

Utfordrande atferd hos barn og unge med psykisk utviklingshemning

Førekost av utfordrande atferd er relativt høg, og aukar med grad av psykisk utviklingshemning og svak sosial fungering. Mange får truleg lite hjelp.

TEKST

Børge Holden

Jens Petter Gitlesen

PUBLISERT 1. januar 2007

ABSTRACT:

Challenging behaviour in children and adolescents with learning disabilities

According to international studies, slightly more than 10 % of people with administratively defined learning disabilities show challenging behaviour, that is, more accurately defined severe problem behaviour. Prevalence studies of children and adolescents are, however, scarce. Most studies are related to aberrant behavior, that is, less severe problem behaviour. As far as factors associated with aberrant and challenging behaviour in children and adolescents are concerned, a majority of studies are conducted on self-injury. In general, challenging behaviour is associated with severity of learning disability and lack of skills, particularly communication. The present study found a relatively high prevalence of challenging behaviour. In addition, prevalence increased with level of learning disability and with lack of social skills. The article discusses overall implications for prevention and treatment of challenging behaviour.

Keywords: children, adolescents, learning disability, challenging behaviour

Innleiing

Nyare internasjonale studiar viser at drygt 10 % av personar med administrativt definert psykisk utviklingshemning har utfordrande atferd, som sjølvskading, angrep mot andre, øydeleggingar eller annan uakseptabel oppførsel (Emerson et al., 2001b; Holden & Gitlesen, 2006). «Administrativt definert psykisk utviklingshemning» tyder at personen får omsorgstenester på grunn av utviklingshemning. «Utfordrande» tyder at atferden er eit problem både for personen, omsorgspersonar og ansvarlege. Utfordrande atferd reknast som vanskeleg å behandla. Emerson et al. (2001a) fann at utfordrande atferd, særleg sjølvskading, var nokså stabil hos deltakarane i ein sju års periode (sjå òg Jones, 1999). Vellykka tiltak krev ofte gode analysar av kva som utløyser og opprettheld atferden (Hastings & Brown, 2000; Oliver, 1995).

Få studiar har sett spesielt på utfordrande atferd hos barn. Likevel er det vist at førekost av sjølvskading aukar med alder, iallfall i tidlege barneår (Hall, Oliver & Murphy, 2001; Murphy, Hall, Oliver & Kissi-Debra, 1999; Oliver, Murphy & Corbett,

1987). Førekomst av problematferd («aberrant behaviour»), eit litt vidare begrep enn utfordrande atferd, er betydeleg. Dunlap, Robbins og Darrow (1994) fann at 40 % av barn med autisme og liknande utviklingsforstyrrelser dreiv med øydeleggingar og at 23 % hadde raserianfall. Ein langtidsstudie over tre år av førskulebarn viste at dei fleste beholdt sin initiale skåre på *Aberrant Behavior Checklist* (Aman & Singh, 1994; Green, O'Reilly, Itchon & Sigafos, 2005). Mange hadde sjølvskada frå dei var 18–24 månader. Problematferd, inkludert sjølvskading, forsvinn med andre ord normalt ikkje av seg sjølv. Einfeld, Tonge, Turner, Parmenter og Smith (1999) fann at problematferd var nokså stabil over fire år, særleg hos barn med Prader-Willi og William syndrom. Dei fleste studiane er frå barnehagar og skular. Det er samanheng mellom fleire syndrom og utfordrande atferd, som mellom Lesch-Nyhan og sjølvskading (Anderson & Ernst, 1994) og mellom Prader-Willi syndrom og ekstrem eting (Clarke et al., 2002).

Fleire har prøvd å forklara korfor problematferd oppstår og utviklar seg. Guess og Carrs (1991) tre-nivå-modell tar for seg sjølvskading. På nivå 1 består mulege forgjengarar for sjølvskading av indre regulerte, rytmiske atferdsmønster som er ein del av motorisk utvikling og er lite påverka av det sosiale miljøet. På nivå 2 begynner rytmiske atferdsmønster å regulera aktivering som ein homeostatisk reaksjon på miljøstimulering. Slike reaksjoner kan vera adaptive, ved at låge aktiveringsnivå aukar rytmiske bevegelsar og høge aktiveringsnivå minkar dei. På nivå 3 vert atferden lærde responsar som kan påverka andres atferd, og oppretthaldast ved sosialt formidla positiv og negativ forsterkning og fungera som kommunikasjon.

Modellen har støtte. Hall og Oliver (1992) meiner at ein kritisk eigenskap ved sjølvskading er at den er aversiv for andre. Murphy, Hall, Oliver og Kissi-Debra (1999) fann at grad av uro foreldra uttrykte om barna sin atferd predikerte auke i sjølvskading. Ei tolking er at aversive former for sjølvskading fører til at omsorgspersonar avbryt sjølvskading på måtar som forsterkar den, det vil seia nivå 3 hos Guess og Carr (1991). Hall et al. (2001) gjorde funksjonelle analysar av tidleg sjølvskading hos 16 skulebarn over ein periode på 18 månader. Hos fire barn hadde sjølvskading samanheng med lite sosial kontakt. Sjølvskading auka hos desse barna. Tre av desse barna hadde sjølvskading som såg ut til å vera sensorisk forsterka, som tyder på ein overgang frå nivå 1 til 2. Hos eit av desse barna såg sjølvskading ut til å vera forsterka ved oppmerksomhet, ein overgang frå nivå 2 til 3. Hos resten av barna var det ingen samanheng mellom sjølvskading og hendelsar i miljøet, og sjølvskading auka mindre. Ein studie over to år av 16 barn mellom to og ti år viste at barn som viste auka sjølvskading fekk lite sosial kontakt like før dei sjølvskada og meir sosial kontakt når dei sjølvskada (Oliver, Hall & Murphy, 2005).

Ein liknande modell forklarar problematferd generelt (Sigafos, O'Reilly, Drasgow & Reichle, 2002). Barn med utviklingshemning tyr til førspråklege handlingar som ansiktsuttrykk, kroppsbevegelsar, udifferensierte lydar, strekking etter ting, og vising. Desse kan vera vanskelege for foreldre og andre å forstå. Når dei ikkje reagerer slik barnet vil, kan barnet intensivera sine forsøk, som kan bli til problematferd. Viss omsorgspersonar forsterkar denne, kan det forklara koss førspråkleg atferd utviklar seg

til problematferd. Om barnet ikkje lærer alterative handlingar, er det forståeleg at problematferd held fram.

Ofte er det forgjengarar til problematferd, inkludert sjølvskading (Berkson, 2002; Berkson, Tupa & Sherman, 2001; Hall, Oliver & Murphy, 2001). Ifylgje Brady og Halle (2002) intensiverer barn ofte førspråklege handlingar når andre ikkje reagerer «riktig». Sigafos (2000) fann eit motsett forhold mellom problematferd og evne til kommunikasjon hos førskulebarn. At alle barna hos Green et al. (2005) hadde svært begrensa evne til å kommunisera, støttar òg svak kommunikasjon som årsak til problematferd. Men årsakar til problematferd kan vera meir kompliserte. Sigafos (2000) fann at svak språkforståing (lyttaratferd) var viktigare enn svak evne til å meddela seg (snakkaratferd). Ein grunn kan vera at mangel på forståelse gjer opplæring og andre aktivitetar meir ubehagelege og fører til forsøk på å sleppa unna. Hos Hall et al. (2001) var det ingen samanheng mellom utviklingsalder og utvikling av sjølvskading, og førekomst av stereotyp atferd predikerte ikkje auke i sjølvskading. Det må understrekast at det er forska relativt lite på tidleg utvikling av problematferd (sjå Symons, Sperry, Dropik & Bodfish, 2005).

På eit generelt nivå kan risikomarkørar gjera ein betre stand til å fylgja betre med på kvart barn med antatt risiko, og tilby tidleg intervensjon. På individnivå tyder funna til Hall et al. (2001) på at det kan påvisast tidleg kva funksjonar sjølvskading og annan problematferd har. I tråd med generelle prinsipp for førebygging bør førebygging og behandling begynna før atferden har oppstått eller er etablert. Nye metodar for funksjonell kartlegging har gitt ei rekke nye metodar for behandling av problematferd. Alt i alt kan betre forståelse av tidleg utvikling av utfordrande atferd føra til betre førebygging og behandling (Green, O'Reilly, Itchon & Sigafos, 2005). Målet med denne studien er å sjå på førekomst av utfordrande atferd og på faktorar som har samanheng med utvikling av utfordrande atferd.

Metode

Utvalet besto av alle personar frå null til og med 17 år i Hedmark fylke som hadde administrativt definert psykisk utviklingshemning, det vil seia at dei fekk iallfall eit minimum av kommunale omsorgstenester. Alle kommunar der det budde personar som oppfylde kriteria var med andre ord representerte. Antal personar i utvalet var ca. 175, estimert ut frå den kommunevise oversikten frå Sosial- og helsedepartementet som viste at det var 154 under 16 år med administrativt definert psykisk utviklingshemning og 904 i denne gruppa totalt i fylket. Mest alle i utvalet budde hos foreldra, og mest alle hadde kommunal avlasting. Kvar deltakar vart tildelt ein informant, det vil seia ein person som vart vurdert som godt skikka til å gi opplysningar om deltakaren. Dette var ein kommunal tenesteytar eller ein av eller begge foreldra. Kommunale konsulentar, det vil seia personar med fyrstehands kjennskap til deltakarar, foreldre og tenesteytarar, hadde ansvar for å peika ut informantar. Informantane fekk beskjed om å kontakta sin lokale konsulent for hjelp med å skaffa opplysningar, viss behov. Fyrsteforfattar var tilgjengeleg for hjelp til konsulentane.

Informasjon me samla inn

Kvar informant fekk eit spørjeskjema. Skjemaet er ein forenkla versjon av *Challenging Behaviour Survey: Individual schedule* (Alborz, Emerson, Kiernan & Qureshi, 1994), spesielt tilpassa for denne studien. Skjemaet har tri delar:

Del 1 innhentar informasjon om alder, kjønn, buform, fysisk fungering (epilepsi, syn, hørsel og mobilitet), kommunikasjon og sosiale ferdigheter, eventuell autismediagnose, eventuelt Downs syndrom eller andre syndrom, og grad av psykisk utviklingshemning. DSM-IV-definisjonane (American Psychiatric Association, 1994) av lett, moderat, alvorleg og djup psykisk utviklingshemning var lagde ved, og informantane skulle klassifisera deltakarane i samsvar med definisjonane. Spørsmål om sjølvstende og huslege ferdigheter, som er med i *Individual schedule* (Alborz et al., 1994), var tekne bort.

Del 2 inneheldt fire delar som tok for seg aggressiv, sjølvskadande, øydeleggande og annan problematisk og uakseptabel atferd, og spesielle former av desse generelle formene. Både generelle og spesielle former var identiske med ledda i *Individual schedule* (Alborz et al., 1994), men spørsmål om mulege funksjonar, det vil seia mulege årsakar til at handlingane førekom, var tekne ut.

Informantane skulle skåra eventuell utfordrande atferd som mindre eller meir krevande. Det siste var tilfellet når minst eitt av dei fylgjande kriteria var oppfylde (sjå Moss et al., 2000):

- Personen viste ein eller annan utfordrande atferd minst ein gong kvar dag.
- Den utfordrande atferden hindra vanlegvis personen i å delta i aktivitetar som elles ville vore passande ut frå personens funksjonsnivå.
- Fysisk inngrep frå meir enn ein person var vanlegvis nødvendig for å stoppa minst ein av dei utfordrande atferd-ane.
- Ein vanleg fylgje av utfordrande atferd var større skade på personen sjølv eller andre. «Større skade» var definert som behov for medisinsk behandling.

Om ingen av desse gjaldt, men personen viste atferd som ein vurderte som vanskeleg å handtera eller ein utførte kontrolltiltak overfor atferden der personen oppheldt seg, skulle informantane skåra atferden som mindre krevande (sjå Emerson et al., 1997, 2001b). Kontrolltiltak kunne vera å unngå visse aktivitetar, ekstra bemanning eller spesielle folk til stades for å samhandla med deltakaren, eller bruk av spesielt robuste gjenstandar.

Del 3 inneheldt spørsmål om kor ofte utfordrande atferd vart vist, den vanlegaste og mest inngripande forma for inngrep som var nødvendig for å stoppa atferden, andre kontrolltiltak, fysisk skade på personen og andre det siste året som kom av utfordrande atferd, og behandling av utfordrande atferd (atferdsanalytisk behandling, anna miljøbehandling, og psykotrop medikasjon).

Skjema for 140 deltakarar, det vil seia 80 % av det estimerte utvalet, vart utfylde og returnerte anonymt.

Resultat

Aldersfordelinga på deltakarane var: 0–2 år, 2,9 % (n = 4); 3–5 år, 8,6 % (n = 12); 6–8 år, 17,9 % (n = 25); 9–11 år, 22,1 % (n = 31); 12–14 år, 27,1 % (n = 38); 15–17 år, 21,4 % (n = 30). 55,7 % (n = 78) av deltakarane var gutar, 43,6 % (n = 61) var jenter. (Opplysning om kjønn mangla for éin.) 31,4 % (n = 44) hadde lett psykisk utviklingshemning; 40,0 % (n = 56) hadde moderat; 13,6 % (n = 19) hadde alvorleg; og 15,0 % (n = 21) hadde djup psykisk utviklingshemning.

Førekost av utfordrande atferd

18,6 % (n = 26) av deltakarane hadde utfordrande atferd. 16,4 % (n = 23) hadde mindre krevande utfordrande atferd, og 2,1 % (n = 3) hadde meir krevande utfordrande atferd.

Former for utfordrande atferd

I og med at så få hadde meir krevande utfordrande atferd har me her slege saman mindre og meir krevande utfordrande til utfordrande atferd. 10 % (n = 14) av deltakarane hadde den generelle forma «angrep på andre», 5,7 % (n = 8) hadde den generelle forma «sjølvskading», 5,7 % (n = 8) hadde den generelle forma «øydelegging», og 12,9 % (n = 18) hadde den generelle forma «annan problematisk og uakseptabel atferd». Kvar deltakar med utfordrande atferd hadde i snitt 1,8 generell form.

Dei som hadde utfordrande atferd hadde i snitt 3,00 *spesifikke* former for utfordrande atferd. Dei vanlegaste spesifikke formene for «angrep på andre» var å slå andre med hender, som førekom hos 6,4 % (n = 9). 5,7 % (n = 8) slo andre med objekt, og 3,6 % (n = 5) beit andre. 2,9 % (n = 4) lugga og like mange klora. Vanlegast spesifikk form for «sjølvskading» var biting, som førekom hos 2,9 % (n = 4). Like mange slo hovudet med handa. Når det gjaldt «annan problematferd» førekom protestar hos 10,7 % (n = 15). (Øydelegging vart bare spesifisert med omsyn til kven sine ting som vart øydelagde.)

Kjønn

Kjønn var ikkje forbunde med utfordrande atferd. 18 % (n = 11) av jentene og 19,3 % (n = 15) av gutane viste mindre eller meir krevande utfordrande atferd. Forskjellen var ikkje statistisk signifikant.

Alder

Mindre krevande utfordrande atferd auka for kvar årsklasse fram til deltakarane var mellom ni og 11 år, for så å minka (figur 1). Dei som hadde meir krevande utfordrande atferd var alle over ni år. Jamnt over var det meir utfordrande atferd blant dei eldre, men ikkje statistisk signifikant.



Figur 1.
Førekost av
mindre og

meir
krevande
utfordrande
atferd i ulike
aldersgrupper

Grad av psykisk utviklingshemning

9,1 % (n = 4) av dei med lett psykisk utviklingshemning, 23,2 % (n = 13) av dei med moderat, 31,6 % (n = 6) av dei med alvorlig og 14,3 % (n = 3) av dei med djup psykisk utviklingshemning hadde utfordrande atferd. Det var ingen statistisk signifikant samanheng mellom grad av psykisk utviklingshemning og utfordrande atferd når me tar med alle gradene av psykisk utviklingshemning. Men samanhengen var statistisk signifikant når me ser bort frå deltakarar med djup psykisk utviklingshemning (χ^2 -test, $p < 0,05$) (sjå diskusjon).

Autisme

Det var klar samanheng mellom autisme og utfordrande atferd. Av i alt 17 deltakarar med autisme hadde 52,9 % (n = 9) utfordrande atferd, av i alt 120 deltakarar utan autisme hadde 13,3 % (n = 16) utfordrande atferd. Denne forskjellen var statistisk signifikant (χ^2 -test, $p < 0,01$). (Spørsmålet om eventuell autismediagnose var ikkje svart på for tri deltakarar.)

Syndrom

I alt 43 deltakarar hadde eit syndrom med kjend biologisk årsak, fordelt på 13 syndrom. 18,6 % (n = 26) av deltakarane hadde Downs syndrom, som var det klart vanlegaste. 97 deltakarar hadde ingen syndrom. Det var ingen samanheng verken mellom spesielle syndrom eller syndrom generelt og utfordrande atferd: 14 % (n = 6) av deltakarane med eit syndrom hadde utfordrande atferd, mens 20,6 % (n = 20) av dei utan syndrom hadde utfordrande atferd. Denne forskjellen var ikkje statistisk signifikant.

Andre eigenskapar ved deltakarane som hadde utfordrande atferd

Deltakarar utan utfordrande atferd deltok meir i sosiale aktivitetar, tok meir initiativ til sosiale, og forstyrtra andre sine aktivitetar mindre. Alle desse funna var statistisk signifikante (χ^2 -test, $p < 0,05$).

Andre funn

5,7 % (n = 8) av deltakarane viste utfordrande atferd minst dagleg, og 2,9 % (n = 4) minst kvar time. Vanlegaste måte å stoppa utfordrande atferd på varierte mykje: 7,9 % (n = 11) vart stoppa fysisk og 5,7 % (n = 8) var stoppa verbalt. Ein annan måte var ignorering, og éin måtte stoppast av to personar dei fleste gongene. Når det gjaldt mest inngripande måte å stoppa utfordrande atferd på var fysisk stopping vanlegast. Dette gjaldt for 14,3 % (n = 20) av deltakarane. To måtte stoppast av to personar. Utfordrande atferd

medførte òg ein del skade: Fire deltakarar hadde fått medisinsk behandling på grunn av sjølvskading det siste året. Tre deltakarar hadde påført ein eller fleire av personalet fysisk skade som kravde medisinsk behandling det siste året, og to deltakarar hadde påført skade slik at ein eller fleire av personalet vart sjukmelde i same periode. 26,9 % (n = 7) av dei med utfordrande atferd fekk atferdsanalytisk behandling, 7,7 % (n = 2) fekk anna miljøbasert behandling og 19,2 % (n = 5) fekk psykotrop medikamentell behandling.

Problematferd som ikkje var utfordrande

I tillegg til dei 18,6 % av deltakarane som hadde utfordrande atferd var det 24,3 % (n = 34) som hadde mindre alvorleg problematferd. Blant anna var det 4,3 % (n = 6) som slo andre med hendene. 3,6 % (n = 5) klaup andre, 2,1 % (n = 3) lugga og like mange klora andre. 1,4 % (n = 2) beit seg sjølve. Like mange slo seg i hovudet, slo hovudet mot ting og gnissa tenner. Tre deltakarar dreiv med materiell øydelegging. 7,9 % (n = 11) viste protestar og 5 % (n = 7) hadde raserianfall.

Diskusjon

Dei viktigaste funna var at ein betydeleg del av barn og unge viste utfordrande atferd, og at førekomsten var større enn det som er vanleg i studiar som slår saman barn og vaksne (sjå innleiing). I tillegg var det ein god del problematferd som ikkje var alvorleg nok til å reknast som utfordrande. Heilt generelt kan det tyda på at mange barn har atferd som kan utvikla seg til utfordrande. Omfanget av skader på deltakarane sjølve og andre er òg verdt å merka seg. I tillegg auka utfordrande atferd med grad av psykisk utviklingshemning og svak sosial fungering.

Det er viktig å forklara korfor så mange hadde utfordrande atferd og annan problematferd. Ein viktig grunn kan vera at barn, unge og familiar med store behov får tenester relativt tidleg, det vil seia at barna får administrativt definert psykisk utviklingshemning. Utfordrande atferd er nok ein viktig del av slike behov. Barn med administrativt definert psykisk utviklingshemning er derfor ei meir selektert gruppe enn vaksne i same kategori, som får tenester meir uavhengig av utfordrande atferd. Seleksjonen talar òg for at det er mindre utfordrande atferd og problematferd hos barn med psykisk utviklingshemning generelt.

Resultata viste at utfordrande atferd vart meir vanleg fram til barna var ca. ti år, for så å flata ut og gå svakt ned. Me har ikkje grunnlag for å forklara dette. På den andre sida kan me heller ikkje seia at funnet strir med tidlegare studiar. Me må forklara korfor me utelot dei med djup psykisk utviklingshemning når me såg på samanhengen mellom grad av psykisk utviklingshemning og utfordrande atferd. Grunnen er at mange former for utfordrande atferd krev eit visst atferdsrepertoar, og at mange med djup psykisk utviklingshemning har svak motorikk.

Me vil kommentera nokon mulege grunnar til utfordrande atferd. Det var bl.a. klar samanheng mellom utfordrande atferd og autisme. Det spørst likevel kor mykje dette *forklarer* utfordrande atferd. Fleire former for utfordrande atferd er foreinlege med

autismekriteriar, og er nok ein del av grunnlaget for at autisme vert diagnostisert. Sjølv om autisme inneber ein sensitivitet for ulike situasjonar som disponerer for problematferd, er samanhengen vanskeleg å tolka ut frå data me har. Me har truleg grunnlag for å meina litt meir om kva grad av psykisk utviklingshemning og sosial atferd har å seia. At det var mindre utfordrande atferd hos barn og unge med lettare grader av psykisk utviklingshemning samsvarer med at utfordrande atferd oppstår mindre hos barn som kommuniserer relativt godt. At utfordrande atferd òg forekom mindre hos barn som fungerte relativt godt, òg sosialt, er viktig. Funna indikerer at opplæring i kommunikasjon, både i å forstå og i å ytra seg, kan vera viktig i førebygging.

Den kanskje viktigaste konsekvensen av det store omfanget av utfordrande atferd og mindre alvorleg problematferd er at det er viktig å satsa på behandling og ikkje minst førebygging av utfordrande atferd. Fleira faktorar kan likevel komplisera dette. Murphy et al. (1999) fann at det var vanskeleg for lærarar å identifisera barn med potensiell sjølvskading, det vil seia atferd som var topografisk lik sjølvskading, men som ikkje gjorde skade. Dette tyder på at nokon reagerer lite på sjølvskading før det vert eit stort problem. Hall et al. (2001) fortel at tilsette ville leia forskarane bort frå barn med gryande sjølvskading og til barn med etablert sjølvskading. Dei tar dette som teikn på at det kan vera vanskeleg å få folk til å analysera og behandla lett sjølvskading, og at personell fyrst er villige til å gjera noko særleg når sjølvskadinga verkeleg har vorte eit problem. Det er òg vanleg at pedagogisk personale og omsorgspersonar fortel om måtar å stoppa sjølvskading på som truleg forsterkar den, ikkje minst ved å tilføra kontakt og avbryta krav (Oliver, Hall, Hales & Head, 1996). Ut frå dette tilrår dei ein førebyggjande strategi der eigne fagteam får i oppgåve å oppdaga og setta i verk tiltak for barn med gryande sjølvskading. Dette er truleg like aktuelt for andre former for utfordrande og problematisk atferd.

Det er òg eit tankekors at mange barn som viser aukande problematferd går i førskuleprogram som inneheld opplæring i utviklingsmessig normale aktivitetar (Green et al., 2005). At denne opplæringa ofte ikkje er nok til å hindra utvikling av problematferd indikerer, at barna treng meir spesialiserte tenester, det vil seia betre opplæring og betre behandling av sjølve problematferden. Denne må rettast mot førspråkleg atferd som kan utviklast til problematferd, og på tidleg og mindre alvorleg problematferd (sjå òg Keen, Sigafos & Woodyatt, 2001). Green et al. (2005) meiner at effektiv førebygging og behandling i tillegg krev heimebaserte tiltak som begynner før barnet er fire år. Igjen er det grunn til å tru at det er like viktig med tanke på annan problematferd.

Kunnskapar om førebygging er svært varierende, etter vår erfaring. Dette gjeld opplæring i utviklingsmessig normale ferdighetar og koss desse kan bli alternativ til problematferd. Det er òg manglande kunnskapar om koss ein bør reagera og ikkje reagera på gryande problematferd. Foreldre får ofte ikkje kompetente råd om kva dei kan gjera. At kunnskapane på kommunalt nivå er sterkt varierende er forståeleg. Men me ser òg at kunnskapar på specialistnivå varierer sterkt. Ikkje minst varierer det i kva grad ei spesialistteneste som barnehabilitering bruker evidensbasert behandling og

dokumentert effektiv opplæring. I denne studien var det relativt få med utfordrende atferd som fekk atferdsanalytisk behandling, den tilnærminga som er best dokumentert når det gjeld førebygging og behandling av utfordrende atferd (sjå bl.a. Eikeseth, Smith, Jahr & Eldevik, i trykk; Emerson, 2001).

Manglar ved studien må nemnast. Kvalitet på data står og fell på kor seriøst informantar tar oppgåva. Definisjonen av mindre krevande utfordrende atferd er litt uklar, slik at det er glidande overgang mellom problematferd og utfordrende atferd. Det er heller ikkje gitt at definisjonen av utfordrende atferd er godt eigna for små barn: For eksempel kan atferd vera svært alvorleg, men likevel lett å handtera for éin vaksen. At atferd vert utfordrende kan vera eit resultat av auka fysisk styrke. Studien hadde for få deltakarar til at me kan seia noko om kva ulike syndrom har å seia. Mange syndrom er sjeldne, som Lesch-Nyhan, og det ingen garanti for at alle syndrom er diagnostiserte. Me skulle gjerne ha innhenta data for funksjonar, eller årsakar til utfordrende atferd. Men denne delen av *Challenging Behaviour Survey: Individual Schedule* er omfattande, og vart utelaten av hensyn til informantane. Data er alt i alt for grove til at me kan seia så mykje spesifikt om årsakar til utfordrende atferd; det er primært ein studie av førekomst.

Børge Holden

Habiliteringstjensten for voksne

Hedmark Næringspark Bygg 15

2312 Ottestad

Tlf 62 55 65 08

E-post borge.holden@sykehuset-innlandet.no

Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 44, nummer 1, 2007, side 22-27

TEKST

Børge Holden, Habiliteringstjenesten i Hedmark

Jens Petter Gitlesen

+ Vis referanser

Referansar

Alborz, A., Emerson, E., Kiernan, C. & Qureshi, H. (1994).
Manchester: Hester Adrian Research Centre.

Aman, M. G. & Singh, N. N. (1994).
Slosson Educational Publications.

East Aurora, NY:

American Psychiatric Association (1994).
(4th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.

Anderson, L. T. & Ernst, M. (1994). Self-injury in Lesch-Nyhan disease.
67-81.

- Berkson, G. (2002). Early development of stereotyped and self-injurious behaviors: II. Age trends. 468-477.
- Berkson, G., Tupa, M. & Sherman, L. (2001). Early development of stereotyped and self-injurious behaviors: I. Incidence. 539-547.
- Brady, N. C. & Halle, J. W. (2002). Breakdowns and repairs in conversations between beginning AAC users and their partners. I J. Reichle, D. L. Beukelman & J. L. Light (Eds.), (ss. 323-351). Baltimore: Paul H. Brookes.
- Clarke, D. J., Boer, H., Whittington, J., Holland, A., Butler, J. & T. Webb (2002). Prader-Willi syndrome, compulsive and ritualistic behaviours: The first population-based survey. 358-362.
- Dunlap, G., Robbins, F. R. & Darrow, M. A. (1994). Parents' reports of their children's challenging behavior. Results of a statewide survey. 206-212.
- Eikeseth, S., Smith, T., Jahr, E. & Eldevik, S. (i trykk). Outcome for children with autism who began intensive behavioral treatment between age four and seven: A comparison controlled study.
- Einfeld, S. E., Tonge, B. J. & Rees, V. W. (2001). Longitudinal course of behavioural and emotional problems in Williams syndrome. 73-81.
- Einfeld, S. E., Tonge, B. J., Turner, G., Parmenter, T. & Smith, A. (1999). Longitudinal course of behavioural and emotional problems of young persons with Prader-Willi, Fragile-X, Williams and Down syndromes. 349-354.
- Emerson, E. (2001). Challenging behaviour. Analysis and intervention in people with severe intellectual disabilities (2nd ed.). Cambridge: Cambridge University Press.
- Emerson, E., Alborz, A., Reeves, D., Mason, H., Swarbrick, R., Kiernan, C. et al. (1997). Manchester: Hester Adrian Research Centre, University of Manchester.
- Emerson, E., Kiernan, C., Alborz, A., Reeves, D., Mason, H., Swarbrick, R., Mason, L. & Hatton, C. (2001a). Predicting the persistence of severe self-injurious behaviour. 67-75.
- Emerson, E., Kiernan, C., Alborz, A., Reeves, D., Mason, H., Swarbrick, R., Mason, L. & Hatton, C. (2001b). The prevalence of challenging behaviors: A total population study. 77-93.
- Green, V. A., O'Reilly, M., Itchon, J. & Sigafoos, J. (2005). Persistence of emerging aberrant behavior in children with developmental disabilities. 47-55.
- Guess, D. & Carr, E. G. (1991). Emergence and maintenance of self-injury. 299-319.
- Hall, S. & Oliver, C., (1992). Differential effects of severe self-injurious behavior on the behavior of others. 355-365.
- Hall, S., Oliver, C. & Murphy, G. (2001). Early development of self-injurious behavior: An empirical study. 189-199.
- Hastings, R. P. & Brown, T. (2000). Functional assessment and challenging behaviors: Some future directions. 229-240.
- Holden, B. & Gitlesen, J. P. (2006). A total population study of challenging behaviour in the county of Hedmark, Norway: prevalence, and risk markers. (in press).
- Jones, R. S. P. (1999). A 10 year follow-up of stereotypic behavior with eight participants. 45-54.

- Keen, D., Sigafoos, J. & Woodyatt, G. (2001). Replacing prelinguistic behaviors with functional communication. 385-398.
- Moss, S., Emerson, E., Kiernan, C., Turner, S., Hatton, C. & Alborz, A. (2000). Psychiatric symptoms in adults with learning disability and challenging behaviour. 452-456.
- Murphy, G., Hall, S., Oliver, C. & Kissi-Debra, R. (1999). Identification of early self-injurious behavior in young children with intellectual disability. 149-163.
- Oliver, C. (1995). Self-injurious behavior in children with learning disabilities: Recent advances in assessment and intervention. 909-927.
- Oliver, C., Hall, S., Hales, J. & Head, D. (1996). Self-injurious behaviour and people with intellectual disabilities: Assessing the behavioural knowledge and causal explanations of care staff. 229-239.
- Oliver, C., Hall, S. & Murphy, G. (2005). The early development of self-injurious behaviour: evaluating the role of social reinforcement. 591-599.
- Oliver, C., Murphy, G. H. & Corbett, J. A. (1987). Self-injurious behaviour in people with mental handicap: A total population study. 147-162.
- Sigafoos, J. (2000). Communication development and aberrant behavior in children with developmental disabilities. 168-176.
- Sigafoos, J., O'Reilly, M., Drasgow, E. & Reichle, J. (2002). Strategies to achieve socially acceptable escape and avoidance. In J. Reichle, D. L. Beukelman & J. L. Light (Eds.), (ss. 157-186). Baltimore: Paul H. Brookes.
- Symons, F. J., Sperry, L. A., Dropik, P. L. & Bodfish, J. W. (2005). The early development of stereotypy and self-injury: A review of research methods. 144-158.