

# Funksjonelle analyser av psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser, og behandling basert på dette

Børge Holden

## Begrensninger ved kategorielle diagnoser

- Kan kamuflere variasjon og oppfattes som mer enhetlige enn de er.
- Variasjon mellom personer med samme psykiatriske diagnose er ofte stor
- Kategorier kan oppfattes som årsak til det som inngår i kategorien
- Somatiske sykdommer diagnostiseres som regel på grunnlag av konkrete, underliggende funn, mens psykiatriske diagnoser utelukkende er baserte på atferd
- Mange somatiske diagnoser er nokså avgrensede, mens de fleste psykiatriske diagnoser overlapper mye
- Kategorier forutsetter terskler. Men vi viser de fleste formene for atferd i en eller annen *grad*
- Kategorier forutsetter også inndelinger av tilstander, selv om det er mye overlapping

Og:

En svakhet ved psykiatriske diagnoser er at de er upresise utgangspunkter for behandling. Det trengs alltid mer informasjon enn diagnose før en kan starte en tilstrekkelig presis behandling

## **Funksjonelle vurderinger av atferd som utgjør psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser**

- Atferd som inngår i psykiske lidelser har ofte *typiske* funksjoner
- Det er ofte mulig å finne andre funksjoner
- Funksjonelle analyser er sjelden komplette, men gir ofte nyttig forståelse
- Målet er å vise at lidelser og forstyrrelser langt på vei kan forstås i atferdstermer

### **1. Spesiell sensitivitet for positive forsterkere**

Mye atferd som utgjør eller inngår i psykiske lidelser produserer forsterkere som kan være farlige, straffbare, sosialt avvikende eller problematiske eller, delvis avhengig av kultur:

- F10-F19 Psykiske lidelser som skyldes bruk av psykoaktive stoffer, som i praksis ofte er avhengighet, er atferd opprettholdt av helt spesifikke forsterkere.
  - F64 Kjønnssidentitetsforstyrrelser består i hovedsak av F64.0 Transseksualisme; å ville være det annet kjønn og mislike sitt eget, anatomiske kjønn og ofte ønske å skifte kjønn, F64.1 Transvestittisme; å ville kle seg som det annet kjønn men uten å ville skifte kjønn, og F64.2 Kjønnssidentitetsforstyrrelse i barndommen, som også innebærer å oppføre seg som og ville tilhøre det annet kjønn. Dette er klare beskrivelser av preferanser, og dermed forsterkere.
- F65 Forstyrrelser i seksuelle objektvalg: F65.0 Fetisjisme; at gjenstander skaper seksuell opphisselse, F65.1 Fetisjistisk transvestittisme; å kle seg som det annet kjønn i opphissende hensikt, og F65.5 Sadomasochisme; å finne det opphissende å påføre eller å bli påført smerte eller ydmykelse. F65.8 Andre spesifiserte forstyrrelser i seksuelle objektvalg kan være frotteurisme, nekrofil og zoofili.

- F63 Vane- og impulsforstyrrelser omfatter bl.a. F63.0 Patologisk spillelidenskap, F63.1 Pyromani og F63.2 Kleptomani. Forsterkere er opplagte.
- F65 Forstyrrelser i seksuelle objektvalg består bl.a. av F65.2 Blotting, F65.3 Kikking og F65.4 Pedofili, som alle produserer forsterkere i form av seksuell opphisselse.
  - F68.1 Viljestyrt produksjon eller simulering av symptomer eller dysfunksjon, enten fysisk eller psykisk, koker langt på vei ned til at sykerollen produserer forsterkere.
  - F84.0 Autisme diagnostiseres delvis på grunnlag av særinteresser, det vil si spesielle forsterkere.
  - F84.5 Asperger syndrom kan også diagnostiseres ut fra spesielle interesser.
  - F95.2 Tourette syndrom, som også kan være komplekse tics, kan i sjeldne tilfeller gå ut på at tics produserer positive, sensoriske forsterkere.
  - F98 Andre atferdsforstyrrelser og følelsmessige forstyrrelser som vanligvis oppstår i barne- og ungdomsalder omfatter bl.a. F98.3 Pica (å spise noe uspiselig) i spedbarns- og barnealder og F98.4 Stereotype bevegelsesforstyrrelser, F98.8 Fingersuging, F98.8 Neglebiting og F98.8 Neseplukking. Spesielle former for særlig automatisk, sensorisk forsterkning er avgjørende for slike atferder.

I andre tilfeller er selve forsterkerne uproblematisk. Men på grunn av sterk sensitivitet forekommer atferd som produserer dem svært mye:

- F30 Manisk episode innebærer øket sensitivitet for vanlige sosiale, materielle og sensoriske forsterkere.
- F60.4 Dramatiserende personlighetsforstyrrelse går ikke minst ut på at ulike former for oppmerksomhet er mer forsterkende enn hos folk flest.
- F90 Hyperkinetiske forstyrrelser (AD/HD) er for en stor del et mønster der forsterkere konsumeres raskt og hyppig.
- F93.3 Overdreven søskenrivalisering, som er en sterk, negativ reaksjon på å få søsken, kan indikere at tilgangen på sosiale forsterkere er redusert.

Høy sensitivitet følges gjerne av impulsivitet; effekten av en forsterker på kort sikt overskygger langsiktige aversive konsekvenser av å produsere den:

- AD/HD kjennetegnes ved impulsivitet
- I tillegg til høy sensitivitet kan terskelen for at den forsterkende verdien avtar, det vil si "metningspunktet", være høy, som ved mani
- Høy sensitivitet kan føre til at personen reagerer sterkt når forsterkere uteblir

## 2. Svak sensitivitet for positive forsterkere

Atferd forekommer ikke eller lite fordi normale forsterkere er lite effektive:

- F20 Schizofreni, særlig i alvorlige varianter, går ikke minst ut på at den forsterkende verdien av en rekke sosiale og materielle hendelser, og av egenomsorg, er nedsatt.
- F32 Depressiv episode betyr framfor alt at mye som normalt er forsterkende har liten eller ingen effekt, iallfall i begynnelsen.
- F60.1 Schizoid personlighetsforstyrrelse går mye ut på at sosial kontakt er lite forsterkende.
- F84.5 Asperger syndrom kan gå ut på mye av det samme.

## 3. Spesiell sensitivitet for aversive stimuli

Atferd som utgjør eller inngår i psykiske lidelser kan produsere unnslippelse fra spesielle aversive stimuli som få opplever:

- F20 Schizofreni består ofte til en viss grad av angst og unngåelse.
- F32 Depressiv episode, som finnes i mange varianter, kjennetegnes ikke minst ved at vanlige gjøremål og krav er aversive, og unngås.
- F40 Fobiske angstlidelser; F40.0 Agorafobi, F40.1 Sosiale fobier og F40.2 Spesifikke fobier, går ut på at spesielle hendelser skaper aversiv stimulering i form av angst, og etablerer unnslippelse som forsterkende. Det samme gjelder F93.1. Fobisk angstlidelse i barndommen. Andre eksempler er F93.2 Sosial angstlidelse i barndommen, som er sterk frykt i uvante, fremmede eller sosialt truende situasjoner, og F94.0 Elektiv mutisme, som i stor grad er sosial angst.

F41 Andre angstlidelser består av F41.0 Panikklidelse, som er tilbakevendende anfall av sterk angst. Denne er ikke knyttet til spesielle situasjoner og er uforutsigbar, men uansett aversiv og forsterkende å unngå/unnslippe. En annen variant, F41.1 Generalisert angstlidelse, er mindre intens men mer vedvarende, men har i prinsippet funksjonelle likheter med panikk.

F42 Tvangslidelse er å utføre spesielle handlinger for å unngå eller unnslippe angst.

- F45 Somatoforme lidelser inneholder bl.a. F45.2 Hypokondrisk lidelse, som innebærer ekstrem bekymring over mulig sykdom. Tegn til, eller bare å tenke på sykdom, er svært aversivt.
- F50 Spiseforstyrrelser inneholder særlig F50.0 Anorexia nervosa og F50.2 Bulimia nervosa. Et viktig fellestrekk er at vektøkning, og dermed å holde på mat, er aversivt, og at aktivt framkalt oppkast og avføring er negativt forsterkende.
- F63.3 Trikotillomani (hårplukking) og F63.8, som omfatter dermatotillomani (hudplukking), er oftest negativt forsterket.
- F84.0 Autisme innebærer ofte aversjoner mot situasjoner som andre mestrer.
- F84.5 Asperger syndrom innebærer også sårbarhet for ikke minst sosiale situasjoner.
- F95 "Tics" inkluderer F95.2 Tourette syndrom, og består av ulike former for aversiv stimulering i form av kløe, anspenhet, kribling og lignende som personen unnslipper for en stund ved å utføre tics. (Noen som har tics kan ikke rapportere om forutgående stimulering).

I andre tilfeller er aversiv stimulering mer normal. Problemet er sterk sensitivitet, slik at atferd som produserer unnslippelse forekommer lett og mye:

- F32 Depressiv episode kan (også) innebære at terskelen for hva som er ubehagelig og hva som unngås er lavere.
- F60.0 Paranoid personlighetsforstyrrelse er kjennetegnet ved sterk følsomhet for krenkelser og fornærmelser.
- F60.3 Emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse, impulsiv type, går ikke minst ut på sterke følelsesutbrudd og manglende evne til å kontrollere eksplosiv atferd i forbindelse med mindre provokasjoner. Dette indikerer sensitivitet.
- F60.5 Tvangspreget personlighetsforstyrrelse innebærer særlig at uorden og brudd på rutiner er aversivt, og unngås.
- F60.6 Engstelig [unnvikende] personlighetsforstyrrelse diagnostiseres delvis ut fra overfølsomhet for avvisning og kritikk og unngåelse av utfordringer.
- F60.7 Avhengig personlighetsforstyrrelse går ut på mye av det samme som F60.6.

F63 Vane- og impulskontrollforstyrrelser omfatter bl.a. F63.8 Andre spesifiserte vane- og impulskontrollforstyrrelser, som inkluderer intermitterende eksplosiv lidelse. Ofte er det tale om sterke reaksjoner på provokasjoner som de fleste tolererer.

- F91.3 Opposisjonell atferdsforstyrrelse er ikke minst protester og negative reaksjoner på vanlige krav.
- F93 Følelsesmessige forstyrrelser som oppstår i barndommen består særlig av F93.0 Separasjonsangst i barndommen, som hovedsaklig er frykt for adskillelse, og F93.2 Sosial angstlidelse i barndommen og F93.3 Overdreven søskenrivalisering. Dette betyr at situasjoner er langt mer aversive enn de er for barn flest.
- F98 Andre atferdsforstyrrelser og følelsesmessige forstyrrelser som vanligvis oppstår i barne- og ungdomsalder består bl.a. av F98.2 Spiseforstyrrelse i barndommen, som innebærer at mat er aversivt, og F98.4 Stereotype bevegelsesforstyrrelser, som (også) kan produsere sensorisk, *negativ* forsterkning.

Lidelser som preges av unngåelse kan skyldes spesielle hendelser:

- F43 Tilpasningsforstyrrelser og reaksjon på alvorlig belastning stilles på grunnlag av årsaker i form av (1) belastende hendelser eller (2) eller store negative endringer i tilværelsen. Virkningen av hendelsene er avhengig av individuell, idiosynkratisk sårbarhet.
- F43.0 Akutt belastningslidelse er reaksjon på uvanlige belastninger og går vanligvis over av seg selv etter timer eller dager.
- F43.1 Posttraumatisk stresslidelse (PTSD) er langvarige reaksjoner på truende eller katastrofale forhold som ofte gjenoppleves og som går ut på nummenhet og emosjonell avflatning, distansering fra mennesker, redusert lyst, og unngåelse av aktiviteter og situasjoner som minner om traumet.
- F44 Dissosiative lidelser (konversjonslidelser) består særlig av F44.0 Dissosiativ amnesi, som er tap av hukommelse for nyere og som regel traumatiske hendelser, og F44.2 Dissosiativ stupor; fravær av "viljestyrte" bevegelser og reaksjoner på ytre stimuli, uten at en finner somatiske årsaker. Kan skyldes truende eller skremmende erfaringer.

Som ved positiv forsterkning kan impulsivitet være et problem, ved at verdien av kortsiktig unnslippelse overskygger langsiktige aversive konsekvenser av unnslippelse eller langsiktige positive konsekvenser av å avstå fra atferden.

#### 4. Svak sensitivitet for aversive stimuli:

Personen reagerer lite på konsekvenser som normalt er aversive og viser følgelig atferd som andre oftere avstår fra, for eksempel:

- F30 Maniske episode kjennetegnes ved et "momentum" der atferd i stor grad står seg mot kritikk og andre normalt aversive hendelser.
- F60.2 Dyssosial personlighetsforstyrrelse innebærer lav følsomhet for sosiale reaksjoner og liten evne til å lære av erfaringer som er straffende for andre.
- F84.5 Asperger syndrom kan gå ut på lav følsomhet for sosiale signaler.

#### 5. Forsterkning av feil atferd:

- Mange psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser består av konsekvensfølsom atferd.
  - Dette trenger ikke å bety at atferden oppsto som et resultat av sosialt formidlet forsterkning. Vi må bl.a. forutsette biologiske faktorer.
  - Men sosialt formidlet, positiv forsterkning kan også være et viktig bidrag til at atferd som utgjør psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser overhode oppstår.
  - Dette betyr at lidelsen i større eller mindre grad er resultat av at atferd som ikke bør forsterkes har blitt forsterket:
- F91 Atferdsforstyrrelser innebærer dyssosial, aggressiv eller utfordrende atferd og består bl.a. av F91.0 Atferdsforstyrrelser begrenset til familien, F91.2 Sosialisert atferdsforstyrrelse og F91.3 Opposisjonell atferdsforstyrrelse. Forstyrrelsene skyldes iallfall langt på vei at problematferden forsterkes mens mer ønsket atferd ikke forsterkes.

## 6. Ekstinksjon og straff:

Atferd som inngår i psykiske lidelser kan ha oppstått fordi ønsket atferd ikke har blitt forsterket.

At atferden oppfattes som uønsket eller aversiv for omgivelsene, kan medføre at atferden blir direkte straffet.

Noen få eksempler:

- F32 Depressiv episode er et viktig eksempel, i og med at forgjeves initiativer antas å spille en rolle.
- 40.1 Sosiale fobier må en generelt være oppmerksom på kan skyldes ubehag personen har vært utsatt for i sosiale situasjoner.
- F60.6 Engstelig personlighetsforstyrrelse og F60.7 Avhengig personlighetsforstyrrelse kan generelt ha sammenheng med lite forsterkning av initiativer og selvstendighet.
- F91 Atferdsforstyrrelser, som hovedsaklig inneholder F91.0 Atferdsforstyrrelser begrenset til familien, F91.1 Usosialisert atferdsforstyrrelse, F91.2 Sosialisert atferdsforstyrrelse og F91.3 Opposisjonell atferdsforstyrrelse, kan delvis komme av at ønskelig atferd overses.
- F95.2 Tourette. I den grad dette har sammenheng med skyld kan straff være en faktor.

## 7. Påvirkning fra modeller:

Personen imiterer andres atferd, ofte på grunn av forsterkning (og straff) som kontrolleres av den som imiteres. Nærliggende eksempler er:

- F91.2 Sosialisert atferdsforstyrrelse, som kan være destruktiv gjengatferd hos unge som er godt integrert med jevnaldrede.
- F24 Indusert psykose (dobbeltgalskap) er per definisjon imitasjon av en annens psykotiske atferd.



## 8. Manglende ferdigheter og svekkelser i adaptiv atferd:

Mange psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser er omfattende syndromer som kjennetegnes ved generelle mangler eller forstyrrelser i adaptiv atferd, eller ferdigheter:

- F43 Tilpasningsforstyrrelser og reaksjon på alvorlig belastning inneholder F43.2 Tilpasningsforstyrrelser, som kan oppstå som følge av større endringer i sosialt nettverk og livssituasjon i forbindelse med migrasjon, flytting og større nederlag, eller overganger som å få barn eller bli pensjonist. Problemene består gjerne i depresjon, angst og problemer med å utføre daglige rutiner. Ungdom kan i tillegg få atferdsforstyrrelser.
- F32 Depressiv episode kjennetegnes ofte av manglende, relevante sosiale ferdigheter.
- F70-79 Psykisk utviklingshemning (som er en psykisk lidelse) innebærer generelle lærevansker og reduksjon i adaptiv fungering.

F84.0 Autisme innebærer som regel at mange former for aldersadekvat, adaptiv atferd ikke oppstår når de skal, det vil si psykisk utviklingshemning. I tillegg er det visse særtrekk i hva som vanskelig oppstår.

- F84.5 Asperger syndrom diagnostiseres også på grunnlag av svekkelser i særlig sosial atferd (men ofte også spesielt sterke sider).
- F91 Atferdsforstyrrelser inneholder særlig F91.0 Atferdsforstyrrelser begrenset til familien, F91.1 Usosialisert atferdsforstyrrelse, F91.2 Sosialisert atferdsforstyrrelse og F91.3 Opposisjonell atferdsforstyrrelse. Alle går ut på flere former for uønsket og manglende atferd.
- F94 Forstyrrelse i sosial fungering med debut i barne- og ungdomsalder inneholder hovedsaklig F94.1 Reaktiv tilknytningsforstyrrelse i barndommen og F94.2 Udiskriminerende tilknytningsforstyrrelse i barndommen. Som det ligger i hovedbetegnelsen er dette forstyrrelser som preger mange former for atferd.

## Andre lidelser er mer avgrensete:

- F80 Spesifikke forstyrrelser av tale og språk kan være bl.a. F80.0 Artikulasjonsforstyrrelser, F80.1 Ekspressiv språkforstyrrelse og F80.2 Impressiv språkforstyrrelse. Som det ligger i betegnelsene er dette for en stor del mangelfull etablering av ferdigheter.
- F81 Spesifikke utviklingsforstyrrelser av skoleferdigheter, lærevansker bl.a. F81.0 Spesifikk leseforstyrrelse, F81.1 Spesifikk staveforstyrrelse og F81.2 Spesifikk forstyrrelse i regneferdighet. Dette er i prinsippet det samme som F80.
- F98.0 Ikke-organisk enuresis og F98.1 Ikke-organisk enkoprese er problemer med å kontrollere urin og avføring hos barn som er gamle nok til at det normalt skulle være etablert.

Atter andre innebærer handlinger som personen har problemer med å mestre, men har i tillegg klare emosjonelle innslag:

- F51 Ikke-organiske søvnforstyrrelser omfatter søvnproblemer som ikke er en del av en annen lidelse, og inneholder bl.a. F51.0 Ikke-organisk insomni, som er å sove lite eller dårlig.
- F98.5 Stamming er i svært mange tilfeller et resultat av anspenthet der forstyrrelser i pust er sentralt. Stamming kan bli sterkt aversivt, og føre til unngåelse av tale.
- F98.6 Løpsk tale er grunnleggende sett mye av det samme.

### Eksempler på komplekse utløsende forhold

- ICD-10-kriteriene for F43.1 Posttraumatisk stresslidelse beskriver motivasjonelle forhold som gjør situasjoner aversive relativt varig.
- Kriteriene for F43.2 Tilpasningsforstyrrelser beskriver manglende ferdigheter i en ny livssituasjon, det vil si et motivasjonelt forhold.
- Ved pyromani peker tre forhold seg ut: (1) Generelle problemer som lav utdanning, dårlig tilpasning og å bli oversett, (2) faktiske eller opplevde problemer med selvheldelse og manglende evne til å løse problemer mer direkte, (3) motgang, konflikter og frustrasjoner som får personen til å "ta igjen". Mange med pyromani skyr bl.a. konflikter med andre, og reagerer ikke voldelig.
- Bulimi: Deprivasjon på "forbudt" mat kan få pasienten til å sprekke når han/hun først smaker den. (Dette er mindre komplekst.) Angst og annet emosjonelt ubehag øker faren for en "ri". Tilstanden er påvirket av problemer i forhold til andre mennesker; at hun ikke føler seg attraktiv nok og ikke har venner hun ønsker. Spising får oppmerksomhet bort fra dette, og fungerer som unnslippelse. Mange framhever også dårlige matvaner fra oppvekst.

Mange som opplever slike forhold reagerer ikke med problematisk atferd. Ikke minst det som er tema for neste avsnitt påvirker individuelle reaksjoner.

## 9. Verbal fungering

- Normal verbal fungering er en viktig grunn til at en rekke lidelser både oppstår og opprettholdes.
- Opplevelsesmessig unngåelse og begrunnelse er lett å forstå når det gjelder angst og depresjon, i og med at disse lidelsene kjennetegnes nettopp av unngåelse.
- Men opplevelsesmessig unngåelse er sentralt i mye psykopatologi. Ved mani kan det gå ut på å avvise og benekte motforestillinger og alt som kan svekke sterke, positive opplevelser.
- Det er mer psykiske lidelser blant verbalt sterke enn verbalt svake personer med psykisk utviklingshemning, iallfall hovedlidelser som angstlidelse, tvangslidelse, depresjon, mani og psykose. Verbal atferd spiller mao. en rolle.
- At opplevelsesmessig unngåelse og begrunnelse er viktig betyr ikke at all psykopatologi skyldes verbal regulering.
- Angst, nedstemthet og hva det skulle være kan oppstå og bli et varig problem uavhengig av hva vi tenker. Noe er faktisk skremmende, trist eller vondt.
- Poenget er hva vi gjør derfra.

## En del psykopatologi diagnostiseres ut fra verbal atferd

- F20-29 Schizofreni, schizotyp lidelse og paranoide lidelser er ikke minst kjennetegnet av forstyrret verbal atferd.
- Imperativ hallusinose betyr at personen hører stemmer privat som "befaler" å utføre bestemte handlinger. Dersom personen gjør det er det følgeing (pliance).
- Hallusinasjoner er knapt forskjellige fra privat atferd i form av å høre noe inni oss, bortsett fra at personen reagerer på det som om det skulle komme fra en ytre kilde og ikke som noe personen gjør selv.

## Eksempler på mer inngående funksjonelle vurderinger

Gjennomgangen av funksjonelle sider ved atferd som inngår i psykiske lidelser viste at psykiske lidelser består av atferd som har vanlige funksjoner. Det er gjort mange grundige analyser av ulike psykiske lidelser, for eksempel:

- Anorexi
- Bulimi
- Psykogen kvalme og oppkast
- Stammering
- Pyromani
- Tvangslidelse
- Andre angstlidelser
- Tics/Tourette
- Autisme
- Depresjon
- Psykotisk tale og hallusinose
- Skolevegning
- Antisosial og voldelig atferd

Forsterkning kan forverre all atferd, uansett hva den primært skyldes.

## Fra analyse til behandling

- En funksjonell forståelse av psykiske lidelser "avmystifiserer" dem.
- Å diagnostisere psykiske lidelser og å analysere dem er forenlig.
- Nyttene ligger i å basere behandling på funksjoner og ikke på kategorier.
- Ved problematferd hos mennesker med utviklingshemning og skjer behandling ofte diagnoseuavhengig, og det er dokumentert at funksjonelle analyser fører til mer effektiv og behagelig behandling.

Vi kan langt på vei oppheve skillet mellom diagnoser når det gjelder behandling fordi diagnosene glir over i hverandre og funksjoner går på tvers:

- Unngåelse, uansett av hva, må behandles som unngåelse.
- Positivt forsterket atferd, uansett hvilken, må behandles som det. Osv...

Verdien av atferdsanalytiske, funksjonelle analyser står og faller på praktiske resultater; bedre metoder for forebygning og behandling.

- Evidensbasert behandling av en rekke lidelser bygger på analyser som er direkte basert på eller i tråd med atferdsanalyse.
- Funksjonelle analyser, i avansert forstand, er sentralt innenfor atferdsanalytisk psykoterapi, hvor det begynner å skje mye.

## 1. Spesiell sensitivitet for positive forsterkere

F63 Vane- og impulsforstyrrelser i form av F63.1 Pyromani og F63.2 Kleptomani

F65 Forstyrrelser i seksuelle objektvalg, som F65.2 Blotting, F65.3 Kikking og F65.4 Pedofili, og F65.8 (bl.a. nekrofilii og zoofili)

- Forsterkning av ønsket atferd.
- Kontroll i form av fengsel, og negative reaksjoner ellers. Målet er ofte "nullforekomst"
- Trening i å avstå fra atferden mer selvstendig går ikke minst ut på gradvis reduksjon av kontroll.
- Gradvis økning i selvstendighet kan også forsterke framgang.
- Mye er vanskelig å behandle og mer selvstendighet kan øke faren for alvorlige handlinger.

F95.2 Tourette syndrom

F98.8 Fingersuging, neglebiting eller neseplukking.

- Personer som kan samarbeide om behandling kan trene på å avstå fra atferden, i form av "habit reversal" ("vaneavvenning").
- Hos barn og folk med psykisk utviklingshemning er det mer aktuelt med differensiell forsterkning og manuell blokkering.

F98.4 Stereotype bevegelsesforstyrrelser kan være automatisk, positivt forsterket selvskading.

- Behandling kan være klassiske metoder som blokkering og beriket miljø.

I andre tilfeller er handlinger mindre problematiske i seg selv. På grunn av sterk sensitivitet utfører personen svært mye av atferden. Målet kan derfor være å dempe atferden.

F30 Manisk episode er langt på veg økt konsum av forsterkere, og høye "metningspunkter". En kan komme personen i møte, også non-kontingent, for å forebygge aggresjon.

- Pasienten kan trenge omfattende hjelp til å dempe impulsivitet. Tvang er ikke uvanlig.
- Å bistå personen med kontroll av penger og annet er ofte nødvendig.

F10-F19 Psykiske lidelser som skyldes bruk av psykoaktive stoffer, som kan være stoff- og alkoholmisbruk

F63.0 Patologisk spillelidenskap

- Behandling har fellestrekk, som bistand til å holde seg borte fra det en er avhengig av.

F90 Hyperkinetiske forstyrrelser (AD/HD)

- Redusere distraksjon og fremme oppmerksomhet, og forsterke oppgaveorientert atferd

## 2. Svak sensitivitet for positive forsterkere

Atferd vises lite, fordi hendelser som forsterker atferden hos de aller fleste, eller i andre perioder hos personen selv, ikke er effektive.

F20 Schizofreni, særlig alvorlige varianter, er ikke minst at sosial deltakelse og egenomsorg er redusert.

F32 Depressiv episode er framfor alt at mye som normalt er forsterkende har liten effekt.

- Når konsekvenser som ellers opprettholder atferd ikke er effektive, er det vanskelig å finne andre forsterkere også.
- I tilfelle en skal prøve andre forsterkere, er det viktig å sikre at "kunstige" forsterkere er effektive. Det er derfor nødvendig å kartlegge forsterkere, eller interesser.
- Ved depresjon og schizofreni kan det hjelpe med spesielt tilrettelagt forsterkning.
- For folk med depresjon er det ofte *i starten* at atferd ikke produserer forsterkere.

### 3. Spesiell sensitivitet for aversive stimuli

Flere lidelser har situasjonsspesifikk angst som fellesnevner:

F40 Fobiske angstlidelser består av F40.0 Agorafobi, F40.1 Sosiale fobier og F40.2 Spesifikke fobier

F93.1. Fobisk angstlidelse i barndommen, F93.2 Sosial angstlidelse i barndommen, som er sterk frykt i uvante, fremmede eller sosialt truende situasjoner og bl.a. kan innebære skolevegring

F94.0 Elektiv mutisme, som i stor grad er sosial angst

F42 Tvangslidelse

F43.1 Posttraumatisk stresslidelse (PTSD).

- For alle lidelsene er eksponering grunnleggende: Personen må vise atferden, eller oppsøke situasjonen, som skaper angst.
- Responsprevensjon/ekstinksjon av unnslippelse
- Når behandling er effektiv skyldes det habituering til aversive stimuli, og positiv forsterkning. Behandling skjer ofte gradvis.

Det samme gjelder i prinsippet "habit disorders" ("uvaner"), eller repeterende atferdsforstyrrelser:

F95 "Tics", inkludert F95.2 Tourette syndrom,

F63.3 Trikotillomani (hårplukking) og

F63.8 Andre spesifiserte vane- og impulsforstyrrelser (bl.a.) dermatotillomani (hudplukking).

- Såkalt "habit reversal" ("vaneavvenning") er vanlig behandling for slike "uvaner".
- Dette går ikke minst ut på at personen gjør noe som er uforenlig med tics og andre "uvaner" når personen kjenner at dette oppstår.
- Bl.a. tics kan behandles ved hjelp av eksponering og responsprevensjon.
- I den grad skam og straff bidrar til tvangslidelse og tics, bør det elimineres.

F41 Andre angstlidelser, det vil si F41.0 Panikklidelse og F41.1 Generalisert angstlidelse, er *generelle*, det vil si at de ikke er situasjonsspesifikke. Den mest intense varianten er naturlig nok panikklidelse.

- Eksponering; å utføre aktiviteter tross fare for panikkanfall, kan ha god effekt.

Generalisert angst er vanskelig å behandle ved hjelp av eksponering og andre konkrete metoder.

F20 Schizofreni og F32 Depressiv episode kan innebære unngåelse av vanlige gjøremål. Ved schizofreni kan det i tillegg være angst. At oppgaver og kontakt med andre er aversivt og angstskapende, kan føre til at personen reagerer med bl.a. aggresjon for å slippe unna.

F84.0 Autisme innebærer ofte aversjon mot spesielle situasjoner, og problematferd kan være en måte å slippe unna på.

- Tilnærminger er gradert eksponering, ekstinksjon av unnslippelse og forsterkning av utføring av oppgaver og fravær av problematferd

F50.0 Anorexia nervosa og F50.2 Bulimia nervosa.

- Behandling kan gå ut på ren trening i å spise regelmessig og å registrere at en blir mett.

Flere lidelser kan delvis arte seg som mer eller mindre utagerende atferd:

F60.0 Paranoid personlighetsforstyrrelse (bl.a. sterk følsomhet for krenkelsler og fornærmelser),

F60.3 Emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse, impulsiv type (bl.a. sterke utbrudd og eksplosiv atferd ved mindre provokasjoner),

F63.8 Andre spesifiserte vane- og impulskontrollforstyrrelser, som inkluderer intermitterende eksplosiv lidelse.

- Aktuelle strategier er som ved schizofreni, depresjon og autisme

F91.3 Opposisjonell atferdsforstyrrelse kan være negative reaksjoner på vanlige krav.

- Webster-Stratton, PMTO, MST, ART er viktige tilnærminger.
- Ekstinksjon av unnslippelse.

F98.2 Spiseforstyrrelse i barndommen kan gå ut på generelle protester mot mat, eller svært selektiv spising.

- Dokumentert behandling er gradert eksponering for både type og tekstur, ekstinksjon av unnslippelse og differensiell forsterkning.

F93.0 Separasjonsangst i barndommen, som mest er frykt for å være borte fra foreldre, og F93.2 Sosial angstlidelse i barndommen.

- For disse er det grunn til å tro at strategier som fungerer for voksne med angst kan være effektive.

F98.4 Stereotype bevegelsesforstyrrelser kan produsere automatisk, *negativ* forsterkning. Smerter eller andre plager kan motivere atferden.

- Dersom smerter ikke kan elimineres, eller det ikke gir nok effekt, er det aktuelt med de samme strategiene som ved automatisk, positivt forsterket stereotyp selvskading.



#### 4. Svak sensitivitet for aversive stimuli

Personen reagerer lite på konsekvenser som normalt er aversive og viser dermed atferd som andre avstår fra:

F60.2 Dyssosial personlighetsforstyrrelse og F64.5 Pedofili har en del felles når det gjelder behandling:

- Begge er *vanskelige* å behandle og er et stort problem for andre enn personen selv. Forholdsregler slik at personer med dyssosial personlighet ikke får manipulere, og kontroll med personer med pedofili slik at de ikke skader andre, er sentralt.
- Det samme gjelder straff og krav om bestemte former for atferd.

F30 Manisk episode er kjennetegnet ved et kraftig "momentum".

- Å stoppe, eller ekstingvere, atferd hos en person med sterk mani kan være vanskelig.
- Dette kan kreve konkrete regimer i form av restriksjoner på pengebruk og hindring av atferd som er til skade for personen selv eller andre.

#### 5. Forsterkning av feil atferd

F91.0 Atferdsforstyrrelser begrenset til familien

F91.2 Sosialisert atferdsforstyrrelse, som kan innebære skoleskulking

F91.3 Opposisjonell atferdsforstyrrelse. Dyssosial, aggressiv eller utfordrende atferd er vanlig.

- Snu forsterkningsbetingelser og gjøre positiv og negativ forsterkning avhengig av ønsket atferd, som i Webster-Stratton, PMTO, MST, ART

#### 6. Ekstinksjon og straff

F32 Depressiv episode

40.1 Sosiale fobier

F60.6 Engstelig og F60.7 Avhengig personlighetsforstyrrelse

F91.0 Atferdsforstyrrelser begrenset til familien, F91.1 Usosialisert, F91.2 Sosialisert og F91.3 Opposisjonell atferdsforstyrrelse, hvis ønskelig atferd blir oversett

F95.2 Tourette, når straff og skyld er en faktor

- Sentralt i behandling er å eliminere ekstinksjon og straff som bidrar til problemer

## 7. Påvirkning fra modeller

F91.2 Sosialisert atferdsforstyrrelse, er ofte destruktiv gjengatferd hos unge som er godt integrert med jevnaldrede

F24 Indusert psykose, som er imitasjon av en annens psykotiske atferd.

- Viktig å redusere modellens rolle, ved å hindre kontakt med modell og hjelpe den som tar etter til å bli mer selvstendig.

## 8. Manglende ferdigheter og svekkelser i adaptiv atferd

Ikke minst er dette en rekke språk- og lesevaner.

- "Behandling" er opplæring og trening.

En rekke atferdsforstyrrelser er mer eller mindre utagerende atferd:

- Snu forsterkningsbetingelser, trening i sosiale og praktiske ferdigheter

F51.0 Ikke-organisk insomni, som er å sove lite eller dårlig

F98.5 Stammer, F98.6 Løpsk tale

- Disse har klare emosjonelle innslag.
- Avspenning er et stikkord for alle.
- Behandling av søvnvaner og stammer har felles at en kan prøve på nytt: Den som ikke får sove kan stå opp igjen en stund, og den som stammer drar pusten på nytt!
- For stammer, og trolig også for løpsk tale, er i tillegg regulert pusting og habit reversal aktuelt

## 10. Verbal fungering

- Verbale personer kan bruke verbale ferdigheter for å oppnå problematiske forsterkere og til å unngå aversive stimuli som det er lite adaptivt å unngå.
- Dette kan skje i sosiale situasjoner, der personen er avhengig av andre.
- Folk med avhengighet kan skaffe rusmiddel, folk med pedofili kan få kontakt med barn, folk med angst og depresjon kan slippe å gjøre ting.
- Personens verbale atferd kan ha mye å si for at andre forsterker feil atferd.
- På den måten er personen med og opprettholder problemene.
- Alt dette er eksempler på verbal atferd som i prinsippet kan påvirkes av miljøet.
- Tilnærminger kan være å ekstingvere slik verbal atferd og å forsterke andre former.
- Det fins også eksempler på at det går an å påvirke alvorlige former for verbal atferd, som imperativ hallusinose, ved å endre forsterkningsbetingelser. Dette betyr at en lidelse som schizofreni i noen tilfeller kan påvirkes miljømessig.

## En atferdsanalytisk forståelse av psykotrop, medikamentell behandling

- Ifølge biologisk psykiatri er biokjemiske avvik i nervesystemet en viktig årsak til psykiske lidelser og forstyrrelser.
- Medikasjon skal korrigere nervesystemet, men blir ikke forskrevet på grunn av påviste avvik i nervesystemet.
- En måler serumnivået av selve medikamentet, ikke biokjemiske forhold som medikamentet skal korrigere.
- I all hovedsak er det *atferd* medikamenter forskrives og evalueres ut fra.
- Langt på vei slik er det når vi skal analysere hvorfor medikamenter virker.
- Det er neppe slik at medikamenter legger til eller fjerner spesielle atferder.
- En måte å forstå effekt av medikament på er at de endrer effekten av positiv forsterking og utløsende forhold i form av aversive stimuli.
- For eksempel antidepressiva kan gjøre positive forsterkere mer effektive og aversive stimuli mindre effektive.
- Angstdempende medikamenter gjør aversive, angstvekkende stimuli mindre effektive. Antipsykotiske middel kan ha en rekke effekter.
- Det kanskje beste eksemplet er demping av effekten av seksuelle stimuli hos menn ved hjelp av antiandrogen i form av cyproteron (Androcur)