

**Selvhindring (låseatferd) hos utviklingshemmede med selvskading:  
Årsaker og behandling basert på atferdsanalytiske prinsipper**

Rolf Magnus Grung og Svein Eikeseth

## **Selvhindring (låseatferd) hos utviklingshemmede med selvskading:**

### **Årsaker og behandling basert på atferdsanalytiske prinsipper**

Enkelte personer med utviklingshemning og selvskadingsproblematikk har en atferd som er uforenlig med selvskadingen. Denne atferden blir kalt selvhindring. Kjennskap til relasjonene mellom selvskading og selvhindring har stor betydning ved behandling.

Selvskading defineres som atferd som medfører fysiske skader på egen kropp (Lovaas & Simmons, 1969). Det er en av de mest alvorlige former for problematferd hos personer med utviklingshemning (Powell, Bodfish, Parker, Crawford & Lewis, 1996). Den kan påføre klienten store skader og har i sjeldne tilfeller medført dødsfall (Iwata, Pace, Dorsey, Zarcone, Vollmer, Smith et al., 1994; Kerth, Progar & Morales, 2009). I tillegg kan selvskading ha negative følger fordi atferden hindrer etablering av adaptiv atferd, eller begrenser skolegang og andre viktige opplæringstiltak. Videre kan selvskading være stigmatiserende og dermed til hinder for sosial inkludering. En norsk prevalensstudie viste at i overkant av fire prosent av populasjonen med kjent utviklingshemning hadde en slik atferdsproblematikk (Holden & Gitlesen, 2006).

*Selvskading defineres som atferd som medfører fysiske skader på egen kropp.*

*Det er en av de mest alvorlige former for problematferd hos personer med utviklingshemning*

Enkelte personer med utviklingshemning og selvskading reduserer eller hindrer bevegelsen av egne kroppsdeler for å stanse selvskadingen. Dette har i engelskspråklig faglitteratur blitt kalt «*self-restraint*» og ble første gang beskrevet i 1968 av Baroff og Tate. Termen «låseatferd» har blitt brukt på norsk, men «*selvhindring*» har blitt foreslått som en bedre oversettelse. I det etterfølgende brukes derfor denne termen.

Selvhindring forekommer hyppigst hos personer med alvorlig eller dyp psykisk utviklingshemning (Fovel, Lash, Barron & Roberts, 1989). Smith, Iwata, Vollmer og Pace (1992) rapporterte en forekomst av selvhindring hos 10 til 50 % hos utviklingshemmede med selvskadingsproblematikk, men det er stor variasjon i rapporterte prevalenstall (3 % i Fovel et al., 1989; 4 % i Isely, Kartsonis, McCurley, Weisz & Roberts, 1991; 76 % i Oliver, Murphy, Hall, Arron & Leggett, 2003; 22 % i Powell et al., 1996). I diagnosekodeverket ICD -10 vil selvhindring kunne diagnostiseres som en stereotyp bevegelsesforstyrrelse (F98.4).

Selvhindring kan i enkelte tilfeller være fordelaktig når den hindrer alvorlig selvskading (Lerman, Iwata, Smith & Vollmer, 1994), men den kan også i mange tilfeller være et stort problem

siden også denne atferden kan vanskeliggjøre adaptiv atferd og redusere hyppigheten og kvaliteten av sosial samhandling (Rojahn, Schoroeder & Mulic, 1980). I tillegg kan selvhindring medføre demineralisering av skjelettet, muskelatrofi, forkortning av sener og redusert blodgjennomstrømning i ekstremiteter (Foxy & Dufrense, 1984; Lerman et al., 1994; Lovaas & Simmons, 1969). I slike tilfeller kan selvhindring regnes som selvskading (Smith et al., 1992). Forsinket motorisk utvikling kan forekomme fordi selvhindring kan ha en immobiliserende effekt (Foxy & Dufrense; Lovaas & Simmons). I tillegg kan selvhindring vanskeliggjøre opplæring (Kerth et al., 2009; Lerman et al.,) noen tilfeller opprettholde selve selvskadingen (Favell, McGimsey & Jones, 1978). Hos noen blir selvhindring den dominerende responsen (Baroff & Tate, 1968; Pace, Iwata, Edwards & McCosh, 1986).

Selvhindring er en kjent problemstilling for klinikere som jobber med behandling av selvskading hos personer med utviklingshemning. Til tross for dette har det en rekke ganger blitt påpekt at det har vært lite forskning på selvhindring (e.g. Derby, Fisher & Piazza, 1996; Forman, Hall & Oliver, 2002; Kerth et al., 2009; Lerman et al., 1994; Smith, et al., 1992; Pace et al., 1986). Det har blitt hevdet at mangelen delvis kan forklares med de komplekse relasjoner som ofte eksisterer mellom selvhindring og selvskading (Kerth et al., 2009; Lerman et al., 1994). Disse relasjonene har betydning ved behandling av både selvskading og selvhindring.

Hensikten med denne artikkelen er å beskrive funksjonelle relasjoner mellom selvskading og selvhindring og å gi eksempler fra litteraturen på atferdsanalytisk behandling avhengig av den bestemte relasjonen. Ulike kategorier av selvhindring beskrives, og mulige årsaker til selvhindring diskuteres kort. Avslutningsvis gis det forslag til behandlingsprosedyrer som kan benyttes i de tilfeller hvor man ikke kjenner til relasjonen mellom selvskadingen og selvhindringen.

### **Ulike kategorier av selvhindring**

På bakgrunn av utseendet har det blitt beskrevet fire ulike kategorier av selvhindring (Isley et al., 1991; Oliver et al., 2003). Den funksjonelle eller kliniske relevansen av det å skille mellom ulike kategorier av selvhindring er usikker, men inndelingene har det til felles at selvhindringen er mer eller mindre uforenlig med selvskadingen (Rapp & Miltenberger, 2000). Disse kategoriene er:

(1) Hindring av egen bevegelse ved bruk av klær, andre tekstiler og objekter som tvinning av armer og å putte hånledd og hender inn i tekstiler (Smith, Lerman & Iwata, 1996; Vollmer &

Vorndran, 1998), putte hodet inn i skjorten (Kerth et al., 2009) og holding av objekter mellom hodet og skuldrene (Rooker & Roscoe, 2005).

(2) Hindring av egen bevegelse ved at en kroppsdel brukes til å hindre bevegelsen til en annen kroppsdel. Eksempler er å sitte på sine egne hender (Kerth, et al., 2009) og å holde armene bak på ryggen (Myers & Deibert, 1971).

(3) Denne kategorien har blitt kalt symbolsk selvhindring og består av atferd som i seg selv ikke fysisk hindrer egen bevegelse, men som likevel fungerer som selvhindring (Foxy & Dufrense, 1984; Pace et al., 1986). Denne formen for selvhindring blir etablert ved et skifte av stimuluskontroll fra opprinnelig selvhindring til andre former som i utgangspunktet ikke er til hinder for selvskading. Den nye formen for selvhindring fungerer antagelig som en betingelse for selvskadingsfri atferd (Isley, et al., 1991), til tross for at den ikke er fysisk uforenlig med selvskading. Som en del av en behandlingsprosedyre kan symbolsk selvhindring etableres ved at stimuluskontrollen for selvhindring overføres fra opprinnelig objekt benyttet til selvhindring til andre objekter som fysisk ikke hindrer selvskading eller annen bevegelse. Selvhindringen til en av deltagerne i en studie av Pace et al. (1986) bestod av at han tredde armene inn i lange stive rør. Over en periode på tre uker ble disse rørene gradvis forkortet og til slutt erstattet av sportsbånd til å ha rundt håndleddene. Et eksempel på en «spontan» oppstått symbolsk selvhindring i forskningslitteraturen er at klienten på eget initiativ har begynt å benytte briller og at brillene hindrer selvskading (Foxy & Dufrense, 1984).

(4) Hindring av egen bevegelse ved hjelp av andre mennesker. Eksempler er å tvinne sine egne fingre inn i andre personers fingre og å holde rundt andre mennesker (Kerth et al., 2009) og holding av andres hender foran kroppsdelene benyttet til selvskading (Derby et al., 1996).

### **Relasjoner mellom selvskading og selvhindring**

De fleste studiene av selvskading og selvhindring har påvist en funksjonell relasjon mellom disse atferdene, men det har også blitt vist at selvskading og selvhindring kan funksjonelt sett være to urelaterte atferder (Rapp & Miltenberger, 2000; Smith et al., 1992). I de tilfeller hvor det er en funksjonell sammenheng mellom selvskading og selvhindring kan dette foregå på minst tre måter. I det som følger gis en beskrivelse av disse tre relasjonene samt eksempler på behandlingstiltak.

*Enkelte personer reduserer eller hindrer bevegelsen av egne kroppsdelene for å stanse selvskadingen. Slike handlinger kalles «låseatferd» eller «selvhindring»*

*Samme responsklasse.* Med termen responsklasse menes at ulik atferd har felles effekt på omgivelsene (Catania, 1998). Eksempler kan være at både selvskading og selvhindring er opprettholdt av flukt fra, eller unngåelse av, krav (negativ forsterkning; Smith et al., 1992) eller av oppmerksomhet på eller tilgang til andre goder (positiv forsterkning; Derby et al., 1996). Når selvskading og selvhindring er medlem av den samme responsklasse, vil selvhindring antagelig være den dominerende atferden når begge er tilgjengelige (Pace et al., 1986). Grunnen er at selvhindring sannsynligvis er mindre anstrengende å gjennomføre og/eller er mindre smertefull enn selvskading. Videre vil frekvensen av begge atferdene være lav under nonkontingente forsterkningsbetingelser. Nonkontingent forsterkning betyr at forsterkeren gis uavhengig av atferd, det vil si forsterkning kun avhengig av tid. En tredje indikasjon er at frekvensen av den ene atferden gradvis vil øke hvis kun denne ene forsterkes. Parallelt med dette vil den atferden som ikke forsterkes, avta i frekvens (ekstinksjon; Derby et al., 1996; Smith et al., 1992).

Sensorisk forsterkning er lite sannsynlig i disse tilfellene (Fisher & Iwata, 1996). Sensoriske forsterkere for selvskading kan være taktile stimuli som oppstår som et resultat av klyping, visuelle stimuli etter slag mot øynene (ved blindhet) eller en forbigående reduksjon av ubehag ved slag mot øret ved ørebetennelse. Det er usannsynlig at selvhindring kan produsere de samme taktile, visuelle eller smertehekkende konsekvensene som selvskadingen siden selvhindring og selvskading har ulik form.

Det finnes få studier som har vist at selvskading og selvhindring er medlem av den samme responsklassen. Årsakene er derfor lite diskutert i forskningslitteraturen. Man kan imidlertid tenke seg at omsorgsytere opplever selvskading som ubehagelig, og at de gir oppmerksomhet i form verbal korreksjon når selvskading forekommer. Videre kan de samme omsorgsyterne gi oppmerksomhet i form av ros og anerkjennelse ved forekomst av selvhindring, siden dette er mer eller mindre uforenelig med selvskading og ikke oppleves som like ubehagelig for omsorgsyterne. På denne måten formidles det sosial oppmerksomhet både ved selvskading og selvhindring. Det har også blitt argumentert for at det kan være vanskelig for omsorgsytere å hindre selvhindring, og at de derfor stiller få krav når selvhindring forekommer. Dersom selvskading er opprettholdt som flukt eller unngåelse av krav, kan man tenke seg at selvhindring også kan få den samme flukt- eller unngåelsesfunksjonen som selvskading (Fisher & Iwata, 1996).

Som behandlingstiltak har det blitt foreslått å gjennomføre en planlagt forsterkning av selvhindringen samtidig som man setter selvskadingen på ekstinksjon. Med ekstinksjon menes

at en atferd ikke lenger forsterkes. Ekstinksjon av begge anbefales ikke, da dette vil kunne føre til en midlertidig eskalering av selvskadingen (Derby et al., 1996). En planlagt forsterkning av selvhindringen vil øke forekomsten av denne som et midlertidig og ofte mindre alvorlig alternativ til selvskadingen. Deretter kan andre og mer ønskede former for selvhindring etableres som et alternativ til den opprinnelige formen (Derby et al., 1986; Smith et al., 1992). Man kan tenke seg at funksjonell kommunikasjonstrening (Durand, 1990) kan være en egnet tilnærming i disse tilfellene. I funksjonell kommunikasjonstrening blir målpersonen lært opp til verbalt å kommunisere sine behov, det vil si at målpersonen for eksempel lærer å spørre om å få pause hvis forsterkeren for selvskading og låseatferd er flukt fra eller unngåelse av krav, eller at målpersonen lærer å skaffe seg sosial oppmerksomhet via en eller annen form for kommunikasjon dersom forsterkeren er sosial oppmerksomhet.

*Selvhindring som positiv forsterkning av selvskading* har blitt vist i flere studier (bl.a. Foxx & Dufrense, 1984; Rooker & Roscoe, 2005; Smith et al., 1996; Vollmer & Vorndran, 1998). Umiddelbart virker dette litt merkelig, men det har blitt forklart med at selvhindring ofte er en høysannsynlig atferd, og at det flere ganger er vist at høysannsynlig atferd kan forsterke lavsannsynlig atferd. Siden selvhindring ofte hindrer opplæring eller gjennomføring av viktige hverdagslige aktiviteter, kan man tenke seg at omsorgsytere forsøker å avbryte selvhindring (høysannsynlig atferd) for at denne type aktiviteter kan gjennomføres. Men hvis selvskading (lavsannsynlig atferd) følger av at omsorgsytere har avbrutt selvhindringen, kan de samme omsorgsyterne tillate selvhindring for å avbryte selvskadingen. Denne umiddelbare tilgangen på selvhindring kan dermed forsterke selvskading (Fisher & Iwata, 1996).

Indikasjon på selvhindring som positiv forsterkning av selvskading får man dersom man observerer lave forekomster av selvskading under betingelser hvor selvhindring er fritt tilgjengelig, samt lav forekomst av selvskading når selvhindring er umulig. En fri tilgang til selvhindring kan for eksempel forekomme når selvhindringen består av tvinning av hendene i klær og målpersonen har klær på og fritt får utføre selvhindringen. Umuliggjøring av selvhindring kan oppstå i situasjoner hvor målpersonen er uten klær, og hvor det ikke gis tilgang til klær ved selvskading. Videre vil man kunne observere at selvskadingen vil øke dersom selvhindring tillates når selvskading forekommer (Rooker & Roscoe, 2005; Smith et al., 1996; Vollmer & Vorndran, 1998).

Når selvskading er forsterket av selvhindring, kan selvhindring benyttes i behandling. Dette kan gjøres ved at selvhindring blir gjort tilgjengelig etter et tidsskjema uavhengig av om selvskading forekommer eller ikke, for eksempel hvert andre minutt. Denne prosedyren kalles nonkontingent

forsterkning (Rooker & Roscoe, 2005; Smith et al., 1996). Et annet alternativ er å gjøre selvhindring tilgjengelig i fravær av selvskading (Favell et al., 1978; Foxx & Dufrense, 1984), for eksempel hvis selvskading ikke har skjedd siste to minutter. En fordel med disse to prosedyrene er at de også kan brukes til å redusere selvskadingen. Etter at man har oppnådd en reduksjon av selvskadingen øker man gradvis og i små skritt tiden mellom hver gang målpersonen får tilgang til selvhindring. Dermed reduseres frekvensen av selvskadingen. Økningen av lengden på tidsintervallene må gjøres i tilstrekkelig små skritt slik at selvskadingen ikke kommer tilbake.

Et tredje alternativ er å gjøre selvhindring tilgjengelig når målpersonen framviser en alternativ atferd til selvskadingen (Lerman et al., 1994; Vollmer & Vorndran, 1998). Slik alternativ atferd kan være tegn, symboler eller tale. I en studie av Vollmer og Vorndran (1998) ble en enkel bevegelse med hendene benyttet som en «verbal» atferd som betydde at målpersonen ba om få tilgang til selvhindring (funksjonell kommunikasjonstrening, Durand, 1990). Parallelt med dette ble selvskadingen satt på ekstinksjon. Dette resulterte i en høy forekomst av den nye «verbale» atferden samtidig med lave forekomster av selvskading.

I tilfeller hvor selvskadingen er å anse som mindre alvorlig, kan ekstinksjon være et behandlingalternativ (Smith et al., 1996). Ekstinksjon i dette tilfellet betyr at selvskadingen ikke lenger gir tilgang til selvhindring. Men det er viktig å huske at under ekstinksjonsbetingelser vil selvskadingen sannsynligvis eskalere før den avtar, noe som gjør at ekstinksjon kan være etisk og juridisk betenkelig. Kontinuerlig tilgang på selvhindring vil også kunne redusere selvskadingen, men vil som regel være et mindre velegnet behandlingstiltak fordi frekvensen av selvhindringen vil bli høy. I situasjoner hvor selvskadingen er tilstrekkelig farlig kan kontinuerlig tilgang på selvhindring likevel benyttes som et akutt stoppetiltak.

*Selvhindring som negativ forsterket atferd.* Selvskading har ofte ubehagelige følger i form av smerte forårsaket av slag og skade på vev. Selvhindring som en negativt forsterket atferd innebærer ofte at denne er opprettholdt som en flukt- eller unngåelsesatferd fra de smertene som selvskadingen påfører. Med fluktatferd menes at selvhindringen terminerer disse smertene; med unngåelsesatferd menes at selvhindringen forhindrer selvskadingen (Catania, 1998).

En forklaring på hvorfor enkelte utfører selvhindring som en flukt/ungåelsesatferd i stedet for å stoppe med selvskadingen, kan være at når selvskading er korrelert med både forsterkning og ubehagelige konsekvenser, vil sannsynligheten for forekomst av selvskading være avhengig av en rekke faktorer som blant annet tetthet i forsterkningskjemaet (hvor ofte en atferd forsterkes),

selvskadings motivasjonelle operasjoner og grad av smerte som følge av selvskadningen (Fisher & Iwata, 1996). Med begrepet motivasjonell operasjon menes en betingelse som endrer forsterkereffekt og dermed sannsynligheten for en gitt atferd. Disse variablene vil være i konkurranse med hverandre. Selvskading vil dermed kunne forekomme når forsterkningskjemaet er tettere for selvskadningen enn for selvhindringen, og når selvskadnings motivasjonelle operasjoner er «kraftigere» enn selvhindringens motivasjonelle operasjoner. Videre varierer selvskadnings opprettholdende betingelser over tid, slik at selvskading vil kunne øke i perioder hvor målpersonen får lite oppmerksomhet (dersom selvskading er opprettholdt av sosial forsterkning). Videre vil skader på kroppen som følge av gjentatt selvskading kunne øke de ubehagelige konsekvensene av selvskadningen. Det vil si at det som ikke var særlig smertefullt i starten, kan bli svært smertefullt etter gjentatt selvskading, noe som vil kunne sette i gang selvhindring. Disse faktorene kan forklare hvorfor selvskading og selvhindring hos den enkelte ikke er konstant (Fisher & Iwata, 1996).

Noen studier har gitt støtte for hypotesen om at selvhindring kan være fluktatferd. I Fisher, Grace og Murphy (1996) medførte blokkering av selvskading en moderat reduksjon av selvhindringen. Dermed er det sannsynlig at blokkeringen, i alle fall delvis, var funksjonelt lik selvhindringen. I Silverman, Watanabe, Marshall og Baer (1984) ble både selvskading og selvhindring redusert ved bruk av beskyttende klær. Det er dermed sannsynlig at de beskyttende klærne reduserte smerten forårsaket av selvskadningen (altså den motivasjonelle operasjonen for selvhindringen). I både Fisher et al. og Silverman et al. ble det foreslått at følgende tre observasjoner indikerte at selvhindringen var opprettholdt som en fluktatferd fra de ubehagelige konsekvensene av selvskadningen: (1) høye forekomster av selvhindring oppstod når begge atferdene var fritt tilgjengelige, (2) økning av selvskading oppstod når selvhindring ikke var tilgjengelig eller ble hindret, og (3) en reduksjon av selvhindring oppstod når selvskadningen ble blokkert, eller når de ubehagelige konsekvensene ble redusert ved bruk av beskyttelsesutstyr. Fisher et al. argumenterte også for at en reduksjon av selvhindring ved bruk av analgetika (smertelindrende medikamenter) kunne indikere selvhindring som en fluktatferd fra de ubehagelige konsekvensene av selvskadningen, men denne hypotesen forble utestet. Man bør likevel være forsiktig med bruk av analgetika i en del tilfeller med alvorlig selvskading, siden dette antagelig vil redusere motivasjonelle operasjoner for selvhindring, noe som igjen kan medføre større skade forårsaket av selvskading.

*Er man usikker på selvskadnings relasjon til selvhindringen, kan en midlertidig løsning være å redusere målpersonens motivasjon for å utføre selvskading*



Ifølge Silverman et al. (1984) er bruk av beskyttelsesutstyr et enkelt middel for å redusere selvskading og selvhindring. Bruk av beskyttelsesutstyr vil også kunne frigjøre kroppsdeler som tidligere har blitt brukt til selvhindring, noe som igjen vil kunne øke muligheten for læring og sosial samhandling. Når beskyttelsesutstyr benyttes, vil et naturlig steg videre være å gradvis fjerne dette utstyret (Pace et al., 1986).

En av deltagerne i Pace et al. (1986) var en ung mann med dyp psykisk utviklingshemning med selvskading i form av kloring bak øret. Selvhindringen bestod i at han puttet hendene i lommene eller inn under bukselinningen, eller ved sitting på hendene. Behandlingen startet med at oppblåsbare rør ble tredd over deltagerens armer fra skuldre til håndledd. Dette resulterte i at både selvskadingen og selvhindringen umiddelbart ble eliminert. Over en periode på to måneder ble lufttrykket i rørene gradvis redusert, og forekomsten av selvskading og selvhindring forble lav inntil lufttrykket var eliminert. Da gjenoppstod selvskadingen og selvhindringen. Etter at et lavt lufttrykk ble reintrodusert, ble selvskadingen og selvhindringen på nytt eliminert. Denne behandlingen ble vurdert som vellykket siden deltageren fikk tilnærmet full fleksibilitet i armene uten at dette medførte en økning av selvskading.

### **Kliniske implikasjoner**

Klinikere opplever fra tid til annen at tiltak rettet mot atferdsproblematikk ikke har ønsket virkning. Det har blitt hevdet at selv ved en effektiv behandling av selvskading er en fullstendig eliminering relativt sjeldent (Jones, Allen, Moore, Phillips & Lowe, 2007). I de tilfeller hvor både selvskading og selvhindring forekommer, er det viktig å ha kunnskap om relasjonene mellom disse, enten for å behandle selvhindring isolert eller fordi denne relasjonen har betydning for behandling av selvskadingen. En gal forståelse av disse relasjonene kan i ytterste fall ha alvorlige negative konsekvenser. Eksempler på negative konsekvenser i tilfeller hvor selvhindring fungerer som flukt- eller unngåelse av smertene som selvskading medfører, er at en hindring av tilgang på selvhindring vil gjøre målpersonen fullstendig «forsvarsløs» mot selvskadingens ubehagelige konsekvenser (Silverman et al., 1984; Smith et al., 1992; Oliver, Hall, Hales, Murphy & Watts, 1998). Dersom disse er medlem av samme responsklasse, vil hindring av selvhindring kunne bidra til økning av selvskading (Smith et al., 1992), og dersom tilgang på selvhindring fungerer som positiv forsterking av selvskadingen, vil tilgang på selvhindring for å hindre videre selvskading kunne resultere i at

målpersonen kontinuerlig bedriver selvhindring, med de negative langsiktige konsekvensene dette vil kunne medføre (Smith et al., 1996).

Er man usikker på selvskadingens relasjon til selvhindringen, kan en midlertidig løsning være å redusere målpersonens motivasjon for å utføre selvskading. Dette kan gjøres ved å gi kontinuerlig tilgang på selvhindring, redusere krav og gi nonkontingent tilgang på sosial oppmerksomhet eller andre goder (beriket miljø). Videre kan det benyttes beskyttelsesutstyr og/ eller man kan blokkere selvskadingen. Dette er særlig aktuelt dersom selvskadingen er alvorlig og det er behov rask reduksjon før man setter i gang annen årsaksbasert behandling. Reduksjon av krav og nonkontingent forsterkning vil kunne redusere mulige motivasjonelle operasjoner for selvskading og selvhindring både når disse er medlem av samme responsklasse, og ved selvskading opprettholdt ved sosial positiv eller negativ forsterkning. Videre vil en kontinuerlig tilgang på selvhindring eliminere motivasjonelle operasjoner for selvskading dersom denne atferden er opprettholdt av tilgang på selvhindring (Derby et al., 1996; Rooker & Roscoe, 2005; Vollmer & Vorndran, 1998). Samtidig vil en kontinuerlig tilgang på selvhindring ikke medføre at målpersonen blir «forsvarsløs» mot eventuelt ubehag forårsaket av selvskading (Smith et al., 1992). Bruk av beskyttelsesutstyr (Silverman et al., 1984) eller blokkering av selvskadingen (Fisher et al., 1996) vil kunne redusere ubehag forårsaket av selvskading og dermed også redusere motivasjonelle operasjoner for selvhindring (Fisher et al., 1996).

Parallelt med igangsetting av slike tiltak er det viktig å gjøre funksjonelle analyser av hva som opprettholder disse atferdene, slik at disse midlertidige tiltakene kan erstattes med årsaksbaserte tiltak. Når det gjelder bruk av eksperimentelle funksjonelle analyser av selvskading, hvor man empirisk tester hvilke betingelser som er årsaken til selvskadingen (Iwata, Dorsey, Slifer, Bauman & Richman, 1982), kan dette i enkelte tilfeller by på juridiske og etiske utfordringer siden det innebærer tilbakeholdelse av- og tilgang på selvhindring (Smith et al., 1992). Dette kan som sagt medføre ubehag og kan påvirke selvskading i negativ retning, noe som kan være etisk betenkelig. Videre vil tilbakeholdelse av selvhindring sannsynlig regnes som tvang og makt etter reglene i helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 9 (tidl. sosialtjenesteloven kapittel 4A, Sosial- og helsedirektoratet, 2007). Grunnen er at tilbakeholdelse av selvhindring er noe målpersonen sannsynlig vil motsette seg. Reglene om tvang og makt etter dette regelverket aktualiserer behovet for utvikling av andre former for funksjonelle analyser av selvskading og selvhindring.

## Konklusjon

Denne artikkelen har tatt for seg noen av utfordringene knyttet til selvskading og selvhindring hos utviklingshemmede. Mulige årsaker og funksjonelle relasjoner har blitt beskrevet. Kjennskap til disse relasjonene vil være viktig for effektiv behandling og for ikke å utsette målpersonen for unødvendig ubehag eller forverre selvskadingen. Forfatterne har også gitt eksempler på behandling basert på atferdsanalytiske prinsipper.

## Referanser

- Baroff, G. S. & Tate, B. G. (1968). The use of aversive stimulation in the treatment of chronic self-injurious behavior. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 7, 454–470.
- Catania, C. (1998). *Learning* (4. utg.). New Jersey: Prentice Hall.
- Derby, K. M., Fisher, W. W. & Piazza, C. C. (1996). The effects of contingent and noncontingent attention on self-injury and self restraint. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 29, 107–110.
- Durand, V. M. (1990). *Severe behavior problems: A functional communication training approach*. New York: Guilford Press.
- Favell, J. E., McGimsey, J. F. & Jones, M. L. (1978). The use of physical restraint in the treatment of self-injury and as positive reinforcement. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 11, 225–241.
- Fisher, W. W., Grace, N. C. & Murphy, G. (1996). Further analysis of the relationship between self-injury and self-restraint. *Journal of Applied Behavior Analysis* 29, 103–106.
- Fisher, W. W. & Iwata, B. A. (1996). On the function of self-restraint and its relationship to self-injury. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 29, 93–98.
- Forman, D., Hall, S. & Oliver, C. (2002). Descriptive analysis of self-injurious behavior and self-restraint. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 15, 1–7.
- Fovel, J. T., Lash, P. S., Barron, Jr., D. A. & Roberts, M. S. (1989). A survey of self-restraint, selfinjury, and other maladaptive behaviors in an institutionalized retarded population. *Research in Developmental Disabilities*, 10, 377–382.
- Foxx, R. M. & Dufrenese, D. (1984). «Harry»: The use of physical restraint as a reinforcer, timeout from restraint, and fading restraint in treating a self-injurious man. *Analysis and Intervention in Developmental Disabilities*, 4, 1–13.

- Holden, B. & Gitlesen, J. P. (2006). A total population study of challenging behaviour in the county of Hedmark, Norway: Prevalence, and risk markers. *Research in Developmental Disabilities, 27*, 456–465.
- Isley, E. M., Kartsonis, C., McCurley, C. M., Weisz, K. E. & Roberts, M. S. (1991). Self-restraint: A review of ethiology and applications in mentally retarded adults with self-injury. *Research in Developmental Disabilities, 12*, 87–95.
- Iwata, B. A., Dorsey, M. F., Slifer, K. J., Bauman, K. E. & Richman, G. S. (1982). Toward a functional analysis of self-injury. *Analysis and Intervention in Developmental Disabilities, 2*, 3–20 (også trykt i *Journal of Applied Behavior Analysis, 27*, 197–209; 1994).
- Iwata, B. A., Pace, G. M., Dorsey, M. F., Zarcone, J. R., Vollmer, T. R. & Smith, R. G. et al. (1994). The functions of self-injurious behavior: An experimental-epidemiological analysis. *Journal of Applied Behavior Analysis, 27*, 215–240.
- Jones, E., Allen, D., Moore, K., Phillips, B. & Lowe, K. (2007). Restraint and self-injury in people with intellectual disabilities: A review. *Journal of Intellectual Disabilities, 11*, 105–118.
- Kerth, D. M., Progar, P. R. & Morales, S. (2009). The effects of non-contingent self-restraint on self-injury. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities, 22*, 187–193.
- Lerman, D. C., Iwata, B. A., Smith, R. G. & Vollmer, T. R. (1994). Restraint fading and the development of alternative behavior in the treatment of self-restraint and self-injury. *Journal of Intellectual Disability Research, 38*, 135–148.
- Lovaas, O. I. & Simmons, J. Q. (1969). Manipulation of self-destruction in three retarded children. *Journal of Applied Behavior Analysis, 2*, 143–157.
- Myers, J. J. Jr. & Deibert (1971). Reduction of self-abusive behavior in a blind child using a feeding response. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 2*, 141–144.
- Oliver, C., Hall, S., Hales, J., Murphy, G. & Watts, D. (1998). The treatment of severe selfinjurious behavior by the systematic fading of restraints: Effects on self-injury, self-restraint, adaptive behavior, and behavioural correlates of affect. *Research in Developmental Disabilities, 19*, 143–165.
- Oliver, C., Murphy, G., Hall, S., Arron, K. & Leggett, J. (2003). Phenomenology of self-restraint. *American Journal on Mental Retardation, 2*, 71–81.

- Pace, G. M., Iwata, B. A., Edwards, G. L. & McCosh, K. C. (1986). Stimulus fading and transfer in the treatment of self-restraint and self-injurious behavior. *Journal of Applied Behavior Analysis, 19*, 381–389.
- Powell, S. B., Bodfish, J. W., Parker, D., Crawford, T. W. & Lewis, M. H. (1996). Self-restraint and self-injury: Occurrence and motivational significance. *American Journal on Mental Retardation, 1*, 41–48.
- Rapp, J. T. & Miltenberger, R. G. (2000). Selfrestraint and self-injury: A demonstration of separate, functions and response classes. *Behavioral Interventions, 15*, 37–51.
- Rojahn, J., Schroeder, S. R. & Mulick, J. A. (1980). Ecological assessment of self-protective devices in three profoundly retarded adults. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 1*, 59–66.
- Rooker, G. W. & Roscoe, E. M. (2005). Functional analysis of self-injurious behavior and its relation to self restraint. *Journal of Applied Behavior Analysis, 38*, 537–542.
- Silverman, K., Watanabe, K., Marshall, A.M. & Baer, D. M. (1984). Reducing self-injury and corresponding self-restraint through the strategic use of protective clothing. *Journal of Applied Behavior Analysis, 17*, 545–552.
- Smith, R. G., Iwata, B. A., Vollmer, T. R. & Pace, G. M. (1992). On the relationship between selfinjurious behavior and self-restraint. *Journal of Applied Behavior Analysis, 25*, 433–445.
- Smith, R. G., Lerman, D. C. & Iwata, B. A. (1996). Self-restraint as positive reinforcement for selfinjurious behavior. *Journal of Applied Behavior Analysis, 29*, 99–102.
- Sosial- og helsedirektoratet (2007). *Lov om sosiale tjenester kapittel 4A. Rettsikkerhet ved bruk av tvang og makt ovenfor enkelte personer med psykisk utviklingshemning*. IS-10/2004.
- Vollmer, T. R. & Vorndran, C. M. (1998). Assessment of self-injurious behavior maintained by access to self-restraint materials. *Journal of Applied Behavior Analysis, 31*, 647–650.