

Bacheloroppgave

Traumebevisst omsorg i en atferdsanalytisk behandling

i arbeidet med utfordrende atferd hos mennesker
med psykisk utviklingshindring

Marte Emilie Dahl

Sosialt arbeid, barnevernspedagog

2022



HØGSKULEN
I VOLDA

Egenerklæring

Denne oppgaven er mitt eget og selvstendige arbeid. Den gjør ikke bruk av andre sitt arbeid uten at det er oppgitt, den gjør ikke bruk av tekst fra eget arbeid uten at det er oppgitt, og kilder som er brukt er ført inn i både tekst og kildeliste på en måte som gjør at jeg ikke vil få en 'ufortjent rennomegevinst'. Den har heller ikke blitt brukt som eksamenssvar eller arbeidskrav tidligere.

Jeg vet at oppgaven vil bli elektronisk kontrollert for plagiat og at alvorlige brudd med 'god sitatskikk' blir behandla som juks jf. UH-lova § 4-7 og § 4-8, 3. ledd.

Det er ikke behandlet personopplysninger i arbeidet med oppgaven. Prosjektet er dermed ikke omfattet av personopplysningslova.

Jeg gir Høgskulen i Volda rett til å publisere oppgaven vederlagsfritt i elektronisk form.

Sammendrag

Personer med psykisk utviklingshindring har en større risiko enn den generelle befolkningen for å oppleve traumatiske opplevelser og for at dette utvikler seg til PTSD. Samtidig anslås det at nærmere halvparten av personer med psykisk utviklingshindring har utfordrende atferd. Dette gjør at diagnostisk overskygging også er en utfordring blant mennesker med psykisk utviklingshindring, fordi det finnes likheter mellom symptomer på PTSD og symptomer på utfordrende atferd. Traumebevisst omsorg er en tilnærming som er mye brukt blant andre traumeutsatte grupper, men forskning viser at dette ikke er overført til arbeidet med utviklingshindrede. Atferdsanalytisk tilnærming og behandling er mye brukt blant mennesker med psykisk utviklingshindring som har utfordrende atferd. Men dette er også en metode som blir kritisert av andre fagfelt og tar lite høyde for traumer. Denne bacheloroppgaven undersøker hvordan man kan komplementere disse to tilnærmingene og behandlingsmetodene i arbeidet med utfordrende atferd hos personer med psykisk utviklingshindring.

Bacheloroppgaven er en teoretisk studie som baserer seg på teori og forskning. Diskusjonen viser noen etiske dilemmaer ved bruken av atferdsanalyse og hvordan man kan forstå traumer hos personer med utviklingshemming. Den viser også hvordan de tre grunnpilarene er gode hjelpemidler for å komplementere traumebevisst omsorg med atferdsanalyse. Konklusjonen i oppgaven er at ved å forstå utfordrende atferd som potensielt uttrykk for traume kan dette føre til en mer nyansert behandling og forebygge avmakt, traumatisering og re-traumatisering.

Abstract

Individuals with developmental disabilities have a greater risk than the general population for experiencing traumatic experiences and also for this to develop into PTSD. At the same time, it is estimated that almost half of the people with developmental disabilities have challenging behavior. This also makes diagnostic overshadowing a challenge among individuals with developmental disabilities, because there are similarities between the symptoms of PTSD and the symptoms of challenging behavior. Trauma-informed care is an approach that is widely used among other trauma-exposed groups, but research shows that this has not been transferred to the work with individuals with developmental disabilities. Behavior analysis approach and treatment is widely used among individuals with developmental disabilities who have challenging behavior. But this is also a method that is criticized and takes little account of trauma. This bachelor thesis examines how to complement these two approaches and treatment methods in the work with challenging behavior in individuals with developmental disabilities. The bachelor thesis is a theoretical study based on theory and research. The discussion shows some ethical dilemmas in the use of behavioral analysis and how to understand trauma in people with developmental disabilities. It also shows how the three pillars are good tools for complementing trauma-informed care with behavioral analysis. The conclusion of the thesis is that by understanding challenging behavior as a potential expression of trauma, this can lead to a more nuanced treatment and prevent powerlessness, traumatization and re-traumatization.

Forord

Denne bacheloroppgaven markerer slutten på studiet, og jeg sitter igjen med ny kunnskap og mange gode erfaringer. I studieforløpet var jeg i praksis på en barneavlastning, der jeg fikk jobbe med mennesker med psykisk utviklingshindring. Etter praksisen fikk jeg meg jobb på samme sted, og har fått oppleve mange spennende utfordringer innenfor dette feltet. Dette skapte for meg en stor interesse for hvordan man arbeider med utfordrende atferd hos mennesker med psykisk utviklingshindring. Det var derfor et enkelt valg da jeg skulle velge tema for bacheloroppgaven. I arbeidet med bacheloroppgaven har jeg selv merket at det har påvirket min egen yrkesutøving og at det har gitt meg en større forståelsesramme for hvordan man kan forstå og arbeidet med utfordrende atferd. Jeg vil takke min veileder Anders Bergstøl som har gitt meg gode råd, faglige diskusjoner og motivasjon gjennom arbeidet med denne oppgaven.

Innholdsfortegnelse

| | |
|--|-----|
| SAMMENDRAG | III |
| ABSTRACT | IV |
| FORORD..... | V |
| INNLEDNING | 1 |
| BAKGRUNN..... | 3 |
| PSYKISK UTVIKLINGSHEMMING | 3 |
| UTFORDRENDE ATFERD..... | 4 |
| TVANG OG MAKT | 4 |
| TEORETISK GRUNNLAG OG FORSKNING PÅ FELTET..... | 6 |
| TRAUMEBEVISST OMSORG | 6 |
| <i>HPA-aksen og konsekvensene av langvarig utskillelse av kortisol</i> | 6 |
| <i>De tre grunnpilarene</i> | 7 |
| ATFERDSANALYTISK TILNÆRMING OG BEHANDLING..... | 8 |
| <i>Atferdsanalytiske forståelsen for angstlidelser</i> | 9 |
| <i>Funksjonelle analyser</i> | 10 |
| <i>Hva resultatene av den funksjonelle analysen brukes til</i> | 11 |
| DISKUSJON | 12 |
| ATFERDSANALYSE I ARBEIDET MED UTFORDRENDE ATFERD HOS UTVIKLINGSHINDREDE | 12 |
| <i>De funksjonelle analysene og behandlingen</i> | 12 |
| <i>Et etisk perspektiv på behandlingsmetoder</i> | 13 |
| <i>Svar på forskningsspørsmålet</i> | 14 |
| TRAUMEBEVISST OMSORG I ARBEIDET MED MENNESKER MED PSYKISK UTVIKLINGSHINDRING | 15 |
| <i>Traumer hos mennesker med utviklingshindring</i> | 15 |
| <i>PTSD hos mennesker med psykisk utviklingshindring og diagnostisk overskygging</i> | 16 |
| <i>Traumebevisst omsorg, de tre grunnpilarene og hvordan disse kan brukes i arbeidet</i> | 17 |
| <i>Svar på forskningsspørsmålet</i> | 18 |
| ATFERDSANALYSE OG TRAUMEBEVISST OMSORG | 19 |
| <i>Utfordringer vedrørende TBO i atferdsanalysen</i> | 19 |
| <i>Anerkjenne traume, fremme trygghet, fokus på det relasjonelle og mestring i atferdsanalysen</i> | 19 |
| <i>Svar på forskningsspørsmålet</i> | 21 |
| AVSLUTTENDE DISKUSJON OG KONKLUSJON | 22 |
| REFERANSELISTE | 25 |

Innledning

Personer med psykisk utviklingshemming er sårbare for å utvikle utfordrende atferd (Helsedirektoratet, 2021). Holden, en anerkjent atferdsanalytiker, anslår at nærmere halvparten av personer med utviklingshindring som mottar omsorgstjenester, har problematisk eller utfordrende atferd (2021, s. 256). Samtidig har også personer med utviklingshemming en større sannsynlighet enn den generelle befolkningen for å oppleve traumer og at dette utvikler seg til posttraumatisk stresslidelse (PTSD)(Keesler, 2020, s. 332; Kildahl et al., 2019, s. 4-5). En annen problematikk som Kildahl og medarbeidere peker på blant mennesker med utviklingshindring er diagnostisk overskygging (2020, s. 1120). Det er altså en rekke utfordringer som sosialarbeideren må tenke på i arbeidet med denne gruppen.

Behandlingsmetoden som er bevist mest effektiv i arbeidet med utfordrende atferd, er atferdsanalyse (Holden, 2021, s. 256). Selv om dette er en anerkjent metode innenfor arbeidet med utviklingshindrede med utfordrende atferd, tar metoden lite høyde for traumer.

Traumebevisst omsorg (TBO) derimot er en tilnærming som har fått stor oppmerksomhet de siste årene i arbeidet med traumeutsatte grupper, likevel viser undersøkelsen til Rich og medarbeidere at det brukes lite i arbeidet med personer med utviklingshemming (2021, s. 604-605). Mangelen på kunnskap på dette område kan gjøre at denne gruppen mennesker ikke får den hjelpen eller det tilrettelagte tilbudet de trenger for å leve et fullverdig liv. På grunnlag av dette vil denne oppgaven undersøke hvordan to ulike tilnærminger kan komplementeres i arbeidet med utfordrende atferd hos mennesker psykisk utviklingshemming, gjennom en teoretisk studie. Mennesker med psykisk utviklingshindring, psykisk utviklingshemming og utviklingshindrede vil bli brukt som synonymer i denne oppgaven.

Grunntanken i atferdsanalyse er at all atferd, er lært atferd. Dette betyr at konsekvensen til en gitt atferd, vil bestemme sannsynligheten for at atferden gjentas (Holth & Svartdal, 2010, s. 21). På denne måten ser atferdsanalytikerne utfordrende atferd som noe som er lært, grunnet konsekvensene dette gir for personen (Holden, 2021, s. 59). Atferdsanalytisk behandling handler derfor om å endre eller fjerne disse konsekvensene, for på denne måten forhindre den utfordrende atferden. Selv om atferdsanalyse er vist effektivt i arbeidet med utfordrende atferd, har denne metoden også fått kritikk for å ikke fokusere på det relasjonelle, og noen hevder at denne metoden kan være undertrykkende (Bakken, 2015, s. 113). Traumebevisst omsorg er i motsetning til atferdsanalyse en tilnærming fremfor en bestemt metode. Fokuset til TBO er på mange måter det atferdsanalysen har fått kritikk på, nemlig det relasjonelle. Bath viser til at de viktigste komponentene for å drive en traumbasert praksis er trygghet, relasjon og følelsesregulering (2008). Hvorvidt en traumebevisst tilnærming er nyttet i arbeidet med utfordrende atferd hos personer med utviklingshemming er lite forsket på, men

den forskningen som finnes på område viser til at en slik nærming vil være gunstig (Keesler, 2020, s. 343).

Traumer blant mennesker med psykisk utviklingshemming blir lite snakket om, til tross for at litteratur og forskning fastslår at denne gruppen er høyt utsatt (McNally et al., 2021, s. 945). Det er også lite forskning på om traumer kan påvirke utfordrende atferd. Men det er en klar antakelse at det er en sammenheng. Fordi utfordrende atferd er såpass hyppig hos mennesker med psykisk utviklingshemming, vil kunnskap om dette temaet være nyttig for sosialarbeidere og yrkesutøvere for å forbedre tjenesten til mennesker med psykisk utviklingshemming på flere arenaer. Ved å samle teori og forskning, vil denne oppgaven ta for seg hvordan man kan komplementere atferdsanalyse og traumebevisst omsorg i arbeidet med mennesker med psykisk utviklingshindring.

Problemstillingen er derfor: *«Hvordan kan atferdsanalytisk forståelse og behandling komplementeres med traumebevisstomsorg i arbeidet med utfordrende atferd hos personer med psykisk utviklingshindring»*. For å finne ut av dette tar oppgaven utgangspunkt i tre forskjellige forskningsspørsmål. Først vil det være naturlig å se på hvilken metode som er mest brukt i arbeidet med utfordrende atferd, det første forskningsspørsmålet er derfor *«hvordan fungerer atferdsanalyse i arbeidet med utfordrende atferd hos mennesker med psykisk utviklingshindring?»*. Det vil også være interessant å se på hvordan traumer kan påvirke mennesker med psykisk utviklingshindring og på hvilken måte man kan arbeide med disse. Det andre forskningsspørsmålet er derfor *«hvordan kan traumebevisst omsorg brukes i arbeidet med mennesker med psykisk utviklingshindring»*. Tilslutt for å kunne svare på problemstillingen vil det være nødvendig og først kartlegge hvordan TBO og atferdsanalyse kan kombineres uten det aspektet som personer med psykisk utviklingshindring og utfordrende atferd vil tilføye. Det tredje forskningsspørsmålet er derfor: *«Hvordan kan traumebevisst omsorg komplementeres med atferdsanalyse?»*.

Bakgrunn

Psykisk utviklingshemming

Psykisk utviklingshindring blir i den internasjonale sykdomsklassifikasjonen, ICD-10, definert som mennesker som har stagnert eller mangelfull utvikling av evner og funksjonsnivå (World Health Organization, 1999, s. 224). Hos en person med utviklingshindring er de ferdighetene, altså de motoriske, kognitive, sosiale og språklige ferdighetene, som bidrar til det generelle intelligensnivået, svekket. Fordi tilpasningsatferden alltid vil være svekket hos en person med utviklingshemming, må det foreligge utfordringer i dagliglivet til personen for å få denne typen diagnosen (World Health Organization, 1999, s. 224).

Diagnosen psykisk utviklingshemming er i ICD-10 inndelt i fire kategorier, der de i hovedsak er inndelt etter IQ-nivåer. Med dette sagt, er det viktig å nevne at WHO understreker at disse kategoriene er kun veiledende, altså de grensene mellom de ulike inndelingen er ikke absolutte. For å stille riktig diagnose, må det baseres på helhetlige ferdighetsmålinger og ikke kun etter IQ-nivået. De fire kategoriene er lett psykisk utviklingshemming, moderat psykisk utviklingshemming, alvorlig psykisk utviklingshemming og dyp psykisk utviklingshemming (World Health Organization, 1999, s. 224-225).

For å gi en kort beskrivelse av de ulike typene har jeg kortet det ned til IQ verdien og språkmestring. Personer med *lett psykisk utviklingshemming* vil ha en IQ verdi som ligger mellom 50-69. De fleste med denne diagnosen vil kunne mestre dagligtale, selv om språket vanligvis kommer noe sent. Ved *moderat psykisk utviklingshemming* vil IQ-nivået vanligvis ligge mellom 35-49. Variasjonen på det språklige er stor, noen lærer aldri å bruke språket mens andre kan delta i enkle samtaler. Ved *alvorlig psykisk utviklingshemming* ligger IQ-nivået vanligvis mellom 20-34. Språket vil være begrenset, og igjen, varierende. Noen vil kunne lære seg tegnspråk og kunne forstå enkle uttalelser. Ved *dyp psykisk utviklingshemming* vil IQ-nivået være under 20. Her vil språkforståelsen være svært begrenset for de fleste, men noen vil kunne forstå grunnleggende språk og ytre enkle uttalelser (World Health Organization, 1999, s. 225-228). Mennesker med utviklingshindring vil også ha en varierende grad av evne til selvregulering atferd og følelser (Bakken, 2015, s. 100).

ICD-10 beskriver også at mennesker med psykisk utviklingshemming er minst tre til fire ganger mer sannsynlig enn resten av befolkningen og rammes av andre psykiske lidelser. I tillegg til dette har de også «større risiko for å bli utnyttet, mishandlet eller seksuelt misbrukt» (World Health Organization, 1999, s. 224).

Utfordrende atferd

Erik Emerson har den mest brukte definisjonen av utfordrende atferd, som lyder slik: “Culturally abnormal behavior(s) of such intensity, frequency or duration that the physical safety of the person or others is likely to be placed in serious jeopardy, or behaviors which is likely to seriously limit use of, or result in the person being denied access to, ordinary community facilities”(2001, s. 3). Det at atferden er utfordrende, betyr både at atferden kan være utfordrende for personen selv, men i all hovedsak betyr det at atferden er utfordrende for personene i omgivelsene, som familie eller andre omsorgsgivere (Holden, 2021, s. 29; Nøttestad & Søndena, 2009, s. 234). Det skiller gjerne mellom to ulike grader av utfordrende atferd, utfordrende atferd og mer krevende utfordrende atferd. Mer krevende utfordrende atferd innebærer at «atferden må forekomme daglig, og den må vanligvis forhindre den enkelte i å delta i opplæringsprogrammer eller andre aktiviteter» (Nøttestad & Søndena, 2009, s. 235). Vanligvis vil personen forårsake fysisk skade på seg selv eller andre og det krever at flere personale er tilstede for å kontrollere personen (Nøttestad & Søndena, 2009, s. 235). Utfordrende atferd kan være så mangt, men generelt sett kan vi dele det opp i fire hovedformer: selvskading, angrep mot andre, ødeleggelser og tilslutt annen vanskelig, forstyrrende og sosialt uakseptabel atferd (Alborz, Emerson, Kiernan & Quershi, referert i, Holden, 2021, s. 34).

Det er en utfordring i fagfeltet å kartlegge risikofaktorer for utfordrende atferd, grunnet at bakgrunnen for atferden vanligvis er sammensatt og kompleks (Bakken, 2015, s. 26). Likevel finner man noen sammenhenger mellom blant annet utfordrende atferd og alder, grad av utviklingshemming, somatiske lidelser, psykiske lidelser og bosituasjon (Holden, 2021, s. 37-45). Alder fordi utfordrende atferd viser en stigning frem til ungdomsalder, deretter er det relativt stabilt før det avtar noe etter 50 års alder (Nøttestad & Søndena, 2009, s. 235). Utfordrende atferd er også mer vanlig for personer med stort bistandsbehov, enn for de som er selvstendig i større grad (Nøttestad & Søndena, 2009, s. 237). Personer med dyp psykisk utviklingshemming har således en høyere forekomst av utfordrende atferd enn personer med lett psykisk utviklingshemming. Utfordrende atferd viser også en større forekomst hos utviklingshindrede som i tillegg har en psykisk lidelse. Samtidig peker Holden på at det ikke finnes en direkte sammenheng mellom diagnose og utfordrende atferd, at to personer med samme diagnose vil sjeldent ha samme type utfordrende atferd (2021, s. 43).

Tvang og makt

Mennesker med psykisk utviklingshemming mottar ofte tjenester fra kommunen, som dagtilbud, botilbud og avlastning. I den nasjonale veilederen til helsedirektoratet står det at kommunen skal arbeide systematisk for å forebygge utvikling av utfordrede atferd hos personer med utviklingshemming (2021). I veilederen anbefaler også Helsedirektoratet at når

habiliteringstjenesten bistår med dette arbeidet, bør det brukes verktøy fra atferdsanalysen, som funksjonelle analyser og atferdsspesifikke tiltak med utgangspunkt i disse analysene (2021).

Disse tjenestene ligger også under Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (2011). Lovens formål er blant annet å behandle og tilrettelegge for mestring, fremme sosial trygghet, bidra til likeverd, bedre levekår og skape en meningsfull tilværelse for personer med psykisk utviklingshemming (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, § 1-1). Helse- og omsorgstjenesteloven skal også «sikre at tilbudet er tilpasset den enkeltes behov» og at tjenesten «tilrettelegges med respekt for den enkeltes integritet og verdighet» (2011, §1-1). Kapittel 9 i helse- og omsorgstjenesteloven omhandler rettsikkerhet ved bruk av tvang og makt for personer med utviklingshemming (2011). Formålet med kapitlet er å «hindre at personer med psykisk utviklingshemming utsetter seg selv eller andre for vesentlig skade og forebygge og begrense bruken av tvang og makt» (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, §9-1).

Berge og Ellingsen hevder at 25% av personer med utviklingshindring og som mottar omsorgstjenester fra kommuner, har tvangsbruk rettet mot seg (2017). I loven som omhandler personer med psykisk utviklingshemming, kapittel 9 i helse- og omsorgstjenesteloven, presiseres det i §9-4 et krav til forebygging og at kommunen plikter å sørge for at det skal legges til rette for minst mulig bruk av tvang (2011). Likevel er det en økning av registrert tvangsbruk ovenfor personer med utviklingshindring (Dragsten & Søndena, 2014). Dragsten og Søndena konkluderer imidlertid om at denne økningen er et resultat av økt kunnskap og høyere etisk bevissthet som har ført til bedre registrering i bruken av tvang og makt (2014). Men det er fortsatt grunn til å tro at det mye mørketall. Dette viser også Fjeldvær i sin masteroppgave, der hun beskriver at tvang og makt ofte blir den enkle løsningen grunnet for liten kompetanse, og at det med stor sannsynlighet er mye tvang som ikke registreres (2014).

Teoretisk grunnlag og forskning på feltet

Traumebevisst omsorg

Traumebevisst omsorg, også kalt TBO, er ikke en spesifikk metode, men kan heller forklares som en tilnærming som bygger på kunnskaper om hvordan traumer påvirker hjernens utvikling, og hvordan dette vil påvirke evnen til regulering (Amble & Dahl-Johansen, 2016, s. 69). Det handler på mange måter om å være bevisst på faktorer som kan være traumatiserende, slik at man kan forhindre nye traumer og re-traumatisering (Rich et al., 2021, s. 606). Som nevnt i innledningen har utviklingshindrede både en større risiko for å oppleve traumer samtidig som at disse traumene vil kunne påvirke den psykiske helsen i større grad enn den generelle befolkning, og dermed også en større sårbarhet for utvikling av posttraumatisk stresslidelse (Keesler, 2020; Kildahl et al., 2019, 2020; McNally et al., 2021). Likevel finner McNally i sin gjennomgang av Keesler sin undersøkelse om hvorvidt traumebevisst omsorg blir brukt i arbeidet med mennesker med psykisk utviklingshemming at mange organisasjoner har fokus på noen elementer av TBO, som eksempelvis trygghet, men at resterende elementer ikke var lagt særlig fokus på (2021, s. 943).

Varvin peker på at traumatisering særlig innebærer tre forhold, disse er, (en) noe forferdelig skjer, (to) personen opplever det som at ingen vil hjelpe og (3) personen har en opplevelse om at ingen bryr seg om hen (2018, s. 446). Traumer kan derfor også forklares som subjektive, for det handler om hvordan personen føler det. Hvordan personen påvirkes av traumene avhenger av mange faktorer, men visse type symptomer etter traumatisering vil kunne kvalifiseres som posttraumatisk stresslidelse (Varvin, 2018, s. 450). Blant annet flashbacks, altså gjenopplevelse av traumene, at man unngår og er redd situasjoner som kan minne om traume og det kan være «akutte utbrudd av frykt, panikk eller aggresjon» (World Health Organization, 1999, s. 146). Posttraumatisk stressforstyrrelse kan vise seg kort tid etter den traumatiske hendelsen har skjedd, men det kan også vise seg først ved nye belastninger (Varvin, 2018, s. 451).

HPA-aksen og konsekvensene av langvarig utskillelse av kortisol

Traumatiske hendelser vil kunne påvirke hjernens alarm- og reguleringssystem. Hjernen har komplekse systemer for å sette kroppen i beredskap ved potensielle truende situasjoner (Nordanger & Braarud, 2017, s. 59-69). Amygdala, også kalt hjernens alarmsentral, er den delen av hjernen som har i oppgave å oppfatte potensielle truende situasjoner og sende denne informasjonen videre til HPA-aksen for å omgjøre informasjonen til aktivitet (Nordanger & Braarud, 2017, s. 59). HPA-aksen består i hovedsak av den forbindelsen det er mellom hypothalamus og binyrebarken, og funksjonen til HPA-aksen er å gjøre kroppen klar for den potensielle trusselen. Hypothalamus sender altså et signal til binyrebarken, slik at

binyrebarken sender ut stresshormonene adrenalin og kortisol (Nordanger & Braarud, 2017, s. 59). Kortisol gir ekstra energi til kroppen og setter de prosessene som er mindre viktige der og da i en slags ventetilstand, slik at kroppen kan fokusere på den aktuelle trusselen (Blindheim, 2012, s. 179). Nordanger og Braarud viser til at fordøyelse, immunresponser og vekst er eksempler på disse typene av prosesser som blir satt på vent (2017, s. 60).

Langvarig utskillelse av kortisol vil derfor kunne skade personen somatisk, ved at kroppslige funksjoner og immunsystemet blir svekket, men også den sosiale og atferdsmessige fungeringen (Blindheim, 2012, s. 179-180; Nordanger & Braarud, 2017, s. 88-90).

Vedvarende kortisolutskillelse vil også kunne påvirke reguleringssystemet, ved at hippokampus og prefrontal korteks, som har i oppgave å huske og fortolke hendelser, blir svekket (Blindheim, 2012, s. 180; Nordanger & Braarud, 2017, s. 60-63). En person som har opplevd traumatiske hendelser, og da en langvarig utskillelse av kortisol, vil derfor både ha et alarmsystem som er hyperaktivt og vil finne potensielle farer, selv der det ikke er noen, samtidig som reguleringssystemet er svekket, som gjør at det ikke vil kunne klare å gjenkjenne «falsk alarm» (Nordanger & Braarud, 2017, s. 59-69). Nordanger og Braarud forklarer dette som at «reguleringssystemet mister kontroll over HPA-aksen», og det er også et symptom på PTSD (2017, s. 66).

Litteraturen og forskningen på PTSD hos utviklingshindrede er begrenset, både når det kommer til symptombilde og evidensbaserte behandlinger for dette (Keesler, 2020; Kildahl et al., 2019; McNally et al., 2021). Det forskningen er samstemt om er at finnes en rekke utfordringer ved diagnostisering og behandling av PTSD hos personer med utviklingshindring. Både at det er manglende kunnskap i fagfeltet om PTSD hos mennesker med utviklingshemming, mangel på diagnostiske verktøy men også utfordringer gjeldene diagnostisk overskygging, altså at symptomer blir feiltolket som eksempelvis en del av diagnosen psykisk utviklingshemming eller som utfordrende atferd (Keesler, 2020; Kildahl et al., 2019; McNally et al., 2021).

De tre grunnpilarene

Howard Bath, som er en sentral figur innenfor TBO, fremmer spesielt tre ting som betydningsfulle i tilfriskningsprosesser innenfor traumebevisst omsorg (2008). Disse kaller han for de tre grunnpilarene og består av trygghet, relasjon og følelsesregulering (Bath, 2008, s. 18). En opplevelse av trygghet, både fysisk og psykisk, er sentralt for mennesker som har opplevd traumer. Denne tryggheten kan oppnås gjennom forutsigbarhet, åpenhet, tilgjengelighet og stabilitet fra omsorgsgivere (Bath, 2008, s. 19). Dette vil kunne roe ned nervesystemet som er blitt hypersensitivt som en konsekvens av traumene, men det vil også kunne gjøre toleransevinduet større (Amble & Dahl-Johansen, 2016, s. 69).

Positive relasjoner er noe som lenge har vært anerkjent som helsefremmende i arbeidet med mennesker. Det man også ser er at ofte kan relasjonen mellom bruker og hjelper være mer effektivt i tilfriskningsprosessen, enn den spesifikke metoden som blir brukt (Bath, 2008, s. 20). I TBO snakker man ofte om at traumeutsatte barn kan ha lært seg å forbinde voksne med noe vondt, og at de er vare for tette relasjoner (Amble & Dahl-Johansen, 2016, s. 69). Tilsvarende kan man også se hos mennesker med psykisk utviklingshemming, at de møter yrkesutøvere eller omsorgsgivere med en skepsis, på grunn av tidligere erfaringer. Det vil derfor være viktig at omsorgsgivere møter disse menneskene med sensitivitet og respekt (Amble & Dahl-Johansen, 2016, s. 69).

Følelsesregulering er ikke en medfødt evne, men noe man vanligvis lærer seg som barn ved hjelp av reguleringsstøtte (Nordanger & Braarud, 2017, s. 37-38). Reguleringsstøtte, også kalt samregulering, er på mange måter det som skjer når omsorgsgiver trøster barnet. At omsorgsgiver samtidig som hen er beroligende, kjærlig og trøstende med kroppsspråket også setter ord på det barnet føler, slik at barnet kan lære både hvordan de forskjellige følelsene arter seg i kroppen men også at følelsene ikke er noe farlig (Amble & Dahl-Johansen, 2016, s. 70). På denne måten vil et barn som har opplevd å bli møtt med trygghet i belastende situasjoner, lære at disse situasjonene kan mestres ved hjelp av samregulering fra omsorgsgiver (Nordanger & Braarud, 2017, s. 48). Etterhvert som barnet erfarer denne mestringen vil det dannes indre arbeidsmodeller om hvordan barnet kan regulere seg selv (Nordanger & Braarud, 2017, s. 49). Mestring er derfor en stor del av den traumebevisste omsorgen. Dersom man har opplevd traumer, vil man gjerne ha vanskeligheter med å regulere seg selv, og det vil være sentralt å ha en voksen som kan hjelpe til med følelsesreguleringen. På mange måter handler dette om en omsorgsperson som er lyttende og som hjelper til å reflektere over hvorfor man føler det som man føler (Bath, 2008).

Atferdsanalytisk tilnærming og behandling

Atferdsanalyse er en tilnærming og behandlingsmetode som ikke bygger på en konkret teori, men en samling av en rekke strategier som er basert på forskning med formål om å endre atferden til personer med psykiske vansker (Skjerve, 2019, s. 338). To sentrale begrep som har skapt grunnlaget til den atferdsanalytisk tilnærmingen er operant-og klassisk betingning (Holth & Svartdal, 2010, s. 21). Atferdsanalyse bygger derfor på Skinners arbeid om operant betingning og Pavlovs arbeid om klassisk betingning (Skjerve, 2019, s. 339-340).

Operant betingning «er en læringsform der følgene av en atferd påvirker sannsynligheten for at atferden gjentas» (Skjerve, 2019, s. 339). Altså at dersom effekten av en atferd er positiv, blir sannsynligheten for gjentakelse økt og en vane vil bli etablert (Skjerve, 2019, s. 339).

Konsekvensen for atferden styrer altså om atferden vil bli gjentatt. Klassisk betinging «er læring som innebærer at medfødte reaksjoner på bestemte stimuli blir utløst av andre typer stimuli» (Skjerve, 2019, s. 340). Et eksempel på dette er det Pavlovs eksperiment med hunder (Skjerve, 2019, s. 340). Han oppdaget at hunder ikke bare skilte ut spytt når de spiste, men også når de så maten. Det at hunden skiller ut spytt når den spiser, er en medfødt reaksjon, mens det at hundene skiller ut spytt når de ser mat, det er derimot en lært atferd (Skjerve, 2019, s. 340).

Atferdsanalytiske forståelsen for angstlidelser

Det at atferdsanalysen ikke har et fokus på traumer, finner Rajaraman og medarbeiderne hans flere grunner til (2022). Blant annet at traumbegrepet er vanskelig å ta tak i og at atferdsanalytikerne baserer sin behandling på problemer som er «her og nå» fremfor å se på historikken til personen (Rajaraman et al., 2022, s. 42-44). Dette skal vi se videre på i diskusjonen, men først blir det sentralt å se på det atferdsanalytiske synet på traumer.

«Fear conditioning» er en dyremodell som er blitt brukt av atferdsanalytikere for å forstå angstlidelser som eksempelvis PTSD (Bienvenu et al., 2021, s. 2380). Den omhandler å sammenkoble nøytral stimulus, gjerne en lyd, sammen med en mild form for fysisk sensasjon/smerte, som for eksempel elektrisk støt, slik at man fremkaller en type fryktatferd. Dette vil etterhvert gjør den nøytrale stimulusen, altså lyden, skremmende fordi den blir assosiert med en form for smerte (Bienvenu et al., 2021, s. 2380-2381).

Et lignende eksperiment ble utført av John B. Watson og Rosalie Rayner, men der eksperimentet ble gjort på liten gutt som ble kalt for «lille Albert» (1920). Lille Albert ble presentert en rotte samtidig med en sterk lyd. Gutten viste i utgangspunktet ingen tegn på uro ved synet av rotten, men kort tid inn i eksperimentet endret dette seg. Lille Albert viste tilslutt sterke tegn på frykt på synet av rotten uten den sterke lyden og viste også frykt for gjenstander og dyr som lignet på rotten (Watson & Rayner, 1920). Dette fenomenet kan forklares ved hjelp av klassisk betinging. Det at gutten reagerer med frykt for den høye lyden er en medfødt reaksjon, men at han etterhvert reagerte slik på den nøytrale stimulusen (altså rotten), er en lært atferd. Videre kan man også forstå hvordan angsten opprettholdes ved bruk av operant betinging, fordi konsekvensen av atferden vil påvirke sannsynligheten for at denne atferden gjentas (Holth & Svartdal, 2010, s. 22). Som eksempelvis lille Albert vil nok sannsynligvis prøve å unngå steder der det kan finnes rotter, grunnet at han assosierer rotter med fare og frykt.

Det er viktig å nevne at eksperimentet med lille Albert har av åpenbare grunner fått sterk kritikk, og et slikt eksperiment ville aldri blitt gjennomført den dag i dag. Eksperimentet har

likevel vist seg å være verdifullt for den atferdsanalytiske forståelsen for angstlidelser og fobier.

Funksjonelle analyser

Det er finnes en rekke ulike metoder og retninger innenfor atferdsanalyse, men den metoden som kan hevdes å være den mest grunnleggende innenfor atferdsanalysen er funksjonelle analyser og behandling (Holden, 2021). I den nasjonale veilederen til helsedirektoratet, blir Løkke og Salthes «sjekklister for målrettet tiltaksarbeid», som i all hovedsak er en måte å drive med funksjonelle analyser, anbefalt i arbeidet med utfordrende atferd (Helsedirektoratet, 2021; Løkke & Salthe, 2012). Derfor vil oppgaven fokusere på denne retningen innenfor atferdsanalyse.

Det er ikke alltid tydelig hva som kan forsterke en viss type atferd, i noen tilfeller kan hvordan tjenesteutøvere forholder seg til den utfordrende atferden faktisk forsterke den, uten at tjenesteyterne er klar over dette. Holden viser til at tjenesteytere ofte tror at tilsnakk vil redusere forekomsten av den utfordrende atferden, men hvis personen liker den oppmerksomheten som tilsnakk gir, vil det kunne ha motsatt effekt (2021, s. 60). Funksjonelle analyser handler om å finne ut hvilke funksjoner en atferd har, og på denne måten utforme tiltak som kan redusere atferden (Arntzen, 2014, s. 59; Strømgren & Dønnum, 2013, s. 135).

Utførelsen av funksjonelle analyser kan deles inn i tre hovedmåter. Disse er indirekte metoder, ren observasjon og eksperimentelle metoder (Holden, 2021, s. 90-98). Disse kan både brukes individuelt, men vanligvis blir de benyttet sammen. *Indirekte metoder* er funksjonelle analyser som blir utført av en som ikke er i direkte kontakt med personen som atferden gjelder. Her kan man bruke redskaper som spørreskjemaer, og/eller man kan benytte seg av intervjuer av omsorgsgivere og yrkesutøvere som kjenner personen godt (Torve & Larsen, 2020, s. 83). Utarbeidede skjemaer kan være til hjelp i den tidlige fasen i en funksjonell analyse fordi det gjør at tjenesteutøvere kan gjøre mye av kartleggingen selv. Det kan dog være problematisk å bruke disse skjemaene fordi tjenesteutøverne ofte har ulike tanker om atferden og vil kunne svare forskjellig på disse slik at resultatet blir unøyaktig (Holden, 2021, s. 96). Ved intervjuer av en utenforstående, kan resultatet bli mer nøyaktig og er spesielt nyttig dersom den utfordrende atferden ikke skjer så ofte eller dersom den ikke skjer i det hele tatt når noen utenforstående er tilstede (Holden, 2021, s. 96-97).

Ren observasjon, også kalt deskriptive metoder handler om å observere personen, gjerne så mye som mulig med ulike yrkesutøvere, i forskjellige, men naturlige situasjoner (Torve & Larsen, 2020, s. 84). Dette er for å se om «atferden (1) utløses av spesielle etablerte operasjoner, (2) om komplekse motivasjonelle forhold spiller inn, eller (3) om spesielle

konsekvenser forsterker den» (Holden, 2021, s. 93). Denne metoden blir utført av en utenforstående som vil forsøke å være så usynlig som mulig, altså bare tilstede og observerer personen og tjenesteutøverne. Det hender likevel at den utfordrende atferden avstår når disse observasjonene skjer, og derfor anbefales det at intervjuer gjøres itillegg (Holden, 2021, s. 97).

Ekperimentelle metoder er en metode der man undersøker foranledningene til en atferd ved å teste ut ulike typer av betingelser (Holden, 2021, s.94-95). Dersom atferden har en høyere eller lavere forekomst ved den testede betingelsen, vil man kunne kartlegge hvorfor atferden forekommer. Selv om dette har vært en metode som har blitt sett opp til i USA, anbefaler ikke atferdsanalytikerne i Norge denne metoden, med mindre de øvrige metodene ikke har gitt noen resultater (Holden, 2021, s. 94-95; Torve & Larsen, 2020, s.83). Dette fordi det er etisk problematisk og faglig uforsvarlig å legge til rette for og i verste fall provosere frem utfordrende atferd (Holden, 2021, s. 96; Torve & Larsen, 2020, s.83).

Hva resultatene av den funksjonelle analysen brukes til

Resultatene fra funksjonelle analyser kan brukes i det Holden kaller for funksjonell behandling (2021, s. 103). Funksjonell behandling kan deles i to ulike kategorier, aktiv og passiv behandling. Aktiv behandling dreier seg om at personen skal «endre atferd gjennom læring, i hovedsak forsterkning og ekstinksjon» (Holden, 2021, s. 105). Dette kan skje på to måter. Den første er at personen bare oppnår forsterkere eller unnslippelse ved å avstå fra den utfordrende atferden (Holden, 2021, s. 106). I praksis betyr det at dersom de funksjonelle analysene resulterer i funn om at personen eksempelvis utøver utfordrende atferd fordi hen vil være alene, får ikke personen være alene med mindre hen avstår fra utfordrende atferd. Den andre er at forsterkerne opphører, altså ved ekstinksjon (Holden, 2021, s. 64). Enten ved at de opphører helt, eller at forsterkerne eller unnslippelsen skjer uavhengig av atferden.

Passiv behandling omhandler forandringer i miljøet, med mål om å fjerne eller redusere motivasjonen person har for utfordrende atferd. Et av mange eksempler på dette kan være dersom personen utagerer ved oppgaven hen må utføre, kan man dempe kravene eller gi personen mer hjelp i utførelsen (Holden, 2021, s. 121). Hvis det er sammenheng mellom somatiske plager og den utfordrende atferden, og personen får behandling for dette, vil det også ligge under passive metoder (Mydland, 2013, s. 55). Det samme gjelder «endring i boforhold, fritidstilbud og personalsammensetning» dersom disse endres for å påvirke personens atferd (Mydland, 2013, s. 55).

Diskusjon

Atferdsanalyse i arbeidet med utfordrende atferd hos utviklingshindrede

Denne delen av diskusjonen vil ta for seg det første forskningsspørsmålet som omhandler hvordan atferdsanalysen fungerer i arbeidet med utfordrende atferd hos personer med psykisk utviklingshindring.

De funksjonelle analysene og behandlingen

Funksjonelle analyser blir brukt i arbeidet med ulike typer av utfordrende atferd, med gode resultater (Arntzen, 2014; Holden, 2021; Torve & Larsen, 2020). Det er en behandlingsmetode som kan egne seg spesielt til mennesker med utviklingshindring som har en redusert evne til kommunikasjon, fordi mye av behandlingen baserer seg som nevnt på observasjoner og intervjuer av de nærstående.

Hovedpoenget med funksjonelle analyser er å finne ut hvilken funksjon en atferd har, og disse blir av atferdsanalytikerne delt inn i ulike grupper. For å se på de ulike gruppene atferdsanalytikerne bruker og hvilke som forekommer hyppigst kan man se på en undersøkelse gjort av Torve og Larsen, som har sammenfattet resultater av flere ulike forskningsartikler der konklusjonen av funksjonen for atferden var som følger:

Oppmerksomhet 31,8%, unnslippelse eller unngåelse 22,7% og automatisk forsterkning 4,5 % (2020, s. 88). De resterende 9,1 % ble kategorisert som andre årsaker, grunnet at den funksjonelle analysen ikke ga resultater som gjorde at man kunne konkludere med at atferden hadde noen funksjon (Torve & Larsen, 2020, s. 88). Det denne undersøkelsen også viser er at i de fleste tilfellene som funksjonelle analyser ble brukt, har man kommet frem til en funksjon for atferden som kan brukes når man utformer behandlingen. Men faren ved si at funksjonen for den utfordrende atferden eksempelvis er oppmerksomhet, er at man kan mangle en mer nyansert forståelse for atferden. Et eksempel Strømgren og Dønnum peker på er at dersom en person ofte slår seg selv på ørene, kan dette «tolkes som lært atferd som gir tilgang på oppmerksomhet», men det kan også være at personen er i ubehag på grunn av smerter eller støy (2013, s. 134). Dersom man ser på utageringen kun som en funksjon for personen for å få et gode eller en forsterkning i form av for eksempel oppmerksomhet på en eller annen måte, kan dette føre til en forenkling av en situasjon som kan være svært kompleks.

En forutsetning for å drive med funksjonelle analyser og behandling er at man har en høy faglig kompetanse, for det er mange aspekter som skal tas hensyn til. Blant annet valget mellom hvilken type metode innenfor funksjonell analyse som vil være riktig i forhold til hvilken type atferd. Noen atferdsanalytikere mener at enkle analyser, eksempelvis ved hjelp

av observasjoner, vil kunne avdekke essensen i funksjonen til atferden, mens andre mener at en slik forenkling av analyser kan være svært uheldige og at dette kan virke mot sin hensikt (Torve & Larsen, 2020, s. 67). Dette er altså noe atferdsanalytikerne selv er uenige om, for slik som Larsen og Tore peker på, finnes det lite grunnlag for å si hvilke kombinasjoner av funksjonelle analyser som vil være nyttige i hvilke tilfeller av utfordrende atferd (2020, s. 89-90). To ulike metoder, som eksempelvis indirekte metoder og ren observasjon gjort hver for seg kan i noen tilfeller gi helt ulike svar på hva som er funksjonen til atferden, og det kan være vanskelig å avgjøre hvilket svar man skal «stole» på (Torve & Larsen, 2020, s. 89-90). Hvorfor analysene kan gi forskjellig svar, er grunnet i at den utfordrende atferden gjerne ikke bare er én spesifikk type av utfordrende atferd, men flere. Ofte er de ulike typene av utfordrende atferd bunnset i samme type funksjon, altså hva personen oppnår ved å vise atferden, men det kan også være at én type utfordrende atferd har én type funksjon og den andre har en annen. Dette krever at man må til en viss grad sortere den utfordrende atferden og analysere handlinger som har ulike foranledninger og funksjoner eller konsekvenser hver for seg (Holden, 2021, s. 89).

Det er heller ikke slik at atferdsanalyse er en «rask behandlingsmetode», det krever tid og ressurser, for ikke å glemme faglig kompetanse. Mennesker med utviklingshindring har gjerne mange yrkesutøvere som jobber med vedkommende og funksjonelle analyser og behandling krever at alle utfører tjenesten så likt som mulig for at behandlingen skal fungere, og spesielt om behandlingen skal fungere over tid og hindre tilbakefall (Holden, 2021, s. 220). Blant annet kan to tjenesteutøvere utføre samme type metode, som eksempelvis holde tilbake forsterkere, der personen aksepterer at den ene gjøre det men ikke den andre (Holden, 2021, s. 121). Dette kan for eksempel ha noe med kroppsspråk og stemmeleie å gjøre, at selv om de to yrkesutøverne gjør det samme på papiret, så er det noe med utførelsen som likevel ikke blir lik og som kan skape utfordringer i arbeidet.

Et etisk perspektiv på behandlingsmetoder

Det finnes altså to ulike måter og bruke de funksjonelle analysene, dette er enten passive eller aktive metoder, eller en kombinasjon av disse (Holden, 2021, s. 105-132). Ved aktive metoder, er målet at personen skal endre atferd gjennom læring, enten ved å avstå fra forsterkere eller lære seg en ny mer akseptert atferd (Mydland, 2013, s. 55). På mange måter handler det om å lære personen å stå i ubehagelige situasjoner som personen selv ikke vil være i. Passive metoder krever ikke like mye fra personen, fordi det handler om å endre miljøet og på mange måter endre forventningene til personen. Dette kan for eksempel gjøres ved å redusere opplevde mangler og ubehag (Holden, 2021, s.120-121). Dette kan handle om å gi personen mer tilgang på aktiviteter som personen vanligvis vil utagere for å få, eller at

man stiller lavere krav og hjelper personen med aktiviteter som personen vanligvis utagerer for å unngå (Holden, 2021, s.120-121).

Personer med utviklingshindring som mottar kommunale tjenester som eksempelvis botilbud har, selv om lovbestemmelser krever at tjenestene skal utøve brukermedvirkning, generelt sett lite kontroll over eget liv. De har i mange tilfeller ikke mulighet til å samtykke til forskjellige behandlingsmetoder, og tjenesteyterne må hele tiden balansere etiske dilemmaer knyttet rundt hva som er for brukerens beste og samtidig behovet for selvbestemmelse (Bakken, 2015, s. 182). Det finnes derfor et tydelig etisk dilemma med de aktive metodene i arbeidet med personer med utviklingshindring. For slik Mydland peker på, skal personen måtte tåle de ulike former for ubehag som følger med de aktive metodene og i så fall hvorfor? (2013, s.55). Hvorfor skal man ikke tillate en person å trekke ut av ubehagelige situasjoner som er konstruert av oss som tjenesteutøvere? Disse spørsmålene bør ha noen gode svar, både etisk og faglig basert, før et eventuelt valg av metoder.

Dersom man ser på ulike typer av behandling av utfordrende atferd i et historisk perspektiv, kan man se slik Berge og Ellingsen forteller at «fortiden rommer mange eksempler på handlinger utført i «beste evne» som i ettertid må ansees som rene overgrep» (2017, s. 80). Disse tvangsmetodene ble altså utført med en god hensikt og på mange måter ga de nok gode resultater, men som man i ettertid ser er et resultat av direkte overgrep (Berge & Ellingsen, 2017, s. 80). Med andre ord må grunnlaget for å velge aktive metoder kanskje være sterkere enn at det er effektivt. For jo, det kan være effektivt på den måten at personen lærer seg en mer akseptert form for atferd, men det kan også være undertrykkende og i verste fall en form for overgrep.

Svar på forskningsspørsmålet

Atferdsanalytikerne er som sagt opptatt av bevis og dokumentasjon, og ifølge Hovden, men også Eikeseth og Svartdahl er det ingen andre tilnærminger som har så god dokumentasjon og som viser seg så effektivt som atferdsanalyse (2010; 2021). Fordi håndfaste bevis og dokumentasjon blir holdt høyt, blir det for atferdsanalytikerne et spørsmål om man egentlig kan basere en vitenskapelig tilnærming på folks subjektive tanker (Baer, 2010, s. 209-210). Dette kan kritiseres, fordi dersom behandlingen kun baserer seg på det man kan se og bevise, mangler man en vesentlig del av et menneske, altså indre tanker og følelser. Svaret på forskningsspørsmålet *hvordan fungerer atferdsanalyse i arbeidet med utfordrende atferd hos mennesker med psykisk utviklingshindring* er noe delt. På en måte er funksjonelle analyser et godt hjelpemiddel når personen har en redusert evne for kommunikasjon som nevnt ovenfor. Den funksjonelle behandlingen viser seg også effektivt i arbeidet med å redusere utfordrende atferd. Men likevel er det mange etiske dilemma som atferdsanalysen diskuterer lite, og som

kan være forskjellen for om behandlingen fungerer fordi personen får det bedre eller om behandlingen fungerer fordi personen blir utsatt for undertrykkelse og avmakt.

Traumebevisst omsorg i arbeidet med mennesker med psykisk utviklingshindring

Videre i denne delen, skal oppgavens andre forskningsspørsmål, som handler om hvordan traumebevisst omsorg kan brukes i arbeidet med utviklingshindrede, utgreies.

Traumer hos mennesker med utviklingshindring

Det er en samstemthet mellom fagpersoner at utviklingshindrede har en større sårbarhet for å oppleve traumer og at disse traumene vil kunne påvirke den psykiske helsen i større grad enn hos den generelle befolkningen (Keesler, 2020; Kildahl et al., 2020; World Health Organization, 1999). McNally og medarbeidere peker på at en av grunnene til dette kan være at personer med utviklingshindring har manglende evner til å forutse potensielle farlige situasjoner (2021, s. 928). Samtidig peker også informantene i undersøkelsen til Kildahl m.fl. at det er mange mennesker med utviklingshindring som har opplevd negative livserfaringer som en følge av diagnosen sin, som eksempelvis at omgivelsene ikke er tilpasset deres behov, sosiale vansker knyttet til diagnosen men også uhensiktsmessig håndtering av utfordrende atferd (2020, s. 1127). Denne sårbarheten for traumer vil også variere ut i fra hvilken grad av psykisk utviklingshindring personen har. Dette forklarer Kildahl og medarbeidere er grunnet i at dess lavere IQ personen har, jo større risiko for å oppleve traumer (2019, s. 5). Dette betyr at en person med dyp utviklingshindring vil ha en større sannsynlighet for å oppleve traumatiske opplevelser enn en person med lett psykisk utviklingshemming. Utviklingshindrede vil også, grunnet de kognitive utfordringene som er en del av diagnosen, være dårligere rustet til å håndtere disse traumene (Kildahl et al., 2020, s. 1125).

Konsekvensen hos den generelle befolkningen for langvarig utskillelse av kortisol er blant annet svekket kognitive funksjoner og utfordringer ved emosjonsregulering, samt en reduksjon i den sosiale og atferdsmessige fungeringen (Nordanger & Braarud, 2017, s. 89-90). Dette er konsekvenser den generelle befolkningen får av langvarig utskillelse av kortisol, men som utviklingshindrede allerede har i utgangspunktet som en del av diagnosen psykisk utviklingshindring. Konsekvensene av langvarig utskillelse av kortisol og PTSD hos en person med utviklingshindring kan derfor antas å være enda mer påtagende, fordi de allerede har utfordringer knyttet til dette.

Traumer er som nevnt subjektive, og opplevelser som for den generelle befolkningen ikke vil klassifiseres som et traume, kan skape traumerelaterte symptomer hos mennesker med

psykisk utviklingshindring (Kildahl et al., 2020, s. 1128). Rittmannberger som Kildahl og medarbeidere referer til, viser til et godt eksempel på dette, der midlertidig hørselstap fra en øreinfeksjon kan føles traumatisk for en person med utviklingshindring, fordi dersom man ikke forstår hvorfor dette skjer eller at det faktisk bare er midlertidig, vil det kunne oppleves som svært skremmende (Kildahl et al., 2020, s. 1127). Et annet eksempel på dette er tap av omsorgsgivere på grunn av eksempelvis stor «turnover» i omsorgsinstitusjonen de bor på som er relativt vanlig for personer med utviklingshemming, noe som igjen må forstås som potensielt traumatisk (Kildahl et al., 2020, s. 1128). Med dette i bakhodet, vil det være naturlig å forstå at eksempelvis bruken av tvang og spesielt dersom personen blir lagt i bakken eller hold fast, at dette vil kunne være med å skape nye traumer eller rive opp i eldre negative opplevelser.

PTSD hos mennesker med psykisk utviklingshindring og diagnostisk overskygging

Det er som nevnt lite kunnskap om PTSD og hvordan dette arter seg hos mennesker med utviklingshemming. De få studiene om dette temaet varierer metodisk, noe som gjør det vanskelig å trekke likhetslinjer mellom de (Kildahl et al., 2019, s. 10). Det studiene har til felles er at negative endringer i følelser og tanker kan sees på som et symptom på PTSD. Symptomer som flashbacks, som er et vanlig symptom i den generelle befolkningen, er vist i noen undersøkelser, men er vanskelig å stadfeste grunnet personer med utviklingshemming sin evne til å forstå og kommunisere sine indre tanker til andre (Kildahl et al., 2019, s. 10-15). Det er altså for lite kunnskap på feltet til å stadfeste konkrete symptomer, men Keesler viser at emosjonelle utbrudd, aggresjon og selvskading kan være eksempler på potensielle symptomer (2020, s. 332-333). Problemet er at disse symptomene ikke er eksklusivt til PTSD, men det kan også være tegn på eksempelvis utfordrende atferd, og dette gjør diagnostisk overskygging til en utfordring (Kildahl et al., 2019, s. 19).

Mennesker med psykisk utviklingshindring har varierende grad av språk og forståelse, som kan være med på å forverre opplevelsen av traumer. En person med utviklingshindring som ikke kan gjøre seg forstått ved språk vil desto mer forsøke å gjøre seg forstått med kroppsspråket, derav en økt risiko for at PTSD vil kunne bli uttrykt gjennom utfordrende atferd (Kildahl et al., 2020, s. 1135). Spesielt vil opplevelsen av traumer forverres dersom smerteuttrykket for PTSD hos en person med utviklingshindring viser seg i utagering og at denne atferden blir håndtert ved bruk av makt, som eksempelvis fastholding av hender eller å bli lagt i bakken (Bakken, 2015, s. 109). En slik håndtering vil ikke bare forsterke triggere, men det vil også kunne bidra til re-traumatisering. Selv om ikke alle som viser utfordrende atferd har PTSD og ikke alle med PTSD har utfordrende atferd, kan man se en slags sammenheng mellom disse. Over halvparten av mennesker med utviklingshindring som

mottar omsorgstjenester har en form for utfordrende atferd, samtidig som vi vet at det ligger en så stor sårbarhet for traumeopplevelser i denne gruppen (Holden, 2021; World Health Organization, 1999). Det vil derfor ikke være umulig at mange av disse har traumeopplevelser, og på grunn av kommunikasjonsvanskene som ligger i denne diagnosen, at symptomene på PTSD faktisk er den utfordrende atferden. Dette vil være selve grunnlaget i den traumebevisste tilnærmingen, å ha en bevissthet om at personer med utviklingshindring kan ha en traumehistorie, og forsøke å forstå smerteuttrykkene og triggere for å forhindre nye traumer og re-traumatisering.

Traumebevisst omsorg, de tre grunnpilarene og hvordan disse kan brukes i arbeidet

Traumebevisst omsorg har fått stor oppmerksomhet som tilnærming i arbeidet med eksempelvis barnevernsarbeid og i rusbehandling. Blant annet viser studier gjort knyttet institusjon for unge mennesker med psykiske problemer at traumebevisst omsorg kan ha en sammenheng med reduksjonen av tvang og isolasjon (Rich et al., 2021, s. 604-606). Selv om det er lite studier som viser at TBO blir brukt i arbeidet med personer med utviklingshindring eller hvordan det eventuelt kan fungere, er det en samstemthet i at denne tilnærmingen vil kunne være hensiktsmessig (Keesler, 2020; McNally et al., 2021; Rich et al., 2021).

For å kunne bruke den traumebevisste omsorgen, kan vi gå tilbake til de tre grunnpilarene til Bath, som består av trygghet, relasjon og følelsesregulering (2008). Disse ansees som viktig i tilfriskningsarbeidet for personer som har opplevd traumer, men samtidig er det viktig å nevne at disse vil være viktige i arbeidet med mennesker generelt, fordi grunnpilarene baserer seg på relativt grunnleggende behov. Man trenger således ingen bevis på at personen har opplevd traumer for at TBO skal vise seg effektivt.

For en person med utviklingshindring som har en lavere evne til kommunikasjon, vil trygghet være essensielt, uavhengig om personen har opplevd traumatiske hendelser. Dette er grunnet, slik som eksempelet med øreinfeksjon viser ovenfor, at dersom man ikke forstår hvorfor noe skjer, vil det kunne oppleves som svært skremmende. En person med psykisk utviklingshindring som i tillegg har opplevd traumer, og på denne måten har et oversensitivt alarmsystem og et reguleringssystem som er «defekt», vil denne stabile tryggheten være desto viktigere (Nordanger & Braarud, 2017). I kroppens nervesystem er overlevelse prioritert så høyt at det vil ta mange gode erfaringer, over lang tid, før kroppen forstår at man er trygg etter å ha opplevd noe traumatisk (Blindheim, 2012, s. 177). På denne måten vil den eller de traumatiske opplevelsene påvirke personen lenge etter hendelsen, selv om personen er i et trygt miljø. Det vil derfor være helt nødvendig at yrkesutøvere viser åpenhet, tilgjengelighet og at tjenestetilbudet er forutsigbart og stabilt for å skape denne tryggheten (Bath, 2008, s.

19). Det kan blant annet handle om å validere personens opplevelse, som eksempelvis dersom man ser at personen er redd kan man sette ord på følelsene, gi trøst og støtte. Det motsatte vil være å ignorere personen eller på en eller annen måte si til personen at følelsene hen føler ikke er valide (Bakken, 2015, s. 116).

Positive relasjoner kan ifølge Bath være mer effektivt i behandlingen, enn selve metoden (2008, s. 20). Bakken viser også til at positive og personlige relasjoner kan være med å gjøre vanskelige livshendelser enklere (2015, s. 161-162). En trygg relasjon i arbeidet med utviklingshindrede kan på mange måter handle om at yrkesutøverne ser og forstår personens utagering som smerteuttrykk, for slik som Berge og Ellingsen peker på, en person som utagerer har det sjeldent bra eller føler seg trygg (2017). Det vil derfor være yrkesutøveren sin jobb og skape denne tryggheten, og den kan skapes via nettopp relasjoner.

Personer med psykisk utviklingshindring vil ha en redusert evne til selvregulering, som en del av de sviktende kognitive funksjonene som ligger i diagnosen (World Health Organization, 1999, s. 224-228) . Dersom personen samtidig har opplevd traumer, og derfor har et forhøyet kortisolnivå, vil evnen til å regulere seg være ytterligere redusert (Blindheim, 2012, s. 180; Nordanger & Braarud, 2017, s. 60-63) . De vil derfor være helt avhengige av å ha noen som kan hjelpe å regulere følelsene. Følelsesregulering i arbeidet med personer med utviklingshindring kan derfor handle om at yrkesutøvere tåler å møte personens følelsesuttrykk og sette seg inn i de vanskelige følelsene sammen med personen (Bakken, 2015, s. 113). Denne samreguleringen vil kunne føre til at personen føler mestring, og dette igjen vil kunne gjøre at personen utvikler en større evne til selvregulering (Amble & Dahl-Johansen, 2016, s. 69).

Svar på forskningsspørsmålet

For å svare på forskningsspørsmålet *hvordan kan traumebevisst omsorg brukes i arbeidet med mennesker med psykisk utviklingshindring*, kan man hovedsakelig si at det handler om å ha kunnskap om risikoen for traumer innenfor denne gruppen, og også om hvordan traumeresponsene kan uttrykke seg. De tre grunnpilarene er gode hjelpemidler i arbeidet, fordi de ikke bare dekker behov som mennesker som har opplevd traumer har, de dekker også behov som mennesker med psykisk utviklingshindring har i utgangspunktet grunnen naturen av diagnosen sin. Det vil derfor være mulig å bruke en slik tilnærming i arbeidet med utviklingshindrede uavhengig om de har opplevd traumer eller ikke fordi de baserer seg på grunnleggende behov, samtidig som at det kan forebygges nye traumer eller re-traumatisering.

Atferdsanalyse og Traumebevisst omsorg

Denne siste delen av diskusjonen skal ta for seg oppgavens tredje forskningsspørsmål, som handler om hvordan traumebevisst omsorg kan komplementeres med atferdsanalyse.

Utfordringer vedrørende TBO i atferdsanalysen

Som nevnt er det noen mulige grunner for hvorfor TBO ikke diskutert i atferdsanalyse. Rajaraman og hans kolleger fant spesifikt tre grunner til dette (2022, s. 42-44). Det første er at atferdsanalytikerne kan være nølende til å diskutere traumer, grunnet at traumer og traumeresponser er begrep som er vanskelig å ta tak i. Dette fordi det er vanskelig å definere hva et traume er, fordi det som er traumatisk for én trenger ikke være traumatisk for en annen (Varvin, 2018, s. 450). Det samme gjelder traumeresponser og hvordan disse kan utspille seg. Den andre grunnen til at det kan være vanskelig å komplementere traumer i atferdsanalyse er vår konseptualisering av årsaker til atferd. For til tross at man vet at klienten har en kompleks historie, er atferdsanalytisk praksis i stor grad fokusert på «her og nå». Rajaraman og medarbeidere finner at en større andel av atferdsanalytiske studier viser at atferdsanalytikerne ikke har som rutine å kartlegge eventuelle traumer eller ta hensyn til disse når behandlingen blir planlagt (2022, s. 43). Den tredje grunnen handler om dokumentasjonen for om traumebevisst omsorg faktisk fungerer positivt for klienten. For selv om TBO er vist seg gunstig i arbeidet med andre traumeutsatte grupper, er det lite forskning som beviser at dette er en tilnærming som viser forbedrede klientresultater (Rajaraman et al., 2022; Rich et al., 2021). Dette handler mye om at forskningen som er gjort på område, ikke fyller alle vilkårene for en profesjonell fagfelleverdert studie.

Anerkjenne traume, fremme trygghet, fokus på det relasjonelle og mestring i atferdsanalysen

For å kunne utøve en traumebevisst omsorg i atferdsanalysen vil det være nødvendig at atferdsanalytikerne anerkjenner og legger til rette for at alle personer man arbeider med kan ha opplevd traumatiske opplevelser, og å forstå hvordan disse traumene kan ha konsekvenser selv lenge etter (Amble & Dahl-Johansen, 2016; Blindheim, 2012; Nordanger & Braarud, 2017). Det handler om å ha en bevissthet i arbeidet om faktorer som kan være med på å skape traumer eller re-traumatisering (Rich et al., 2021, s. 606). Samtidig som det betyr at man må forsøke å være åpen for at problematisk atferd kan være mulige smerteuttrykk for tidligere traumer. Det vil derfor handle om en slags holdningsendring hos atferdsanalytikerne, men også rent praktisk kan det omhandle å kartlegge traumehistorikken eller faktorer som kan være traumatiserende i den funksjonelle analysen.

De tre grunnpilarene vil være et godt hjelpemiddel for å kunne utøve en traumebevisst omsorg i atferdsanalysen. Slik som Bath forklarer det, er opplevelsen av trygghet helt sentralt i TBO,

og er også forenlig i atferdsanalysen dersom man har et fokus på potensielle traumer (2008). Et eksempel på hvordan man kan ha et fokus på trygghet i atferdsanalysen, vil være at man tar hensyn til personens forhistorie før man bearbeider en behandlingsplan. Eksempelvis dersom man vet at personen er blitt utsatt for omsorgssvikt vil ekstinksjon av forsterkere, som kan i praksis bety for eksempel en «time-out» kunne oppleves som utrygt men også re-traumatiserende (Rajaraman et al., 2022, s. 52). I et slikt tilfelle vil det kanskje være mer hensiktsmessig og enten bruke det Holden kaller for passiv behandling, altså fjerne eller redusere motivasjonen personen har for atferden eller forsterkning av alternativ atferd, altså atferd som er akseptert og som fører til de samme forsterkningene (2021, s. 106-123). Det samme gjelder bruken av fysisk tvang. For en person som har opplevd overgrep, vil ikke dette bare føre til avmakt, men det kan også føre til traumatisering eller re-traumatisering (Bakken, 2015, s. 108; Rajaraman et al., 2022, s. 47-48). Selv om tvang ofte blir brukt for å sikre personens egen fysiske sikkerhet, vil et traumebevisst perspektiv handle om å forstå hvordan den psykiske tryggheten blir kompromittert, og ha et enda større fokus på alternative løsninger som vil kunne redusere bruken av tvang (Rajaraman et al., 2022, s. 47). Det at man justerer behandlingen ut i fra personens forhistorie vil kunne gjøre at den atferdsanalytiske behandlingen gir ønskede resultater, samtidig som man sikrer personens opplevelse av trygghet.

Atferdsanalysen har også fått kritikk for å ikke være relasjonsorienterte, dette er imidlertid noe som kan diskuteres fordi atferdsanalysen jobber på mange måter med nettopp relasjoner. Kritikken ligger nok mer på at noen atferdsanalytikere setter metoden høyere enn verdien av relasjoner (Holden, 2009, s. 218). Det er dette som står i strid med den traumebevisste tilnærmingen, der Bath finner at relasjonen faktisk kan være mer effektiv i en behandling, enn selve behandlingsmetoden som blir brukt (2008, s.20). Det at atferdsanalytikeren og yrkesutøverne som bistår i behandlingen har et større fokus på relasjonen mellom seg selv og klienten kan gi de funksjonelle analysene og behandlingen en større forståelsesramme for atferden. En trygg relasjon i seg selv kan faktisk være med på å forebygge den uønskede atferden, dersom man ser på det i et traumebevisst perspektiv (Amble & Dahl-Johansen, 2016, s. 69). Relasjoner kan for eksempel også bli kartlagt i den funksjonelle analysen. For dersom personen viser en uønsket atferd med eksempelvis bare noen av yrkesutøverne/omsorgsgiverne, hva er det i den relasjonen som kan spille inn på atferden? Kan det være til hjelp for behandlingsplanen å forstå hvorfor noen relasjoner eller samspill fører til uønsket atferd, mens andre ikke? Dette er spørsmål en må spørre seg dersom man skal bruke en traumebevisst tilnærming i atferdsanalysen.

Relasjon i en traumebevisst tilnærming handler også mye om å forstå at for mennesker som har opplevd negative livserfaringer eller traumer, vil relasjoner kunne oppleves som vanskelig (Amble & Dahl-Johansen, 2016). Dette fordi det ofte er nettopp i relasjoner traumene på en

eller annen måte har oppstått. Det at personen opplever relasjoner i livet sitt som er trygge, anerkjennende og sensitive er derfor høyt verdsatt i den traumebevisste omsorgen, men det er mye som tyder på at dette også vil være fordelaktig i en atferdsanalytisk tilnærming (Bath, 2008; Rajaraman et al., 2022). Dette kan også gjøre at atferdsanalytikerne får en større forståelse for når en person trenger å bli møtt i sine følelser, ved eksempelvis trøst, versus når en person trenger en praktisk løsning for å forhindre uønsket atferd (Holden, 2009 s. 212-213). Så selv om atferdsanalysen på sin måte er relasjonsorienterte, vil det kunne løfte behandlingen å ha mer fokus på relasjonelle komponenter og det å anerkjenne at dersom relasjonen er utrygg eller på en annen måte dårlig, vil det være vanskelig å få en vellykket funksjonell analyse og behandling.

Mestring i en traumebevisst tilnærming handler om å mestre både sine indre følelser men også ytre problemstillinger (Amble & Dahl-Johansen, 2016, s. 70). Dette kan blant annet handle om følelsen av å få være med å bestemme over sitt eget liv. Dette er ikke noe som er helt ukjent for atferdsanalytikerne, men som kanskje ikke blir gjort like mye i praksis. Det å gi klientene et valg i behandlingen, kan ifølge Rajaraman handle om å la personen selv velge hvilken type behandlingsmetode, om det for eksempel skal være det Holden kaller passive behandlingsmetoder eller aktive behandlingsmetoder, for å undersøke de positive effektene av å inkludere valg (2021, s. 105-121; 2022, s. 49).

Svar på forskningsspørsmålet

Svaret på forskningsspørsmålet: «hvordan kan traumebevisst omsorg komplementeres med atferdsanalyse?», er altså at man kan komplementere TBO med atferdsanalyse ved å både bygge ut det atferdsanalysen allerede har, men også åpne for nye forståelsesrammer. Dette kan gjøres ved å utvide de allerede eksisterende rammene i atferdsanalysen, ved å vise en anerkjennelse til mulige traumer og hvilke konsekvenser disse har, samtidig som man fremmer trygghet og mestring og har fokus på relasjonelle aspektet i behandlingen. I teorien kan altså traumebevisst omsorg komplementeres med atferdsanalyse, og det er også en mulighet for at dette kan forbedre den atferdsanalytiske behandlingen.

Avsluttende diskusjon og konklusjon

For å oppsummere de viktigste funnene i diskusjonsdelen, så har altså mennesker med psykisk utviklingshindring en større sårbarhet til å oppleve traumatiske opplevelser og at dette påvirker de mer enn den generelle befolkningen, noe som blant annet er grunnet i vansker som er en del av diagnosen (Keesler, 2020; Kildahl et al., 2019, 2020; McNally et al., 2021; World Health Organization, 1999). De har også en større sannsynlighet for å utvikle utfordrende atferd, og symptombilde på dette er så likt PTSD at det kan være vanskelig å skille mellom tilstandene (Kildahl et al., 2019, s. 19). Dette gjør at diagnostisk overskygging er en utfordring. Atferdsanalyse viser seg effektivt i arbeidet med utfordrende atferd, men tar lite høyde for traumer og på denne måten vil behandlingsmetoden kunne være med på føre til avmakt eller i verste fall traumatisere eller re-traumatisere. TBO som en tilnærming vil kunne gi en større forståelse for hvordan man bør være ekstra varsomme i arbeidet med utviklingshindrede og er et godt utgangspunkt for alle som skal arbeide med denne gruppen mennesker (Keesler, 2020; McNally et al., 2021; Rich et al., 2021). De tre grunnpilarene kan gi personer med utviklingshindring en tryggere og mer forutsigbar hverdag, positive relasjoner som kan gi støtte og bidra med følelsesreguleringen. Samtidig er det viktig å huske på at traumebevisst omsorg ikke er en spesifikk behandlingsmetode, men en tilnærming. Selv om den vil kunne gi alternative forståelser for utfordrende atferd, som eksempelvis at det kan handle om smerteutrykk for tidligere traumer, er det grunn til å tro at tilnærmingen alene i mange tilfeller vil komme til kort i arbeidet med utfordrende atferd.

Atferdsanalysen er bevist effektiv, og funksjonelle analyser og behandling er en del av anbefalingen til helsedirektoratet i arbeidet med utfordrende atferd (Helsedirektoratet, 2021; Holden, 2021). Likevel kan denne tilnærmingen kritiseres for å ikke ta hensyn til nettopp det traumebevisst omsorg har sitt hovedfokus på, nemlig traumer og det relasjonelle aspektet. Det at atferdsanalysen ikke tar høyde for dette, kan gjøre at behandlingen blir utført uhensiktsmessig. For eksempel dersom en person blir trigget av å være alene, og under et angstanfall blir forlatt som en del av behandlingen for ekstinksjon av forsterkere som i dette tilfelle kan være oppmerksomhet, vil dette kunne forsterke den fysiologiske beredskapen (Bakken, 2015, s.109). Dette vil både kunne gjøre at personen føler enda mer avmakt og på denne måten vise mer utfordrende atferd (Bakken, 2015, s.109). Det å komplementere TBO inn i atferdsanalysen kan derfor handle om å kartlegge triggere i den funksjonelle analysen og ta hensyn til disse i behandlingen. I mange tilfeller kan nok dette føre til mindre bruk av aktive behandlingsmetoder og mer bruk av passive.

De tre grunnpilarene er gode verktøy for å bruke den traumebevisste omsorgen aktivt i den atferdsanalytiske behandlingen i arbeidet med utfordrende atferd hos personer med utviklingshindring. Dette fordi denne gruppen har en stor sannsynlighet for å oppleve traumer

og for å utvikle PTSD, men også fordi diagnosen psykisk utviklingshindring i seg selv skaper noen utfordringer som vil kunne ta nytte av en slik måte å arbeide på. Stabilitet og forutsigbarhet, og at yrkesutøvere anerkjenner personens følelser og tørr å stå i disse sammen med personen vil kunne gi en opplevelse av trygghet i atferdsanalysen. Fokus på positive og trygge relasjoner, samt følelsesregulering i atferdsanalysen vil kunne føre til mestring hos personen med psykisk utviklingshindring og dette i seg selv vil kunne forebygge utfordrende atferd. Et traumebevisst syn på utfordrende atferd, som at den utfordrende atferden faktisk kan stamme fra opplevde traumer, kan på en slik måte gjøre de funksjonelle analysene og behandlingene mer nøyaktige. Dette kan igjen fremme mestring og forebygge avmakt hos en person med utviklingshindring.

For å gi et presist svar på problemstillingen, *hvordan kan atferdsanalytisk forståelse og behandling komplementeres med traumebevisstomsorg i arbeidet med utfordrende atferd hos personer med psykisk utviklingshindring*, kan man si at fordi traumebevisst omsorg er en tilnærming, vil det være mulig å bruke det aktivt sammen med atferdsanalysen. Å komplementere TBO med atferdsanalyse handler i store drag om å være åpen for at utfordrende atferd kan være mulige smerteuttrykk for traume, og at det er mulig å kartlegge triggerne for disse i de funksjonelle analysene, samtidig som man kan ta hensyn til det i behandlingen. Samtidig er det viktig å nevne at det nok finnes atferdsanalytikere som allerede gjør dette, uten å kalle det traumebevisst omsorg. Det er likevel viktig å skape en større bevissthet rundt en slik måte å bruke atferdsanalysen på. Dette fordi det vil kunne være forskjellen på å utøve en undertrykkelsesbehandling og en behandling som gir den utviklingshindrede en mulighet for mestring av eget av liv, som igjen kan forebygge utfordrende atferd og på en slik måte også forebygge bruken av tvang.

Avslutningsvis vil det være nødvendig å nevne at selv om denne oppgaven kritiserer elementer innenfor atferdsanalysen, har den også tatt utgangspunkt i atferdsanalytikernes egen fremstilling av metoden. Særlig ved bruk av Holdens verk (2009, 2021). Dette vil naturligvis prege oppgaven og problemstillingens konklusjon. Andre fagfelt har som nevnt kritisert bruken av atferdsanalyse, både deler av den, men også i sin helhet. Denne oppgaven har ikke tatt stilling til, eller diskutert kritikken om at atferdsanalysen ikke bør brukes i det hele tatt, men heller sett på hvordan man kan komplementere atferdsanalysen med TBO. Det er derfor noen synspunkt om atferdsanalysen som ikke er blitt tatt i betraktning og som derfor skaper en begrensning i oppgaven.

Det vil kunne styrke tjenestetilbudet å forske videre på hvordan TBO kan komplementeres med atferdsanalysen i arbeidet med utfordrende atferd hos utviklingshindrede og hvordan omsorgstjenestene kan gjøre dette rent praktisk. For å kunne gjøre dette vil det også være

nødvendig og få mer kunnskap om hvordan traumer og PTSD arter seg og hvordan de kan variere mellom de ulike gradene av psykisk utviklingshemming.

Referanseliste

- Amble, L., & Dahl-Johansen, C. (2016). Traumesensitiv tilnærming. I *Miljøterapi som behandling ved komplekse traumer hos barn og unge* (s. 61–81). Universitetsforlaget.
- Arntzen, E. (2014). Funksjonelle Analyser: Status, utfordringer og veien videre. *Norsk Tidsskrift for Atferdsanalyse*, 41(1), 59–73.
- Baer, D. M. (2010). Valg av atferdsanalyse og måter å bruke den på. I S. Eikeseth & F. Svartdal (Red.), *Anvendt atferdsanalyse—Teori og praksis* (2. utg., s. 207–219). Gyldendal Norsk Forlag.
- Bakken, T. L. (2015). *Utviklingshemning og hverdagsvansker*. Gyldendal Norsk Forlag.
- Bath, H. (2008). The Three Pillars of Trauma-Informed Care. *Reclaiming Children and Youth : Journal of Emotional and Behavioral Problems*, 17(17–21), 5.
- Berge, K., & Ellingsen, K. E. (2017). Hva er det ved diagnosen psykisk utviklingshemning som legaliserer bruk av tvang og makt? *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 14(1), 80–86. <https://doi.org/10.18261/issn.1504-3010-2017-01-09>
- Bienvenu, T. C. M., Dejean, C., Jercog, D., Aouizerate, B., Lemoine, M., & Herry, C. (2021). The advent of fear conditioning as an animal model of post-traumatic stress disorder: Learning from the past to shape the future of PTSD research. *Neuron*, 109(15), 2380–2397. <https://doi.org/10.1016/j.neuron.2021.05.017>
- Blindheim, A. (2012). Ettervirkninger av traumatiserende hendelser i barndom og oppvekst. *Tidsskriftet Norges Barnevern*, 89(3), 168–195. <https://doi.org/10.18261/ISSN1891-1838-2012-03-05>
- Dragsten, F., & Søndena, E. (2014). Fagpersonells forståelse av økt registrert tvangsbruk overfor personer med utviklingshemning. *Nordisk tidsskrift for helseforskning*, 10(2), 19–32. <https://doi.org/10.7557/14.3320>
- Emerson, E. (2001). *Challenging Behaviour: Analysis and Intervention in People with Severe Intellectual Disabilities* (2. utg.). Cambridge University Press.
- Fjeldvær, E. M. (2014). *Bruk av tvang og makt overfor utviklingshemmede. Når loven og virkeligheten møtes*. [Masteroppgave i retts sosiologi, Universitetet i Oslo]. UiO: DUO Research Archive. <http://urn.nb.no/URN:NBN:no-44625>
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.

- (LOV-2011-06-24-30). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/2011-06-24-30>
- Helsedirektoratet. (2021). *Kommunen skal arbeide systematisk for å forebygge utvikling av utfordrende atferd hos personer med utviklingshemming*. Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/gode-helse-og-omsorgstjenester-til-personer-med-utviklingshemming/habilitering-og-bistand-i-dagliglivet/kommunen-skal-arbeide-systematisk-for-a-forebygge-utvikling-av-utfordrende-atferd-hos-personer-med-utviklingshemming>
- Holden, B. (2009). Er gode relasjoner mellom terapeut og klient forenlig med atferdsanalyse i behandling og opplæring av personer med utviklingshemming? *Norsk Tidsskrift for Atferdsanalyse*, 36(4), 199–220.
- Holden, B. (2021). *Utfordrende atferd og utviklingshemming—Atferdsanalytisk forståelse og behandling* (2. utg.). Gyldendal Norsk Forlag.
- Holth, P., & Svartdal, F. (2010). Grunnleggende begreper: Operant betinging. I S. Eikeseth & F. Svartdal (Red.), *Anvendt atferdsanalyse—Teori og praksis* (2. utg., s. 21–41). Gyldendal Norsk Forlag.
- Keesler, J. M. (2020). Trauma-Specific Treatment for Individuals With Intellectual and Developmental Disabilities: A Review of the Literature From 2008 to 2018. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 17(4), 332–345. <https://doi.org/10.1111/jppi.12347>
- Kildahl, A. N., Bakken, T. L., Iversen, T. E., & Helverschou, S. B. (2019). Identification of Post-Traumatic Stress Disorder in Individuals with Autism Spectrum Disorder and Intellectual Disability: A Systematic Review. *Journal of Mental Health Research in Intellectual Disabilities*, 12(1–2), 1–25. <https://doi.org/10.1080/19315864.2019.1595233>
- Kildahl, A. N., Helverschou, S. B., Bakken, T. L., & Oddli, H. W. (2020). “If we do not look for it, we do not see it”: Clinicians’ experiences and understanding of identifying post-traumatic stress disorder in adults with autism and intellectual disability. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 33(5), 1119–1132. <https://doi.org/10.1111/jar.12734>
- Løkke, J. A., & Salthe, G. (2012). Sjekkliste for målrettet tiltaksarbeid: Fra normative og deskriptive premisser til tiltak og evaluering. *Norsk Tidsskrift for Atferdsanalyse*, 39(1), 17–32.

- McNally, P., Taggart, L., & Shevlin, M. (2021). Trauma experiences of people with an intellectual disability and their implications: A scoping review. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 34(4), 927–949.
<https://doi.org/10.1111/jar.12872>
- Mydland, K. (2013). Effektiv langtids- behandling av utfordrende atferd ved hjelp av passive atferdsanalytiske metoder. *SOR Rapport*, 3, 54–63.
- Nordanger, D. Ø., & Braarud, H. C. (2017). *Utviklingstraumer—Regulering som nøkkelbegrep i en ny traumepsykologi*. Fagbokforlaget.
- Nøttestad, J. A., & Søndena, E. (2009). Utagering—Utfordrende atferd. I J. Eknes & J. A. Løkke (Red.), *Utviklingshemming og habilitering—Innspill til habiliteringsprosessen*. Universitetsforlaget.
- Rajaraman, A., Austin, J. L., Gover, H. C., Cammilleri, A. P., Donnelly, D. R., & Hanley, G. P. (2022). Toward trauma-informed applications of behavior analysis. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 55(1), 40–61. <https://doi.org/10.1002/jaba.881>
- Rich, A. J., DiGregorio, N., & Strassle, C. (2021). Trauma-informed care in the context of intellectual and developmental disability services: Perceptions of service providers. *Journal of Intellectual Disabilities*, 25(4), 603–618.
<https://doi.org/10.1177/1744629520918086>
- Skjerve, J. (2019). Atferdsterapi og atferdsanalyse. I L. M. Gulbrandsen (Red.), *Oppvekst og psykologisk utvikling—Innføring i psykologiske perspektiver* (2. utg., s. 338–360). Universitetsforlaget.
- Strømgren, B., & Dønnum, M. S. (2013). En multimodal kontekstuell tilnærming til analyse og behandling utfordrende atferd hos personer med utviklingshemming. *Norsk Tidsskrift for Atferdsanalyse*, 40(2), 133–146.
- Torve, B. A., & Larsen, R. (2020). Funksjonelle analyser i norske studier av behandling av utfordrende atferd. Hvilke metoder brukes og hvor nyttige er det? *Norsk Tidsskrift for Atferdsanalyse*, 47(2), 81–96.
- Varvin, S. (2018). Alvorlig traumatisering: Oppfølging og behandling. I F. Skårderud, S. Haugsgjerd, & E. Stänicke, *Psykiatriboken: Sinn—Kropp—Samfunn* (2. utg., s. 446–460). Gyldendal akademisk.

Watson, J. B., & Rayner, R. (1920). Conditioned emotional reactions. *Journal of Experimental Psychology*, 3(1), 1–14. <https://doi.org/10.1037/h0069608>

World Health Organization. (1999). *ICD-10: Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser; Kliniske beskrivelser og diagnostiske retningslinjer (Blåboka)* (1. utg.). Universitetsforlaget.