

# Kan psykiske lidelser være årsak til utfordrende atferd?

Børge Holden

## Bakgrunn

- Atferdsanalytikere foretar funksjonelle analyser før behandling
- Før behandling er det også vanlig å eliminere somatisk sykdom som årsak til problematferd
- Psykiske lidelser har tradisjonelt spilt liten rolle i planlegging av behandling, i tråd med skepsis til psykiatriske sykdomsmodeller
- Og i tråd med skepsis til at psykiske lidelser "ligger under atferd"
- Atferdsanalyse har også vært interessert i psykiske lidelser, som Fersters analyser av autisme og depresjon
- Men diagnostikk av psykiske lidelser har ikke blitt en del av funksjonelle analyser

### Bakgrunn forts.

- Funksjonelle analyser blir stadig mer omfattende og avanserte
- De fører likevel ikke *alltid* til klare funksjoner eller effektiv behandling
- Andre fagmiljøer har lenge sett på psykiske lidelser som viktig årsak til utfordrende atferd
- Hvis psykiske lidelser kan være årsak til utfordrende atferd, må behandling av lidelsen redusere utfordrende atferd

Derfor er dette viktig

Men først må vi avklare hva psykiske lidelser er: Når kan vi snakke om dem; hva må vi observere for å snakke om dem?

Og vi må se om det er mulig å analysere funksjonelle relasjoner mellom psykiske lidelser og utfordrende atferd, altså reelle årsaker

### Sammenhenger finnes?

- Ross & Oliver (2002) fant knapt sammenheng mellom kjernesymptomer på depresjon, og problematferd

Men en del studier viser en viss sammenheng:

- Moss et al. (2000): særlig depresjon og delvis hypomani var forbundet med problematferd
- Holden & Gitlesen (2003): Angst og psykotiske symptomer var særlig forbundet med problematferd
- Rojahn, Matson, Naglieri & Mayville (2004): De fleste tradisjonelle lidelser er forbundet med tredobbel fare for problematferd
- Hemmings, Gravestock, Pickard & Bouras (2006): Stemning var forbundet med selvskading og til en viss grad aggresjon

I sum: Funnene er blandet, og sammenhengene er generelle

- Holden & Gitlesen (2003) poengterer at de gjelder på gruppenivå, ikke automatisk for individer
- Mange har en psykisk lidelse, uten å ha problematferd, og vice versa

Problem: Lidelser er heterogene

Generelle og motstridende sammenhenger må forventes, fordi:

- Noen lidelser defineres ved flere, men ingen nødvendige eller tilstrekkelige kriterier
- Folk kan dermed ha syndromale lidelser på høyst ulike måter
- Til og med enkeltkriterier og mindre sammensatte lidelser og forstyrrelser varierer betydelig

Siden ingen lidelser kan være en noenlunde enhetlig faktor, vil forholdet mellom gitte psykiske lidelser og problematferd variere på tvers av individer

Og sammenheng er ikke nødvendigvis årsak...

Studier som ser på forholdet mellom psykiske lidelser og problematferd har knapt som mål å forklare det siste med det første:

- Reiss & Rojahn (1993) sier at målet ikke er å si noe om årsak
- Hemmings et al. (2006) snakker om å predikere problematferd ved hjelp av symptomer, med andre ord rene sammenhenger

For å forstå forholdet mellom psykiske lidelser og problematferd, trengs det en *individuell* tilnærming

Selv om det heller ikke hos et individ trenger å være sammenheng mellom psykisk lidelse og problematferd, for eksempel depresjon og problematferd

Atferdsanalytiske prinsipper er godt egnet til å analysere mulige, reelle årsaker hos individer

## Relevante atferdsanalytiske begreper

Forsterkere kan være svært idiosynkratiske

- De kan være problematiske i seg selv
- Eller overkonsum av uproblematiske forsterkere

Også motivasjonelle operasjoner kan være svært idiosynkratiske

- De kan være problematiske i seg selv, altså noe som få reagerer på
- Eller folk kan overreagere på i og for seg uproblematiske motivasjonelle operasjoner
- Fravær av forsterkning kan være straffende
- Og normal straff kan være ekstremt aversiv

Komplekse motivasjonelle forhold

- Enklere motivasjonelle virker noen ganger bare i kombinasjon med mer komplekse:

Personen må kanskje være søvndeprivert, syk, ha smerter osv. for å reagere med f.eks. aggresjon på krav eller at forsterkere uteblir

## Emosjoner som motivasjonelle forhold

- Emosjoner er tilstander som selv må forklares, og er ikke "fullgode" motivasjonelle forhold
- Vi kan imidlertid ikke alltid forklare hvordan de oppstår
- Noen ganger må vi derfor nøye oss med emosjoner som motivasjonelle forhold
- Emosjoner som angst, aggresjon, spenning og tristhet kan være aversive og kan utløse atferd som gjør at de opphører
- Emosjoner som "sug" og "savn" kan utløse atferd som oppfyller dette
- Selvfølgelig må dette til en viss grad *tolkes*

## Verbal påvirkning av atferd

- Atferd er til en viss grad regelstyrt
- Dette kan gjøre atferd lite sensitiv for hva vi konkret erfarer
- ACT opererer med kognitiv fusjon, begrunnelse og unngåelse av opplevelse som viktige grunner til at folk utvikler og beholder psykopatologi

## Funksjonelle analyser av atferd som utgjør psykiatriske symptomer

Symptomer er alt fra rene atferdsbeskrivelser til beskrivelser av hvorfor atferden finner sted

### 1. Kriterier som kun beskriver atferd

- F95 Ticsforstyrrelser
- F98.3 Pica
- F98.4 Stereotype bevegelsesforstyrrelser
- Slik at atferd er likevel grundig funksjonelt analysert i mange sammenhenger

### 2. Kriterier som beskriver atferdsfunksjoner indirekte

- F20 Schizofreni: tap av interesser og mål, tiltaksløshet, sosial tilbaketrekning
- F30.1 Mani: ukontrollerbar spenning, lite hemninger, ukritisk pengebruk, eller irritabilitet og mistenksomhet
- F32 Depresjon: tap av interesse og glede, eller irritasjon
- F50 Ikke-organiske søvnforstyrrelser: komplekse motivasjonelle forhold
- F60.0-9: Personlighetsforstyrrelser

## 3. Kriterier som beskriver atferdsfunksjoner direkte

Negativ forsterkning:

- F40 Fobier: angst vekkes av spesielle situasjoner eller ting, og disse unngås
- F41.0 Panikkforstyrrelse: en unngår ofte situasjoner der panikk har oppstått
- F43.1 Posttraumatisk stresslidelse: frykt og unngåelse av det som minner om traumet
- F63.3 Trikotillomani: utløses av spenning og fører til lettelse og tilfredshet

Positiv forsterkning:

- F63 Vane- og impulsforstyrrelser (gambling, pyromani, kleptomani): spenning på forhånd, og opplagte forsterkere
- F65 Forstyrrelser i seksuelle objektvalg (fetisjisme, fetisjistisk transvestisme, blotting, kinking, pedofili, sadomasochisme): seksuell spenning og tilfredsstillelse

### Verbal påvirkning

- F20.0 Paranoid schizofreni: vrangforestillinger om forfølgelse, sjalusi, stemmer som truer eller beordrer
- F42 Tvangslidelse: tvangstanker beskriver handlinger som demper angst

## Spesielt om psykiske lidelser hos mennesker med psykisk utviklingshemning

- Mange symptomer er verbale
- Mange symptomer må beskrives av personen selv
- Mange symptomer forutsetter selvevaluering, bekymring, pessimisme o.l., og kan knapt eksistere hos mennesker med psykisk utviklingshemning
- Men i prinsippet kan de fleste lidelser diagnostiseres hos personer med vesentlig psykisk utviklingshemning

Medisinske problemer og problematferd. Gardner & Whalen (1996)

### 1. Utløsende forhold

- Sosiale: Krav og deprivasjon
  - Medisinske: Stress skapt av medisinske tilstander, som når en med ørebetennelse slår ørene
- Både sosiale og medisinske utløsende forhold kan ha fra 0–100 % å si for problematferd
- I de fleste tilfeller *bidrar* de

Medisinske utløsende forhold kan være av to typer:

- I tilstandsavhengige forhold oppstår problematferd kun når medisinsk tilstand er til stede
- I tilstandforverrende forhold finnes atferden på forhånd, men forverres av medisinsk tilstand

### 2. Sårbarhetsfaktorer

Disse kan være av tre typer:

- Biomedisinsk: sansemessig, nevrologisk, biokjemisk
- Psykologisk: manglende ferdigheter
- Miljømessig/økologisk: begrenset stimulering, for mye og feil krav

### 3. Medisinske faktorer som gjør problematferd mer funksjonell

- Problematferd kan forsterkes av reduksjoner i aversive tilstander som skapes av kroppslig sykdom, som når selvskading reduserer smerte og forsterker problematferd
- Aggresjon kan eliminere krav som er aversive pga. medisinske forhold, som kan forsterke aggresjon

#### Praktiske følger

- Uten en kompleks modell, kan problematferd misforstås som eneste årsak
- Da kan behandling bli kun medisinsk, uten at en ser på andre forhold
- Modellen gir rom for å vurdere hvor mye ulike årsaker bidrar, og integrerer medisinske årsaker med psykiatriske og miljømessige faktorer
- Ut fra dette kan en planlegge behandling

### Psykiatriske symptomer og problematferd

Viktige forskjeller mellom medisinsk og psykiatrisk sykdom:

- Medisinsk sykdom og problematferd er aldri identiske
- Derfor går det alltid an å analysere forholdet mellom dem
- Derimot kan psykiske lidelser og problematferd være identisk (stereotyp atferd, pedofili)
- Da er det umulig å bruke psykiske lidelser som forklaring
- Medisinsk sykdom diagnostiseres ut fra objektive funn
- Psykiske lidelser er vanskeligere å diagnostisere, særlig blant folk med utviklingshemning
- Dermed er forholdet mellom en psykisk lidelse og problematferd vanskeligere å påvise

F.eks. en sammenheng mellom depresjon og angrep kan opptre på flere måter:

1. Sosiale reaksjoner på angrep kan skape tristhet
2. Samme erfaringer, f.eks. misbruk, kan føre til både depresjon og angrep
3. Tristhet kan senke terskel for angrep

Bare den siste kan innebære et psykiatrisk årsaksforhold

Gardner & Whalens (1996) modell overført til psykiske lidelser

#### 1. Etablerende forhold

Primære sosiale, miljømessige etablerende forhold:

- Krav og deprivasjon, alene eller i kombinasjon med medisinske tilstander
- Når dette ikke forklarer problematferd fullt ut, kan en se på forholdet mellom eventuelle psykiske lidelser og problematferd

Primære psykiatriske etablerende forhold:

- Det er ikke nok å påvise at psykiske lidelser og problematferd opptrer samtidig, vi må vise *hvordan* de er relatert
- En grunn til dette er den nevnte heterogeniteten, eller uensartetheten

Forholdet må være logisk og spesifikt, og ikke generelt. Det kan opptre på to måter, motivasjonelt og verbalt:

#### a. Motivasjonelt

- For eksempel depresjon innebærer mindre interesse og mer ubehag. Større fare for at krav fører til problematferd
- Dette kan tenkes på utallige måter (tabell 1)

#### b. Verbalt

- Ren regelstyring, i form av hallusinose eller tvangstanker
- Eller at aversive stimuli eller forsterkere oppstår rent verbalt (tabell 1)



Tabell 1. Noen mulige relasjoner mellom psykiske lidelser og problematferd

| <u>Lidelse</u> | <u>Mulige faktorer som utløser problematferd</u>   |
|----------------|--|
| Stoffmisbruk   | Deprivert på eller mangler stoff   |
| Schizofreni    | Imperativ hallusinoser (ordrer om å handle*)<br>Vrangforestillinger om trusler<br>Presentasjon av krav               |
| Mani           | Presentasjon av krav<br>Deprivert på eller nektet forsterkere  |
| Depresjon      | Presentasjon av krav   |
| Fobier         | Umulig å unnsnippe fobisk situasjon eller objekt   |
| Panikk lidelse | Umulig å unnsnippe steder hvor panikk har oppstått   |
| Tvangslidelse  | Hindring i å utføre tvangshandlinger<br>Andre er uenige i tvangstanker<br>Tvangstanker om å utføre tvangshandlinger* |

\*Regelstyring i tillegg til utløsende forhold

Tabell 1 forts.

| <u>Lidelse</u>                | <u>Mulige faktorer som utløser problematferd</u> |
|-------------------------------|--|
| Akutt stressreaksjon          | Presentasjon av krav                             |
| Post-traumatisk stresslidelse | Kontakt med situasjonen som unngås               |
| Tilpasningsforstyrrelser      | Mangel på alternativer til problematferd         |
| Ikke-organiske søvnforst.     | Presentasjon av krav                             |
| Ticsforstyrrelser             | Nektet å utføre tics                             |
| Pica                          | Deprivert på eller nektet ikke-spiselige ting    |
| Personlighetsforstyrrelser:   |  |
| Paranoid                      | Forsinkelser og avslag                           |
| Dyssosial                     | Deprivert/nektet forsterkere ("frustrasjon")     |
| Emosjonelt ustabil            | F.eks. kritikk                                   |
| Histrionisk/Dramatiserende    | Deprivert på eller nektet "oppmerksomhet"        |
| Tvangspreget                  | Nektet perfeksjon, rigiditet eller lydighet      |
| Engstelig (unnvikende)        | Møte "kritikk, underkjenning og avvising"        |
| Avhengig                      | F.eks. "bli forlatt" eller "må klare seg selv"   |

\*Regelstyring i tillegg til utløsende forhold

### Psykiatriske tilstandsavhengige relasjoner:

- Problematferd oppstår kun når den psykiske lidelsen er til stede eller "aktiv"
- For eksempel aggresjon eller nekting av gjøremål kun når personen er deprimert

### Psykiatrisk tilstandsforverrende relasjoner:

- Som ved somatiske tilstander, kan det bli mer problematferd i faser med psykiske lidelser

### Sårbarhetsfaktorer

#### Biomedisinsk:

- Medikasjon kan ha bieffekter i form av å bidra til aggresjon og selvskading
- Aggresjon som kommer av hindring i å utføre tics kan bli verre ved søvnproblemer
- Angst og klenging, og aggresjon når dette avvises, kan forverres av somatiske tilstander

#### Psykologisk:

- Manglende evne til å si fra om ubehag som er relatert til psykiske lidelser (tristhet, angst og andre ubehag)
- Manglende psykologisk fleksibilitet, f.eks. hos person med eksplosiv lidelse

#### Miljømessig/økologisk:

- Manglende stimulering og urimelige krav kan forverre problematferd. Dette gjelder trolig også problematferd som er relatert til motivasjonelle tilstander ved psykiske lidelser

## Psykiatriske faktorer som gjør problematferd mer funksjonell:

- Problematferd kan forsterkes ved at de reduserer aversive tilstander som er forbundet med psykiske lidelser
- Problematferd kan fjerne krav som er aversive på grunn av emosjonelle tilstander forbundet med psykiske lidelser, som dermed forsterker problematferd

## Praktiske følger

- Medikasjon skal være indikert av diagnose, selv om effekter er relativt lite dokumenterte og må variere mye
- Det er også en relativt svak sammenheng mellom diagnoser og psykologisk behandling
- Tvangslidelse og Tourette kan være et visst unntak, men hos folk med utviklingshemning må behandling individualiseres mye
- Nyttan av diagnoser for å beskrive atferd, inkludert emosjoner, er likevel begrenset, fordi:
  1. Pålitelige relasjoner mellom emosjonelle tilstander og diagnoser knapt finnes
  2. Relasjoner mellom emosjonelle tilstander som inngår i psykiske lidelser, og reaksjoner på mer umiddelbare miljømessige utfordringer, er høyst individuelle
  3. Det samme gjelder relasjonen mellom verbal atferd som inngår i psykiske lidelser, og mer umiddelbare miljømessige utfordringer
- Dette må altså analyseres i hvert tilfelle, som krever at en ser på mer enn selve diagnosen
- Faktisk er det tale om en integrasjon av diagnostikk og funksjonelle analyser
- Sistnevnte må iallfall delvis baseres på tolkninger

Praktiske følger forts.

Mange emosjonelle tilstander forbundet med psykiske lidelser kan påvirkes:

- Tilvenning er universelt
- Fjerne krav og mangler
- Verbale symptomer kan påvirkes gjennom ekstinksjon, DRA, DRO
- I "nødsfall" medikasjon

Og til slutt:

- Forståelse av forholdet mellom psykiske lidelser er interessant i seg selv
- Det kan også bidra til en realistisk vurdering av nytten av psykiatriske diagnoser i behandling av problematferd
- Å vise interesse for diagnostikk, ikke bare negativt, kan bedre samarbeid med andre disipliner og retninger