utfordrende atferd er naturligvis svært komplisert, og i tillegg *relativt* lite studert. Foreløpig har forskningen for en stor del sett på om utfordrende atferd forekommer oftere hos mennesker *med* psykiske lidelser enn hos mennesker *uten* psykiske lidelser. Forskningen er gjort på *gruppenivå*, dvs. at en har studert relativt *generelle* sammenhenger. Bildet er langt fra entydig, selv om studiene alt i alt viser en sammenheng mellom psykiske lidelser og utfordrende atferd (Holden, 2001b, gir en oversikt). Moss et al. (2000) fant at ca. dobbelt så mange personer *med* utfordrende atferd hadde symptomer på en psykisk lidelse som personer *uten* utfordrende atferd. (Dette betyr også at mange med utfordrende atferd ikke har psykiske lidelser og at mange uten utfordrende atferd har psykiske lidelser.) Siden sammenhengen langt fra er fullstendig, er det ikke tale om et enkelt årsaksforhold mellom psykiske lidelser og utfordrende atferd. Uansett om sammenhengen på gruppenivå er stor eller liten kan det være interessant i behandlig av utfordrende atferd på *individnivå*. Derfor er det viktig å finne ut *hvordan* psykiske lidelser kan være årsak til utfordrende atferd.

Som atferdsanalytikere arbeider vi med personer med både utfordrende atferd og psykiske lidelser. Vi må ta stilling til forholdet mellom psykiske lidelser og utfordrende atferd. Atferdsanalytisk og f.eks. farmakologisk behandling utgjør ikke lenger to adskilte leirer, og det arbeides mer og mer med kombinasjoner av de to tilnærmingene (se bl.a. Pyles et al., 1997; Sevin, Bowers-Stephens, Hamilton & Ford, 2001; Sturmey, 1999). Når atferdsanalytisk behandling ikke fører fram, har vi plikt til å overlate plassen til andre, ikke minst farmakologisk behandling, ofte med utgangspunkt i psykiske lidelser. Et tverrfaglig perspektiv gjør det også nødvendig å sette seg inn i hva samarbeidspartnere gjør. Denne artikkelen er ment som både et negativt og et positivt bidrag: Jeg vil prøve å dempe ukritisk optimisme når det gjelder å behandle psykiske lidelser og dermed få bukt med utfordrende atferd. Jeg vil også gjennomgå hvordan utfordrende atferd kan behandles med utgangspunkt i psykiske lidelser.

## Hva er diagnostisering?

### Somatiske diagnoser

Det er viktig å avklare hva en psykisk lidelse, eller en psykiatrisk diagnose, innebærer. Først er det nyttig å avgrense psykiatrisk fra somatisk diagnostikk: *De fleste* somatiske diagnoser er i stor grad naturgitte kategorier, og gir seg ofte mer eller mindre selv. Symptomene er ofte nokså enhetlige, og varierer lite mellom personer med samme diagnose. Symptomene er vanligvis konkrete, og framkommer i pasientens beskrivelser, ytre kjennetegn, prøver og undersøkelser. I tillegg er symptomer ofte forårsaket av kjente patologiske prosesser, og diagnosen fører ofte til riktig behandling. Behandling som virker på én person virker ofte på en annen person med samme diagnose. Somatisk sykdom kan være komplisert, men sammenhenger mellom underliggende fysiologi, symptomer og behandling er ofte nokså klare.

### Psykiatriske diagnoser

Også psykiatrisk diagnostisering innebærer en *nosologisk* klassifikasjon. Lenge fantes det knapt aksepterte psykiatrisk diagnoseverk, og diagnoser var i stor grad basert på tolkninger. Mer "objektive" diagnosekriterier, i form av beskrivelser av atferd, dvs. hva personen *gjør*, har i hovedsak kommet de siste ca. 20 årene. (Atferd er også privat tenkning og føling, som blir tilgjengelig for andre først når personen selv forteller om den.) Psykiatrisk diagnostikk er imidlertid ganske forskjellig fra somatisk: Psykiske lidelser, eller psykiatriske diagnoser, er langt mer arbitrære, eller skjønnsmessige. For en stor del er de fastsatt av komitéer, og ofte gjenstand for omfattende diskusjon (Sturmey, 1999). Psykiske lidelser er definert i psykiatriske diagnoseverk. For de fleste lidelsene er det en rekke kriterier, og et visst antall må oppfylles for at diagnosen kan stilles. Kriteriene er klarest mulig beskrevet, slik at ulike observatører skal kunne enes om at de foreligger. Kriteriene for den enkelte lidelse er tatt med fordi de ofte opptrer sammen og utgjør det som regnes for lidelsen. Antallet diagnoser øker, ikke minst fordi hovedgrupper av lidelser deles opp i ulike varianter. Psykiatriske diagnoser stilles ikke på grunnlag av laboratorieprøver eller andre somatiske funn, dvs. uavhengig av underliggende fysiologi. Den underliggende fysiologi varierer naturligvis mye mellom personer med samme diagnose; kjennskap til underliggende fysiologi gjelder i hovedsak for pasientgrupper. Det er ingen allment aksepterte modeller for hvordan psykiske lidelser oppstår, og etiologien er generelt uklar (se bl.a. Sturmey, 1995).

Diagnoseverket DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) er i forordet forsiktig i synet på verdien av psykiatriske diagnoser. Viktige grunner til utarbeidelse av diagnoser har vært helsestatistikker, forskning og kommunikasjon. DSM-IV presiserer at kategoriene ikke er klart avgrensede. Samme lidelse hos to personer er ulikt utformet. DSM-IV framhever mao. det *heterogene* aspektet. En diagnose er bare et første steg, og det trengs som en hovedregel mer informasjon for å komme fram til riktig behandling. Dette er en advarsel mot de mest optimistiske forventningene til den kliniske nytten av psykiatriske diagnoser når det gjelder intellektuelt *normal*fungerende. Som vi skal se, er diagnostisering og behandling av psykiske lidelser trolig enda mer komplisert hos mennesker med psykisk utviklingshemning.

## Psykiske lidelser hos mennesker med psykisk utviklingshemning

Diagnosekriteriene i DSM-IV og ICD-10 (Statens helsetilsyn, 1998) er utarbeidet for intellektuelt normalt fungerende mennesker. Psykiske lidelser var opprinnelig forbeholdt denne gruppen. Diagnostisering er langt på vei avhengig av at pasienter forteller om sine opplevelser og plager, ofte i intervjuer eller på spørreskjemaer. Verbal fungering er viktig. Psykiske lidelser regnes imidlertid ikke som fundamentalt forskjellig hos mennesker med og uten psykisk utviklingshemning (Moss, 1999). Det er enighet om at vanlige kriterier stort sett kan brukes for mennesker med lett og tildels moderat psykisk utviklingshemning (Sturmey, 1999), iallfall når kliniske intervjuer tilpasses (Moss, 1999).

Men kriteriene er problematiske for mennesker med alvorlig og dyp psykisk utviklingshemning (Dosen, 1993). Grunnen er begrensede atferdsrepertoarer. Manglende verbal fungering er en hemsko, i og med at symptomer på psykiske lidelser i stor grad er privat tenkning og føling. Flere angstdiagnoser kan knapt stilles hos personer som ikke kan *beskrive* angst (Matson, Smiroldo, Hamilton & Baglio, 1997). Dette utelukker de fleste med alvorlig og dyp psykisk utviklingshemning. Verbale kriterier for schizofreni og stemningsforstyrrelser anses som lite aktuelle hos personer med IQ under 45 (Reid, 1993). Clarke (1999) mener at schizofreni forutsetter en verbal fungering på sjuårsstadiet. Mennesker med psykisk utviklingshemning kan heller ikke alltid vise lettere observerbar atferd som utgjør diagnosekriterier: Det krever bl.a. et visst repertoar å vise tristhet ved depresjon (Dosen & Gielen, 1993). Ifølge Clarke (1999) er det lettere å diagnostisere stemningslidelser som depresjon og mani, siden disse ofte innebærer endringer i naturlige funksjoner som spising og søvn.

### Diagnoseredskaper for mennesker med psykisk utviklingshemning

Begrensede atferdsrepertoarer har medført at vanlige diagnosekriterier er omdefinert til diagnostiske *atferdsekvivalenter*, dvs. atferd som antas å tilsvare vanlige kriterier for lidelsen (Sturmey, 1999). Siden vanlige diagnosekriterier ofte ikke kan anvendes er det utviklet ulike redskaper for å komme fram til psykiatriske diagnoser. Redskapene tar hensyn til at diagnostikk er avhengig av opplysninger fra andre enn pasienten (Moss, 1999). De fleste redskapene består av skjemaer som inneholder en rekke ledd. Skjemaene fylles ut av nærpersoner, som tar stilling til om en rekke symptomer (de enkelte ledd) forekommer eller ikke, og noen ganger i hvilken grad. Vanlige redskaper har vært PIMRA (Psykopatologi hos voksne psykisk utviklingshemmede), DASH-II (Diagnostisk vurdering for alvorlig handicappede) og Reiss screen (se Holden, 2001, for en oversikt). Disse er amerikanske, og er ment å gi en diagnose.

Det har også kommet et engelsk redskap som brukes mye: PAS-ADD (Psykiatrisk vurderingsskala, utviklingshemning og utviklingsforstyrrelser). Dette er delt i tre: PAS-ADD Checklist (Moss et al., 1998) er noe begrenset (28 ledd), og er ment som en innledende kartlegging. PAS-ADD Mini (Prosser et al., 1998) er mer omfattende. Dette skal heller ikke gi en pålitelig diagnose, men identifisere personer som bør undersøkes nærmere av psykolog eller psykiater. Både Checklist og Mini kan fylles ut av nærpersoner, men Mini krever kanskje litt kunnskaper. PAS-ADD

Interview (Moss et al., 1993) er et halvstrukturert intervju som brukes av psykologer og psykiatere på verbalt kompetente personer, dvs. personer med lett psykisk utviklingshemning. Dette kan gi en diagnose. Moss (1999) gir en rekke tips om hvordan intervjuer bør foretas for å gi best mulig informasjon. Et helt nytt redskap er DC-LD (Diagnostiske kriterier for psykiatriske forstyrrelser hos voksne med lærevanser/psykisk utviklingshemning) (The Royal College of Psychiatrists, 2001). Dette er også en omarbeidelse av DSM-IV og ICD-10-kriterier. Det finnes ennå ingen undersøkelser av DC-LDs validitet.

Det er viktig å understreke at redskapene, som også er laget for mennesker med alvorlig og dyp psykisk utviklingshemning, ikke opererer med hele spektret av diagnoser. F.eks. PAS-ADD Checklist opererer kun med psykotiske, affektive og nevrotiske forstyrrelser, og mulig organisk tilstand. PIMRA (Senatore, Matson & Kazdin, 1985) opererer med schizofreni, affekt, psykoseksuelle forstyrrelser, tilpasning, angst, somatiforme lidelser, persolighetsforstyrrelser og svak tilpasning (PIMRA er mao. ikke bare et psykiatrisk redskap).

Jeg vil legge til at redskapene er enkle å fylle ut og skåre. Det finnes imidlertid knapt nok autoriserte norske utgaver. Redskapene er imidlertid ikke mer omfattende enn at en privat oversettelse er overkommelig (dersom en tar ansvar for rettigheter).

Er det mulig å komme fram til en riktig diagnose?

Et generelt svar på dette spørsmålet er "ja, til en viss grad", selv om bildet er sammensatt (se Holden, 2001b). *Jevnt overskiffer* testene mellom ulike diagnoser. Leddene på skalaene for f.eks. angst og depresjon, på et og samme redskap, opptrer oftere sammen med (korrelerer) *hverandre* enn med leddene på de andre skalaene. (Dersom leddene på én skala korrelerer like mye med leddene på de andre skalaene, er det ikke vært grunnlag for ulike skalaer, og testen vil i beste fall si noe generelt om "psykisk lidelse/ikke psykisk lidelse".)

Er diagnoser hos mennesker med alvorlig og dyp psykisk utviklingshemning mindre valide?

En del tyder på at diagnoser er mindre pålitelige hos mer svaktfungerende personer: Kuhagen og Lowry (2000) fant at DASH-II skilte dårlig mellom ulike diagnoser hos mennesker med alvorlig og dyp psykisk utviklingshemning. Det kan være flere grunner til dette: Hos personer med alvorlig og dyp psykisk utviklingshemning kan det være vanskelig å vite hva som er symptomer på en psykisk lidelse, fordi atferd som samsvarer med utviklingsnivået kan ligne på symptomer: Plutselige bevegelser, skjelving og søvnvansker kan være en del av psykisk utviklingshemning, men har også inngått i angstdiagnoser, uten at de trenger å ha noe med angst å gjøre (Matson, Smiroldo, Hamilton & Baglio, 1997). Det er naturlig at kriterier som "For glad eller "høy" og "Tap av selvilde eller føler seg verdiløs" (på stemningsskalaen på PAS-ADD Checklist) er vanskeligere å bekrefte jo mer svaktfungerende personen er. Lite atferdsrepertoar betyr færre måter å være glad, "høy" eller usikker på. Dette medfører at symptomer på psykiske lidelser i større grad må *tolkes*. Det er også viktig å understreke at psykoser som regel innebærer *endringer* i atferd fra én periode til en annen (Clarke, 1999). Vi må mao. være kritiske til å tolke vedvarende atferdsforstyrrelser som symptomer på psykose. Den

store variasjonen i estimatene av prevalens for schizofreni taler i seg selv for at det kan være uklart når lidelsen foreligger og ikke (se Pyles et al., 1997).

En følge av begrensede atferdsrepertoarer er at færre diagnoser kan stilles: Dersom hele diagnoseregisteret skal brukes, må et begrenset utvalg av atferd "fordeles" på flere diagnoser. Dette medfører såkalt *diagnostisk heterogenitet* (se Sturmey, 1995). Atferd som redusert spising (med vekttap), aggresjon, gråt og lite søvn kan inngå i flere diagnoser (Pyles et al., 1997; Sturmey, 1995). Aggresjon, unngåelsesatferd og tilbaketrekning hos personer som ikke kan snakke kan oppfattes som ikke-verbalisert angst og inngå i mange diagnoser. Aggresjon, skriking og selvskading har ført til diagnosen depresjon (Marston, Perry & Roy, 1997, se foran). Så forskjellige lidelser som tvangslidelse og stemningslidelse er diagnostisert ut fra selvskading, henholdsvis vedvarende og hyppig, og som har kommet og gått (Emerson, Moss & Kiernan, 1999). Hos mennesker med alvorlig og dyp psykisk utviklingshemning utgjør typiske former for utfordrende atferd, ikke minst selvskading, en viktig del av grunnlaget for psykiatriske diagnoser. Slike atferdsformer er også vanligst hos mennesker med alvorlig og dyp psykisk utviklingshemning. Dette medfører at begrepet psykiske lidelser må brukes i en mer generell forstand hos de svakestfungerende, dvs. at det er vanskelig å skille mellom ulike diagnoser (se også Moss, 1999; Moss, Emerson, Bouras & Holland, 1998).

Det er etter mitt syn også tvilsomt om en gitt diagnose hos en person med alvorlig og dyp psykisk utviklingshemning innebærer det samme som hos intellektuelt normaltfungerende. Verbale funksjoner er sentrale i utviklingen av psykiske lidelser, ikke minst angst og depresjoner (Holden, 2001a; Wilson, Hayes, Gregg & Zettle, 2001). Ikke minst spiller private regler for hva vi må unngå, og unngå å *tenke* på, og hva vi ikke kan gjøre, en rolle. Manglende verbal fungering medfører derfor at endel varianter av psykiske lidelser neppe oppstår hos de svakestfungerende, og at nyanser i lidelser går tapt. Lidelser med kriterier som krever verbal fungering har ikke de samme kvalitetene hos en ikke-verbal person. At diagnosereskapene ikke omfatter hele spekteret av diagnoser er også en erkjennelse av at psykiske lidelsers utforming er avhengig av intellektuell fungering. Det samme er tilfelle når det snakkes om "atypiske" depresjoner og tvangslidelser (se Verhoeven & Tuinier, 1999). Diagnoser basert på tolkninger ut fra begrensede atferdsrepertoarer er mao. mer generelle (Pyles et al., 1997). Dette kan svekke formålet med diagnoser.

At det er vanskeligere å stille presise diagnoser betyr ikke nødvendigvis at psykiske lidelser, om enn i generell forstand, er mindre vanlig hos mennesker med alvorlig og dyp psykisk utviklingshemning. Den vanlige oppfatningen er at det motsatte er tilfelle (se bl.a. Pyles et al., 1997). Men endel forhold kompliserer forståelsen av psykiske lidelser hos mennesker i denne gruppen, utover det som allerede er nevnt: Komorbiditet mellom psykisk utviklingshemning og psykiske lidelser er lite kjent (Pyles et al., 1997). Vi kan ikke utelukke at skader på nervesystemet som skaper psykisk utviklingshemning også medfører atferdsformer som kan oppfattes som symptomer på psykiske lidelser. Det er f.eks. vanskelig å skille mellom negative symptomer på schizofreni og rene atferdsmangler hos svakerefungerende. Selv om psykiske lidelser er uavhengig av årsaker, er det etter mitt syn lite nyttig å benevne atferd som skyldes større skader på nervesystemet som psykiske lidelser. I tillegg kan forstyrrelser i appetitt, søvn, stemning og aktivitet ofte ligne på symptomer på psykiske lidelser, men ha rene somatiske årsaker (Fleisher,

1999). Somatiske plager og sykdommer som kan forveksles med psykiske lidelser er vanligere hos de svakestfungerende.

Dette kan medføre at prinsippet om dobbeltdiagnoser må modereres noe når det gjelder mennesker med alvorlig og dyp psykisk utviklingshemning, og at vi må bevege oss litt tilbake til "gammeldags" diagnostisk overskygning. Psykiatere (som riktignok i hovedsak arbeider med intellektuelt normaltfungerende) sier noen ganger rett ut at "dette er jo psykisk utviklingshemning", når de observerer atferdsformer som forsåvidt kan utgjøre kriterier for psykiske lidelser. Vi kan ikke se bort fra at dette indikerer at symptomer på psykiske lidelser og følger av skader på nervesystemet er vanskelig å skille fra hverandre. Dobeltdiagnoser er trolig mest aktuelt for personer med lett og moderat psykisk utviklingshemning; her vil diagnostisk overskygning ofte være malpraksis. Hos personer med alvorlig og dyp psykisk utviklingshemning må vi oftere innse at psykiske lidelser er mer uklare, og noen ganger godta en viss diagnostisk overskygning. Det siste må ikke forutsettes i utgangspunktet, uten forsøk på diagnostisering. Alt i alt er det problematisk å slå sammen alle mennesker med psykisk utviklingshemning når vi snakker om psykiske lidelser. Mye taler for å betrakte mennesker med lett og tildels moderat psykisk utviklingshemning langt på vei som intellektuelt normaltfungerende. Hos mennesker med alvorlig og dyp psykisk utviklingshemning kan diagnoser oftere betraktes som noe løsere arbeidshypoteser. Diagnoser og psykiske lidelser i denne gruppen er noe vi ofte bare kan *nærme* oss.

## Generelt om psykiske lidelser som årsak til utfordrende atferd

Det er ikke snakk om sjel og kropp

*Psykiatriske* diagnoser har opphav i eldgamle forestillinger om en todeling av mennesket i det åndelige og fysiske, eller psykiske og somatiske, for å bruke mer faglige termer. Det er imidlertid avlegs å se på kroppslige og atferdsmessige fenomener som to adskilte verdener. (Selv om vi fortsatt deler inn helsevesenet etter slike forestillinger!) I DSM-IV står det at: "En overveldende litteratur dokumenterer at det er mye "fysisk" i "mentale" forstyrrelser, og mye "mentalt" i "fysiske" forstyrrelser" (s. xxi, min oversettelse). De samme forhold kan ligge til grunn for både kroppslige og atferdsmessige tilstander, og behandling kan ha parallelle kroppslige og atferdsmessige effekter. Skillet mellom kropp og atferd fungerer som en rent pragmatisk inndeling i ulike forstyrrelser og patologier. DSM-IV advarer mao. mot enkle forestillinger om mentale årsaker, og gir liten støtte for *uten videre* å si at en person har en gitt atferd pga. en psykisk lidelse.

Psykiske lidelser som sirkulær forklaring må unngås

Oppsummerende beskrivelser av atferd oppfattes lett som *årsaker* til atferden som oppsummeres. Mange forklarer problematisk atferd ved å vise til en diagnose: Personen oppfører seg på bestemte måter *fordi* personen har schizofreni. En automatisk årsaksforståelse kan bygge på en "kategorifeil": Oppsummeringen av atferd, diagnosen, oppfattes som noe annet enn atferden som oppsummeres (Ryle, 1949): Angst oppfattes som noe på siden av svetteing, skjelving, unngåelse, utsagn om ubehag, dvs. atferden som utgjør angsten. Å skille mellom atferden og lidelsen

er en forutsetning for å forklare atferden med lidelsen. Dette er imidlertid sirkulært når "årsak" (lidelsen) og "virkning" (atferden) er identisk. (En kilde til populære oppfatninger av psykiske lidelser som årsak kan være at diagnoser og betegnelser i *andresammenhenger* ofte *indikerer* årsaker til det vi observerer. Vi har sett at dette kan gjelde ved somatiske diagnoser.) Psykiske lidelser som årsak til atferd, også utfordrende, må derfor *begrunnes*, og ikke tas for gitt. En årsak må være noe annet enn det den forårsaker.

#### Atferd, også utfordrende, forklares av hendelser

Som atferdsanalytikere har vi problemer med ordet "psykisk" (ordet er egentlig gresk for "pust"). Imidlertid snakker vi til sjuende og sist alltid om *atferd*, privat eller offentlig, når vi snakker om noe psykisk. Å si at noen er "psykisk sterk" eller har "psykiske problemer" har alltid utgangspunkt i atferd. Det psykiske kan alltid konkretiseres til det som får oss til å snakke om det. I tråd med dette er psykiske lidelser alltid atferd, jfr. kriteriene for psykiatriske diagnoser. Foran har jeg skrevet om atferd som *kriterier* for eller *symptomer* på psykiske lidelser. "Symptomer" kan gi inntrykk av at det forutsettes noe underliggende. "Kriterier" kan indikere at en psykisk lidelse er en sosialt definert konstellasjon av atferd. Det er ikke så viktig hvilken betegnelse vi bruker, siden begge deler innebærer atferd. For at en lidelse skal forklare atferd må symptomene/kriteriene indikere noe annet enn selve atferden. Dette gjelder enten symptomene/kriteriene er utfordrende atferd eller ikke, men i denne sammenhengen har utfordrende atferd størst interesse.

Atferd er på en eller annen måte relatert til hendelser. Den varierer med *noe*, og oppstår i prinsippet ikke tilfeldig. Ifølge Pyles og medarbeidere (1997) kan en psykiatrisk diagnose bidra til hypoteser om årsaker til utfordrende atferd. Spørsmålet er *hvordan*. I utgangspunktet må vi være åpne for at psykiske lidelser kan være alt fra årsak til utfordrende atferd til at de to er helt uavhengige. Jeg vil gå gjennom ulike mulige årsaksforhold. Atferdsanalytisk funksjonell tenkning og atferdsanalytisk forståelse av verbal påvirkning (også kalt regelstyring) av atferd er relevant i denne sammenhengen. Jeg vil også bygge på generell forståelse av funksjonelle relasjoner (se bl.a. Haynes, 1987; Haynes & O'Brien, 1990). Det er viktig å minne om at de fleste årsaker er *partielle*, de forklarer ikke alt. Og psykiske lidelser kan skyldes både læringsmessige og biologiske forhold (Sturmey, 1999).

Psykiske lidelser kan være avgrensede og omfattende. En psykiatrisk diagnose kan stilles på grunnlag av utfordrende atferd alene. Andre psykiske lidelser har bredere kriterier, som dekker flere sider ved personens fungering. Schizofreni og andre psykotiske forstyrrelser kan ikke diagnostiseres ut fra selvskadning, aggresjon, materielle ødeleggelse eller annen avgrenset atferd alene; det kreves også uorganisert atferd, hallusinoser, vrangforestillinger eller tilbaketrekning. Depresjon kan vanskelig diagnostiseres kun ut fra selvskadning; personen må også uttrykke f.eks. håpløshet, tristhet, eller la være å stelle seg. Også stemningslidelser har en rekke kriterier. Utfordrende atferd kan være kriterier for slike lidelser, men ikke hele lidelsen. Alle varianter av psykiske lidelser er interessante å drøfte som årsaker til utfordrende atferd.



## Spesielle relasjoner mellom psykiske lidelser og utfordrende atferd

### Psykotisk, privat verbal atferd og utfordrende atferd

Privat, verbal atferd som inngår i diagnosen kan stå i en funksjonell relasjon til utfordrende atferd. Befalende hallusinoser kan få personen til å begå handlinger som samsvarer med hallusinosen. Også vrangforestillinger, paranoide eller ikke, kan indirekte spesifisere handlinger som personen kan utføre. Vrangforestillinger kan også gjøre personen generelt engstelig og opptatt av å beskytte seg. Paranoide storhetsforestillinger kan medføre aggresjon dersom utsagn om storhet rokkes. Det er imidlertid komplisert å finne ut om atferd er påvirket av privat verbal atferd, jfr. "Silent dog-metoden" (Hayes, White & Bissett, 1998). Det er trolig enda vanskeligere når personer er psykotiske i form av hallusinoser og vrangforestillinger. Mitt inntrykk er at psykotisk verbal atferd nokså sjelden forårsaker utfordrende atferd hos mennesker med psykisk utviklingshemning. I tillegg er det i prinsippet utelukket ved alvorlig og dyp psykisk utviklingshemning. Dersom det foreligger et slikt verbalt årsaksforhold, vil utfordrende atferd forsvinne når den relevante psykotiske atferden forsvinner. I motsatt fall er den psykotiske atferden neppe årsak til utfordrende atferd. Psykotisk, privat verbal atferd er i prinsippet en *medierende* årsak; ideelt sett må også den psykotiske verbale atferden forklares, sosialt eller nevrobiologisk.

### Psykiske lidelser innebærer setting-hendelser for utfordrende atferd

En annen mulighet er at utfordrende atferd er et resultat av grunnleggende atferdsprosesser, og at psykiske lidelser indikerer slike atferdsprosesser (se Emerson, Moss & Kiernan, 1999). Nyere atferdsanalytisk forståelse av foranledninger til atferd er relevant i så måte, spesielt såkalte setting-hendelser (se bl.a. Smith & Iwata, 1997). En setting-hendelse er en overordnet, motivasjonell betingelse (Holden, 2002, i trykk). Den kan opptre i form av generelle miljøforhold som påvirker atferd; grad av generelt stress påvirker hvordan vi generelt opptrer. Setting-hendelser påvirker ofte *fleresider* ved atferd: Søvnmangel etablerer muligheten til å få sove som forsterkende, men har også en rekke andre effekter på atferd. Setting-hendelser kan også *foranledige* etablerende operasjoner: Et krav trenger ikke å være etablerende operasjon for negativt forsterket atferd hos en person som er frisk og opplagt, men kan ha slike funksjoner når personen er syk, eller uopplagt på andre måter. Setting-hendelser for *positivt* forsterket atferd kan være tilstander som øker effekter av deprivasjon. Den etablerende operasjonen er mao. bare effektiv i nærvær av bestemte setting-hendelser. Hendelser som er nøytrale for personer uten psykiske lidelser kan få avvikende og ekstreme effekter på atferd hos personer *med* psykiske lidelser. Å ha en psykisk lidelse kan rett og slett innebære tilstander som forklarer spesielt lave terskler for aversiv stimulering som evokerer negativt forsterket atferd og/eller høye metningspunkter for positiv forsterkning (se også Reiss & Havercamp, 1997).

Setting-hendelser kan foranledige etablerende operasjoner på en rekke måter: Tvangslidelse innebærer at det kan være ekstremt negativt forsterkende å utføre spesielle handlinger som demper eller fjerner angst. Hindring i å utføre tvangshandlinger kan være etablerende operasjon for aggresjon. Angst innebærer

aversive private tilstander som kan avbrytes på ulike måter. Angstskapende situasjoner, eller relevante refleksive etablerende operasjoner (se Michael, 1993), kan etablere unngåelse eller unnslippelse som forsterkende. Dette kan medføre utfordrende, negativt forsterket atferd. Atferd, også utfordrende, som får oppmerksomhet bort fra *generell* angst, kan forsterkes negativt. Schizofreni med negative symptomer og generelle problemer med å fungere sosialt kan medføre at krav og annen sosial nærhet blir etablerende operasjon for negativt forsterket utfordrende atferd. Det samme kan gjelde depresjon. Forhøyet stemning kan bety manglende følsomhet for konsekvenser av atferd, f.eks. ved at stimuli som korrelerer med aversive konsekvenser ikke blir etablerende operasjon for betinget unngåelse. Dette kan føre til utfordrende atferd. Forhøyet stemning kan også medføre en forhøyet terskel for metning ved positiv forsterkning, og resultere i ekstinksjonsindusert aggresjon når forsterkning uteblir. Psykiske lidelser som indikasjon på setting-hendelser kan tolkes i en rekke lignende tilfeller. I mange tilfeller er setting-hendelser for utfordrende atferd relativt stabile. Psykoser er i prinsippet ikke vedvarende tilstander; atferd må komme og gå (Clarke, 1999). Psykoser utgjør ofte mer *forbigående* setting-hendelser. Det er best holdepunkter for at setting-hendelser er årsak til utfordrende atferd, når utfordrende atferd er hyppigst i perioder hvor personen generelt er mest påvirket av setting-hendelser, dvs. at de foranlediger flere atferdsformer. Fravær av slike funn svekker setting-hendelser som årsak.

En slik analyse innebærer at den psykiske lidelsen ikke forårsaker utfordrende atferd direkte. Utfordrende atferd krever også relevante etablerende operasjoner: En person med f.eks. depresjon utagerer ikke konstant, men når det stilles visse krav. En slik forståelse av psykiske lidelser overlapper også med somatiske årsaker til utfordrende atferd; også somatiske faktorer kan utgjøre setting-hendelser. For øvrig er det viktig å poengtere at setting-hendelser ikke er en *endelig* forklaring: Det er et mål å redegjøre for de sosiale og biologiske forhold som skaper dem.

Jeg vil legge til at det er vanlig å regne psykiske lidelser som noe annet enn utfordrende atferd. Bl.a. Linaker (1993) skiller klart mellom atferdsproblemer og psykiske lidelser: Atferdsproblemer er avgrensede, lærte tilpasninger, i mangel på andre løsninger. Psykiske lidelser er noe mer omfattende som griper inn i flere sider ved personens fungering. Dette stemmer med hva folk ofte mener med en psykisk lidelse. Psykiske lidelser omfatter imidlertid også avgrensede atferdsforstyrrelser. Psykiske lidelser og utfordrende atferd kan gli over i hverandre (Dosen & Gielen, 1993). Noen psykiske lidelser er i praksis identisk med utfordrende atferd: Utfordrende atferd kan ofte diagnostiseres som 312.8 atferdsforstyrrelse, 312.39 uspesifisert impulskontrollforstyrrelse eller 312.34 periodevis eksplosiv forstyrrelse. Også slike lidelser kan indikere setting-hendelser som forklarer den utfordrende atferden.

#### Utfordrende atferd er et atypisk uttrykk for en psykisk lidelse

Prevalensen av endel psykiske lidelser, som tvangslidelser og stemningslidelser, er tilsynelatende lav hos mennesker med psykisk utviklingshemning, særlig alvorlig og dyp. Emerson, Moss og Kiernan (1999) mener at lidelsene kan finnes, men opptrer på atypiske måter: Når atferdsrepertoarene er begrenset, opptrer lidelsene i form av utfordrende atferd. En riktig diagnose forutsetter at utfordrende atferd er

ekvivalent med lidelsene slik de opptrer hos intellektuelt normalt fungerende. Dette er vanskelig å bekrefte. Emerson, Moss og Kiernan (1999) mener imidlertid at effekter av behandling til en viss grad kan underbygge diagnosene. Selvskading ligner topografisk på tvangslidelse, når den er repeterende, stereotyp, rituell, tilsynelatende upåvirket av situasjon, og dessuten vanskelig å behandle atferdsanalytisk. Medikamenter som hemmer gjenopptak av serotonin kan dempe både tvangshandlinger hos intellektuelt normalt fungerende og de nevnte formene for selvskading. Ifølge Emerson, Moss og Kiernan (1999) tyder dette på at selvskadingen er en tvangslidelse. Også King (1993) og Bodfish et al. (1995) har tolket selvskading som tvangslidelse, ut fra respons på farmaka. *Syklisk* selvskading er forstått som stemningslidelse, begrunnet med at et medikament som kan virke på stemningslidelser reduserte selvskadingen (Sovner, Fox, Lowry & Lowry, 1993, ref. i Moss, 1999).

At farmaka reduserer utfordrende atferd betyr ikke entydig at utfordrende atferd er en del av en psykisk lidelse som farmaka ofte virker på. Effektiv behandling bekrefter ikke diagnosen fullt ut, og manglende effekt avkrefter den heller ikke (se Sturmey, 1995). Dette er å snu den diagnostiske prosessen på hodet, og er i verste fall sirkulært. For at farmakologisk behandling skal bekrefte diagnosen, må vi kjenne lidelsens nevrobiologi, og hvordan farmaka påvirker denne. Dette er sjelden eller aldri tilfelle. Men effekter kan indikere at den psykiske lidelsen og den utfordrende atferden har et delvis felles nevrobiologisk substrat.

I andre studier er diagnosen ikke underbygget ved å vise til effekt av behandling: Periodisk selvskading, som i intense perioder var lite påvirkbar av atferdsanalytisk behandling, er tolket som en hurtigsvingende stemningslidelse (Osborne et al., 1992). Utfordrende atferd er også forstått som atypisk *depresjon*. Depresjon kan ifølge Emerson, Moss og Kiernan (1999) opptre som somatiske symptomer, hysteriske væremåter, agitasjon og forstyrrelser i fysiologiske funksjoner som søvn, appetitt og tarmfunksjoner, hos mennesker som ikke kan fortelle om følelser. Meins (1995) fant at personer med depresjon ofte viste problematferd i form av aggresjon, selvskading, stereotypier, skriking og gråt. Reiss og Rojahn (1993) påviste at aggresjon var fire ganger vanligere hos personer med depresjon. Jeg vil hevde at en forståelse av utfordrende atferd som atypisk uttrykk for psykiske lidelser egentlig ikke forklarer den utfordrende atferden. Men dersom den diagnostiske framgangsmåten er riktig, har vi et utgangspunkt for å lete etter forklaringer, ikke minst i tråd med det som er presentert ovenfor.

### Psykiske lidelser og utfordrende atferd er urelatert

I mange tilfeller har en person utfordrende atferd, men ikke en psykiske lidelse, eller omvendt, jfr. de generelle sammenhengene mellom psykiske lidelser og utfordrende atferd. Men det kan også være forekomst av begge deler, uten at den psykiske lidelsen er årsak til den utfordrende atferden. Det er ikke støtte for at den psykiske lidelsen er årsak, dersom den behandles effektivt og utfordrende atferd ikke avtar. Dette er mulig når den psykiske lidelsen består av mer enn utfordrende atferd. Vi kan mao. stå overfor psykiske lidelser som må behandles uavhengig av utfordrende atferd, og utfordrende atferd som må behandles somatisk eller atferdsanalytisk.

## Psykiske lidelser og syndromer

Forholdet mellom psykiske lidelser og utfordrende atferd regnes ikke som godt forstått, og utfordrende atferd kan vanskeliggjøre diagnostisering av psykiske lidelser (Moss, 1999). Det skal kort legges til at psykiske lidelser ikke er det eneste som kan ligge til grunn for utfordrende atferd, i tillegg til somatikk og miljø. En voksende litteratur viser at en rekke syndromer relativt pålitelig medfører *atferdsmessige fenotyper*, som i noen tilfeller disponerer for utfordrende atferd (se bl.a. Dykens & Hodapp, 1999). Lesch-Nyhan, Prader-Willi og Williams syndrom er noen få eksempler. Et annet moment er at psykiske lidelser hos mennesker med psykisk utviklingshemning i stor grad er studert kun med utgangspunkt i grad av psykisk utviklingshemning, uavhengig av årsaker til psykisk utviklingshemning, f.eks. syndromer. Et like viktig utgangspunkt kan være forholdet mellom *syndromer* og psykiske lidelser. Biologien bak mange syndromer er mer håndfast enn biologien bak psykiske lidelser. Det synes som om interessen for syndromer og atferdsfenotyper øker sterkt. Studiet av syndromer kompliserer psykiske lidelser som forklaring på utfordrende atferd ytterligere.

## Diagnosers betydning for behandling

### Behandling med et diagnostisk utgangspunkt

En viktig tilnærming til utforming av behandling er *strukturalisme*. Dette betyr å gå ut fra sammenhenger mellom forhåndsbestemte kategorier av problemer, gjerne psykiatriske diagnoser, og behandling (Haynes, 1987; Haynes & O'Brien, 1990; Sturmey, 1996). Vi ser denne tilnærmingen i tradisjonell, diagnosebasert farmakologisk behandling. Fokus er på atferdens *form*. Rett diagnose eller annen problembeskrivelse fører i prinsippet til rett behandling. Behandling med et slikt utgangspunkt krever ingen forklaring på problemene; det er nok å vite hva vi kan gjøre. Dette kan være etablert gjennom egne erfaringer, faglitteratur, Felleskatalogen, Internett e.l. (Kjente sammenhenger mellom diagnose og behandling er selvsagt ofte basert på grunnleggende forskning på årsaker.)

Nytten i behandling er avhengig av at sammenhengene mellom diagnose og behandling er tilstrekkelig pålitelig. For psykiatriske diagnoser er dette problematisk av flere grunner: Diagnosene omfatter jevnt over et mangfold av fenomener; atferd er ekstremt variabelt fra person til person. To personer kan ha samme diagnose på svært ulike måter. (Mennesker med schizofreni kan være alt fra Nobel-vinnere til svært syke.) Det er to hovedgrunner til dette: 1) For mange diagnoser må bare en *tilstrekkelig andel* av en rekke kriterier være oppfylt. Antall mulige kombinasjoner kan være svært høyt. 2) Enkeltkriterier tillater variasjon; en kan ha dem på høyst ulike måter (noe en gjennomgang av DSM-IV og ICD-10 raskt bekrefter).

Relasjoner mellom den psykiske lidelsen og den utfordrende atferden er ofte ikke særlig spesifikk, pga. variabiliteten som diagnoser rommer. Det er vel bare ved såpass enhetlige lidelser som fobier og tvangslidelse at ulike personer med samme diagnose kan vise noenlunde like atferdsmønstre. Personer med samme diagnose kan i større eller mindre *grad* ha et felles nevrobiologisk grunnlag for lidelsen. *Identiske* grunnlag er imidlertid usannsynlig, jfr. variabilitet. Den underliggende fysiologi er umulig å undersøke hos hver enkelt, av opplagte metodiske grunner.

Viten om fysiologi må være basert på avansert forskning på individer med samme diagnose. Dette gir viten på *gruppenivå*, og underliggende nevrobiologi må antas hos den enkelte ut fra *atferdsmessige* likheter med personer med samme diagnose. En strukturalistisk tilnærming kan derfor føre til en for uspesifikk behandling til at problemet løses: Det hender også at samme farmakum er effektivt ved ulike lidelser, og at ulike farmaka er effektive i behandling av samme lidelse (se Sturmey, 1995). Dette *kanskyldes* feil diagnose, men skyldes nok oftere komplekse sammenhenger mellom diagnose og behandling. Diagnostisk heterogenitet medfører trolig at muligheten for at diagnose indikerer riktig behandling avtar med funksjonsnivå.

Stemmingsstabiliserende medikasjon kan være effektivt når det foreligger en diagnose (Verhoeven & Tuinier, 1999). Det finnes likevel knapt studier som viser at psykiatriske diagnoser generelt fører til vesentlig bedre psykofarmakologisk behandling hos mennesker med psykisk utviklingshemning. Dette aspektet ved diagnosers validitet er lite ivaretatt (Sturmey, 1999). Spesifikke effekter av antipsykotisk medikasjon i behandling av utfordrende atferd er også lite dokumentert, og mer generelle effekter kan skyldes sedasjon (Verhoeven & Tuinier, 1999). Det er særlig viktig å påvise at diagnoser fører til bedre behandling hos mennesker med alvorlig og dyp psykisk utviklingshemning. Dette problemet drøftes lite.

Til tross for en kritisk gjennomgang kan strukturalisme være verdifullt. Psykofarmakologisk behandling må, pga. nevrobiologiens kompleksitet, ofte ha et strukturalistisk utgangspunkt. Selv svake sammenhenger mellom diagnose og behandling er et sted å begynne, i mangel på noe bedre. En god ting som har kommet ut av økede krav til diagnoser forut for farmaka er at mennesker med psykisk utviklingshemning som gruppe har blitt mindre overmedisinert (Menolascino & Fleisher, 1993). Ikke minst sedasjon er redusert.

Jeg vil legge til at også atferdsanalytisk behandling kan være strukturalistisk, om enn unntaksvis: "Default" metoder virker uavhengig av atferdens funksjon. Dette kan være DRO-prosedyrer og aversive prosedyrer. Metodene er mest aktuelle når funksjoner er ukjent eller kunnskap om funksjoner ikke fører til effektiv behandling. Kategorielle diagnoser er imidlertid sjelden utgangspunkt.

#### Behandling basert på en forståelse av årsaker til hvert enkelt problem

Et alternativ til strukturalisme er å basere behandling på en grunnleggende forståelse av årsaker til *hvert enkelt* problem, dvs. en kontinuerlig, *dimensjonell* diagnostikk: Det fokuseres mindre på atferdens utforming, ikke minst fordi en og samme atferd kan ha en rekke årsaker. Det legges vekt på det individuelle og variable, diagnoser kan oppfattes som for globale. Skepsis til kategorielle diagnoser skyldes ikke minst at kategoriene *i seg selv* ikke er empiriske fenomener. Det er umulig å observere dem. Fenomenene som inngår i diagnoser er derimot empiriske og observerbare (se bl.a. Friman, Hayes & Wilson, 1998).

Dimensjonell farmakologisk behandling bygger på at atferdens nevrobiologi ikke er kategorielt ordnet (Verhoeven & Tuinier, 1999). Målet er å rette behandling presist mot det nevrobiologiske grunnlaget for atferd, som ekstreme reaksjoner på stress, angst, impulsivitet og oversensitivitet. Målet er å redusere *problemet*, og unngå sedasjon, generelt redusert aktivitet, motoriske svekkelser og reduserte kognitive funksjoner. Eksempler på dimensjonell behandling er opiatantagonister

og SSRI-preparater i behandling av selvskadning, og beta-blokkere i behandling av angst, basert på en mer grunnleggende forståelse av underliggende nevrobiologi (se oversikt hos Verhoeven & Tuinier, 1999). Opiatblokkere er brukt i behandling av selvskadning hos personer som viste forhøyet nivå av beta-endorfiner like etter episoder med selvskadning (Sandman, Hetrick, Taylor & Chicz-DeMet, 1997). Jeg ser ikke bort fra at en dimensjonell tilnærming er relativt aktuell i behandling av de svakestfungerende, hvor diagnoser trolig er minst valide.

Jeg har vært involvert i mange tilfeller av vellykket farmakologisk behandling av personer med psykisk utviklingshemning. Utgangspunktet for behandlingen har ofte ikke vært kategorielle psykiatriske diagnoser. Det har trolig oftere vært tale om relativt avgrensede atferdsproblemer. Jeg ser dette som anekdotisk støtte for behandling uten diagnoser. Spørsmålet er om diagnoser ville styrket behandlingen ytterligere. Særlig for personer med stor grad av psykisk utviklingshemning er jeg usikker. For øvrig utfyller en strukturell og dimensjonell tilnærming hverandre.

Også atferdsanalyse tar til orde for en dimensjonell tilnærming (Friman, Hayes & Wilson, 1998): Vi analyserer ad hoc-definerte klasser av atferd, og begynner i prinsippet fra grunnen av i hvert enkelt tilfelle. Hva skyldes problemene i *dette* tilfellet, og hvilke konkrete problemer skaper lidelsen? Ikke-kategorielle atferdsbeskrivelser kan være svært detaljerte, og omfatte privat atferd. En forståelse av setting-hendelser som årsak til ufordrende atferd (som inngår i psykiske lidelser) åpner for flere muligheter for behandling enn når psykiske lidelser forstås som direkte årsaker: Det går an redusere setting-hendelsene, å ta forholdsregler når setting-hendelsene er mest aktive, og å endre den utfordrende atferdens funksjoner, bl.a. ved å etablere alternativ atferd (se også Emerson, Moss & Kiernan, 1999).

### Psykiske lidelser betyr ikke automatisk psykofarmasi

Psykiatrisk diagnostisering krever ikke at vi kan skille mellom læringsmessige og biologiske årsaker, noe som heller ikke er lett. Selv om en psykisk lidelse kan ha biologiske årsaker, kan atferden likevel ha funksjoner i atferdsanalytisk forstand (Sturme, 1999). Effekter av både atferdsanalytisk og farmakologisk behandling av de fleste psykiske lidelser er godt dokumentert (Sevin et al., 2001). Mye utfordrende atferd vi behandler atferdsanalytisk kan inngå i psykiske lidelser eller *er* slike lidelser på egenhånd. Et lite poeng er at Kapittel 6A betrakter psykiske lidelser som et resultat av at mennesker med psykisk utviklingshemning "... har vansker med å tolke omgivelsene og gi uttrykk for egne opplevelser og følelser" (s. 33). Dette ligger nært en miljømessig/læringsmessig forklaring, og kan tas til inntekt for atferdsanalytisk behandling. Men som atferdsanalytiker ser jeg ikke bort fra at Kapittel 6A overdriver betydningen av sosiale, funksjonelle forhold!

### Psykofarmakologisk behandling og atferdsanalyse: En arbeidsmodell

Et senter i USA har laget en tverrfaglig modell som integrerer somatisk, atferdsanalytisk og psykofarmakologisk behandling (Pyles et al., 1997). Eventuelle somatiske plager behandles først (enten de fører til ufordrende atferd eller ikke). Når somatiske årsaker er eliminert forsøkes atferdsanalytisk behandling, dersom kartlegging påviser miljømessige årsaker. Behandlingen må utføres riktig før det konkluderes med at den ikke virker. En leter ikke etter psykiske lidelser dersom problemet kan behandles somatisk eller atferdsanalytisk. En psykiatrisk diagnose

har derfor liten klinisk verdi når problemene kan analyseres og behandles på andre måter. Psykofarmaka er siste trinn, ikke minst pga. faren for bivirkninger og skadevirkninger. Behandling basert på årsaker i miljøet regnes ofte som mer presis enn behandling rettet mot kompleks nevrobiologi; farmaka gis på nevrobiologisk nivå, men effekten måles på atferdsnivå. Medikasjon anbefales ikke overfor rene atferdsproblemer, uten grundige vurderinger. Sedasjon anbefales kun akutt. (Jeg vil legge til at sedasjon og *aversiv*, atferdsanalytisk behandling er nokså parallelle, lite ideelle løsninger.) Modellen stiller store krav til evaluering av behandling. En følge av modellen er at behovet for diagnoser og farmaka reduseres ved grundige analyser av miljøbetingelser. Modellen kan også reverseres; analyse og behandling er sjelden noe som gjøres én gang for alle.

### Unødvendig og uheldig bruk av diagnoser

Bruk av diagnoser er gitt andre pragmatiske begrunnelser enn rent behandlingsmessige. En psykolog uttalte en tid tilbake at en angstdiagnose ble gitt for å si noe om klientens indre emosjonelle liv. En fokusering på atferdsproblemet ville etter psykologens syn ha ført til at behandlingen ville ha gått ut på å endre atferden. For det første går vel det meste av psykologisk behandling ut på å endre atferd. Det er ikke dermed sagt at dette innebærer å gjøre noe med atferdens konsekvenser, som å straffe. Både private opplevelser av angst og parallell, ytre, atferd kan behandles på mange måter som ikke involverer konsekvenser. Det er nok å nevne endringer av etablerende operasjoner og settinghendelser. Angst er et ord som forekommer i dagligtale, og psykiatiske diagnoser er neppe nødvendig for å beskrive slike eller andre private opplevelser. Diagnoser kan også ha uheldige virkninger: Kategorier kan ha et "magisk" grep på folk. Dersom vi plasserer problemer i en kategori, oppstår det lett av en falsk oppfatning om at problemet er forklart. Diagnoser har "intuitiv appell".

### Konklusjoner

Psykiske lidelser er i vinden som forklaring på ufordrende atferd. En forklaring på psykiske lidelsers status kan være at psykiske lidelser utgjør indre forklaringer som samsvarer med folkepsykologien. Mange er interessert i å lete etter noe som ligger "bak atferden". Vi har sett at dette er litt mer komplekst enn vi noen ganger får inntrykk av. Selv foretar jeg en formell, psykiatrisk diagnostisering av personer med alvorlig og dyp psykisk utviklingshemning relativt sjelden. Det avspeiler hvor ofte jeg mener at det er nyttig. Jeg forfølger en mulig diagnose i situasjoner hvor jeg finner holdepunkter. Jeg har ofte sett at det kommunale apparatet har store forventninger når mennesker med psykisk utviklingshemning legges inn på psykiatiske avdelinger. Resultatene innfrir imidlertid sjelden forventningene. Etter mitt syn er psykiatrisk diagnostisering lite aktuelt når det finnes somatiske og miljømessige årsaker. Også når det foreligger en psykisk lidelse er miljøbasert behandling et førstevalg, dersom den er effektiv og lite inngripende. Det er lite som taler for rutinemessige psykiatiske undersøkelser i forbindelse med behandling av utfordrende atferd. Innvendinger mot psykofarmakologisk behandling med et diagnostisk utgangspunkt må imidlertid ikke oppfattes som et absolutt argument mot slik behandling. Vi har ofte lange lerreter å bleke, og mye må prøves. I mangel

på diamanten må vi gjøre som kaninen, og ta gulroten. Men behandling må etter mitt syn ofte ha et annet utgangspunkt enn psykiatriske diagnoser, særlig hos mennesker med alvorlig og dyp psykisk utviklingshemning. Dette gjelder både farmakologisk og atferdsanalytisk behandling. Et forskningsfelt vi for øvrig bør høre mer fra er atferdsanalytisk behandling i kombinasjon med farmakologisk behandling.

## Referanser

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4<sup>th</sup> ed). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Bodfish, J. W., Crawford, T. W., Powell, S. B., Parker, D. E., Golden, R. N. & Lewis, M. H. (1995). Compulsions in adults with mental retardation: prevalence, phenomenology, and comorbidity with stereotypy and self-injury. *American Journal on Mental Retardation*, 100, 183-192.
- Borthwick-Duffy, S. A. (1994). Prevalence of destructive behaviors. I T. Thompson & D. B. Gray (Eds.), *Destructive behavior in developmental disabilities: diagnosis and treatment* (ss. 3-23). Thousand Oaks: Sage.
- Clarke, D. (1999). Functional psychoses in people with mental retardation. I N. Bouras (Ed.), *Psychiatric and behavioural disorders in developmental disabilities and mental retardation* (ss. 188-199). Cambridge: Cambridge University Press.
- Dosen, A. (1993). Mental health and mental illness in persons with mental retardation: What are we talking about? I R. J. Fletcher & A. Dosen (Eds.), *Mental health aspects of mental retardation* (ss. 3-17). New York: Lexington.
- Dosen, A. & Gielen, J. J. M. (1993). Depression in persons with mental retardation: Assessment and diagnosis. I R. J. Fletcher & A. Dosen (Eds.), *Mental health aspects of mental retardation* (ss. 70-97). New York: Lexington.
- Dykens, E. M. & Hodapp, R. M. (1999). Behavioural phenotypes: toward new understandings of people with developmental disabilities. I N. Bouras (Ed.), *Psychiatric and behavioural disorders in developmental disabilities and mental retardation* (ss. 96-108). Cambridge: Cambridge University Press.
- Emerson, E. (1995). *Challenging behaviour: analysis and intervention in people with learning disabilities*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Emerson, E., Moss, S. & Kiernan, C. (1999). The relationship between challenging behavior and psychiatric disorders in people with severe developmental disabilities. I N. Bouras (Ed.), *Psychiatric and behavioural disorders in developmental disabilities and mental retardation* (ss. 38-48). Cambridge: Cambridge University Press.
- Fleisher, M. (1999). The psychopharmacology of mental illness in mental disabilities. I N. Bouras (Ed.), *Psychiatric and behavioural disorders in developmental disabilities and mental retardation* (ss. 317-326). Cambridge: Cambridge University Press.
- Friman, P. C., Hayes, S. C. & Wilson, K. G. (1998). Why behavior analysts should study emotion: the example of anxiety. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 31, 137-156.



- Hayes, S. C., White, D. & Bissett, R. T. (1998). Protocol analysis and the "Silent dog" method of analyzing the impact of self-generated rules. *The Analysis of Verbal Behavior*, 15, 57-63.
- Haynes, S. N. (1987). Causal models and the assessment-treatment relationship in behavior therapy. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 10, 171-183.
- Haynes, S. N. & O'Brien, W. H. (1990). Functional analysis in behavior therapy. *Clinical Psychology Review*, 10, 649-668.
- Holden, B. (1997). Klonazepambehandling av utagerende atferd hos psykisk utviklingshemmet mann. *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, 117, 3500-3501.
- Holden, B. (2001a). "Du treng ikkje å endra følelsar for å endra atferd": Verbale prosessar og atferdsanalytisk psykoterapi – Eit intervju med Michael Dougher. *Diskriminanten*, 28, 4, 27-34.
- Holden, B. (2001b). Verdien av psykiatriske diagnoser i behandling av utfordrende atferd hos mennesker med psykisk utviklingshemning. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 38, 432-439.
- Holden, B. (2002). Motivasjon. (Bokkapittel under utgivelse.)
- Holland, A. J. & Koot, H. M. (1998). Mental health and intellectual disability: an international perspective. *Journal of Intellectual Disability Research*, 42, 505-512.
- King, B. (1993). Self-injury by people with mental retardation: a compulsive behavior hypothesis. *American Journal on Mental Retardation*, 98, 93-112.
- Kuhagen, J. & Lowry, E. (2000). Internal consistency of the DASH-II in clinical practice with clients who are medically involved. Poster presentert ved Association for Behavior Analysis' årskongress, Washington DC.
- Linaker, O. M. (1993). Særtrekk ved psykiatrisk diagnostikk hos blant mennesker med psykisk utviklingshemning. I Å. Skiftun (Red.), *Utfordrande atferd. Om atferd og psykiske lidningar hos dei djupast psykisk utviklingshemma* (ss. 61-82). Oslo: Universitetsforlaget.
- Marston, G. M., Perry, D. W. & Roy, B. (1997). Manifestations of depression in people with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disabilities Research*, 41, 476-480.
- Matson, J. L., Smiroldo, B. B., Hamilton, M. & Baglio, C. (1997). Do anxiety disorders exist in persons with severe and profound mental retardation? *Research in Developmental Disabilities*, 18, 39-44.
- Meins, W. (1995). Symptoms of major depression in mentally retarded adults. *Journal of Intellectual Disabilities Research*, 39, 41-45.
- Menolascino, F. J. & Fleisher, M. H. (1993). Mental health care in persons with mental retardation: Past, present, and future. I R. J. Fletcher & A. Dosen (Eds.), *Mental health aspects of mental retardation* (ss. 18-41). New York: Lexington.
- Michael, J. (1993). Establishing operations. *The Behavior Analyst*, 16, 191-206.
- Moss, S. (1999). Assessment: conceptual issues. I N. Bouras (Ed.), *Psychiatric and behavioural disorders in developmental disabilities and mental retardation* (ss. 18-37). Cambridge: Cambridge University Press.

- Moss, E., Emerson, E., Bouras, N. & Holland, A. (1997). Mental disorders and problematic behaviours in people with intellectual disability: future directions for research. *Journal of Intellectual Disability Research*, 41, 440-447.
- Moss, S., Emerson, E., Kiernan, C., Turner, S., Hatton, C. & Albortz, A. (2000). Psychiatric symptoms in adults with learning disability and challenging behaviour. *British Journal of Psychiatry*, 177, 452-456.
- Moss, S., Patel, P., Prosser, H., Goldberg, D., Simpson, N., Rowe, S. & Lucchino, R. (1993). Psychiatric morbidity in older people with moderate and severe learning disability. I: Development and reliability of the Patient Interview (PAS-ADD). *British Journal of Psychiatry*, 163, 471-480.
- Moss, S., Prosser, H., Costello, H., Simpson, N., Patel, P., Rowe, S., Turner, S. & Hatton, C. (1998). Reliability and validity of the PAS-ADD Checklist for detecting psychiatric disorders in adults with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 42, 173-183.
- Osborne, J. G., Baggs, A. W., Darvish, R., Blakelock, H., Peine, H. & Jenson, W. R. (1992). Cyclical self-injurious behavior, contingent watermist treatment, and the possibility of rapid-cycling bipolar disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 23, 325-334.
- Prosser, H., Moss, S., Costello, H., Simpson, N., Patel, P. & Rowe, S. (1998). Reliability and validity of the Mini PAS-ADD for assessing psychiatric disorders in adults with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disabilities Research*, 42, 264-272.
- Pyles, D. A. M., Muniz, K., Cade, A. & Silva, R. (1997). A behavioral diagnostic paradigm for integrating behavior-analytic and psychopharmacological interventions for people with a dual diagnosis. *Research in Developmental Disabilities*, 18, 185-214.
- Quereshi, H. & Albortz, A. (1992). Epidemiology of challenging behaviour. *Mental Handicap Research*, 5, 130-145.
- Reid, A. (1993). Schizophrenic and paranoid symptoms in persons with mental retardation: Assessment and diagnosis. I R. J. Fletcher & A. Dosen (Eds.), *Mental health aspects of mental retardation* (ss. 98-110). New York: Lexington.
- 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.
- Reiss, S. & Rojahn, J. (1993). Joint occurrence of depression and aggression in children and adults with mental retardation. *Journal of Intellectual Disability Research*, 37, 287-294.
- Rundskriv I-41/98 til lov om sosiale tjenester m v. *Rettigheter for og begrensning og kontroll med bruk av tvang og makt m v overfor enkelte personer med psykisk utviklingshemming*. Oslo: Sosial- og helsedepartementet.
- Ryle, G. (1949). *The concept of mind*. Ny utgave: Harmondsworth: Penguin Books, 1980.
- Sandman, C. A., Hetrick, C., Taylor, D. V. & Chicz-DeMet, A. (1997). Dissociation of POMC peptides after self-injury predicts responses to centrally acting opiate blockers. *American Journal on Mental Retardation*, 102, 182-199.

- Senatore, V., Matson, J. L. & Kazdin, A. E. (1985). An inventory to assess psychopathology of mentally retarded adults. *American Journal of Mental Deficiency, 89*, 459-466.
- Sevin, J. A., Bowers-Stephens, C., Hamilton, M. L. & Ford, A. (2001). Integrating behavioral and pharmacological interventions in treating clients with psychiatric disorders and mental retardation. *Research in Developmental Disabilities, 22*, 463-485.
- Smith, R. G. & Iwata, B. A. (1997). Antecedent influences on behavior disorders. *Journal of Applied Behavior Analysis, 30*, 343-375.
- Sovner, R., Fox, C. J., Lowry, M. J. & Lowry, M. A. (1993). Fluoxetine treatment of depression and associated self-injury in two adults with mental retardation. *Journal of Intellectual Disabilities Research, 37*, 301-311.
- 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).
- Sturmey, P. (1995). Diagnostic-based pharmacological treatment of behavior disorders in persons with developmental disabilities: A review and a decision-making topology. *Research in Developmental Disabilities, 16*, 235-252.
- Sturmey, P. (1996). *Functional analysis in clinical psychology*. Chichester: Wiley.
- Sturmey, P. (1999). Classification: concepts, progress and future. I N. Bouras (Ed.), *Psychiatric and behavioural disorders in developmental disabilities and mental retardation* (ss. 3-17). Cambridge: Cambridge University Press.
- The Royal College of Psychiatrists (2001). DC-LD. *Diagnostic criteria for psychiatric disorders for use with adults with learning disabilities/mental retardation*. London: Gaskell.
- Verhouvern, W. M. A. & Tuinier, S. (1999). The psychopharmacology of challenging behaviours in developmental disabilities. I N. Bouras (Ed.), *Psychiatric and behavioural disorders in developmental disabilities and mental retardation* (ss. 295-316). Cambridge: Cambridge University Press.
- 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.