

Børges Blue corner

NAFO Glåmdal Nes

BBC 117, PÅSKENUMMER: HAR VI SYNDET MOT PSYKISKE LIDELSER?

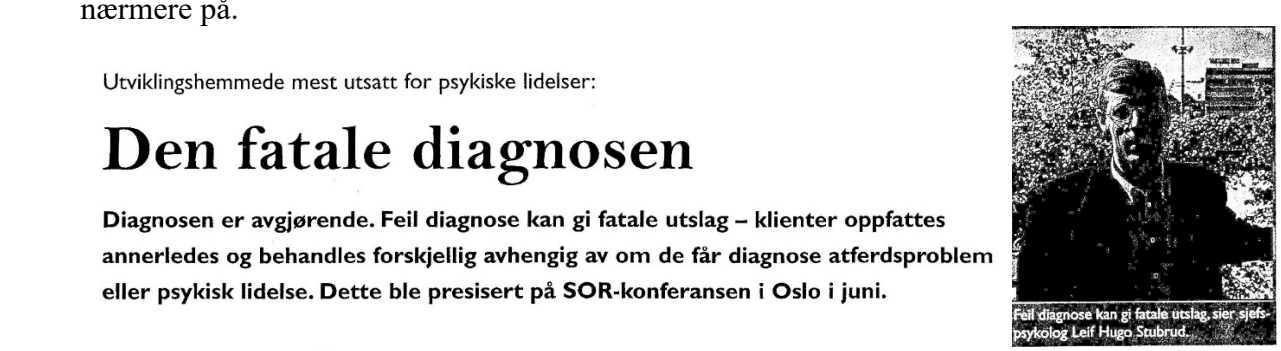
Det har blitt noen påske-BBC-er om større og mindre synder som vi har begått. En del synder er rettet opp, og kanskje også tilgitt, for lenge siden, og har «bare» historisk interesse. Kan det være så mange atferdsanalytiske synder igjen? Det kommer selvfølgelig an på hvor små feil som kan kalles en synd. Helt syndfrie blir ingen, og den som leter, finner derfor alltid en synd. Denne påsken vil jeg ta opp det forholdet som mange atferdsanalytikere, for ikke å si deler av atferdsanalysen, hadde til psykiatriske diagnoser, og som noen kanskje har ennå. Jeg tenker for eksempel på psykiatriske diagnoser hos mennesker med utviklingshemning som har utfordrende atferd, som er og blir en viktig pasientgruppe for oss. Her er det nok noen større og mindre synder å gasse seg med.



Odalen og Storsjøen sett fra Veslehaugen, like ved Årkjølen, 7. april i fjor.

Inntil ca. 1980 var det generelt lite snakk om at personer med utviklingshemning kunne ha psykiske lidelser. Det må i praksis ha betydd at man anså at de ikke kunne vise atferd, eller rapportere om indre atferd i form av tenkning og føling, som inngikk i kriteriene for psykiatriske diagnoser (når vi ser bort fra utviklingshemning og autisme, som faktisk er psykiatriske diagnoser). Det gjaldt riktig nok lite for de som bare hadde en *lett* utviklingshemning. Grunnen er, enkelt sagt, at de stort sett har brede nok atferdsrepertoarer til å ha de samme tegnene og symptomene på psykiske lidelser som vi andre kan ha. Særlig tidligere ble lett utviklingshemning ofte ikke engang oppfattet som utviklingshemning. At psykiske lidelser kunne bli systematisk ignorert hos personer med utviklingshemning, gjaldt derfor mest de som hadde mer enn en lett utviklingshemning. Det snudde rundt 1980, da begrepet «dobbeldiagnose» oppsto, ikke minst takket være Steven Reiss (1947–2016). Personen kunne ha *både* utviklingshemning og en eller flere psykiske lidelser. Atferd som ville ha ført til en psykiatrisk diagnose hos personer uten utviklingshemning, ble ikke lenger betraktet som en naturlig følge av utviklingshemningen, eller «bare som en problematferd», og ferdig med det.

Atferdsanalytikere har lenge visst at personer med en viss utviklingshemning kan ha psykiske lidelser, og har også stilt diagnoser selv. I 2006 skrev Oddbjørn Hove og jeg en artikkel i Norsk tidsskrift for atferdsanalyse. Den viser at psykiatriske diagnoser, også utover utviklingshemning og autisme, lenge hadde forekommet hyppig i beskrivelser av deltakere i atferdsanalytiske artikler om utfordrende atferd. Likevel har mange atferdsanalytikere, i alle fall i Norge, vært skeptiske til psykiatriske diagnoser. Noen har avvist dem som mentalistiske, det vil si som indre sirkulære forklaringer på atferd. Noen, og kanskje langt på vei de samme, har hatt et anstrengt forhold til psykiatrien, ikke minst på grunn av stor medisinbruk og liten atferdsanalysebruk. For dem har psykiatriske diagnoser vært en torn i kjødet. Slike faktorer er nok på hell som følge av at gamle «hardlinere» går til ro, og forholdet til andre skoleretninger har blitt vennligere. Selv ble jeg virkelig interessert i psykiske lidelser hos personer med utviklingshemning for drøyt 20 år siden, like etter at andre norske fagmiljøer hadde blitt opptatt av det. Atferdsanalytisk forståelse av årsaker til utfordrende atferd hadde lenge vært nokså enerådende, men nå ble psykiske lidelser lansert mer og mer som en forståelse. Det var ikke sikkert at utfordrende atferd bare var lært, liksom. I stedet, eller i tillegg, kunne det ligge en psykisk lidelse bak. Atferdsanalyse fikk mer konkurranse! Det ble imidlertid ikke sagt så mye om *hvordan* psykiske lidelser kunne forårsake utfordrende atferd. Det fikk jeg lyst til å se nærmere på.



Utviklingshemmede mest utsatt for psykiske lidelser:

Den fatale diagnosen

Diagnosen er avgjørende. Feil diagnose kan gi fatale utslag – klienter oppfattes annerledes og behandles forskjellig avhengig av om de får diagnose atferdsproblem eller psykisk lidelse. Dette ble presisert på SOR-konferansen i Oslo i juni.

Feil diagnose kan gi fatale utslag, sier sjefspsykolog Leif Hugo Stubrud.

Et oppslag med Leif Hugo Stubrud i Embla i 1999, på den tiden jeg for alvor fattet interesse for temaet.

Jeg har mange ganger skrevet at psykiatriske diagnoser ikke er noe hokus pokus. I korthet dreier de seg om atferd som er statistisk avvikende, og som svekker funksjon. Noen diagnoser er nokså avgrensede, som tvangslidelse og tourette, for ikke å nevne neglebiting, stereotyp atferd, fobier, blotting, kikking, pica og intermitterende eksplosiv lidelse (stort sett raseriutbrudd), for å nevne noen. Andre diagnoser er mer omfattende atferdssyndromer, det vil si «klaser» av atferd som ofte opptrer sammen, og som man må ha mange nok av for å få diagnose. Nærliggende eksempler er stemningslidelser, schizofreni, personlighetsforstyrrelser og forstyrrelser innenfor autismespekteret. De mest avgrensede lidelsene, som jeg ga eksempler på like foran, kan være identiske med personens utfordrende atferd. Da er det selvfølgelig vanskelig å forklare den utfordrende atferden med lidelsen. En forklaring må som kjent være noe annet enn det som skal forklares – ingenting kan forklares med seg selv. Det er noe annet når lidelser er noe annet enn den utfordrende atferden. Da er det faktisk mulig å forstå dem som større eller mindre forklaringer på utfordrende atferd, som jeg snart kommer inn på. Etter min mening har en del atferdsanalytikeres lunkne eller negative forhold til psykiatriske diagnoser bidratt til flere synder.

Den ene er at psykiatriske tilstander ofte ikke har blitt tatt med i vurderinger av årsaker til utfordrende atferd, eller i «funksjonelle analyser». I stedet har man sett for ensidig på typiske miljøfaktorer, særlig forsterkning av atferd. Men når personen ikke vil noe, og nekter, kan det skyldes tristhet og lite energi som gjør oppgaver mer ubehagelige. Nekting kan også skyldes fobisk angst, som kan være en sterk følelse som det er svært forsterkende å unngå eller unnslippe. Nekting kan til og med skyldes tidligere erfaringer i form av traumer som kan være noe av grunnlaget for en PTSD-diagnose. Nekter personen å være alene, kan det ha

sammenheng med en følelse av utrygghet som kan kalles generalisert angst. Når personen blir aggressiv av å bli hindret i å gjøre en lite adaptiv handling, kan det skyldes at personen har en motivasjon for handlingen som innebærer tvangslidelse, eller tourette. Insisterer personen sterkt på å gjøre noe, og blir aggressiv av å bli hindret, kan det ha sammenheng med en særinteresse, eller rutiner og ritualer, som inngår i en autismespekterforstyrrelse. Reagerer personen sterkt på endringer og overganger, kan det skyldes en motstand mot endring som inngår en autismediagnose. Sterk aversjon mot noe kan være en overfølsomhet som inngår i personens autismespekterdiagnose. Er personen svært oppsatt på å gjøre noe, eller å få tilgang til noe, kan det ha sammenheng med oppstemthet som kan inngå i mani. Og så videre og så videre, og dere har skjønt tegningen. Ingen faktorer forklarer alt, men slike faktorer kan si noe, eller mye, om hva som er ubehagelig, også kalt aversivt, eller svært forsterkende. Dermed sier de noe om motivasjonen for atferden, og bør ikke overses når vi leter etter årsaker til utfordrende atferd. For ordens skyld gjør jeg oppmerksom på at faktorene virker høyst individuelt. Tristhet for én kan gi helt andre utslag en for en annen, for eksempel.

The Misdiagnosis of Hallucinations and Delusions in Persons with Mental Retardation: A Neurodevelopmental Perspective

Anne DesNoyers Hurley

The identification of psychotic features in persons with mental retardation is challenging as the presence of hallucinations and delusions are disclosed through verbal self-report. In persons with mental retardation, self-report data is limited in utility because of the neuropsychological impairments that are uniformly reflected in limited communication and linguistic functions. Two major areas of misdiagnosis occur when interpreting reported hallucinations and delusions. First, the patient with mental retardation may experience a true hallucination or delusion, the content of which is very bizarre or disjointed, leading clinicians to identify schizophrenia or psychotic disorders when the condition is far less severe. Second, the patient's reported phenomena are not true hallucinations or delusions, but are instead self-talk, imaginary friends, or fantasy, similar to normal coping mechanisms of children. Mental health professionals must give priority to vegetative symptoms and mood states during the diagnostic assessment. It is also recommended that multiple sources of caregiver data be collected and that psychological projective testing be used as part of the evaluation process. Further, a false-positive strategy should be adopted when initiating treatment, favoring underdiagnosis of psychotic disorders.
Copyright © 1996 by W.B. Saunders Company

En av mine gamle favorittartikler, fra Seminars in Clinical Neuropsychiatry, 1996, vol. 1, ss. 122–133. Hovedpoenget i den er at ikke alt som kan virke psykotisk for noen, er det. Betydningen av psykiske lidelser må heller ikke overdrives.

Jada, jeg vet at tristhet, lite energi, angst, sterke og vonde minner, og mye annet, ikke oppstår av seg selv. Vi må alltid prøve å finne, og gjøre noe med, det som skaper slikt. Men toget kan være gått. For eksempel traumer kan være gamle, og skyldes «one trial learning» i en helt bestemt situasjon som ikke kan beskrives klart lenger. Historier er generelt vanskelige å spore. Vi kan ikke engang være sikre på at alle årsaker finnes i det «typiske» sosiale og materielle miljøet. Følsomhet og sårbarhet varierer, og det finnes en myriade av mulige somatiske grunner til at noen får psykiatriske tilstander som mange har hatt lett for å forklare med sosiale miljøfaktorer. For tiden er det for eksempel stor interesse for sammenhengen mellom depresjon og betennelser. Andre ganger er vesentlige biologiske, medfødte faktorer helt opplagte, som ved autisme. Det er også sannsynlig at det er viktige biologiske årsaker til for eksempel mani og schizofreni.

Jada, jeg vet også at det er umulig å snakke om noe psykisk, som i psykiske lidelser, uten å observere noe som gjør det mulig å snakke om det psykiske. Det psykiske er selvfølgelig fysisk. Ingen tviler på at *somatiske* tilstander påvirker atferd, og jeg er neppe alene om å ha hatt pasienter der utfordrende atferd har variert med for eksempel epileptisk aktivitet, og med smerter, som har utgjort årsaker. Når psykiske lidelser er fysiske, og ikke tilhører et annet univers enn somatiske sykdommer, må ingen heller tvile på at lidelser som vi kaller psykiske,

kan påvirke atferd, og faktisk like mye som somatiske tilstander kan. Så vi kommer ikke utenom at det er en synd å overse «psykiske» lidelser. (For noen hjalp det kanskje at jeg skrev «psykisk», altså med hermetegn.)

Behavioral Interventions, Vol. 11, No. 3, 147–161 (1996)

DISCUSSION: A MULTIMODAL BEHAVIOR ANALYTIC MODEL FOR EVALUATING THE EFFECTS OF MEDICAL PROBLEMS ON NONSPECIFIC BEHAVIORAL SYMPTOMS IN PERSONS WITH DEVELOPMENTAL DISABILITIES

William I. Gardner
Rehabilitation Psychology Program, University of Wisconsin-Madison 432 N. Murray Street, Madison, WI 53706, USA

J. P. Whalen
University of Wisconsin-Madison, USA

En artikkel som drøfter hvordan somatiske tilstander på forskjellige måter kan være årsak til utfordrende atferd. Jeg mener at vi kan drøfte psykiske lidelsers rolle på temmelig samme måte.



Påskestemning i Valdres, like etter at solen har gått ned bak Jotunheimen, med Vestre Kalvehøgde (2208 meter over havet) i midten.

I forrige påskesyndige BBC, nummer 106, var jeg inne på at syndromer kan «slå tilbake». Atferdsfenotyper er ikke så lette å dempe, og har lett for å komme igjen, i alle fall delvis, etter å ha blitt «behandlet bort». Det samme gjelder vekt, som jeg var inne på i forrige BBC, om vilje, og noe av det samme kan vi nok si om utfordrende atferd som har sammenheng med psykiske lidelser. I alle de tre tilfellene kan motivasjonen være sterk. Det bør generelt føre til større forsiktighet, og heve terskelen for behandling. Å overse psykiske lidelser kan altså føre til dårligere behandling, med mer kortvarig resultat, det vil si en synd i forlengelsen av den synd som det er å overse psykiske lidelser som årsak.

Enda en synd er at liten interesse for psykiske lidelser har bidratt til at pasienten har blitt tatt mindre hensyn til, og til en «det er bare atferd»-holdning. Psykiatriske diagnoser er ikke

nødvendige for å forstå hvordan personer, i dette tilfellet med utfordrende atferd, har det. Når psykiske lidelser er atferd, er det selvfølgelig mulig å se angst, tristhet, sinne eller hva det skulle være, uten å beskrive det i psykiatriske termer. Det drøftet jeg allerede i 2001, i en artikkel i Tidsskrift for Norsk psykologforening. Men det er liten tvil om at psykiatriske diagnoser kan bidra til å forstå hvordan personer har det, og til å ta hensyn til ham eller henne. Hvis atferden ikke «bare» er en protest mot noe som personen misliker eller ikke gidder, men for eksempel har sammenheng med angst, kan det føre til at man vurderer mer nøye om protesten skal tas hensyn til, hvordan man går fram for å hjelpe personen til å mestre situasjonen, og kriterier for å avbryte eventuell behandling. Det samme gjelder selvfølgelig hvis personen har depresjon, traumer, tilpasningsforstyrrelse og hva som helst. En psykiatrisk diagnose forteller oss ikke klart hva vi kan gjøre, og betyr ikke at vi ikke skal gjøre noe. Den utelukker heller ikke temmelig direkte metodebruk, for eksempel ekstinksjon av unnslippelse, som kan være nødvendig i behandling av negativt forsterket atferd. Men det kan altså bidra til å gå mer nennsomt fram. Til oss synderes forsvar må jeg legge til at vi heller ikke må gå i motsatt grøft, nærmere bestemt å få berøringsangst i møte med alt som smaker av psykiske lidelser. Men å bekjenne synder er å feie for egen dør.

432 BØRGE HOLDEN 2001 · 38 · 432–439 TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING

Verdien av psykiatriske diagnoser i behandling av utfordrende atferd hos mennesker med psykisk utviklingshemning

Børge Holden
Habiliteringstjenesten i Hedmark

En artikkel der jeg drøfter hvilken plass psykiatriske diagnoser kan ha i forståelse og behandling av utfordrende atferd. En slik drøfting savnet jeg da flere og flere begynte å forklare utfordrende atferd med psykiske lidelser.

NAFO Norsk Tidsskrift for Atferdsanalyse, årgang 33 (2006), nr 3, 119-139

Funksjonelle analyser av atferd som inngår i psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser. Et atferdsanalytisk supplement til tradisjonelle ICD-10-diagnoser

Børge Holden

Habiliteringstjenesten i Hedmark, Sykehuset Innlandet HF

Psykiatriske diagnoser stilles på grunnlag av ytre og indre atferd, som selvfølgelig kan analyseres, i prinsippet som annen atferd.

Nok en synd er at en person selvfølgelig ikke trenger å ha utfordrende atferd for å få hjelp med ubehagelige og funksjonsnedsettende tilstander. Psykiske lidelser kan være

selvstendige mål for behandling, uavhengig av om personen har utfordrende atferd. Å fokusere for mye på utfordrende atferd, og for lite på hvordan personen har det ellers, må sies å være nokså syndig. Diagnoser kan også være nyttig for å forklare noen som har med personen å gjøre, for eksempel en personalgruppe, hvordan personen har det, særlig hvis de har hatt negative holdninger til personen. Det kan for eksempel bidra til at folk forstår at personen ikke bare er vrang, sta, lat eller negativ.

Noen avfeier kanskje alt som heter psykiske lidelser. De går faktisk klar av neste synd. Det gjør ikke de som mener at psykiske lidelser bare gjelder de som ikke har, eller bare har en lett, utviklingshemning. Det er en diskriminerende holdning, som i våre dager er en stor synd.

Det er nok mange flere synder å ta av, men jeg skal avslutte med den synden som går ut på at å avvise psykiske lidelser generelt, er en måte å støte fra seg andre på. Det svekker vårt omdømme, som om ikke mange nok har betraktet oss som noen raringer.

Synder er ikke bare noe som tilhører fortiden. Vi er i stand til å synde hele tiden. Dermed dukker det helt sikkert opp nye synder som må tas opp. Temaet «atferdsanalytiske synder» vil dermed, i likhet med synder generelt, neppe bli uttømt. Jeg kan nok skrive påske-BBC-er så lenge jeg klarer…

Seminaret som lokallaget for Glåmdal og Nes skulle hatt 20. mars, gikk altså i vasken på grunn av et visst virus. Jeg går ut fra at vi kommer tilbake til seminaret til høsten. Siste nytt om Nafo-seminaret på Storefjell er at det blir 14.–18. oktober, som de fleste har fått med seg.

God påske, og ha en fin vår!

2. april 2020 Børge Holden



Grytsetra i flott påskestemning. Når våren kommer, og snøen smelter, er det ingen steder, i alle fall ikke i indre strøk, som jeg vet om, der det dufter vår så sterkt som der. Et par måneder senere beiter kyrne på grønne blomsterenger.