

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

Alle atferdsproblemer i alle klientgrupper kan i prinsippet oppsummeres som en psykisk lidelse eller atferdsforstyrrelse i ICD-10. Begrepet "psykiske lidelser" er imidlertid problematisk, og tradisjonell, kategoriell diagnostikk har svakheter. Ikke minst sier den lite om årsaker til atferd som inngår i diagnosene, og er som regel et for grovt utgangspunkt for behandling. Et viktig supplement til diagnostikk kan være en atferdsanalytisk forståelse av årsaker til problematferd, det vil si funksjonelle analyser. Artikkelen går gjennom prinsipper for funksjonelle analyser, og gir eksempler på funksjonelle sider ved de aller fleste psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som finnes i ICD-10. Disse behandles innenfor voksenpsykiatri, barne- og ungdomspsykiatri, barnevern, familier, rusbehandling, tjenester for folk med utviklingshemning og utviklingsforstyrrelser, det vil si overalt. Behandlingen innebærer alt fra opplæring, trening og tilrettelegging av miljøer, til individuell samtalebehandling.

Stikkord: Psykiske lidelser; Atferdsanalyse; Funksjonelle analyser

Innledning

Begrensninger ved kategoriell diagnostikk

Det har lenge vært reist kritikk mot kategoriell diagnostikk av atferdsforstyrrelser og psykiske lidelser, det vil si den tradisjonen som går ut på å sette ulike former for problematisk atferd "i bås" (se bl.a. Hine & Williams, 1975; Holden, 2006; Hove & Holden, 2006; Sturmey, 1996). Det er flere innvendinger mot en kategoriell tilnærming: Kategorier kan få en tinglig status (reifiseres) og fungere som årsak til det som inngår i kategorien. Kategorier blir lett essensialiserte, og oppfattes som mer enhetlige enn de er. Dermed kan de kamuflere variasjon. Mens somatiske diagnoser som regel indikerer underliggende prosesser som forklarer sykdommen, sier psykiatriske diagnoser lite om dette. Somatiske sykdommer diagnostiseres som regel på grunnlag av konkrete, underliggende funn, mens psykiatriske diagnoser utelukkende er baserte på atferd. Somatiske

Kontakt: Børge Holden, Habiliteringstjenesten for voksne, Hedmark Næringspark bygg 15, 2312 Ottestad. Telefon: 62 55 65 08/97494350, e-post Borge.Holden@sykehuset-innlandet.no

sykdommer skyldes ofte relativt enhetlige prosesser, mens psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser kan oppstå på langt flere og mer ukjente måter. De fleste somatiske diagnoser er nokså avgrensede, mens psykiatriske diagnoser overlapper mye og variasjon mellom personer med samme diagnose er gjennomgående stor. Nok en svakhet ved psykiatriske diagnoser er at de er upresise utgangspunkter for behandling, og at det alltid trengs mer informasjon enn diagnose før en kan starte en tilstrekkelig presis behandling (se bl.a. Holden, 2006).

Den praktiske nytten av kategorielle diagnoser er derfor begrenset. Jeg har andre steder gjengitt det amerikanske diagnoseverket DSM-IVs (American Psychiatric Association, 1994) selvkritiske synspunkter (se bl.a. Holden, 2006). Kategorier innebærer et fokus på om en har/ikke har det som kategorien beskriver: Det opereres med terskler, selv om det i praksis er glidende overganger, og strenge inndelinger av tilstander, selv om det er mye overlapping. De fleste vil være enige om at atferd kan betraktes på mer komplekse måter. Det er bl.a. opplagt at vi viser de fleste formene for atferd i en eller annen *grad*. For eksempel adaptiv atferd og egenskaper som oppsummeres i begrepet "intelligens" er ikke noe vi enten "har" eller ikke "har", men viser mer eller mindre. Vår stil, eller "personlighet", innebærer også en rekke grader. Ingen er helt utadventt eller innadventt, men begge deler i ulike grader og situasjoner. Dette gjelder all atferd; det er bare helt spesielle atferder noen kan si seg uten.

Dimensjonell diagnostikk

Et alternativ til kategoriell diagnostikk heter dimensjonell diagnostikk. Denne fokuserer på at (1) atferd som oppsummeres som psykiske lidelser alltid er til stede i en eller annen grad og at det ikke er klare terskler for å ha en lidelse. (Dimensjon kommer av latin for oppmåling.) Vekt på gradering medfører at tilnærmingen også kalles *kontinuerlig*. Dimensjonell diagnostikk fokuserer også på at (2) lidelser eller problemer overlapper. Kategorielle lidelser som for eksempel angst og depresjon dekker til en viss grad de samme fenomenene (Goldberg, 1996; Holden, 2006; Hove & Holden, 2006). Dette betyr at dimensjonell diagnostikk vektlegger hva lidelser har felles. Dette reduserer igjen antall diagnoser; i stedet for å operere med for eksempel mange typer depresjon, som i ICD-10 (Sosial- og helsedirektoratet, 2005), graderes det som lidelsene innenfor hovedklassen har felles (Shankman & Klein, 2002). Dimensjonell diagnostikk innebærer også at begrepet "dobbeldiagnose" har liten mening, dersom lidelser langt på vei har de samme symptomene. *Multidimensjonell* diagnostikk ser i tillegg på variabler som forekomst av samme lidelse eller forstyrrelse i pasientens familie, og forløpet hos pasienten. Formålet er å vite mer om behandling og prognose (Goldberg, 1996; Shankman & Klein, 2002).

Det må nevnes at kategoriell diagnostikk faktisk har dimensjonelle innslag: Både ICD-10 og DSM-IV opererer med grader av depresjon og mani, og begge skiller mellom depresjon og dystym lidelse, det vil si lettere nedstemthet. Men gradene framstår som egne diagnoser, og det står lite om at de er grader av en dimensjon, selv om en kan tenke seg til dette. Også psykisk utviklingshemning angis i grader. Her framgår det klarere at det er snakk om en dimensjon. Men dette er unntak og rokker ikke ved kategoriell dominans.

Dimensjonell diagnostikk er svar på noen svakheter ved kategoriell diagnostikk. Spørsmålet er hvor forskjellig den er. Viktigste forskjell er at dimensjonell diagnostikk opererer med færre lidelser og forstyrrelser. Utover dette er forskjellen liten: Også dimensjonelle diagnoser er baserte på atferd, eller "symptomer", det vil si topografi. Beskrivelser av hva lidelser og forstyrrelser har felles skjer ikke på grunnlag av analyser av hvorfor atferd forekommer. Selv om multidimensjonell diagnostikk ser på forhold som *kan* forutsi prognose, analyserer den ikke årsaker til atferd utover dette. Den ser kun på strukturelle variabler, det vil si at den prøver

å angi riktig behandling ut fra forhold som har generell sammenheng med atferden som skal behandles, slik målet er med kategorielle diagnoser. Dimensjonell diagnostikk er altså ikke grunnleggende forskjellig i synet på hva psykiske lidelser innebærer, og rammes av mye av den samme kritikken som kategorielle diagnoser. Begge tilnærmingene er bedre egnet til prediksjon enn til kontroll og er dermed mer relevant for administrasjon og forskning. Atferdsanalyse har tradisjonelt fokusert mer på forhold som påvirker.

Fornuftig bruk av kategoriell diagnostikk

Det er ikke bare dårlige grunner til at kategorier har sterk posisjon. De oppsummerer grupper av problemer. Dette er nyttig i forskning, når en grovt skal beskrive forekomst av problemer og hva som behandles, og i samarbeid mellom fagfolk. Det er så mange diagnoser at de kan oppsummere de aller fleste atferdsproblemer. Når diagnoser ikke gir presise nok beskrivelser kan vi supplere med øvrige beskrivelser av atferd, og få fram nyanser. Særlig når det gjelder psykologisk behandling er det ikke meningen at diagnoser alene skal indikere behandling. Diagnoser er også forenlige med for eksempel en atferdsanalytisk forståelse av årsaker til atferd som de består av. Det er tale om utfyllende tilnærminger på et generelt og et spesielt nivå. At tilnærmingene er forenlige underbygges av at det også forekommer analyser av årsaker innenfor kategoriell diagnostikk, det vil si i ICD-10. Eksempler er F42 Tvangslidelse, F95 Tics (inkludert Tourette) og andre repeterende atferdsforstyrrelser som F63.3 Trikotillomani (hårplukking), hvor atferden langt på vei må forekomme på grunn av bestemte årsaker for at diagnosen kan stilles. Problemet er ikke diagnosene, men folk som er ”mer katolske enn paven” og overdriver diagnosers betydning (se Holden, 2006). Alt i alt er det riktig å si at en atferdsanalytisk forståelse av årsaker til atferd er mer et supplement enn et alternativ til kategorielle diagnoser.

Mål med et supplement

Kategoriell diagnostikk er ikke verdiløs og dimensjonell diagnostikk er et steg i riktig retning, men en atferdsanalytiker vil gå ”grundigere til verks”. Målet med et supplement må være å:

1. Tydeliggjøre variasjon, det vil si at diagnoser innebærer et mangfold av atferd som varierer fra person til person.
2. Undergrave diagnoser og lidelser som forklaringer, og få fram at diagnoser og lidelser er atferd som selv må forklares.
3. Synliggjøre hva atferd innenfor ulike kategorier har felles når det gjelder årsaker, og dermed overskride kategorier mer grundig enn dimensjonell diagnostikk kan.
4. Analysere årsaker til atferd som atferdsforstyrrelser og psykiske lidelser består av og bidra til innsikt i prosesser som fører til og opprettholder lidelsene.
5. Få fram hvordan en årsaksforståelse kan bidra til bedre behandling og forebygging.
6. Skape grunnlag for forståelse for at ulike problemer kan behandles på samme måte og at problemer som er atferdsmessig like av og til må behandles på ulike måter, avhengig av årsaker.

Alle som ikke insisterer på en forenklet forståelse av psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser bør være interesserte i dette. Målet bør ikke bare være å beskrive patologiske væremåter, men å forstå dem best mulig (se Wilson, Hayes, Gregg & Zettle, 2001). En årsaksforståelse er aktuell for alle lidelser og forstyrrelser, uansett om de behandles ved hjelp av:

1. Konkrete treningsopplegg, der pasienten får hjelp til å trene på alt fra å mestre fo bier til å lære nye ferdigheter,
2. Miljømessig tilrettelegging, som omfatter at foreldre og/eller ansatte prøver å på virke en persons atferd innenfor familier, institusjoner, avdelinger, skoler, barne hager, kommunal omsorg og lignende, eller
3. Individuell samtalebehandling, eller psykoterapi, på et kontor.

Forklaring av atferd: Tradisjonelt og atferdsanalytisk

I tradisjonell psykologi forekommer mentalistiske forklaringer: Årsaker til atferd plasseres inni personen, uten å gjøre rede for hvordan det mentale, hypotetiske oppsto og hvordan det forklarer atferd. Et eksempel er å forklare atferd ved å vise til en kategori som atferden eller personen tilhører, for eksempel diagnose. I tradisjonell psykologi er det også vanlig å forklare individers atferd med hva som gjelder for de fleste, ut fra inntrykk og studier av hva folk med visse fellestrekk gjør. Dette er forskjellig fra atferdsanalyse, som konsekvent forklarer atferd ved å vise til fysiske, historiske forhold: *Noe må ha skjedd* for at atferd skal finne sted. Atferdsanalytiske forklaringer er også utpreget individuelle; hver enkelt handling hos hver enkelt person skal i prinsippet forklares. Atferdsanalyse forklarer ikke atferd ved å kategorisere den i for eksempel personlighetstyper og psykiske lidelser og i neste omgang bruke kategoriene som forklaringer. Atferdsanalyse forklarer heller ikke individers atferd ved å vise til hva lignende atferd skyldes hos folk flest (se bl.a. Holden, 2003b). Det er viktig å legge til at tradisjonell psykologi også vektlegger individuelle historiske og fysiske forhold, selv om det skjer mindre konsekvent og systematisk. Atferdsanalyse og annen psykologi er ikke diametralt forskjellige.

Atferdsanalysens tema er hvordan miljøpåvirkning former atferd gjennom livet, men atferdsanalysen er klar over at atferd også påvirkes av biologiske forutsetninger og normale og patologiske biologiske endringer som inntreffer. Kroppen modnes. Sykdom og smerter påvirker atferd. Det samme gjelder medisinsk behandling, inkludert psykotrop medikasjon. Skader på nervesystem og kropp påvirker hva personen kan gjøre eller lære, og kan skape atferdsproblemer. Det er imidlertid ingenting i veien for at atferdsanalyse kan studere hvordan forhold som er tema for andre vitenskaper, for eksempel somatiske tilstander, påvirker atferd. I slike tilfeller kan atferdsanalyse samarbeide med andre disipliner. Et eksempel er epilepsi. En atferdsanalytisk grunnholdning er også at ikke alt kan forklares, at kunnskap øker gradvis, og at sunn uvitenhet er bedre enn søkte forklaringer.

Årsaker til atferd: Noe må analyseres

Vanlige atferder som inngår i psykiske lidelser

For det første kan et utall av ikke-verbale atferder være problematiske. Ulike former for stimulering skaper mer eller mindre refleksive reaksjoner, eller *respondent* atferd. Dette er tilstander vi kaller sorg, tristhet, oppstemthet, nedstemthet, aggresjon, usikkerhet, angst, panikk og så videre. Det kan være at personen må beskrive dette verbalt for at andre skal vite om det. Det kan også være åpenbart ut fra ytre observerbare korrelater. Hos verbalt svake personer har vi bare det siste å bygge på. Respondent atferd kan utgjøre mønstre og bidra til at psykiske lidelser diagnostiseres. Flere lidelser består av ulike former for angst. Tristhet bidrar til depresjon og apati til schizofreni. Nedsatt eller øket appetitt og seksuell lyst bidrar til mani og depresjon, og emosjonell ustabilitet til emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse (!).

Også typisk konsekvensfølsom, altså operant, atferd kan være problematisk. Noe av den er ikke-verbal: Folk kan begå vold, utføre samme gjøremål ofte og lenge, ha rykninger og plutselige lyder, vise generell passivitet og overaktivitet, spise ekstremt mye eller lite, eller være forvirret og ute av stand til å orientere seg. Også slike handlinger kan, alene eller sammen med andre, være grunnlag for diagnoser som tvangslidelse, tics, depresjon, mani og psykose, for å nevne noe.

Typisk verbal atferd også være problematisk. Vi kan si ting til oss selv og andre som skaper emosjonelle reaksjoner. Vi kan beskrive oss selv på nedsettende eller grandiose måter. Vi kan si noe sært, avvikende, avvisende eller støtende som svekker sosial fungering. Vi kan beskrive ting og personer svart-hvitt. I verste fall sier vi noe som er helt utelukket, og er i tillegg urokkelige. Vi kan si ting til oss selv, både noe som er hinsides realiteter og noe som ikke er det, som kan få oss til å utføre problematiske handlinger, både bizarre og mer rasjonelle. De nevnte formene for verbal atferd kan være grunnlag for å snakke om angst, depresjon, mani, personlighetsforstyrrelser og psykose.

Også avvikende eller patologisk atferd er i prinsippet påvirkbar, den tilhører ikke et eget, utilgjengelig univers. Atferd finnes når vi utfører den og finnes ikke når vi ikke utfører den. Det er derfor viktig å kartlegge forhold som påvirker sannsynligheten for at atferd forekommer, både for å beskrive hvordan lidelsen arter seg og oppleves, og for å vite hva vi kan gjøre med den. Det er det vi nå skal ta for oss.

Funksjonelle analyser

Bruk av atferdsanalytiske forklaringer for å analysere hvorfor problematferd forekommer kalles 'funksjonelle analyser'. Begrepet og metodikken er mest kjent fra arbeid med personer med utviklingshemning og utviklingsforstyrrelser. Men funksjonelle analyser er like relevante for atferd som inngår i alle former for psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser, som vi skal se. Funksjonelle analyser i sin mest grunnleggende form ser på to hovedtyper av prinsipper som kan påvirke atferd:

(1) *Konsekvenser*: Det meste av vår atferd påvirkes av konsekvenser. Hvis ikke, hadde det vært tilfeldig hva vi gjentar. Atferd som er følsom for konsekvenser påvirkes enten ved positiv eller negativ forsterkning, det vil si at atferden fører til at vi oppnår eller unngår noe. Å kartlegge forsterkning er derfor grunnleggende. Forsterkere kan være sosiale reaksjoner på det vi gjør, i form av oppmerksomhet, kommentarer, kontakt, omsorg eller behandling. Sosiale former for forsterkning kan også være at andre gir oss tilgang til spesielle ting eller aktiviteter. I tillegg kan forsterkere være private opplevelser av kroppslige endringer. Nok en variant er betingede forsterkere, det vil si at nøytrale hendelser blir forsterkende ved å være forbundet med primære forsterkere, som penger og poenger.

(2) *Foranledninger*: En type foranledninger er diskriminative stimuli, det vil si forhold som viser relativt stor sannsynlighet for at bestemt atferd forsterkes. Slike forhold oppstår ved at atferd forsterkes mer i noen situasjoner enn i andre, for eksempel i nærvær av visse personer. Slik *differensiell* forsterkning fører til at vi gjentar handlingene mest eller bare i disse situasjonene.

En annen type foranledninger er *motivasjonelle operasjoner* (Holden, 2003c; Laraway, Snyckerski, Michael & Poling, 2003; Vignes, 2002, 2003). Dette kan være enkle forhold som gjør at verdien av forsterkere varierer. Har vi liten tilgang på forsterkere, øker verdien av dem. Dette kalles sensitivisering. Det kalles også *etablerende operasjoner* (forsterkere etableres). Er tilgangen stor, avtar verdien. Dette kalles habituering. Det kalles også *op-*

phøvende operasjoner (forsterkere ”oppheves”). Av og til opplever vi også hendelser som gjør unnslippelse forsterkende. En slik etablerende operasjon kalles aversiv stimulering. Når aversiv stimulering opphører er unnslippelse ikke lenger forsterkende, det vil si en opphevende operasjon. Etablerende operasjoner øker også sannsynligheten for atferd som leder til relevante positive forsterkere eller relevant unnslippelse, mens opphevende operasjoner reduserer sannsynligheten for atferd som leder til de samme konsekvensene.

Motivasjonelle operasjoner kan også være mer komplekse, eller ha multiple og simultane effekter: De påvirker verdien av *flere* forsterkere for flere klasser av atferd *samtidig*. Dette kan også være langvarig. For eksempel søvnmangel kan, i tillegg til å gjøre muligheten til å få sove mer forsterkende, etablere mye annet som forsterkende og ikke minst aversivt. Vi orker mindre når vi er trøtte. Fortsatt snakker vi om tidsbegrensede effekter, hvis ikke søvnproblemet er permanent. Mange medikamenter øker eller svekker verdien av forsterkere og aversive stimuli så lenge vi tar dem. Kroniske smerter og sykdommer endrer verdien av en rekke forsterkere og aversive stimuli (Holden, 2003b; Laraway et al., 2003; Vignes, 2002, 2003). Manglende ferdigheter kan også påvirke den forsterkende og aversive verdien av hendelser: Tenk på hvor aversivt et problem kan bli når du ikke kan løse det, og hvor forsterkende hjelp kan bli!

Ulike framgangsmåter

Det er ulike måter å gjøre funksjonelle analyser på (se bl.a. Holden, 2003a). De vanligste er indirekte og deskriptive, som innebærer henholdsvis å innhente informasjon gjennom intervjuer og registreringer og å observere atferden direkte men uten å foreta spesielle inngrep som øker sannsynligheten for at den forekommer. Eksperimentelle analyser går ut på å presentere spesielle foranledninger og konsekvenser som kan øke sannsynligheten for at atferden forekommer. Slik kan en nokså raskt finne forhold som påvirker atferden. Det er viktig å individualisere, og presentere betingelser som er relevante for personen.

Hva med atferd som ikke forekommer?

Funksjonelle analyser utføres tradisjonelt på atferd som forekommer, og lidelser og atferdsforstyrrelser består i høy grad av atferd som faktisk forekommer. Men lidelser og forstyrrelser diagnostiseres også fordi atferd *ikke* forekommer eller forekommer lite. Dette betyr at vi bør analysere hvorfor atferd ikke forekommer, det vil si å utføre ”kontrafaktiske” funksjonelle analyser. Hvilken atferd forekommer ikke og hvilke potensielle diskriminanter, motivasjonelle forhold og konsekvenser er ineffektive? Hvilken annen atferd forekommer når den fraværende atferden normalt ”skulle” forekommet, og hva utløser og opprettholder denne atferden mer effektivt (se bl.a. Holden, 2002)? For å se på hvorfor atferd ikke forekommer er det også viktig å vurdere om ekstinksjon eller straff har foregått.

Funksjonelle analyser og verbal atferd

Gjennom funksjonelle analyser er det påvist sosiale miljøforhold som kan utløse og opprettholde psykotisk verbal atferd (Layng & Andronis, 1984; Mace, Webb, Sharkey, Mattson & Rosen, 1988). Hastings og Brown (2000) har imidlertid tatt til orde for å inkludere verbal atferd i funksjonelle analyser på en annen måte, nemlig ved å se på hvordan andres og personens egen verbale atferd bidrar til problematisk atferd. Dette forutsetter selvfølgelig at folk er verbale.

En grunnleggende form for verbal påvirkning er såkalt ”regelstyring”, det vil si å utføre atferd som er verbalt spesifisert: Det finnes særlig to former (se Holden, 2003d):

1. Følging (pliance) finner sted når atferd opprettholdes ved at andre forsterker atferd

når den samsvarer med den verbale spesifikasjonen av atferden. Slik atferd er relativt rigid, i og med at den ikke påvirkes av mer direkte konsekvenser av atferden. Følging kan få oss til å avstå fra forsterkere og til å komme i kontakt med aversive stimuli. Følging er viktig i tidlige faser av utvikling, før personen blir selvstendig.

2. Sporing (tracking) finner sted når atferd opprettholdes ved konsekvenser av selve atferden som beskrives, og ikke fordi den samsvarer med beskrivelsen. Slike betingelser gjør atferden mindre rigid og mer sensitiv for flere konsekvenser, og kjennetegner selvstendighet.

Følging, og delvis også sporing, er regler som er gitt av andre. Sporing kan innebære regler som personen har formulert selv. Både følging og sporing kan fungere privat og påvirke personens atferd når som helst. Det meste av både adaptiv og problematisk atferd hos verbale personer har innslag av følging eller sporing. Personer med for eksempel voldelig eller fobisk atferd vil ha mye privat verbal aktivitet forut for handlingene. Å opptre i samsvar med imperativ hallusinose kan ha innslag av både følging og sporing.

Atferdsanalytisk forståelse av forholdet mellom verbal og annen atferd inneholder mer (se bl.a. Hayes, Barnes-Holmes & Roche, 2001; Skinner, 1957). Jeg skal nevne noe: For det første kan ord, enten andre sier dem til oss eller vi sier dem til oss selv, ha samme funksjon som hendelsene de står for; de er ekvivalente. Vi tenker på situasjoner som har gjort oss triste eller glade, og blir triste eller glade. Vi kan konstruere en framtid verbalt, og føle godt eller vondt alt etter hva framtiden går ut på. Forsterkere kan etableres verbalt: Dannende økning finner sted når noen sier "ta vare på disse poengene, du kan bytte dem inn i billetter", eller "hvis du hører en bestemt lyd, må du gå ut med en gang", og dette etablerer poengene og lyden som positive og negative forsterkere. Motiverende økning finner sted når vi tenker på eller påminnes om noe som vanligvis er positivt forsterkende eller aversivt, og dette umiddelbart fungerer som en etablerende operasjon: Vi har ikke spesielt lyst på kaffe, men det blir ekstremt forsterkende når vi hører ordet. Vi føler ikke noen angst der og da, men unnslippelse blir forsterkende når noen nevner noe farlig som kan oppstå i situasjonen.

En finurlig, verbal atferd er å prøve å kontrollere hva vi føler ved å instruere oss selv. Situasjoner og konkrete opplevelser kan være ubehagelige. Vi kan evaluere dem som negative, dårlige eller uønskede, eller som fenomener vi vil unngå. Dette kan vi også gjøre med tanker og følelser. I tillegg kan vi såkalt kognitivt *fusjonere* med vår evaluering av dem. Vi ser ikke at vi bedriver en verbal aktivitet, men tar evaluering bokstavelig og reagerer på den som om det er virkelighet. Vi "må" unngå uønskede tanker og følelser; det er slik vi har evaluert dem! Mange som utvikler psykopatologi har lært at de i stor grad skal prøve å føle seg vel, og utelukke det negative, dårlige eller uønskede (se Hayes, Luoma, Bond, Masuda & Lillis, 2006). Da er det nærliggende å instruere seg selv til å føle godt ved å tenke på ikke å tenke på det ubehagelige. I atferdsanalysen kalles dette "unngåelse av opplevelse" (experiential avoidance) (se Hayes, Strosahl & Wilson, 1999). Det er adaptivt et stykke på vei, men kan bli et mønster som gjør oss mer engstelige, unnvikende og rigide.

I tillegg er det nesten en umulig strategi; undertrykte tanker vender som regel tilbake, og ofte sterkere (Hayes et al., 2006). Det er enda vanskeligere å bli fortrolig med noe når vi ikke bare unngår det konkret men også unngår å tenke på det (unngår det "mentalt"). Den vonde sirkelen blir sterkere. Fusjon og unngåelse av opplevelse resulterer gjerne i begrunnelse ("reason giving"), i form av å gi seg selv verbalt konstruerte men tilsynelatende nødvendige grunner for å la være å gjøre det som er i samsvar med egne verdier eller å gjøre noe som er i strid med dem: "Jeg kan ikke gjøre det fordi jeg har angst", og "jeg måtte slå fordi jeg ble

sint”. Personen kan bli lite psykologisk fleksibel, det vil si lite i stand til å handle på tross av negative tanker og følelser. I atferdsanalytisk psykoterapi, som aksept- og forpliktelsesterapi (acceptance and commitment therapy, ACT), er fusjon, opplevelsesmessig unngåelse og begrunnelse viktig for å forstå hvordan psykopatologi oppstår og opprettholdes.

Andre utvidelser av tradisjonelle funksjonelle analyser

Modeller er vanligvis ikke en del av funksjonelle analyser. De kan likevel være viktige årsaker til problematferd, særlig når imitasjon forsterkes. I tillegg kan psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser være mangler i adaptive ferdigheter. Å fastslå dette er ikke en funksjonell analyse. Men ut fra slike beskrivelser kan vi analysere hvorfor atferd ikke er lært og hvordan personen kan lære den. Derfor er det et praktisk utgangspunkt. Både modeller og atferds-mangler er derfor inkludert i de funksjonelle analysene som kommer senere.

Det idiosynkratiske aspektet

Idiosynkratisk betyr ”særegent for individet”. Det bør være unødvendig å si at det er store forskjeller i hvordan vi reagerer på hendelser. Ikke minst personer med utviklingshemninger, utviklingsforstyrrelser og større psykiatriske forstyrrelser kjennetegnes ofte ved at atferden er over- eller undersensitiv for normale eller spesielle hendelser. Det er også viktig å huske at begreper for atferdsprinsipper beskriver hovedklasser som kan arte seg på et utall forskjellige måter. Nok et poeng er at funksjoner ikke er gitt en gang for alle; samme atferd hos en person kan ha ulike funksjoner i ulike faser.

Funksjonelle analyser, her og nå og historisk

Den vanlige bruken av funksjonelle analyser er å kartlegge årsaker til at atferd forekommer her og nå. Det er imidlertid ingenting i veien for å bruke dem til å vurdere miljø- og læringsmessige forhold som kan ha bidratt til at psykiske lidelser har oppstått, selv om det er usikkert. Dette er å ”kartlegge læringshistorien”. Jeg refererer senere noen studier som tar for seg dette.

Funksjonelle analyser og annen psykologi

Som nevnt er det viktig å presisere at de fleste som behandler atferd er opptatt av å finne årsaker til problematferd. Alle driver derfor i praksis en form for funksjonelle analyser, selv om de er mindre systematiske og mindre knyttet til prinsipper for hva som påvirker atferd.

Spor av funksjonelle analyser i ICD-10

Diagnosekriterer er stort sett topografiske beskrivelser av atferd. Men noen beskrivelser er indirekte, funksjonelle betraktninger. F10-19 Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som skyldes bruk av psykoaktive stoffer har tillegget ’avhengighetssyndrom’. Dette er i praksis beskrivelser av svært effektiv forsterkning. Tillegget ’abstinensstilstand’ beskriver fravær av forsterkere, det vil si en etablerende operasjon. Beskrivelsen av F30 Manisk episode inneholder formuleringer som ”sterk opplevelse av velvære” og ”økt omgjengelighet, pratsomhet, overdreven fortrolighet, økt seksuell energi og redusert søvnbehov”. Alt dette indikerer effektive forsterkere. Også en rekke F63 Vane- og impulskontrollforstyrrelser, som F63.1 Patologisk spillelidenskap og F63.2 Kleptomani, innebærer svært effektiv forsterkning. F32 Depressiv episode er motsatt, med kriterier som indikerer redusert sensitivitet for forsterkere, som ” redusert energi og aktivitetsnivå. Evne til å glede seg, føle interesse... er nedsatt... og appetitten redusert... selvtilliten er nesten alltid svekket”. Det samme gjelder F20 Schizofreni,

hvor ”avflatet affekt” inngår. Dette var bare noen eksempler.

Kriteriene for noen lidelser beskriver funksjoner omtrent som i atferdsanalyse. En del av F40 Fobiske angstlidelser er at situasjoner blir ”unnått”. F42 Tvangslidelse har kriterier som beskriver negativ forsterkning. Det samme gjelder F95 Tics, inkludert F95.2 Tourette syndrom. Atferdanalyse har utvilsomt bidratt til disse funksjonelle kriteriene (se Woods & Miltenberger, 2001; Queiroz, Motta, Madl, Sossai & Boren, 1981). Poenget med eksemplene er å underbygge at funksjonelle analyser er et naturlig supplement til alle diagnoser. Hvorfor nøye oss med tvang og tics?

Funksjonelle vurderinger av atferd som utgjør psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser

Jeg skal gå gjennom vanlige funksjoner for atferd som inngår i de fleste lidelser og forstyrrelser i ICD-10. Jeg tar utgangspunkt i funksjoner, og nevner lidelser som helt eller delvis består av atferd som vanligvis har slike funksjoner. Funksjonene er baserte på ICD-10s beskrivelser av lidelsene og forstyrrelsene, vitenskapelig dokumentasjon (se referanser senere) og klinisk observasjon. Jeg understreker at jeg nevner *vanlige* funksjoner, og at vi alltid må gjøre analyser hos hvert individ. At atferd kan ha ulike funksjoner, eller at lidelser og forstyrrelser består av flere atferder som kan ha forskjellige funksjoner, framkommer noen ganger ved at samme lidelse eller forstyrrelse nevnes under flere funksjoner. Det er selvsagt mulig å finne atter andre funksjoner. Det er også viktig å understreke at funksjonelle analyser sjelden er komplette og at selv sentrale funksjoner sjelden forklarer atferd fullt ut. Framstillingen er av praktiske grunner noe forenklet. Den kan gjøres mer inngående, for eksempel ved å analysere flere atferder som inngår i lidelser og ved å nevne flere mulige funksjoner. Målet er å vise at det er lett å forstå lidelser og forstyrrelser i atferdstermer. At noen funksjoner er nokså selvfølgelige svekker ikke poenget. For en generell gjennomgang av temaet viser jeg også til Ferster (1972), som gir en innføring i funksjonell tenking, Hayes, Barnes-Holmes og Roche (2001), som særlig går gjennom verbale prosesser, og Sturmey (1996), som har en bred gjennomgang av funksjonelle analyser av psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser.

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 på andre måter. Dette er delvis avhengig av kulturelle forhold. Ikke minst gjelder dette seksuelle særtrekk og avvik (ICD-10 brukes over hele verden). Det er mange eksempler på atferd som produserer spesielle positive forsterkere:

- 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 er delvis nevnt. Andre varianter er mer ”private”, som F65.0 Fetisjisme; at gjenstander skaper seksuell opphisselse, F65.1 Fetisjistisk trans-

vestittisme; å kle seg som det annet kjønn i opphissende hensikt, og F65.5 Sadomasochisme, som er 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. Det er nokså opplagt hvilke forsterkere atferden produserer.

- 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 diagnostiseres også til en viss grad 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 følelsesmessige 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 kan selve forsterkerne være 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, det vil si at effekten av en forsterker på kort sikt overskygger (1) langsiktige aversive konsekvenser av å produsere den eller (2) effekten av langsiktige, mer effektive forsterkere. Et klassisk eksempel er AD/HD, som nettopp 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. En viktig følge av høy sensitivitet er også at personen kan reagere sterkt på at forsterkere uteblir, det vil si på etablerende operasjoner i form av deprivasjon.

2. Svak sensitivitet for positive forsterkere

Dette innebærer at atferd ikke forekommer eller forekommer lite fordi potensielt forsterkende hendelser ikke er effektive nok til å opprettholde den, iallfall ikke i særlig grad:

- 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, som opptrer i ulike grader, betyr framfor alt at mye som normalt er forsterkende har liten eller ingen effekt.

- 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.

Lav sensitivitet betyr også at atferden er lite sensitiv for etablerende operasjoner. Verdien av en mulig forsterker øker ikke ved å redusere tilgangen!

3. *Spesiell sensitivitet for aversive stimuli*

Mye atferd som utgjør eller inngår i psykiske lidelser produserer unnslippelse fra spesielle aversive stimuli som få mennesker opplever. Dette er viktige eksempler:

- 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, som består av 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, som bl.a. kan innebære skolevegring, og F94.0 Elektiv mutisme, som i stor grad er sosial angst.

- F41 Andre angstlidelser består av F41.0 Panikk lidelse, 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. Ved anorexi kan spising rett og slett ha blitt aversivt.

- 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 for situasjoner som andre tolererer, slik at atferd som produserer unnslippelse forekommer lett og mye. Det er mange eksempler på dette:

- 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 [unnnvikende] 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 er preget av unngåelse kan skyldes at personen har vært utsatt for helt spesielle hendelser. Gode eksempler er F43 Tilpasningsforstyrrelser og reaksjon på alvorlig belastning. Disse er litt spesielle ved at diagnosene også stilles på grunnlag av årsaker i form av (1) usedvanlig belastende hendelser eller (2) eller store negative endringer i tilværelsen. Virkningen av disse hendelsene er avhengig av individuell, idiosynkratisk sårbarhet, som det står i ICD-10.

- F43.0 Akutt belastningslidelse er en reaksjon på uvanlige belastninger og går vanligvis over av seg selv etter timer eller dager.
- F43.1 Posttraumatisk stresslidelse (PTSD) er mer langvarige reaksjoner på truende eller katastrofale forhold som ofte gjenopplevs og som går ut på nummenhet og emosjonell avflatning, distansering fra mennesker, redusert lyst, og unngåelse av aktiviteter og situasjoner som minner om traumatet. Dette er ikke minst negativt forsterket atferd.
- F44 Dissosiative lidelser (konversjonslidelser) het tidligere "hysteri", og finnes i flere varianter, men de fleste innebærer svekket minne om fortiden, svekket bevissthet om identitet, svekket oppfatning av umiddelbare sanseinntrykk, og svekking av kroppsbevegelser. Dette utløses av problemer i forhold til andre mennesker. De består særlig av F44.0 Dissosiativ amnesi, som er tap av hukommelse for nyere og som regel traumatiske hendelser. F44.1, Dissosiativ "fugue", er som forrige, men med tilsynelatende adekvat reiseaktivitet som personen ikke husker etterpå. F44.2 Dissosiativ stupor er fravær av "viljestyrt" bevegelser og reaksjoner på ytre stimuli, uten at en finner somatiske årsaker. Dersom det skyldes truende eller skremmende erfaringer kan det være negativt forsterket atferd, i den grad den er konsekvensfølsom.

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

Dette innebærer at personen reagerer lite på konsekvenser som normalt er aversive og følgelig viser atferd som andre oftere avstår fra, som i følgende eksempler:

- F30 Manisk episode kjennetegnes ved et "momentum" der atferd i stor grad står seg mot

reduserende betingelser som kritikk og andre normalt aversive hendelser.

- F60.2 Dyssosial personlighetsforstyrrelse innebærer lav følsomhet for sosiale reaksjoner fra andre og evne til å lære av erfaringer som fungerer straffende for andre.

- F64.5 Pedofili innebærer ikke minst lav sensitivitet for lidelse barn påføres.

- F84.5 Asperger syndrom kan gå ut på lav følsomhet for mer subtile 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. Dette kan gjelde ulike atferdsforstyrrelser:

- F91 Atferdsforstyrrelser innebærer dyssosial, aggressiv eller utfordrende atferd og består bl.a. av F91.0 Atferdsforstyrrelser begrenset til familien, F91.2 Sosialisert atferdsforstyrrelse, som kan innebære skoleskulking som skyldes at det er mer forsterkere å hente utenfor enn innenfor skolen, 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 atferd som vanligvis oppfattes som ønskelig ikke har blitt forsterket. Av ulike grunner, som depresjon hos foreldre og omsorgssvikt, kan atferden ha blitt ekstingvert. Andre forhold, som at atferden oppfattes som uønsket eller aversiv for omgivelsene, kan medføre at atferden blir direkte straffet. Mange eksempler er nærliggende, og jeg nevner noen få:

- F32 Depressiv episode er et viktig eksempel, i og med at forgjeves initiativ 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 initiativ 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

Disse kjennetegnes ved at 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 Oppposisjonell 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 avgrensede:

- F80 Spesifikke forstyrrelser av tale og språk kan være bl.a. F80.0 Artikulasjonsforstyrrelser, F80.1 Ekspresiv språkforstyrrelse og F80.2 Impresiv 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 (se ovenfor).

- 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 anspenhet 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.

9. Motivasjonelle forhold

For atferd som skyldes spesiell sensitivitet for positive forsterkere eller aversive stimuli er det nærliggende hva som utgjør mindre komplekse etablerende forhold i hvert tilfelle. For positive forsterkere er det en tilgang som for denne personen er for liten og for aversive stimuli er det presentasjon av hendelser som for denne personen er aversive. Når det gjelder svak sensitivitet for positive forsterkere og aversive stimuli er problemet motsatt: Forhold som normalt etablerer positive forsterkere og unnslippelse som forsterkende har liten effekt.

Mindre komplekse etablerende forhold er nokså opplagte. Det er derfor mer interessant å se på mer komplekse motivasjonelle forhold. Plassen tillater bare eksempler som viser prinsippet. ICD-10-kriteriene for F43.1 Posttraumatisk stresslidelse beskriver i praksis motivasjonelle forhold som gjør situasjoner aversive på relativt varig basis. Kriteriene for F43.2 Tilpasningsforstyrrelser beskriver i praksis manglende ferdigheter i en ny livssituasjon, det vil si et motivasjonelt forhold. Woods og Miltenberger (2001) beskriver skam som et motivasjonelt forhold som kan bidra til at tics og trikotillomani blir negativt forsterkende. Det samme gjelder tvangslidelser (Queiroz, Motta, Madi, Sossai & Boren, 1981). Jackson, Glass og Hope (1987) analyserer pyromani, hvor tre forhold peker seg ut: (1) Generelle problemer som lav utdanning, dårlig tilpasning og å bli oversett, (2) faktiske eller opplevde problemer med selvhevdelse 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. Slade (1982) går gjennom forhold som bidrar til både bulimi og anorexi. Chiodo (1987) analyserer bulimi hos en bestemt pasient. Hun peker bl.a. på at deprivasjon på "forbudt" mat får pasienten til å sprekke når 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. Chiodo (1987) framhever også dårlige matvaner fra oppvekst.

Slik kan vi i prinsippet gjøre for alle lidelser og forstyrrelser. Relasjonen mellom komplekse motivasjonelle forhold og atferd er naturlig nok individuell. Mange som opplever slike forhold reagerer ikke med problematisk atferd. Individuelle reaksjoner og forhold som påvirker disse er tema for neste avsnitt.

10. Verbal fungering

Ifølge teorien bak ACT er helt normal verbal regulering en viktig grunn til at en rekke lidelser både oppstår og opprettholdes. Sentrale elementer er opplevelsesmessig unngåelse og begrunnelse. Det er kanskje lettest å forstå at dette gjelder for angstlidelser og depresjon, i og med at disse lidelsene kjennetegnes nettopp av unngåelse og mangel på å gi seg i kast med ting. Men ifølge ACT er opplevelsesmessig unngåelse sentralt i mye psykopatologi, ikke minst angst og depresjon (se Dougher & Hackbert, 1994). Ved mani kan det gå ut på å avvise og benekte motforestillinger og alt som kan svekke en sterk, positiv opplevelse av tilværelsen. Opplevelsesmessig unngåelse og begrunnelse må kartlegges i hvert enkelt tilfelle. Nylig kom det en stor oversiktsartikkel om forskning som er gjort på ACT (Hayes et al., 2006). Artikkelen viser bl.a. at endringer i atferd som er i tråd med klientens mål og verdier ofte har sammenheng med endringer i verbal fungering som ACT mener er relevante for endring. Dette kan tas forsiktig til inntekt for ACTs syn på årsaker til patologi, selv om det understrekes at ACT er svært nytt og at arbeidet med utprøving og dokumentasjon er i en tidlig fase. Et lite tilleggspoeng er at studier tyder på at det generelt er mer psykiske lidelser blant verbalt sterke enn verbalt svake personer med psykisk utviklingshemning, iallfall når vi ser på hovedlidelser som angstlidelse, tvangslidelse, depresjon, mani og psykose (Holden & Gitlesen, 2004). Dette kan generelt tas til inntekt for at verbal atferd spiller en viktig rolle i utvikling av psykopatologi, og til og med kan være en forutsetning for slik utvikling.

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, eller uavhengig av opplevelsesmessig unngåelse

og begrunnelse. Noen ting er faktisk skremmende, triste eller vonde. Poenget er hva vi gjør derfra. Hos lite verbale personer, som små barn og personer med alvorlig psykisk utviklingshemning, spiller verbale prosesser logisk nok liten rolle.

En del psykopatologi diagnostiseres på grunnlag av verbal atferd. F20-29 Schizofreni, schizotyp lidelse og paranoide lidelser er ikke minst kjennetegnet av forstyrret verbal atferd. Imperativ hallusinoser betyr at personen hører stemmer privat som "befaler" å utføre bestemte handlinger. Dersom personen gjør det er det *følging* (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 (Haddock, Bentall & Slade, 1993). Vrangforestillinger er urokkelige oppfatninger som kan være direkte ulogiske og opplagt forstyrrede eller de kan være mulige rent *teoretisk*.

Noen funksjonelt sett relativt sammensatte lidelser og atferdsforstyrrelser

En del lidelser og forstyrrelser er det vanskelig å si noe sentralt om ved å nevne hovedfunksjoner. Ofte er det flere funksjoner "ute og går", som kan variere mye fra person til person. Det har derfor ikke så mye for seg å si noe generelt. Som regel vil det kreve inngående, individuelle analyser å komme fram til funksjoner. De øvrige lidelsene er:

- F45 Somatoforme lidelser inneholder bl.a. F45.0 Somatiseringslidelse, som kjennetegnes av somatiske symptomer som hyppig endrer seg, og F45.4 Vedvarende somatoform smertelidelse, som går ut på smerter som ikke helt kan forklares med somatiske lidelser.

- F48 Andre nevrotiske lidelser er ikke minst F48.0 Nevrasteni, som går ut på å bli lett utmattet og ha lav ytelse og mestring.

- F66 Psykiske og atferdsmessige forstyrrelser forbundet med seksuell utvikling og legning er bl.a. F66.0 Seksuell utviklingsforstyrrelse, som særlig innebærer usikkerhet rundt seksuell legning, F66.1 Jeg-fremmed seksuell legning, som er ønske om å skifte legning, og F66.2, at identitet eller legning skaper vanskeligheter i forhold til en partner.

Eksempler på mer inngående funksjonelle vurderinger

Gjennomgangen av funksjonelle sider ved atferd som inngår i psykiske lidelser var bare en demonstrasjon av at psykiske lidelser består av atferd som har vanlige funksjoner. Gjennomgangen var definitivt mer bred enn dyp. Den som ikke er overbevist henvises til grundige funksjonelle analyser av ulike psykiske lidelser, for eksempel anorexi (Slade, 1982), bulimi (Chiodo, 1987; Slade, 1982), psykogen kvalme og oppkast (som kan inngå i F45 Somatoforme lidelser) (Brady, 1986), stamming (Jullumstrø, 2004), pyromani (Jackson, Glass & Hope, 1987), tvangslidelse (Queiroz et al., 1982), angstlidelser (Hayes, Strohsahl & Wilson, 1999), tics/Tourette (Holden, 2003e, 2004; Malatesta, 1990; Woods & Miltenberger, 2001), autisme (Ferster, 1961), depresjon (Dougher & Hackbert, 1994; Ferster, 1973; Hayes, Strohsahl & Wilson, 1999), psykotisk tale og hallusinoser (Haddock, Bentall & Slade, 1993; Layng & Andronis, 1984; Mace et al., 1988; Pankey & Hayes, 2003), skolevegring (som kan inngå i bl.a. F40.0 Agorafobi, F40.1 Sosiale fobier og F91.2 Sosialisert atferdsforstyrrelse) (Kearney & Silverman, 1990), antisosial atferd (som kan inngå bl.a. i flere F91 Atferdsforstyrrelser) (Reid, Patterson & Snyder, 2002) og voldelig atferd (som kan inngå i en rekke diagnoser) (Gresswell & Hollin, 1992). Noen av studiene er nevnt i forbindelse med motivasjonelle operasjoner (se foran), men alle studiene tar også for seg konsekvenser. Noen studier er generelle, og tar for seg det som ofte er tilfelle ved slike lidelser, andre er individuelle, baserte på

konkrete klienter. (Dette framgår av referansene.) Generelt må det nevnes at forsterkning kan forverre all atferd, uansett hva den primært skyldes (Sturmeay, 1999).

Funksjonelle analyser og hvordan lidelser og forstyrrelser oppstår

Funksjonene jeg listet opp gjelder primært atferd som allerede eksisterer. Det er imidlertid ingenting i veien for å bruke dem til å drøfte hvordan de kan bidra til at lidelser og forstyrrelser oppstår. Ikke minst den verbale delen tar for seg dette. De fleste av eksemplene på mer inngående analyser (se ovenfor) tar også for seg forhold som bidrar både til at lidelsene utvikler seg og opprettholdes. Jeg skal si noe nokså generelt om forholdet mellom funksjonelle analyser, det vil si prinsipper for hva som påvirker atferd, og årsaker til at lidelser oppstår. Å spekulere på dette blir lett dogmatisk og uproduktivt. Forsiktighet er derfor berettiget. Jeg understreker at biologiske forhold, ikke minst i form av medfødt sensitivitet og sårbarhet, i utgangspunktet spiller en betydelig rolle for mange lidelser og forstyrrelser. Det er også individuelle variasjoner i hvordan personer reagerer på tilnærmet like miljøbetingelser (noe som gjør det vanskelig å snakke om "like miljøbetingelser"), i tillegg til at reaksjonene kan variere over tid hos samme individ.

Når det gjelder atferd som kjennetegnes ved 'spesiell sensitivitet for positive forsterkere', er det vanskelig å si hvordan spesielle hendelser blir forsterkere. Det er ikke godt å vite hvordan blotting og spesielle stoffer ble forsterkende. Vi er imidlertid ikke nødt for å vise handlinger, selv om de produserer forsterkere. Et viktig spørsmål er hvilken trening personen har fått i å avstå fra forsterkere, hvilke alternative atferder personen har fått hjelp til å lære og hvordan disse har blitt forsterket. Har dette overhode vært et mål for personen eller for eksempel foreldre? Når det gjelder 'svak sensitivitet for positive forsterkere' kan vi spørre om hvilke ubehagelige erfaringer personen har hatt, særlig dersom de samme hendelsene var forsterkende tidligere.

Hvordan 'spesiell sensitivitet for aversive stimuli' har oppstått er også en massiv oppgave å forklare. Gjennomgangen viste at en del erfaringer som bidrar til slike lidelser er relativt godt kjente, som ved F43.0 Akutt belastningslidelse og F43.1 Posttraumatisk stresslidelse (PTSD). Det er vanskelig å si noe generelt om hvilke erfaringer som har bidratt til at for eksempel tics, tvangshandlinger og fobier har kommet til å bli forsterket ved unnslippelse. Men akkurat som positivt forsterket atferd er vi heller ikke nødt til å utføre negativt forsterket atferd. Et viktig spørsmål blir derfor hvilken hjelp personen har fått til å avstå fra unnslipe aversive stimuli, det vil si å venne seg til, eller habituere, til det aversive, ikke minst i den tidlige utviklingen av lidelser eller forstyrrelser. Hvordan 'svak sensitivitet for aversive stimuli' oppstår er like vanskelig å forklare. Forklaringene av lidelsene under denne overskriften er nokså dominert av biologiske modeller. Når det gjelder dyssosial atferd er det rimelig å tenke at det delvis er et spørsmål om hvordan omgivelsene har reagert, eller ikke reagert, på tidlige tendenser til slik atferd.

'Forsterkning av feil atferd' er per definisjon en læringsorientert forklaring som knapt trenger nærmere forklaring. Atferden er rett og slett lært. Vi kan imidlertid ikke se bort fra etablerende operasjoner som omsorgssvikt, manglende kontakt med voksne og destruktivt press og krav fra jevnaldrede og andre har foranlediget destruktiv atferd som i neste omgang forsterkes. 'Påvirkning fra modeller' er en forklaring mye i samme gate. Men igjen kan vi spørre om motivasjonelle forhold som har bidratt til at personen kommer i en situasjon der han eller hun blir avhengige av andre, og hvilke alternativer som har vært tilgjengelige.

Manglende ferdigheter og svekkelser i adaptiv atferd dreier seg igjen om en rekke biolo-

giske forhold, som utviklingshemning og utviklingsforstyrrelser. Tilpasningsforstyrrelser og reaksjon på alvorlig belastning og Atferdsforstyrrelser kan imidlertid i stor grad være lærte. Og vi kan ikke se bort fra at iallfall noen av de mer avgrensede tilstandene til en viss grad skyldes manglende positive erfaringer, det vil si læring. Når det gjelder tilstander som har klare emosjonelle innslag bør vi se etter forhold som kan ha skapt uønsket emosjonell aktivering og som gjør at bestemte situasjoner assosieres med anspenthet og lignende.

Problematisk 'verbal fungering' som forklaring på hvordan lidelser og forstyrrelser kan oppstå er allerede kommentert. Det kan imidlertid legges til at opplevelsesmessig unngåelse og begrunnelse er lærte atferder. Det er rimelig å gå ut fra at en slik stil iallfall delvis er et resultat av hvordan *omgivelsene* har forklart problemer og foreslått løsninger som viser seg å være lite hensiktsmessige. Når det gjelder psykotisk tale tyder en del på at det i noen tilfeller iallfall delvis kan oppstå fordi personen lever under forhold hvor mer normal verbal atferd er ikke-funksjonell. Sterke etablerende operasjoner er til stede, men forsøk på å snakke forsterkes hverken positivt eller negativt. I slike situasjoner kan psykotisk tale være mer effektiv, iallfall på kort sikt og nok til at den opprettholdes (Layng & Andronis, 1984).

Konklusjoner

Som jeg har påpekt andre steder har psykiske lidelser blitt et populært tema, ikke bare i den forstand at atferden de diagnostiseres ut fra er interessant. Mange oppfatter dem også som noe som ligger under atferd (Holden, 2006). Psykiske lidelser har også blitt populære som forklaring på problematferd, selv om (1) psykiske lidelser og problematferd noen ganger er to sider av samme sak og (2) det er vanskelig å si hvordan psykiske lidelser kan forklare problematferd også når de to ikke overlapper. Jeg har også inntrykk av at noen ser på psykiske lidelser som et alternativ til atferdsanalyse som er uforenlig med atferdsanalyse. Jeg tror til og med at noen har forlatt atferdsanalyse til fordel for feltet psykiske lidelser. Dette er etter min mening misforstått. En funksjonell forståelse av psykiske lidelser bør bidra til avmystifisering av psykiske lidelser. Å diagnostisere psykiske lidelser og å analysere dem funksjonelt er ikke bare forenlig; atferdsanalyse kan også berike den tradisjonelle forståelsen av psykiske lidelser, både av hva de går ut på og hvordan de eventuelt forklarer problematferd. Å interessere seg for atferd som inngår i psykiske lidelser er med andre ord ingen grunn til å bli skeptisk til atferdsanalyse.

Analyser av årsaker til atferd som inngår i lidelser og forstyrrelser må ikke bli en lek med fortolkninger. Det er ingen sak å sitte i lenestolen eller ved skrivebordet og forklare alt innenfor et teoretisk system. Det kan alle gjøre, og deler av psykologien har gått langt i så måte. Jeg tenker bl.a. på ortodoks psykoanalyse. Etter hvert har det meste av psykologien blitt forsiktigere med å ta munnen for full. Verdien av atferdsanalytiske, funksjonelle analyser står og faller, som alt annet, på om de gir praktiske resultater. Dette innebærer at de fører til bedre modeller og metoder for forebygning og behandling. I arbeidet med problematferd hos mennesker med utviklingshemning og utviklingsforstyrrelser er det dokumentert at funksjonelle analyser fører til mer effektiv og behagelig behandling. Det er grunn til å tro at dette også gjelder for det som omtales som psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser. 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, som virkelig begynner å røre på seg. Fordelen med atferdsanalyse er den opererer med påviste, funksjonelle analyseenheter, det vil si prinsipper som faktisk kan påvirke atferd. Hvordan funksjonelle analyser kan brukes i planlegging av behandling er imidlertid et tema for seg.

Referanser

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Fourth edition. DSM-IV*. Washington DC: American Psychiatric Association.
- Brady, J. P. (1986). Behavioral analysis of a case of psychogenic nausea and vomiting. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 17, 271–274.
- Chiodo, J. (1987). Bulimia: An individual behavioural analysis. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 18, 41–49.
- Dougher, M. J., & Hackbert, L. (1994). A behavior-analytic account of depression and a case report using acceptance-based procedures. *The Behavior Analyst*, 17, 321–334.
- Ferster, C. B. (1973). A functional analysis of depression. *American Psychologist*, 28, 857–870.
- Ferster, C. B. (1961). Positive reinforcement and behavioral deficits of autistic children. *Child Development*, 32, 437–456.
- Ferster, C. B. (1972). The experimental analysis of clinical phenomena. *Psychological Record*, 22, 1–16.
- Goldberg, D. (1996). A dimensional model for common mental disorders. *British Journal of Psychiatry*, 168 (Supplement), 44–49.
- Gresswell, D. M., & Hollin, C. R. (1992). Toward a new technology of making sense of case material: An illustrative case involving attempted multiple murder. *Clinical Behaviour and Mental Health*, 2, 329–341.
- Haddock, G., Bentall, R. P., & Slade, P. D. (1993). Psychological treatment of chronic auditory hallucinations: Two case studies. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 21, 335–346.
- Hastings, R. P. & Brown, T. (2000). Functional assessment and challenging behaviors: Some future directions. *Journal of the Association for Persons with Severe Handicaps*, 25, 229–240.
- Hayes, S. C., Barnes-Holmes, D., & Roche, B. (Eds.) (2001). *Relational frame theory. A post-Skinnerian account of human language and cognition*. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1–25.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy. An experiential approach to behavior change*. New York: The Guilford Press.
- Hine, F. R. & Williams, R. B. (1975). Dimensional diagnosis and the medical student's grasp of psychiatry. *Archives of General Psychiatry*, 82, 525–528.
- Holden, B. (2002). Some limitations of functional analyses: Treatment of problem behavior based on the study of alternative responses. *Behavioral Interventions*, 17, 191–209.
- Holden, B. (2003a). 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* (321–328). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Holden, B. (2003b). *Følger av atferdsanalytiske forklaringer for atferdsanalysens tilnærming til utforming av behandling*. Doktoravhandling. Institutt for klinisk psykologi, Universitetet i Bergen.
- Holden, B. (2003c). Motivasjon. I S. Eikeseth & F. Svartdal (Red.), *Anvendt atferdsanalyse*.

- Teori og praksis* (63–82) Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Holden, B. (2003d). Språk, regelstyring og bevissthet. I S. Eikeseth & F. Svartdal (Red.), *Anvendt atferdsanalyse. Teori og praksis* (83–103) Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Holden, B. (2003e). Tvangslidelse eller Tourette? Behandling av repeterende utsagn og aggressiv atferd hos mann med hjerneskade. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, *40*, 1051–1057.
- Holden, B. (2004). Analyse og behandling av alvorlige og bizarre øydeleggelsar hos ei kvinne med lett psykisk utviklingshemning. Ei atferdsanalytisk tolking. *Diskriminanten*, *31*, 3 & 4, 3–13.
- Holden, B. (2006). Psykiske lidelser er atferd. *Norsk Tidsskrift for Atferdsanalyse*, *33*, 57–70.
- Holden, B., & Gitlesen, J. P. (2004). The association between severity of intellectual disability and psychiatric symptomatology. *Journal of Intellectual Disability Research*, *48*, 556–562.
- Hove, O., & Holden, B. (2006). Hvor mye har atferdsanalytikere forsket på psykiske lidelser? En publikasjonssøk-studie. *Norsk Tidsskrift for Atferdsanalyse*, *33*, 1–13.
- Jackson, H. F., Glass, C., & Hope, S. (1987). A functional analysis of recidivistic arson. *British Journal of Clinical Psychology*, *26*, 175–185.
- Jullumstrø, T. (2004). Reduksjon av stamming – en guide for behandlere som søker effektive metoder. *Diskriminanten*, *31*, 3&4, 15–29.
- Kearney, C. A., & Silverman, W. K. (1990). A preliminary analysis of a functional model of assessment and treatment of school refusal behavior. *Behavior Modification*, *14*, 340–366.
- Laraway, S., Snyderski, S., Michael, J., & Poling, A. (2003). Motivating operations and terms to describe them: Some further refinements. *Journal of Applied Behavior Analysis*, *36*, 407–414.
- Layng, T. V. J., & Andronis, P. T. (1984). Toward a functional analysis of delusional speech and hallucinatory behavior. *The Behavior Analyst*, *7*, 139–156.
- Mace, F. C., Webb, M. E., Sharkey, R. W., Mattson, D. M., & Rosen, H. S. (1988). Functional analysis and treatment of bizarre speech. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, *19*, 289–296.
- Malatesta, V. J. (1990). Behavioral case formulation: An experimental assessment study of transient tic disorder. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, *3*, 219–232.
- Queiroz, L. O. de S., Motta, M. A., Madl, M. B. B. P., Sossai, D. L., & Boren, J. J. (1981). A functional analysis of obsessive-compulsive problems with related procedures. *Behaviour Research and Therapy*, *19*, 377–388.
- Pankey, J., & Hayes, S. C. (2003). Acceptance and commitment therapy for psychosis. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, *3*, 311–328.
- Reid, J. B., Patterson, G., & Snyder, J. J. (2002). *Antisocial behavior in children and adolescents: a developmental analysis and model for intervention*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Shankman, S. A. & Klein, D. N. (2002). Dimensional diagnosis of depression: Adding the dimension of course to severity, and comparison to the DSM. *Comprehensive Psychiatry*, *43*, 420–426.
- Skinner, B. F. (1957). *Verbal behavior*. New York: Appleton-Century-Crofts.
- Slade, P. (1982). Toward a functional analysis of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *British Journal of Clinical Psychology*, *21*, 167–179.
- Sosial- og helsedirektoratet (2005). *ICD-10. Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av*

- sykdommer og beslektede helseproblemer, 10. revisjon*. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.
- Sturmey, P. (1996). *Functional analysis in clinical psychology*. Chichester: Wiley.
- Sturmey, P. (1999). Classification: concepts, progress and future. I N. Bouras (Ed.), *Psychiatric and behavioural disorders in developmental disabilities and mental retardation* (ss. 3–17). Cambridge: Cambridge University Press.
- Vignes, T. (2002). Motivasjonelle operasjoner: En kommentar til Jack Michaels verbale atferd. *Diskriminanten*, 29, 29–40.
- Vignes, T. (2003). Anvendelse av motivasjonelle operasjoner i språktrening. *Diskriminanten*, 30, 1, 3–12.
- Wilson, K. G., Hayes, S. C., Gregg, J., & Zettle, R. D. (2001). Psychopathology and psychotherapy. I S. C. Hayes, D. Barnes-Holmes & B. Roche (Eds.), *Relational frame theory. A post-Skinnerian account of human language and cognition* (ss. 211–237). New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Woods, D. W., & Miltenberger, R. G. (2001). *Tic disorders, trichotillomania, and other repetitive behavior disorders. Behavioral approaches to analysis and treatment*. Boston: Kluwer Academic Publishers.

