

# Et eksempel på atferdsanalytisk behandling av alvorlig problematferd\*

AV: BØRGE HOLDEN

Sjefpsykolog ved

Habiliteringstjenesten

i Hedmark

## Innledning

Det går knapt en måned uten at det kommer ut en bok eller avhandling som har et negativt blikk på atferdsanalyse. Sist ut, så langt jeg kjenner til, er Karl Elling Ellingsen (2006) med sin avhandling. Som så mange ganger før, omtales atferdsanalytisk praksis som rigid og teknisk. Personalet som utfører behandlingen styres av planer og regler, og samhandlingen med personen det gjelder blir kunstig. Atferdsanalyse framstilles også uforenlig med å fange opp endringer som skjer hos personen etter hvert, og som ute av stand til å besvare initiativer fra personen på en naturlig og hensynsfull måte. Det er imidlertid litt synd at Ellingsen og andre tar utgangspunkt i karikaturer av en praksis som hadde sin storhetstid på 1980-tallet, det vil si en praksis som vi i dag heldigvis bare ser de siste rester av. En skulle nesten tro at noen ønsker å opprettholde et «fiendebilde», og å gi næring til egen selvtilfredshet.

I kritikker av atferdsanalyse, som for en stor del tar utgangspunkt i utdatert praksis, savner jeg historiske betraktninger om hva som ofte skjer når nye, effektive metoder tas i bruk. Som kjent skjer dette ofte på en ukritisk og uestetisk måte en periode, før en finner ut hvordan metodikk bør tilpasses ut fra hensyn til etikk og estetikk. Et eksempel kan hentes fra tannlegers praksis. Jeg er gammel nok til å ha opplevd vannborets barndom. De senere årene har jeg måttet gå til tannlegen minst en gang i året, for å reparere plomber som har falt ut. Min nå pensjonerte tannlege fortalte at da vannboret kom på 1960-tallet, ble boring i tenner mindre smertefullt. Samtidig ble det ansett som riktig å fjerne mest mulig av tannvevet når det hadde oppstått et lite hull i en tann. Jo mer amalgam en fylte inn, jo bedre var det, for å sette det på spissen. Resultatet ble fjerning av mye tannvev. Siden har tann-

---

\* Takk til «Idas» mor, som leste gjennom og godkjente manuskriptet.

leger etablert en mer forsiktig praksis. Tannleger trenger vi i høy grad, og det har liten hensikt å henge seg opp i hva de gjorde for noen tiår siden.

Slik har det også vært med atferdsanalyse. Mange innenfor «åndsvakeomsorgen» – og senere HVPU – levde triste liv, sterkt preget av grotesk problematferd. Den som tror at tvang kom med atferdsanalyse, må tro om igjen. I det gamle systemet var det tvangstrøyer, innesper- ring, reimbinding og andre tvangsmidler, og ren korporlig straff. Det er imidlertid ingen tvil om at det foregikk mange svært inngripende og uheldige tiltak i atferdsanalysens regi, da den kom på 1970- og 80-tallet. Bildet er imidlertid nyansert, og helt fra starten ble det gjort mye bra. Selv var jeg i siviltjeneste på en HVPU- institusjon i 1980. Knapt noen hadde hørt om atferdsanalyse. På avdelingen satt en blind mann i en stol dagen lang, bortsett fra ved måltider og sjeldne turer ut. Armene var bundet. Han hadde lærvotter fastlåst på hendene. Ellers ville han ha gravd ut avføring og griset med den. Av og til lyktes han likevel. Da fikk han et skikkelig bad og flott oppvarming. Jeg hadde tatt grunnfag, eller årsstudium, i psykologi, var klar for profesjonsstudiet, og hadde lest litt atferdsterapi. Jeg foreslo å bade ham i litt kjølig vann, omtrent som temperaturen i et badebasseng, når han griset, og bade ham ganske raskt. Han måtte ikke oppleve at grising førte til det beste han visste. I tillegg foreslo jeg at han måtte få et godt bad om kvelden når han *ikke* hadde griset, og at vi måtte bli flinkere til å ta kontakt med ham, og til å ta ham med ut. Folk var enige. Grisingen opphørte, og mannen ble i bedre humør. Hadde vi talt antall ganger han smilte, ville vi ha sett en drastisk økning. Den dag i dag omtaler jeg dette som et svært vellykket tiltak.

Dette er ikke den eneste «solskinshistorien» fra atferdsanalysens barndom i Norge. Men det ble gjort dumheter, ikke bare i behandling av

problematferd. Problemet, slik jeg ser det, var at mange ville snu opp ned på vanlig omsorg. Mange som drev med atferdsanalyse ville ikke bidra der det var *behov*, men ville innføre en helt ny omsorg som grep inn i brukernes hverdag fra morgentil kveld. *Utgangspunktet* for noen var at brukerne trengte omfattende opplæring. Jeg husker min siste sommerjobb som psykologstudent, i 1984. Jeg kjedet meg, på et sted som skulle være en atferdsanalytisk «høyborg». Det var tiltak og planer for det meste, hele dagen. Jeg har aldri fylt ut så mange skjemaer. Hadde det ikke vært nok å registrere hvor mye bistand vi ga under tannpussen en gang i uken, og ikke to ganger om dagen? Var all opplæring like nødvendig? Hvem hadde bestemt alt? I tillegg var terskelen for hva som ble definert som «avvikende atferd» lav. Ett tiltak gikk ut på å skru av musikken når en beboer rugget med overkroppen som en form for dans. En kan tvile på hensikten. Det skjedde også bra ting. Beboerne hadde det godt, og de fleste trivdes åpenbart. Mange lærte nye ferdigheter. Personale var snille. Jeg tror imidlertid at en så omfattende regulering av beboernes og personalets liv var unødvendig. Det hele ble litt humørløst.

Sommerjobben ga meg et litt distansert forhold til atferdsanalyse. Jeg kom ikke til hektene før etter at jeg var ferdig utdannet psykolog. Da gikk det opp for meg at atferdsanalyse kan anvendes på *mange* måter. Ennå var det imidlertid «skjær i sjøen». Jeg husker ikke med særlig glede tilbake på begynnelsen av 1990-tallet, da jeg og andre var opptatt av å vise at det var mulig å gjennomføre HVPU-reformen. Vi skulle klare å holde problematferd i sjakk utenfor institusjonene! Det er bare litt synd at iveren i tjenesten ble vel høy, og at vi anvendte mer inngripende metoder enn vi burde i noen tilfeller. I motsetning til hva mange mener, var Kapittel 6A, og senere Kapittel 4A (Sosial- og helsedirektoratet,

2005) etter mitt syn bare noe av forklaringen på at bruk av tvang sank i mange miljøer fra utpå 1990-tallet. Mange så at det var satset for hardt på å fjerne problematferd fort og effektivt. Dessuten skjer det fortsatt mer bruk av tvang enn mange aner, som har lite med atferdsanalyse å gjøre (Kroken, 2005).

Jeg har et avslappet forhold til hva som er viktig og nødvendig i atferdsanalytisk behandling av problematferd, og hvordan behandlingen skal beskrives og presenteres. Klienten og dens representanter skal ha siste ord. Vi skal bare gjøre det som er nødvendig og mulig å få til. Behandlingen skjer ofte i en ramme der en må klare seg med det en har. Personalets motivasjon og kunnskaper kan være så som så. Det gjelder å bruke det en har lært om å få folk til å opptre tilstrekkelig terapeutisk både i spesifikke situasjoner, det vil si når selve problematferden oppstår, og mer generelt, det vil si å ha en best mulig samhandling med brukeren. Det siste kan ofte forebygge problematferd i større eller mindre grad. I det følgende skal jeg gi et eksempel på hvordan atferdsanalyse kan bidra til å løse problemer når generell omsorg ikke er nok.

## Den det gjaldt, og hennes situasjon

### *Generell beskrivelse*

Ida er i 30-årene, og har alvorlig psykisk utviklingshemning. Dette betyr at hun ifølge ICD-10 grovt sett ligger på tre- til seks-årsstadiet i generell utvikling. Men slike ting er det ikke lett å gi et presist bilde av. Hennes praktiske ferdigheter er nokså svake. Dette kan ha sammenheng med at hun er litt «makelig anlagt». Pratingen er hemmet av motoriske problemer, og det er vanskelig for henne å si mer enn noen få, litt utydelige ord om gangen. Det er imidlertid mulig å oppfatte viktige stikkord, når en kjenner

henne og følger godt med. Det hender også at hun husker bedre enn personalet: En gang hadde hun vært på biltur, og vært inne på en kafé. Personalet hadde glemt hva stedet het, men Ida fortalte det.

### *Problematferd som «sovende» strategi*

Ida bodde lenge hjemme hos mor. Hun hadde alltid problematferd «på lur». Det er langt på vei riktig å si at hun holdt mor på «tå hev» fra hun var ganske liten. Helt fra barndommen kunne hun skalle seg når hun ville unngå eller oppnå noe. Når det likevel var lite problematferd hjemme, var det ikke minst fordi mor kom Ida i forkjøpet med å oppfylle hennes ønsker, og ikke krevde så mye av henne. Ida hadde nok oppdaget at utagering var effektivt, men slapp å «bruke» det ofte. I barnehage, på skole og på avlastning var det mer utagering, trolig fordi en gjorde mindre for å forebygge den. Her kunne hun også angripe personer som hun ikke likte nærværet av. Da hun flyttet fra mor til egen leilighet, tok hun i bruk disse strategiene både overfor personalet og andre beboere i til dels rikt monn. Hun utviklet en betydelig aggresjon og selvskadning, og kunne angripe andre og skalle seg. Det hører med at hun har «temperament», og kan reagere sterkt, også verbalt, når hun er misfornøyd med noe.

### *Livet i ny bolig*

Da hun flyttet i kommunal leilighet, var ikke forholdene de beste, på flere måter. Hun ble møtt med for store forventninger til hva hun mestret. Ikke minst mente mange at hun skulle tilbringe mye av tiden alene i sin egen leilighet. Ida var godt vant med å være i sentrum. I sin nye bolig måtte hun «konkurrere» med to andre beboere om to ansattes oppmerksomhet. Det oppsto betydelig «sjalusi» både hos Ida og særlig én nabo. Noen ansatte mente at hun var «bortskjemt». En får sjelden et godt forhold

til personer som en regner som bortskjemte, og på det verste ble Ida direkte avvist. Noen moraliserte. I tillegg hendte det ofte at hun ble forvist til leiligheten alene, når hun gjorde noe hun ikke skulle gjøre på fellesarealet eller inne hos andre. Å påpeke at slik isolasjon var ulovlig gjorde ikke like mye inntrykk på alle. Vi holdt for øvrig flere kurs om Kapittel 6A og etter hvert Kapittel 4A. Erfaringer fra kursene er eksempler på at gjennomføring av loven langt på vei er opp til kommuners og ansattes velvilje. Kommunen gjorde imidlertid vedtak om systematisk skadeavverging, og det var to personale hos henne fra morgen til kveld.

### *Ny, alvorlig problematferd*

Etter hvert var det ikke bare angrep og selvska-  
ding. Tidligere hadde hun hatt tendenser til  
kloring av egen hud, uten at det var noe stort  
problem. Nå utviklet hun *omfattende* kloring og  
plukking. Et fint ord for slik atferd er diagnosen  
«dermatotillomani», som betyr hudplukkemani  
og inngår i F63.8 Andre spesifiserte vane- og  
impulsforstyrrelser. I store perioder fikk hun et  
sår et eller annet sted på kroppen. Etter hvert  
fikk hun et stort sår rundt munnen, som ble et  
problem i lang tid.

### *Forståelse og behandling av problematferd*

Når det gjelder kloring, er det vanskelig å vite  
nøyaktig hvorfor den oppsto. Jeg tror ikke klo-  
ringen hadde en *direkte* sosial funksjon; hun  
gjorde det neppe for å få personalet til å opptre  
på bestemte måter. Det er mer sannsynlig at  
kloringen var en generell reaksjon på nedsatt  
stemning på grunn av hele situasjonen hun  
var i. Det siste ligner på viktige grunner til at  
tilsvarende atferd forekommer hos personer  
med normal intellektuell fungering. Noen som  
opplever misnøye, tomhet, ubehag og utilstrek-  
kelighet har lav toleranse for slike opplevelser, og

prøver å regulere hva de føler (se Holden, 2007).  
Selvska-  
ding, ofte av huden, kan være en måte  
å gjøre det på. Jeg regner det som sannsynlig at  
Ida har reflektert over sin situasjon, om enn på  
en enkel måte. Dette kan ha bidratt til at hun  
så kloring som en fortvilet løsning. I og med at  
hennes verbale fungering er begrenset, er det  
umulig å bekrefte dette nærmere. Etter hvert  
kom kloringen inn i en ond sirkel, av åpenbare,  
sanssemessige grunner: Såret klødde, og utløste  
mer kloring. Såret ble jevnt over verre.

Når det gjelder problematferd generelt, kan  
ubehag og mangel på goder i videste forstand  
*utløse* problematferd, i hennes tilfelle angrep,  
skalling og kloring, uten at personen har erfart at  
atferden fører fram. Personen kan også fortsette  
med slik atferd, selv om den ikke lykkes. Alle  
er mer eller mindre laget slik fra naturens side.  
Dersom personen i tillegg erfarer at atferden er  
effektiv, kan problematferd bli en nokså etablert  
måte å forholde seg på. Ida er et eksempel på alt  
dette. I slike tilfeller kan en satse på to generelle  
strategier (se bl.a. Holden, 2003):

1. Redusere eller fjerne faktorer som utløser  
problematferd. Hos Ida var dette for det meste  
vanskelige og ubehagelige krav, det vil si krav  
som ikke var tilpasset hennes interesser og  
funksjons- eller utviklingsnivå. Også mangel på  
kontakt og oppmerksomhet utløste problem-  
atferd.
2. Forhindre at problematferd fører til at per-  
sonen oppnår det personen ønsker og unngår  
det personen *ikke* ønsker.

Faktorer som utløser problematferd kan være  
forhold som personen bør venne seg til for å  
utvikle seg. Problematferden trenger heller ikke å  
være ekstremt sterk og uakseptabel. Da kommer  
vi ofte ikke utenom et innslag av strategi 2. Men  
når utløsende faktorer er uakseptable og unød-

vendige, og personen i tillegg viser svært sterke reaksjoner på dem, vil strategi 1 være svært sentral. Dette var tilfelle hos Ida. Retningslinjer for hvordan Ida skulle møtes dreide seg derfor mest om ulike forebyggende strategier, i tillegg til skadeavverging. Dette ble utarbeidet av oss og personalet i kommunen, i samråd med mor. Jeg gjengir de viktigste punktene:

1. Ida kan skalle seg, kløre i egne sår, og angripe beboere og personale. Det er vanskelig å si nøyaktig hvorfor. Men oppmerksomhet er viktig for henne. Hun har alltid vært følsom for hvordan folk møter henne og stiller krav til henne. De viktigste grunnene til problematferd er trolig: 1) Får lite oppmerksomhet, 2) får krav om å gjøre noe, og 3) kroppslige forhold som at sår klør, og andre ubehag.
2. Ida fungerer språklig og ellers som et nokså lite barn. Ikke krev mer av henne enn hun kan. I tillegg er hun vant til å få mye oppmerksomhet. Dette er vanskelig for henne å akseptere avvisning og å motta direkte beskjeder om hva hun skal gjøre.
3. Ida må ha oppmerksomhet fra personale det aller meste av tiden. Det må gå kort tid mellom hver gang noen snakker med henne, ser på henne eller gjør noe sammen med henne. Kontakten trenger ikke å være intensiv, men vis at du «er der». Det er også viktig å gjøre ting sammen med henne, som å dra på tur.
4. Like viktig som jevn oppmerksomhet er *kvaliteten* på den. Vær vennlig, rolig og tålmodig, både når du bare er sammen med henne og når du skal hjelpe henne. Tenk på hvordan hun fungerer. Særlig når du *møter* henne er det viktig å opptre på en måte som stemmer med hva hun trenger. Å komme tilbake fra mor er problematisk for henne. Prøv å gjøre det hyggelig for henne å komme tilbake, og å se dere igjen.

5. Motiver henne før du stiller krav til henne. Få henne litt i humør, uten å overdrive. Gjør avtale, og si gjerne hva som skal skje etterpå. Si hyggelige ting til henne, både før, under og etter gjøremålet. Ofte går det an å få henne med på ting.
6. Ser du at hun selvskader eller angriper, eller er på vei til det, stopper du henne med en gang. Bruk den makt som trengs, verken mer eller mindre. Ved alvorlige tilfeller må to personer holde henne, f.eks. i en arm hver. Hold henne til hun er rolig, ikke lenger.

#### *Ennå var det langt fram*

Det tok sin tid før dette bar frukter. En grunn var at det ikke ble ordentlig gjennomført av alle ansatte. En like viktig grunn var at hun bodde der hun bodde. Alt i alt ble det mange og sterke utløsende faktorer. Det gikk bra i perioder, men Ida viste alt i alt mye problematferd. Hun mistet et familiemedlem som var viktig for henne, og sørget over dette. For noen av de ansatte ble dette imidlertid en bekvem forklaring på problematferden. I lang tid ble det vist til at Ida var deprimert, at dette var årsaken til problemene, og at medikasjon var løsningen. Fastlegen «bet på», og forskrev antidepressiva. Ikke nok med det: Når det ikke virket, forskrev legen antipsykotiske midler, med like skral effekt.

#### *Flytting, og bedre klima*

Det var lenge klart at hun burde flytte. Da hun flyttet og kom i et nytt miljø, ble atmosfæren bedre. Hun hadde ikke lenger naboene å stri med. Hun fikk en personalgruppe rundt seg som var mer positiv til henne. Det ble etter hvert lite angrep og selvskadning. Hudplukkingen fortsatte imidlertid, mest på grunn av kløen. I perioder var kloringen på retur og såret ble litt bedre, men ble verre igjen. Ett år etter flyttingen var Ida i en skral forfatning. Såret skapte infeksjoner, og Ida

var i store perioder svært lite opplagt. Hun orket lite, og ble gradvis i dårligere fysisk form og la på seg. Stemningen var på nullpunktet. At hun ble møtt mer vennlig og respektfullt hjalp lite på kloringen. Det var klart at verken kloringen, såret eller den generelle tilstanden ble bedre av seg selv. Samtidig vurderte vi at kloringen var en vesentlig del av problemet, og at den dro mye av den øvrige av tilstanden med seg. Å medisinerer henne, for eksempel med antidepressiva, anså vi som meningsløst, når det burde være mulig å gjøre noe med årsakene til problemene.

### Stopping av kloring, og annet

Ingenting tydet på at å forklare henne at kloring var farlig, og å gi henne goder når hun ikke klorte, ville gi noen resultater. «Andre løsninger», det vil si tiltak som ikke inneholdt tvang og makt, ville neppe bringe kloringen til opphør. Vi bestemte å stoppe kloringen, ved å hindre henne manuelt. Hver gang hun berørte såret, prøvde vi å ta hendene hennes bort fra såret og ned i fanget, og holdt dem der til hun var rolig. I begynnelsen prøvde vi å hindre enhver berøring. Vi undersøkte også å begrense bevegeligheten i albueleddene ved hjelp av en mekanisk innretning, men jeg tror ikke dette hadde fungert godt i praksis. Og mekanisk tvang skal ikke brukes, dersom det finnes mindre inngripende løsninger. Behandlingen fra nå av bygde på de samme prinsippene som tidligere, med det tillegget at kloringen ble direkte stoppet. Dette ble formulert i et eget punkt:

7. Om kloring: Følg med, og stopp all kloring og berøring av sår. Vær så nær at du kan stoppe henne med en gang. Ikke vær «brysk» når du stopper henne. Du kan godt si at hun ikke skal klore, når du stopper henne. Det beste er å si ingenting, og si i alle fall ikke mer enn

en kort beskjed om å la være. Ikke la kloring medføre mye oppmerksomhet.

### *Hvordan reagerte hun på dette?*

De første dagene etter at vi startet å blokkere kloring ble hun av og til aggressiv når vi stoppet henne. Nærmere bestemt var det to dager med mange angrep mot de som stoppet henne, i løpet av de fem første dagene etter at vi begynte å stoppe kloringen konsekvent. Dette er en vanlig reaksjon i den første perioden etter at handlinger ikke lenger lykkes. Nærmere bestemt skjer det ofte en forbigående økning i antall forsøk, og i noen tilfeller mer intense forsøk på å lykkes (se Holden, 2003). Etter de fem første dagene forekom det knapt angrep når hun ble stoppet. Etter like mange dager ble også forsøkene på å klore sjeldnere. Etter noen uker aksepterte hun nesten fullt og helt å holde fingrene borte fra såret. Det var stort sett nok å være i nærheten og å snakke henne til rette de få gangene hun berørte såret. Det kunne gå uker mellom hver gang det var nødvendig å ta ned hendene med makt. Jeg må legge til at det var viktig å stoppe kloringen de aller, aller fleste gangene, særlig i starten. Grunnen til dette var at effekten av å stoppe kloringen trolig ville skyldes at hun kort og godt ikke lyktes med å klore seg. Når noe lykkes av og til, vet vi at forsøk på å lykkes kan øke i antall (Lerman, Iwata & Wallace, 1999). Når kloring avtok skyldtes nok *etter hvert* også at kløingen minsket som følge av at såret grodde.

### *Mer aktivitet*

Samtidig tok vi et tak for å få Ida mer i aktivitet. Vi syntes rett og slett at vi hadde plikt til det. Hun hadde blitt svært passiv og svært vanskelig å få med på ting, alt fra å gå en liten tur til å utføre vanlige gjøremål i leiligheten. Hun hadde også mistet de fleste interessene og gledene hun hadde. Vi presset henne til å delta litt under

tilberedning av måltider, og til å bli med på turer ut. Dette skjedde i form av overtalelse, motivering og lett skyving, som fortsatte selv om hun viste klart mishag. I begynnelsen kunne hun bli aggressiv, men ganske raskt gikk det overraskende lett. Etter få dager var hun ute på lange gåturer et par ganger daglig. Det er viktig å presisere at utvidet bruk av tvang, altså mer aktiviteter og stopping av kloring, ble stadfestet av Fylkesmannen som en utvidelse av gjeldende Kapittel 4A-vedtak. Ida var for øvrig utestengt fra aktivitetssenteret, fordi hun hadde åpne sår.

#### *Dette hjalp*

Humøret kom seg gradvis, og problematferd og kloring likeså. At hver dag forløp uten kloring hjalp imidlertid lite på såret. Grunnen var at hun hadde anledning til å kløre om nettene; hun delte nattvakt med mange andre. Etter en måned ble det satt inn nattvakt. Vi var spente på hvordan Ida ville reagere på å bli stoppet i å kløre om natten, det vil si før hun sovnet, når hun hadde korte våkeperioder om natten, og etter at hun våknet om morgenen. Også dette gikk over all forventning. Etter at nattvakt var satt inn, ble såret raskt bedre. Etter en drøy måned var den siste skorpen borte. Først nå kan vi si at de generelle retningslinjene for å møte Ida, som var laget et par år tidligere, ble *skikkelig* gjennomført av de aller fleste...

#### *For godt til å være sant?*

Etter en stund mente kommunen at det ikke var nødvendig med egen nattvakt lenger. Trass i iherdige forsøk, også fra Fylkesmannens side, på å beholde nattvakt, ble den fjernet. Ikke overraskende begynte Ida å kløre om nettene igjen, og såret kom tilbake. Fastlegen slo alarm – situasjonen var alvorlig. Så var det nye runder for å få nattvakt tilbake. Da dette skjedde etter noen måneder, forsvant såret på nytt.

Det hører med at kommunen flyttet Ida fra en bolig hun trivdes svært godt i, til en bolig som hun etter alt å dømme ville trives veldig dårlig i. Mistrivsel oppsto som ventet, særlig på grunn av et dårlig forhold til en nabo.

#### *Lykkelig slutt*

Etter hvert ble det flytting tilbake til nabo-leiligheten i det forrige huset hun hadde bodd i, med svært god virkning på humør. I dag bor Ida i den fjerde leiligheten i løpet av tre–fire år. Hun har nattvakt, såret er borte, Ida er i god stemning, det må gjøres svært lite for å stoppe kloring, og mor og personale er fornøyde.

#### **Drøfting av det som ble gjort**

Etter mye om og men ble det etter hvert en liten solskinnshistorie. I slike tilfeller er det alltid et lite «bank i bordet». Jeg er imidlertid nokså trygg på at dette går bra, forutsatt at kommunen ikke finner på noe dumt og at personalets motivasjon vedlikeholdes. Nettopp mer positive holdninger hos personalet, både til Ida og til å arbeide hos henne, har vært mye av grunnen til «suksessen». Det er ikke til å komme forbi at de fleste har fått det bra her i landet, og at klaging har blitt noe av tidens melodi. Det er ikke grenser for hvor «slitne» noen kan tro de er. Også uberettiget klaging kan dessverre føre til fordeler, som selvfølgelig er med og opprettholder lite produktive væremåter. I slike miljøer kan også toneangivende personer dra kolleger nedover. Når vi fikk bukt med tendensene til en «klagekultur», gikk det for alvor framover. Til en viss grad er det også forståelig at personalet mistet motet i perioder da såret og problematferden var på det verste. At såret ble mindre og forsvant var faktisk et viktig bidrag til at personalet begynte å synes at jobben var meningsfull.

### *Ble Kapittel 4As krav til andre løsninger ivarett?*

Jeg synes det er vanskelig å se andre løsninger, uten bruk av tvang og makt, som kunne ha ført fram, utover det vi allerede gjorde. Jeg hørte en gang et foredrag av Per Lorentzen. Han hadde fått henvist en person med autisme som bl.a. var opptatt av å snurre med beltet sitt. Lorentzen snakket lenge om at han var generelt opptatt av å ta bort «den grunnleggende opplevelsen av ensomhet». Derfor tok han av seg sitt eget belte og begynte å håndtere det på samme måte som klienten gjorde. Han sa ikke noe særlig om hva dette hadde ført til, utover at personen i alle fall til å begynne med hadde virket litt forundret. Å snurre et belte er imidlertid ingen alvorlig problematferd, og jeg tror ikke Lorentzens metode bør anbefales når det er tale om behandling. Jeg tror det ville fungert dårlig om jeg eller personalet skulle begynt å klore oss selv når Ida klorte seg. Hun hadde kanskje stusset veldig, og holdt opp en veldig kort stund, og fortsatt når forundringen var over. Jeg kan heller ikke se at imitasjon av folks problematferd er noen god vei ut av en eventuell grunnleggende ensomhet. Det vil som regel være noe bedre å finne på sammen.

### *Psykiatri!*

I perioder var det et krav fra noen ansatte og ledere i kommunen om at Ida måtte få psykiatrisk behandling, som om det hun fikk, ikke kunne kalles psykiatrisk behandling. Psykiske lidelser er et veldig omfattende begrep (se Holden, 2006). Behandling av alle atferdsforstyrrelser kan derfor kalles psykiatrisk behandling.

Jeg fikk aldri klarhet i forventningene til hva psykiatrien skulle utrette. Det virket som om noen trodde at det var noe mystisk der inne, «bak atferden» hennes, som spesielle personer kunne avdekke og gjøre noe med. Kanskje noen trodde at en medisin skulle gjøre opp for all elendigheten hun opplevde. Medikasjon skal imidlertid ikke gis, når det er miljømessige årsaker til problemer og det går an å gjøre noe med dem (se Holden & Gitlesen, 2004). Ida ble likevel søkt inn på en spesial-avdeling for behandling av psykiske lidelser hos mennesker med psykisk utviklingshemning. Heldigvis kom avdelingen fram til at hun ikke hadde noen tradisjonell psykisk lidelse, og søknaden ble avslått. Jeg tror uansett at en innleggelse ville hatt lite for seg.

### *Sluttkommentar*

Behandlingen var basert på atferdsanalytiske prinsipper, som er beskrevet så lite teknisk som mulig. Jeg håper å ha fått fram at behandlingen var godt begrunnet, og at den holdt mål etisk og estetisk, det vil si at den var akseptabel og naturlig. Jeg tror de fleste vil synes at stoppingen av kloring var rimelig, ut fra hva som var problemet. Hadde forsøkene på å stoppe kloringen ikke ført fram, hadde vi selvfølgelig revidert tiltaket. Hva vi da skulle ha gjort, slipper jeg heldigvis å tenke på. Jeg håper også at jeg har fått fram at det ikke er noen motsetning mellom atferdsanalyse og utviklingspsykologi, jamfør forsøkene på å tilpasse behandlingen til de ferdigheter Ida har når det gjelder å meddele seg og forstå, og til de sterke og svake sider hun har ellers.



## Referanser

- Ellingsen, K. E. (2006). *Lovregulert tvang og refleksiv praksis*. Doktoravhandling. Luleå tekniska universitet. Institutionen för hälsovetenskap.
- Holden, B. (2003). Atferdsproblemer hos mennesker med psykisk utviklingshemning. Kan forståelse av årsaker til atferdsproblemer føre til bedre behandling? I S. Eikeseth & F. Svartdal (red.), *Anvendt atferdsanalyse. Teori og praksis*. 321–338.
- Holden, B. (2006). Psykiske lidelser er atferd. *Norsk Tidsskrift for Atferdsanalyse*, 33, 57–70.
- Holden, B. (2007). Aksept- og forpliktelsesterapi (ACT), en atferdsanalytisk psykoterapi. *Norsk Tidsskrift for Atferdsanalyse*, 34 (i trykk).
- Holden, B. & Gitlesen, J. P. (2004). Psychotropic medication in adults with mental retardation: prevalence, and prescription practices. *Research in Developmental Disabilities*, 25, 509–521.
- Kroken, J. (2005). Utstrakt bruk av tvang overfor personer med psykisk utviklingshemning skjer, og lite regulert av Kapittel 4A. En undersøkelse fra Hedmark. *SOR-Rapport*, 51, 4–9.
- Lerman, D. C., Iwata, B. A. & Wallace, M. D. (1999). Side effects of extinction: prevalence of bursting and aggression during the treatment of self-injurious behaviour. *Journal of Applied Behaviour Analysis*, 32, 1–8.
- Sosial- og helsedirektoratet (2005). *Lov om sosiale tjenester kapittel 4A. Rettssikkerhet ved bruk av tvang og makt overfor enkelte mennesker med psykisk utviklingshemning*. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.