



Föreningen Sveriges Habiliteringschefer

Rikstäckande nätverk för habiliteringen i Sverige. Grundad 1994

# **Behandlingsinsatser för personer med intellektuell funktionsnedsättning och problemskapande beteende**

Annelie Andersson  
Anna-Karin Bolinder  
Marianne Eriksson  
Tiina Holmberg Bergman  
Agneta Iwanson-Öman  
Kim Nilsson  
Eva Warnerbring  
Barry Karlsson, projektledare

Karin Sonnander (vetenskaplig handledare)

**2014**



## Innehåll

<b>1</b>	<b>Inledning</b> .....	<b>7</b>
<b>2</b>	<b>Sammanfattning</b> .....	<b>11</b>
<b>3</b>	<b>Rekommendationer</b> .....	<b>13</b>
<b>4</b>	<b>Evidensvärdering</b> .....	<b>14</b>
4.1	Inledning .....	14
4.2	Evidensbaserad praktik .....	14
4.3	Evidensvärdering av behandlingsmetoder .....	15
4.4	Kunskapsöversikter.....	18
4.5	Granskning och analys.....	20
<b>5</b>	<b>Tillvägagångssätt</b> .....	<b>22</b>
5.1	Projektstart .....	22
<b>6</b>	<b>Teori och definition</b> .....	<b>28</b>
6.1	Teorier.....	28
6.2	Affektiva teorier.....	33
6.3	Definitioner .....	35
<b>7</b>	<b>Organisation av insatser</b> .....	<b>43</b>
7.1	Bakgrund.....	43
7.2	Sårbarhet och riskfaktorer.....	43
7.3	Modeller för omsorger och service .....	45
7.4	Vård och omsorg.....	46
7.5	Slutsatser .....	47
<b>8</b>	<b>Tillämpad beteendeanalys</b> .....	<b>49</b>
8.1	Bakgrund.....	49
8.2	Funktionell analys.....	49
8.3	Planering av beteendestödsplan utifrån funktionell analys.....	51
8.4	Forskningsstöd för behandlingsmetoder inom tillämpad beteendeanalys .....	52
8.5	Utåtriktad aggression, störande beteende och olämplig ljudande.....	53
8.6	Hand-i-mun beteende (inklusive handbitning) .....	55
8.7	Uppfödningssproblem .....	56
8.8	Självskadande beteende .....	59
8.9	Stereotyper .....	60
8.10	Rymning.....	61
8.11	Slutsatser angående behandlingsmetoder för problemskapande beteenden vid intellektuell funktionsnedsättning .....	62
<b>9</b>	<b>Miljö- och omgivningsinsatser</b> .....	<b>65</b>
9.1	Bakgrund.....	65
9.2	Genomgång av aktuell forskning .....	65
9.3	Slutsatser .....	70

<b>10</b>	<b>Kommunikation .....</b>	<b>72</b>
10.1	Beskrivning av området .....	72
10.2	Sammanfattning av aktuell forskning .....	75
10.3	Slutsatser .....	78
<b>11</b>	<b>Multisensorisk behandling, massage och fysisk aktivitet.....</b>	<b>80</b>
11.1	Beskrivning av området .....	80
11.2	Sammanfattning av aktuell forskning .....	81
11.3	Slutsatser .....	85
<b>12</b>	<b>Föräldraträning och föräldrautbildning .....</b>	<b>87</b>
12.1	Beskrivning av området .....	87
12.2	Sammanfattning av forskning .....	87
12.3	Slutsatser .....	90

## **BILAGOR**

1)	Eliason, 10 sökkriterier .....	93
2)	Exkluderade artiklar .....	95
3)	Inkluderade artiklar – referenslista .....	100
4)	Beskrivande översikt över samtliga inkluderade artiklar .....	103

## **Projektgruppen**

### **Harplinger, Gun**

Beställare, Föreningen Sveriges Habiliteringschefer.

### **Andersson, Annelie**

Specialpedagog vid Barn och Ungdomshabiliteringen, Landstinget i Värmland.

### **Bolinder, Anna-Karin**

Psykolog vid Habiliteringen i Halmstad, Region Halland.

### **Eriksson, Marianne**

Arbetsterapeut vid Habiliteringen i Västervik, Landstinget i Kalmar.

### **Holmberg Bergman, Tiina**

Psykolog vid Habilitering och hälsa i Stockholm, Stockholms läns landsting.

### **Iwanson-Öman, Agneta**

Psykolog vid Habilitering och hjälpmedel i Katrineholm, Landstinget Sörmland.

### **Nilsson, Kim**

Socionom vid Habilitering och hjälpmedel i Örebro, Örebro läns landsting.

### **Warnerbring, Eva**

Psykolog vid Habilitering och hjälpmedel i Trelleborg, Region Skåne.

### **Karlsson, Barry**

Projektledare. Psykolog vid Hälsa och habilitering i Uppsala, Uppsala läns landsting.

### **Sonnander, Karin**

Vetenskaplig handledare. Professor vid Institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap, Uppsala universitet.

## FÖRORD

Föreningen Sveriges Habiliteringschefer har som uppgift att verka för en utveckling av habiliteringsverksamheten för barn, ungdomar och vuxna utifrån de övergripande mål som beskrivs i hälso- och sjukvårdslagen samt lagen om särskilt stöd och service till vissa funktionshindrade. Föreningen har ambitionen att gemensamt utveckla en kunskapsbaserad och ändamålsenlig verksamhet som är kostnadseffektiv och till nytta för personer som behöver habilitering. I en god kvalitet innefattas även att habiliteringen ska vara brukarfokuserad och ta tillvara brukarnas och de anhörigas egna erfarenheter och resurser.

Inom ett flertal områden behöver metoder, arbetssätt och behandlingsresultat för personer med funktionsnedsättningar beskrivas och dokumenteras. För att öka kunskapen om vilka åtgärder som ska utvecklas och vilka som ska avvecklas krävs ett nationellt samarbete. 2001 initierades därför ett projekt som fick namnet Evidensbaserad Habilitering (EBH). Syftet var att pröva en nationell arbetsmodell bestående av övergripande arbetsgrupper med uppgift att granska olika interventioners evidens. Arbetssättet har visat sig vara framgångsrikt när det gäller att sammanställa tillgänglig forskning och har inneburit rekommendationer inom flera områden. Det är nu ett vedertaget arbetssätt inom föreningen.

Området som granskats i denna rapport gäller Behandlingsinsatser hos personer med intellektuell funktionsnedsättning och problemskapande beteende.

Arbetsgruppens uppgift har varit att:

- granska den vetenskapliga evidens som finns för effekter av behandlingsinsatser vid problemskapande beteenden hos personer med intellektuell funktionsnedsättning,
- på ett lättläst sätt göra framtagna resultat tillgängliga i en rapport.

Rapporten var färdig i januari 2014 och från mars månad finns den presenterad på föreningens hemsida [www.habiliteringschefer.se](http://www.habiliteringschefer.se).

Personer med intellektuell funktionsnedsättning är en grupp som är särskilt sårbar. Det är en grannliga uppgift att kartlägga och analysera problemskapande beteenden och avgöra vilka behandlingsinsatser som kan vara framgångsrika. Denna rapport visar på kunskapsläget och kan användas som en uppslagsbok inom området.

Arbetsgruppen har kunnat ge rekommendationer utifrån ett evidensperspektiv. Föreningen Sveriges Habiliteringschefer ställer sig bakom rekommendationerna.

Till arbetsgruppen med projektledaren Barry Karlsson samt till den vetenskapliga handledaren Karin Sonnander, vill vi framföra ett stort tack för ett väl genomfört arbete.

Halmstad 2014-03-16

Gun Harplinger

Styrgruppen Evidensbaserad habilitering  
Föreningen Sveriges Habiliteringschefer

# 1 INLEDNING

Forskning visar att det finns ökad risk för personer med utvecklingsrelaterad intellektuell funktionsnedsättning<sup>1</sup> att utveckla problemskapande beteenden som aggressivitet, självskadande beteende och utagerande beteende. Detta gäller även för personer med autism och intellektuell funktionsnedsättning. Uppdraget inför denna rapport var att ge en så bra förståelse som möjligt av forskningsläget om insatser vid grav beteendeproblematik hos personer med intellektuell funktionsnedsättning. Åtskilliga systematiska översikter och meta-analyser har granskats och många har uteslutits – en process som genomarbetats och diskuterats av samtliga i den grupp som utsetts att arbeta med uppdraget (se kapitel 2). De artiklar som uppfyllt de stränga urvalskriterier som valts (se kapitel 1) har bildat kunskapsområden som utgör kapitelrubrikerna i denna EBH-rapport. Underlaget och artiklarna är framtagna och diskuterade av alla i gruppen, men författandet är gjort av de enskilda projektmedlemmarna som också är ansvariga för sina respektive texter och valda referenser.

De vetenskapliga kraven på de artiklar som slutligen inkluderats har inneburit att vissa insatser som förekommer i olika verksamheter – och som kan synas både förebyggande och behandlande – inte finns representerade i detta urval: i dessa fall saknas helt enkelt publicerade studier på den evidensnivå vi valt. Till exempel fanns inga välgjorda sammanställningar eller sammanställningar publicerade av randomiserade kontrollerade studier som har tillräcklig evidens vid individuell psykoterapi<sup>2</sup> vid problemskapande beteende, eller vid s.k. lågaffektiva insatsmodeller, eller TEACCH, eller olika psykopedagogiska föräldraträningsprogram, men där bra mindre studier och fallstudier ändå kan ha ett viktigt kliniskt värde. Detta stimulerar till forskning och utvärdering av även dessa områden.

Uppdraget inför denna EBH-rapport formulerades ursprungligen som att granska forskning om insatser vid grav beteendeproblematik, men det visade sig att denna avgränsning inte var oproblematiske. I kapitel 3 diskuterar Agneta Iwanson-Öman definitioner av detta sammansatta begrepp, vilket är svårfångat både teoretiskt och praktiskt. Forskarna urskiljer i allmänhet inte tydligt olika nivåer av beteendeproblematik. Vanligtvis handlar det om aggression, våld eller självskadande beteende. Men omfattning, varaktighet och intensitet är sällan definierade. Likaså kan ett passivt, hyperaktivt, eller ett socialt opassande eller inadekvat beteende i princip beskrivas som ett problemskapande beteende, men blir mindre sällan föremål för vetenskaplig granskning, eftersom beteendet ibland betraktas som en del av den intellektuella funktionsnedsättningen i sig. Med hänvisning till dessa avgränsningsfynd har vi valt att betitla föreliggande rapport med begreppet ”problemskapande beteende” – vilket också ansluter till modern begreppsbyggnad.

I en verklighet med begränsade resurser manar fynden i föreliggande sammanställning till god klinisk eftertanke hur insatser vid problemskapande beteenden ska prioriteras. Det är viktigt att sammanställa kunskap och adekvata insatser för dem med mest alarmerande behov och svåraste symtom (t ex svårt självskadande beteende). Litteraturgenomgången visar exempel på bra och viktig forskning men också att vissa områden ibland behöver beforskas mer.

---

<sup>1</sup> I denna rapport kommer begreppet *Intellektuell funktionsnedsättning* (IF) användas som samlingsbegrepp i stället för äldre uttryck som t ex psykisk utvecklingsstörning, mental retardation, etc.

<sup>2</sup> Efter deadline har under hösten 2013 publicerats en systematisk litteraturstudie med meta-analys med psykoterapeutisk frågeställning för personer med intellektuell funktionsnedsättning: Vereenooghe, L., & Langdon, P.E. (2013). Psychological therapies for people with intellectual disabilities: A systematic review and meta-analysis. *Research in Developmental Disabilities*, 34. Dock är sökord som till exempel ”challenging behaviour” exkluderade och faller därmed utanför ramen för föreliggande EBH-rapport.

## Resultat

Personer med intellektuell funktionsnedsättning är särskilt sårbara och riskerar bli utsatta för olika former av felaktigt bemötande och behandling. Problemskapande beteenden kan uppstå av en rad olika skäl, t ex personens egen bristande sociala färdighet och adaptiva svårigheter, men inte minst som en konsekvens av omgivningens brister i förståelse av personens speciella begränsningar och behov. Personen själv har ibland liten kognitiv marginal och små möjligheter att på egen hand förstå komplexa situationer och justera en mindre adekvat problemlösning. Vid förhöjd stress och ökad sårbarhet är personen ofta beroende av omgivningens förmåga och välvilja att justera, balansera och anpassa stöd och andra hjälpinsatser. Felbehandling och bemötande som inte är anpassat drabbar därför personer med intellektuell funktionsnedsättning annorlunda än för övrig befolkning och personer med andra funktionsnedsättningar.

Agneta Iwanson-Öman visar i kapitel 3 att grundläggande psykologiska teorier ger både förståelse för och kunskap om, när, hur och varför en person med intellektuell funktionsnedsättning behöver anpassat bemötande för att problemskapande beteende ska förebyggas. De vedertagna definitionerna av problemskapande beteenden är ett beteende som riskerar leda till att personen utsätts för tvång och exkludering. Problembeteendet påverkar individens egen eller andras livskvalitet negativt och får negativa konsekvenser som gör att personen nekas åtkomst till vanliga tjänster i samhället med minskad livskvalitet och stor risk för egen eller andras hälsa. Detta är en förståelseinriktad – och en *relativ* definition – som är baserad på en funktionell analys där beteendeproblematiken inte ses som en isolerad företeelse hos personen, utan att svårigheterna ska förstås i ett sammanhang, det vill säga i samspelet mellan psykologi, biologi och miljö.

I arbetet att förstå hur olika insatser omsätts i praktiken har arbetsgruppen diskuterat en rad studier. Intressant är att begrepp som *bemötande* (dvs. delaktighet, tillgänglighet och normalisering) kan tyckas vara oklara begrepp med låg validitet, men finns ändå tydligt representerade – om inte direkt – så ändå implicit i den forskning som granskats. Det framkommer dock att professionellt bemötande är ett nyckelord när det gäller att minska risken för personer med begränsad problemlösningsförmåga att utveckla problemskapande beteenden. Detta framkommer tydligt i kapitel 4 och 6 där Eva Warnerbring och Agneta Iwanson-Öman refererar artiklar som visar att flexibla omgivningsförändrande specifika insatser är bland de viktigaste faktorerna för att underlätta för en person som kanske inte förstår varför det ställs vissa krav och där delaktighet av olika skäl kanske är komplicerad.

Eva Warnerbring visar dessutom i kapitel 6 hur det finns ett förhållandevis stort antal översikter och meta-analyser som redovisar resultat för miljö- och omgivningsbaserade interventioner. Sammantaget visar studierna att insatser i miljö och omgivning har en positiv effekt på flera olika typer av problemskapande beteenden hos personer med olika grad av intellektuell funktionsnedsättning, med eller utan autism.

Omgivningsbaserade interventioner är att betrakta som empiriskt välgrundade. I en omfattande och välgjord studie av senare datum<sup>3</sup> är positiva resultat med det största förklaringsvär-

---

<sup>3</sup> Heyvaert, M., Maes, B., Van den Noortgate, W., Kuppens, S., & Onghena, P. (2012). A multilevel meta-analysis of single-case and small-n research on interventions for reducing challenging behaviour in persons with intellectual disabilities. *Research in Developmental Disabilities* 33 (2), 766-780.



det kopplat till omgivningsbaserade insatser i många olika typer av behandlingar och vid olika typer av problemskapande beteenden. Exempel på interventioner som ledde till minskning av problemskapande beteende är individuell anpassning av krav som ställs på individen, insatser som syftar till förändring i bemötande från omgivningen, erbjudande av överblick och förutsägbarhet i vardagen, införande av rutiner samt införande av valmöjligheter för person. Denna omfattande studie gav dock – motsägelsefullt nog – inte stöd för hypotesen att en föregående funktionell analys av problemskapande beteende skulle påverka behandlingseffekten, vilket däremot andra fynd i kapitel 5 tydligt visar.

Problemskapande beteenden behandlas inom psykiatrisk heldygnsvård i högre grad med psykofarmaka och fysiska tvångsåtgärder, vilka har en viss akut behandlingseffekt, men med begränsad effekt på längre sikt vid problemskapande beteenden. Visst stöd finns för att ambulera specialteam kan ha en positiv inverkan som medför delaktighet för personen. Detta kräver god kännedom om individen och hållbara relationer mellan personal och brukare. Samtliga författare påpekar att mer forskning krävs för att kunna dra säkra slutsatser hur hälso- och sjukvården ska organiseras för en förvaltningsstruktur som främjar samarbete och samverkan.

Annelie Andersson och Tiina Holmberg Bergman presenterar i kapitel 5 hur forskning idag visar att en funktionell beteendeanalys är viktig för att planera en effektiv behandlingsintervention, som kan utvärderas och följas upp vid behov. Effektiviteten ökar när man kombinerar flera strategier inom tillämpad beteendeanalys. Strategierna ska vara förebyggande, tydliggörande, skapa möjligheter till inläring av mer funktionella beteenden. Dessa alternativa och önskvärda beteenden skall leda till positiv förstärkning för individen. Aversiva behandlingssupplägg bör däremot inte användas bland annat därför att icke-aversiva behandlingsmetoder ger resultat på samma nivå.

Annelie Andersson och Tiina Holmberg Bergman ger i sitt kapitel en lång rad konkreta och praktiska exempel hur forskning direkt kan tillämpas vid olika problemskapande beteenden. Omfattande forskning vid olika problembeteenden visar till exempel att vid behandling av utåtriktad aggression är förebyggande och tydliggörande metoder såsom videomodellering, scheman och priming är effektiva, speciellt vid kombinationer med olika förstärkningsstrategier. Vid självskadebeteenden har man funnit att positivt beteendestöd vid lindrig eller måttlig intellektuell funktionsnedsättning är mest effektiv. Det är också av stor vikt att ha upprepade uppföljningar efter en behandling samt en plan för generalisering av beteenden. Utan en funktionell analys och kontinuerlig uppföljning riskerar olika insatser bli tillfälliga, missriktade eller till och med direkt olämpliga. Att göra en funktionell analys och använda sig av en experimentell design framstår i de flesta studier som en tydlig framgångsfaktor.

Att bemötande och delaktighet spelar roll är inte minst en fråga om kommunikation. Anna-Karin Bolinder redovisar i kapitel 7 vikten av att personer med intellektuell funktionsnedsättning och/eller autism får tillgång till effektiva kommunikationssätt som kan bidra att förebygga och minska problemskapande beteende. Utifrån den forskning som granskats finns det fem studier som handlar om funktionell kommunikationsträning och en studie som handlar om Picture Exchange Communication System (PECS). Resultatet tyder på att det finns empiriskt stöd för funktionell kommunikationsträning, men begränsad evidens vad gäller PECS – som därför kräver ytterligare forskning.

I kapitel 8 sammanfattar Marianne Eriksson artiklar på temat multisensorisk behandling. Ett kliniskt antagande är att multisensorisk upplevelse, avslappning, massage och ökad fysisk aktivitet kan vara stressreducerande och värdefullt för allmänt psykiskt välbefinnande. Det finns fynd som preliminärt bekräftar att dessa metoder kan ha lugnande och förebyggande effekter. Till exempel finns fynd som visar att massage utvecklar mer adaptiva beteenden och ökad tolerans för fysisk beröring och känslomässig kontakt. Vid ökad fysisk ansträngning (träning, etc.) finns visst stöd för minskning av vissa problemskapande beteenden. Men för samtliga områden gäller att det granskade underlaget är litet och att det finns mycket få studier som uppfyller kriterier på god vetenskaplig metodik.

Handledning och utbildning riktar sig också till föräldrar. Kim Nilsson redovisar i kapitel 9 hur gruppbaseade föräldraträningsprogram i andra sammanhang kan leda till förbättringar av föräldrars egen psykiska hälsa, men att det saknas forskning inom just området för problemskapande beteenden. I föreliggande litteratursökning återfanns inga systematiska studier eller metaanalyser av föräldraträning eller föräldrautbildningar till barn med intellektuell funktionsnedsättning och problemskapande beteende. Det är dock rimligt att anta att välmående föräldrar som förstår sina barn också bättre kan bemöta tillkommande problem.

## 2 SAMMANFATTNING

- Personer med intellektuell funktionsnedsättning är särskilt sårbara och riskerar bli utsatta för olika former av felaktigt bemötande och behandling.
- Grundläggande psykologiska teorier ger förståelse och kunskap om, när, hur och varför en person med intellektuell funktionsnedsättning behöver anpassat bemötande för att problemskapande beteende ska förebyggas.
- Definitionen av problemskapande beteenden är ett beteende som riskerar leda till att personen utsätts för tvång och exkludering och att problembeteendet påverkar individens egen eller andras livskvalitet negativt och får negativa konsekvenser som gör att personen nekas åtkomst till vanliga tjänster i samhället med minskad livskvalitet och stor risk för egen eller andras hälsa.
- Flexibla omgivningsförändrande specifika insatser är bland de viktigaste faktorerna för att underlätta för en person som kanske inte förstår varför det ställs vissa krav och där delaktighet av olika skäl kanske är komplicerad.
- Problemskapande beteenden behandlas inom psykiatrisk heldygnsvård i högre grad med psykofarmaka och fysiska tvångsåtgärder, vilka har en viss akut behandlingseffekt, men med begränsad effekt på längre sikt vid problemskapande beteenden. Visst stöd finns för att ambulera specialteam kan ha en positiv inverkan som medför delaktighet för personen.
- Funktionell beteendeanalys är viktig för att planera en effektiv behandlingsintervention, som kan utvärderas och följas upp vid behov. Effektiviteten ökar när man kombinerar flera strategier. Strategierna ska vara förebyggande, tydliggörande, skapa möjligheter till mer funktionella beteenden och positivt konsekvensbaserade som t ex förstärkning. Aversiva behandlingsupplägg bör inte användas.
- Utan en funktionell analys och kontinuerlig uppföljning riskerar insatser bli tillfälliga, missriktade eller till och med direkt olämpliga. Att göra en funktionell analys och använda sig av en experimentell design framstår i de flesta studier som en tydlig framgångsfaktor.
- Effektiva kommunikationssätt kan bidra att förebygga och minska problemskapande beteende. Forskning tyder på att det finns empiriskt stöd för funktionell kommunikationsträning, men begränsad evidens vad gäller PECS – som därför kräver ytterligare forskning.
- Multisensorisk upplevelse, avslappning, massage och ökad fysisk aktivitet kan vara stressreducerande och värdefullt för allmänt psykiskt välbefinnande. Det finns fynd som preliminärt bekräftar att dessa metoder kan ha lugnande och förebyggande effekter och även utveckla adaptiva beteenden med ökad tolerans för fysisk beröring och känslomässig kontakt.
- Angående handledning och utbildning till föräldrar återfanns inga systematiska studier eller metaanalyser av föräldraträning eller föräldrautbildningar till barn med intellektuell funktionsnedsättning och problemskapande beteende. Det är dock rimligt att anta att välmående föräldrar som förstår sina barn också bättre kan bemöta tillkommande problem.

*Referenser*

*Se respektive artikel.*



## 4 EVIDENSVÄRDERING

Karin Sonnander

### 4.1 Inledning

Med evidens menar man resultatet av systematiskt insamlade och kvalitetsgranskade vetenskapliga observationer, vilka ska uppfylla bestämda krav på tillförlitlighet, så att de sammantaget kan utgöra bästa tillgängliga "bevis" i en viss fråga (Statens beredning för medicinsk utvärdering, 2004). All vård och behandling, men också andra insatser som erbjuds personer i något förändrings- eller förbättringssyfte ska vara grundade i evidens, vara evidensbaserade. Skälen till detta är flera. Först och främst är det oetiskt att utsätta människor för insatser vars effekter man inte känner till.

De metoder och tillvägagångssätt som gör störst nytta ska användas. Detta är idag inte alltid fallet. Rutinmetoder kan vara föråldrade och ineffektiva. Andra, nya metoder har fått snabb spridning utan att vare sig nyttan, riskerna eller kostnaderna har granskats kritiskt. Samtidigt finns det metoder som snabbt borde få större användning än de har idag, eftersom forskning visat att de är bra och kostnadseffektiva. För att slå fast vilka metoder som är bäst behövs vetenskaplig utvärdering - både av etablerade metoder och av nytillskott till metodarsenalen.

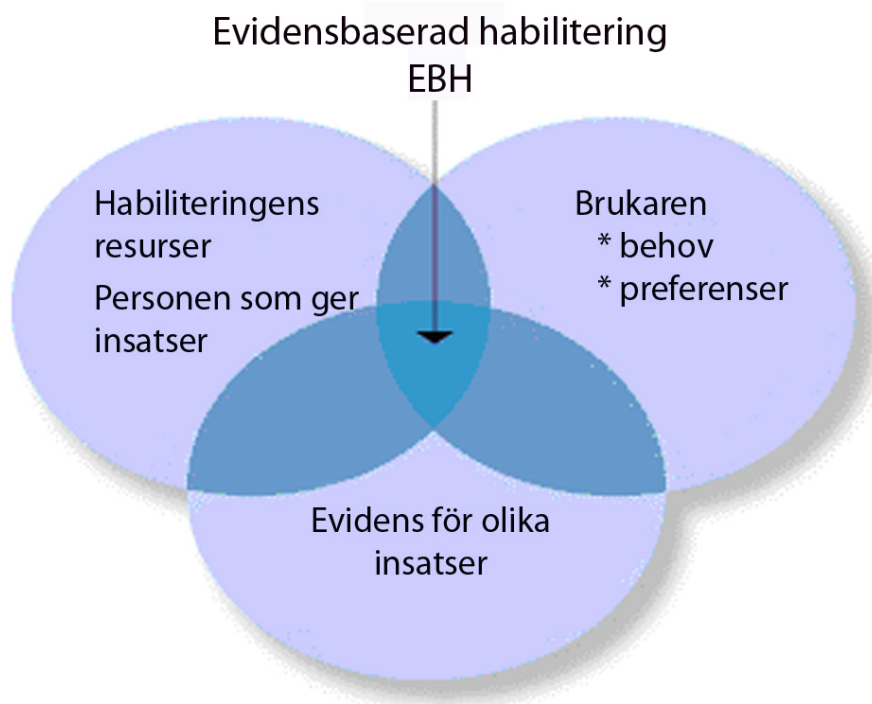
Inför beslut om insats av något slag är följande fråga central: Hur sannolikt är det att den insats som övervägs kommer att leda till avsedd förändring eller i alla fall någon förändring eller förbättring i jämförelse med det alternativa beslutet att inte vidta någon åtgärd alls eller välja en annan insats? För att kunna besvara frågan behövs kunskap om alternativa insatsers evidens dvs. i vilken utsträckning de är evidensbaserade eller med andra ord grundade i evidens.

### 4.2 Evidensbaserad praktik

Folkhälsoforskaren David Sackett myntade uttrycket evidensbaserad medicin. Han karaktäriserade det kunskaps- och erfarenhetsmässiga beslutsstödet på följande sätt "... the integration of the best research evidence with clinical expertise and patient values" (Sackett et al., 2000). Modellen baseras således med utgångspunkt från medicinsk praktik (evidence based medicine, EBM), men har kommit att användas av flera professioner varvid beteckningen evidensbaserad praktik numera är vanligt förekommande (Gambrill, 1999; Jergeby & Tengvald, 2005). Enligt modellen ska den vetenskapligt grundade kunskapen om olika insatsers effekter (evidensen), de professionellas expertis samt personens värderingar integreras. Kunskap sprungen ur forskning ska därmed inte vara handlingsföreskrivande, utan ska fungera som ett betydelsefullt beslutsstöd. I svensk version brukar man tala om att evidensbaserad praktik söker beslutsstöd från tre kunskapskällor: den bästa tillgängliga vetenskapliga kunskapen, den professionella expertkunskapen samt personens önskemål och värderingar (Tengvald, 2003).

En evidensbaserad praktik låter sig bäst beskrivas som en process, där ett systematiskt resonerande och sammanvävande av bästa tillgängliga vetenskapligt grundade kunskap ska vägleda yrkespersonen i utövandet av hennes eller hans professionella expertis. Kunskap om insatsers effekter grundad i forskning baseras på studier av grupper av brukare. En enskild person representerar sällan genomsnittet, utan har sina speciella levnadsomständigheter, erfarenheter och önskemål. Detta har den professionella expertisen att ta hänsyn till.

Brukarens roll i detta samspel är att få all information om tillgängliga alternativ och tillsammans med den professionelle kunna resonera sig fram till vad som kan göras. Förutom att dialogen skapar förutsättningar för personens delaktighet och medverkan i beslut, så torde det öka beredskapen och motivationen för att följa behandlingsdirektiv och ordinationer.



David Sacketts modell med tre ben: vetenskaplig evidens, personens erfarenheter och önskemål samt den professionelles yrkeserfarenhet är användbar inom kunskaps- och verksamhetsfältet rehabilitering. Det är meningsfullt att tala om evidensbaserad praktik inom rehabilitering. Ett synsätt grundat i evidensbaserad praktik ger en ökad transparens genom att motiven för beslut blir uttalade och därmed också tillgängliga för diskussion och debatt.

Evidensbaserad praktik som sådan har även debatterats flitigt. Debatten handlar bland annat om att kvantitativ experimentellt genererad kunskap tycks värderas högre än annan kunskap, att man tycks bortse från sådana faktorer som borde vara av betydelse för kliniska beslut, att evidensbaserade metoder inte kan ge svar på många av de frågor som praktiker behöver ha svar på, att den typiske klienten eller patienten inte finns i praktiken och att evidensbaserad praktik är ett sätt att spara resurser (Dijkers, Murphy & Krellman, 2012).

Evidensbaserad praktik innebär ett kritiskt förhållningssätt till kunskap, vilket främjar utveckling av metoder och verksamhet och bidrar till långsiktig kompetensutveckling.

I det följande behandlas det beslutsstöd i evidensbaserad praktik, som handlar om den empiriska evidensen för olika behandlingsmetoders effekter.

### 4.3 Evidensvärdering av behandlingsmetoder

De behandlingsmetoder som man menar är grundade i evidens är sådana metoder som det finns mycket goda skäl att tro är effektiva det vill säga de leder till en förändring för personen i önskvärd riktning. Dessa goda skäl måste grundas i systematisk kunskap, eftersom den vardagskunskap som enskilda samlar riskerar att färgas eller förvrängas av olika skäl. Vi ser det vi vill se och sorterar bort det som inte stämmer med hur vi tolkar verkligheten. Vi minns det som har fungerat väl, men har ibland en tendens att glömma bort det som inte fungerade lika

väl. Det kan också vara så, att vi har en hypotes om hur något förhåller sig eller hur olika företeelser hänger samman. I vår vardag söker vi sedan systematiskt efter sådant som gör att vi kan bekräfta vårt antagande eller vår hypotes.

När syftet är att värdera evidens för en viss behandling används några principer med vars hjälp en dokumenterad redovisning av den aktuella behandlingen bedöms. Det behöver säkerställas att behandlingsmetoden ger önskat resultat och om resultatet kan knytas till behandlingen. Det är viktigt att kunna dra slutsatser om vad som lett till en eventuell förändring och inte bara beskriva den. Graden av svårigheter eller problem som behandlats och hur behandlingen genomförts är nödvändig information.

Även om en studie av en behandlingsmetod är systematiskt genomförd och noggrant dokumenterad finns möjliga felkällor, som ofta men inte alltid, diskuteras i redovisningen. Några vanliga sådana felkällor är självläkning, dvs. att en förändring sker oberoende av behandlingen och förväntanseffekter i det goda resultatets riktning hos den person som bedömer behandlingsresultatet, men också hos dem som har fått behandlingen. Att de personer som behandlats inte har sådana svårigheter och problem för vilka behandlingen är avsedd och/eller att behandlingen inte genomförts på ett standardiserat (likformigt) sätt är andra felkällor som kan ha inverkat på resultatet.

Den uppläggning (design) av en behandlingsstudie som visat sig ha tyngst bevisvärde, då man med dess hjälp söker eliminera felkällor och därmed minska risken för att dra felaktiga slutsatser, är den randomiserade kontrollerade studien (Rossi, 1997):

*Några hörnstenar i den randomiserade kontrollerade studien är:*

- att antaganden om behandlingseffekter och mekanismer grundas i teori
- att de som skall behandlas slumpmässigt fördelas (randomisering) till en experimentgrupp (som får behandling) respektive en kontrollgrupp (som inte får den behandling som studeras)
- att experimentledaren kontrollerar att behandlingen utförs på ett standardiserat (likformigt) sätt
- att effekterna mäts kvantitativt med hjälp av ett ändamålsenligt instrument och analyseras statistiskt så att det blir möjligt att säkerställa effekter dvs att dessa inte beror på slumpen utan sannolikt skulle kunna visas på samma sätt i en studie med samma upplägg.

Av olika skäl kan det ibland vara förenat med stora svårigheter, inte minst etiska, att studera behandlingsmetoder på detta sätt. Även om den randomiserade kontrollerade studien har det tyngsta bevisvärdet så innebär inte det att studier som genomförts med en annan uppläggning (design) saknar bevisvärde. Särskilt inom nya kunskapsområden och praktiska fält under utveckling och expansion är det av särskild betydelse att systematiskt studera genomförd behandling och andra interventioner för att resultatet av sådana studier sedan kan tjäna som en god utgångspunkt för upprepade studier (replikationer) och fortsatt systematisk utveckling.

Ett relativt högre bevisvärde har studier med kontrollgrupp som före behandlingen systematiskt bedömts vara likvärdig med behandlingsgruppen, studier som har både för- och eftermätning och som använder ett ändamålsenligt och beprövat kvantitativt utvärderingsinstrument. Ett lägre bevisvärde har studier där fördelningen till behandlings- och jämförelsegrupp



helt tillkommit via självselektion (vanligast när man jämför två behandlingar) och studier som helt saknar kontrollgrupp och i vilka man jämför behandlingsgruppen före och efter behandling.

Klinisk erfarenhet och enstaka fallstudier har ett lågt bevisvärde, men i en situation där kunskapen inom ett fält är begränsad är även detaljerad dokumentation av sådana studier av värde och deras evidens värderas efter hur välgjord och systematiserad beskrivningen är vad gäller de personer som behandlats, vilken typ av problem dessa hade före behandlingen, tillvägagångssätt vid behandlingen och behandlingsresultatet.

Studier av interventioner med hjälp av fallstudie-designer där varje deltagare fungerar som sin egen kontroll är vanligt förekommande<sup>4</sup>. Resultaten av studier med ett sådant upplägg ger värdefulla kunskapstillskott under förutsättning att de håller god kvalitet. För det ändamålet har American Psychological Association (APA) genom sin Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures formulerat kriterier för effektiv och verkningsfull praktik, som även omfattar singel-subject studier. För att en intervention studerad med ett sådant upplägg ska bedömas som välgrundad i forskning krävs att det finns fler än nio publicerade studier i vilka man använt en god experimentell design, jämfört den studerade interventionen med annan behandling, använt en behandlingsmanual och tydligt beskrivit deltagarna (Lonigan, Elbert & Johnson, 1998).

När man bedömer hur bra den kunskap är som finns om effekterna av ett visst behandlingsprogram kan följande punkter tjäna som en sammanfattande vägledning (Bohlin, 2004):

- Det finns studier med kontrollgrupp – åtminstone ett par studier där fördelning av personer på behandlings- och kontrollgrupp skett slumpmässigt.
- Både för- och eftermätningar finns inkluderade i studier.
- Man har haft kontroll över hur behandlingen har gått till.
- De utvärderingsinstrument som använts är meningsfulla.
- Det finns långtidsuppföljning av behandlingseffekter.
- Behandlingseffekterna har kunnat påvisas i studier i klinisk praktik.

Gradering av evidens innebär att det samlade beslutsunderlaget tillmäts en evidensstyrka (bevisvärde) som baseras framförallt på kvalitet, kvantitet och inbördes överensstämmelse mellan olika studier. Enskilda studiers kvalitet bedöms och deras bevisvärde vägs samman med övrig information till ett samlat beslutsunderlag (Roback & Carlsson, 2009). I allmänhet betraktas två eller flera randomiserat kontrollerade studier med enhetligt resultat som det mest tillförlitliga beviset. Lägst evidensvärde betraktas allmänt sett ett kunskapsunderlag som endast omfattar observationsstudier utan kontrollgrupp och experters åsikter.

Det saknas ett enhetligt system för evidensgradering, även om de befintliga har mycket gemensamt. GRADE (Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation) är ett arbetssätt som utvecklats internationellt och är idag det mest spridda systemet för evidensgradering.

---

<sup>4</sup> Single Case Research Experimental Design (SCRED)

Socialstyrelsen och Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) använder sedan 2007 GRADE i modifierad form som modell för att värdera och gradera evidens. En Grade-bedömning består av två delar: en evidensprofil för den metod det gäller samt en rekommendation vad gäller användandet.

En kvalitetsbedömning (design, studiekvalitet, effektmått etc.) för både kvantitativa och kvalitativa studier ligger till grund för evidensprofilen. Rekommendationen utförs av en expertkommitté som representerar det system där metoden är avsedd att användas. Enligt GRADE graderas evidensstyrkan i fyra nivåer: starkt vetenskapligt underlag, måttligt starkt vetenskapligt underlag, begränsat vetenskapligt underlag och otillräckligt vetenskapligt underlag ([www.gradeworkinggroup.org](http://www.gradeworkinggroup.org)).

#### **4.4 Kunskapsöversikter**

Den samlade kunskapen består i först hand av s.k. primärstudier, men det kan också finnas systematiska kunskapsöversikter, vilka med fördel i de fall de är systematiskt gjorda, tjänar som underlag för värdering av evidens och därmed som ett gott beslutsstöd för praktisk verksamhet. Det som utmärker en systematisk kunskapsöversikt är den genomgående systematik som kännetecknar det sätt på vilket man söker efter publicerade studier samt kraven på detaljerad redovisning av hur arbetet med översikten genomförts.

För att bedöma vilka primärstudier som ska vara med i översikten fastställs kriterier för kvalitetsbedömning både vad gäller uppläggning och genomförande. I en systematisk kunskapsöversikt måste dessa kriterier tydligt redovisas.

De kvalitetskrav som ställs på de granskade studierna är ofta höga. Till exempel så ska studierna ha genomförts på ett sådant sätt att man har möjlighet att hålla effekterna av andra faktorer och själva interventionen under viss kontroll.

Det vanligaste syftet med systematiska kunskapsöversikter är att visa på nyttan eller effekterna för brukarna av olika insatser, åtgärder, behandlingsmetoder eller interventioner. I dessa fall ger den systematiska översikten svar på frågorna: Vad fungerar? Vad fungerar inte? Vad vet vi för lite om?

Traditionella översiktsartiklar (narrative reviews) har betydande brister till följd av ett ofta ofullständigt kunskapsunderlag och systematiska fel (bias), vilket medför att behandlingseffekter ofta överskattas. Detta uppmärksammades i slutet av 1980-talet och ledde till att man tog fram ett empiriskt bekräftat underlag för hur en systematisk översikt bör genomföras och kritiskt granskas (Eliasson, 2000).

Författarna till en systematisk översikt ska följa samma vetenskapliga grundprinciper som de forskare som genomförde de studier som inkluderas i översikten. En systematisk översikt av god kvalitet ska alltså vara en vetenskaplig produkt. Den ska redovisas på ett sådant sätt att dess frågeställning, den metod som använts, genomförande, resultat och tolkning är så tydligt beskrivna att andra forskare kan reproducera resultaten.

För att empiriskt väga samman resultat i jämförbara studier används också statistiska metoder i en så kallad metaanalys (Andersson, 2003). Vanligen innebär en metaanalys att man med utgångspunkt från resultat från flera studier av hög kvalitet räknar fram ett slags genomsnitt för att skatta en enda "sann" effekt. Ju fler individer som deltagit i en viss studie som ingår i analysen desto tyngre blir det resultatet i sammanvägningen (Statens beredning för medicinsk utvärdering, 2013).

Följande tio kriterier på god vetenskaplig metodik i en systematisk översikt presenteras av Eliasson (2000) baserad på Oxman, Cook & Guyatt (1994).

1. Inriktad på en fokuserad fråga
2. Metoden för litteratursökning väl beskriven
3. Explicita kriterier för inklusion och exklusion av studier
4. Ingående studiers metodik kvalitetsbedömd
5. Reproducerbar granskning och bedömning av originalstudier
6. Framtida forskningsbehov utpekade
7. Motstridiga resultat (heterogenitet) utforskat och tolkat
8. Kvantitativ syntes utförd där så är lämpligt och möjligt (metaanalys)
9. Viktiga patientrelaterade effektmått studerade
10. Fyndens generaliserbarhet diskuterad

Exempel på organisationer som har till uppgift att sammanställa systematiska kunskapsöversikter är: The Cochrane Collaboration, The Campbell Collaboration, Statens beredning för medicinsk utvärdering och Socialstyrelsen.

The Cochrane Collaboration ([www.cochrane.org](http://www.cochrane.org)) är en internationell organisation som bygger på att i gott samarbete samla in, värdera och presentera bästa möjliga vetenskap inom olika medicinska områden. De systematiska bedömningarna görs som regel av flera forskare oberoende av varandra och uppdateras kontinuerligt.

The Campbell Collaboration ([www.campbellcollaboration.org](http://www.campbellcollaboration.org)) är det internationella nätverket för spridning av kunskap om insatsers effekter inom social välfärd, kriminalvård och utbildning. Det finns också ett nordiskt Campbellcenter ([www.sfi-cambell.dk](http://www.sfi-cambell.dk)). Inom Campbellorganisationen tar man fram kunskapsöversikter på samma sätt som inom The Cochrane Collaboration, men har alltså ett delvis annat perspektiv.

Statens beredning för medicinsk utvärdering, SBU ([www.sbu.se](http://www.sbu.se)) samt andra länders motsvarande organisationer för medicinsk utvärdering har i uppdrag att utvärdera metoder som används i vården, både etablerade och nya med avseende på effekter, risker och om åtgärderna ger mesta möjliga nytta för pengarna.

På svensk botten finns även Avdelningen för kunskapsstyrning vid Socialstyrelsen ([www.socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se)).

Samtliga organisationer presenterar kunskapsöversikter tillgängliga on-line.

Det pågående arbetet med nationellt kvalitetsregister för habilitering (HabQ), som omfattar hälso-, kvalitets- och åtgärdsuppföljning med kunskapsöversikter som ett av flera underlag kommer att på sikt kunna ge unik kunskap om vilka metoder och åtgärder som ger bäst nytta för olika grupper. För närvarande omfattar kvalitetsregistret barn och ungdomar, men planeras att även omfatta vuxna personer ([www.liu.se/habq](http://www.liu.se/habq)).

## 4.5 Granskning och analys

Arbetet med att sammanställa evidens för en behandlingsmetod kräver systematik och noggrannhet. Det gäller att hitta alla viktiga studier och att analysera dem kritiskt, då presenterade resultat inte alltid är enhetliga och tillförlitliga. Men lika viktigt är att peka på metoder som inte har effekt och som man därför ska undvika att använda.

Som ett led i arbetet identifieras dessutom metoder som behöver studeras mer noggrant innan de sprids. Sådan kunskap är nödvändig för att kunna ge god behandling och effektiva åtgärder och för att kunna satsa resurser på de allra bästa metoderna.

Material för granskning och analys av dokumenterade behandlingsstudier finns att tillgå i form av manualer och protokoll. Exempelvis tillhandahåller Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) en metodbok som uppdateras kontinuerligt Utvärdering av metoder i hälso- och sjukvården: en handbok. Den kan hämtas från ([www.sbu.se/metodbok](http://www.sbu.se/metodbok)).

I arbetet med att sammanställa och systematiskt bedöma den kunskap som för närvarande finns om behandlingsinsatser vid intellektuell funktionsnedsättning med grav beteendeproblematik har dels protokoll utvecklade för ändamålet dels den strukturerad analysmall för kunskapsöversikter som presenterats tidigare i detta kapitel använts (Eliasson, 2000, baserad på Oxman, Cook & Guyatt, 1994).

## Referenser

- Andersson, G. (2003). Metaanalys. *Metoder, tillämpningar och kontroverser*. Studentlitteratur, Lund.
- Bohlin, G., Bromark, G., Granat, T., Haglund, N., Sjöholm-Lif, E., & Zander, E. (2004). *Mångsidiga intensiva insatser för barn med autism i förskoleåldern*. <http://www.habiliteringchefer.se>
- Dijkers, M.P., Murphy, S.L., & Krellman, J. (2012). Evidence-based practice for rehabilitation professionals: concepts and controversies. *Archives of Physical and Medical Rehabilitation*, 93, S 164- 176.
- Eliasson, M. (2000). Den systematiska översikten grundval i evidensbaserad medicin. *Läkartidningen*, 97, 22: 2726-28.
- Gambrill, E. (1999). Evidence-based practice: an alternative to authority based practice. *Families in Society*, 80, 4, 341-350.
- Jergeby, U., & Tengvald, K. (2005). Evidensbaserad praktik och IMS uppdrag. *Socionomen*, 8, 43-45.
- Lonigan, C.J., Elbert, J.C., & Johnson, S.B. (1998). Empirically supported psychosocial interventions for children: An overview. *Journal of Clinical Child Psychology*, 27, 138-145.
- Oxman, A.D., Cook, D., & Guyatt, G. (1994). Users' guide to the medical literature VI. How to use an overview. *Journal of the American Medical Association*, 17, 272: 1367-71.
- Roback, K. & Carlsson, P. (2009). *Evidensgraderingsystemet GRADE. Ett sätt att granska vetenskaplig kunskap om metoder och arbetssätt i hälso- och sjukvården*. Rapport 4, Centrum för utvärdering av medicinsk teknologi, Linköpings universitet.
- Rossi, P.H. (1997). *Advances in quantitative evaluations 1987-1996*. In D. Rog & D. Fournier (Eds.), *New Directions for Program Evaluation*, 76, 56-68. San Francisco: Jossey-Bass.
- Sackett, D., Richardson, W., Rosenberg, W., & Haynes, R. (2000). *Evidence-based medicine: How to practice and teach EBM (2<sup>nd</sup> ed.)*. New York: Churchill Livingstone.
- Statens beredning för medicinsk utvärdering (2004). Ordlista. *Förklaring av termer för utvärdering av medicinska metoder*. Statens beredning för medicinsk utvärdering, Stockholm ([www.sbu.se/ordlista](http://www.sbu.se/ordlista)).
- Statens beredning för medicinsk utvärdering (2013). *Utvärdering av metoder i hälso- och sjukvården – En handbok*. Statens beredning för medicinsk utvärdering, Stockholm ([www.sbu.se/metodbok](http://www.sbu.se/metodbok))
- Tengvald, K. (2003). *Evidensbaserad praktik – om strävan att öka kunskaperna om verkningfulla insatser*. I N Varg (red) *Perspektiv på kunskapsutveckling inom socialtjänsten*. En antologi. Socialstyrelsen, Stockholm.

## 5 TILLVÄGAGÅNGSSÄTT

Barry Karlsson

Arbetsgruppen som utfört föreliggande arbete utsågs av Föreningen Sveriges Habiliteringschefer sommaren 2011 och har bestått av åtta personer verksamma inom landstingens habilitering i Sverige. Projektledare har varit Barry Karlsson och vetenskaplig handledare professor Karin Sonnander vid Institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap (IFV), Uppsala universitet.

Gruppens sammansättning skulle vara rimligt stor för att fungera som arbetsgrupp, den skulle ha en nationell spridning, den skulle vara tvärprofessionell samt ha ett transitionsperspektiv, det vill säga representera kunskap från barn till vuxenliv.

Medlemmarna i arbetsgruppen har därmed kommit från åtta olika landsting:

- Annelie Andersson specialpedagog vid Barn och Ungdomshabiliteringen, Landstinget i Värmland
- Anna-Karin Bolinder psykolog vid Habiliteringen i Halmstad, Region Halland
- Marianne Eriksson arbetsterapeut vid Habiliteringen i Västervik, Landstinget i Kalmar
- Tiina Holmberg Bergman psykolog vid Habilitering och hälsa i Stockholm, Stockholms läns landsting
- Agneta Iwanson-Öman psykolog vid Habilitering och hjälpmedel i Katrineholm, Landstinget Sörmland
- Barry Karlsson neuropsykolog vid Hälsa och habilitering i Uppsala, Uppsala läns landsting
- Kim Nilsson socionom vid Habilitering och hjälpmedel i Örebro, Örebro läns landsting
- Karin Sonnander vetenskaplig handledare, professor vid Institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap, Uppsala universitet
- Eva Warnerbring psykolog vid Habilitering och hjälpmedel i Trelleborg, Region Skåne

Arbetsgruppen har träffats vid tolv tillfällen: 8 september 2011, 16 november 2011, 2-3 februari 2012, 12 april 2012, 29 juni 2012, 30-31 augusti 2012, 7 december 2012, 11 januari 2013, 20 mars 2013; 15-16 maj 2013; 30 augusti 2013 samt 15 november 2013, således sammanlagt 15 sammanträdesdagar; därutöver en tämligen intensiv brev-, telefon- och e-mailkommunikation. Varje gruppmedlem har avsatt c:a 10% av sin ordinarie arbetstid till projektet.

Projektledaren har löpande rapporterat om processen till beställaren. Projektledaren och handledaren har haft gemensamma möten för att stämma av en god kontinuitet. Den 17 maj 2013 har projektledaren informerat om preliminära fynd vid Föreningen Sveriges Habiliteringschefer riksmöte i Saltsjöbaden, Stockholm.

### 5.1 Projektstart

Vid arbetsgruppens två första sammanträden gjordes en inventering av vilka databaser som skulle genomsökas, samt vilka relevanta sökord som skulle användas. Detta skedde genom inventering med två förfaranden: 1) brainstorm, och 2) konsultation av tidigare vetenskapliga artiklar med liknande frågeställningar.

Efter att gruppen arbetat med databaserna visade sig några av dem falla utanför ramen eller ingick parallellt i andra databaser (Campbell, Medline, EIRA, SBU, CanChild, Socialstyrelsens databas). Efterhand kvarstod följande databaser, vilka beslutades ligga till grund för en systematisk sökning:

- PsychINFO
- ERIC
- Science Direct
- Cochrane
- PubMed
- AMED

Databaserna fördelades i arbetsgruppen och i första omgången med samtliga databaser i 2 grupper (4+4 personer) fördelat enligt en uppdelning på barn- eller vuxenstudier.

Sökningen på samtliga sökord i alla databaser gav sammanlagt 10 190 artiklar. Alla medlemmar sammanställde sin egen sökning och exkluderade efter att läst titlar och abstrakt de artiklar som uppenbart inte uppfyllde inklusionskriterierna, därefter återstod 116 artiklar. Kvarvarande artiklar – som preliminärt uppfyllde inklusionskriterierna – sändes till två utsedda samordnare för respektive barn- och vuxenstudier, som tog bort alla dubletter och fördelade antalet artiklar jämnt mellan fyra arbetsgrupper.

Under sommaren 2012 arbetade de fyra arbetsgrupperna fortsatt enligt en uppdelning på "barn-vuxna". Artiklar som identifierades fördelades preliminärt på två arbetsgrupper: A1+A2 (vuxenstudier) och B1+B2 (barnstudier). Arbetsgrupperna påbörjade en läsning av samtliga kvarvarande artiklar och varje bedömarpar, bedömde var för sig alla artiklar enligt mallen "Tio kriterier på god vetenskaplig metodik i en systematisk översikt" (Eliasson, 2000) se Bilaga 1. Artiklar som bedömnarna inte var överens diskuterades ytterligare ett varv i pargruppen. Grupperna upptäckte vid den fördjupade granskningen att uppdelningen mellan ett barn-vuxen-perspektiv inte gick att upprätthålla då källorna inte alltid definierade åldrar tydligt. Detta arbete blev klart under hösten 2012.

De 72 artiklar som uppfyllde inklusionskriterierna, men inte de "Tio-kriterierna..." exkluderades som en ytterligare kvalitetssäkring. En sammanställning av exkluderade artiklar finns i *Bilaga 2*.

Resterande artiklar diskuterades vid sammanträdet den 11 januari 2013 och rubricerades över ett antal preliminära avsnitt (funktionell analys, miljö och omgivning, handledning och utbildning till nätverk, kommunikation, inlärningsbaserade metoder samt multisensoriska metoder). Artikelsamlingen justerades därefter med några artiklar som vid en kompletterande översyn vid sammanträdet den 20 mars 2013 kunde inkluderas och en artikel visade sig falla utanför pga inklusionskriteriets stränga nedre tidsmarginal.

Tabell 1. Sökord

<p><b><u>NIVÅ 1</u></b>  <b>INTELLEKTUELL</b>  <b>FUNKTIONSNED-</b>  <b>SÄTTNING</b></p>	<p><b><u>NIVÅ 2</u></b>  <b>PROBLEMSKAPANDE</b>  <b>BETEENDE</b></p>	<p><b><u>NIVÅ 3</u></b>  <b>METODER</b></p>
<p>Intellectual disab*  Learning disab*  Mental retardation  Intellectual impairment  Developmental disab*  Mental handicap  Mental deficiency</p>	<p>Problem behavio*  Challenging behavio*  Self injur* behavio*  Maladaptive behavio*  Aggressive behavio*  Stereotypy  Stereotyped behavio*  Self harm  Disruptive behavio*  Aberrant behavio*  Repetitive behavio*  Destructive behavio*  Self stimulatory</p>	<p>Treatment  Intervention  Behavio* analysis  Therap*  Program*  Managing  Methods  Measures  Mindfulness  Practices  Training  Reinforcement  Supportive Environment*  Cognitive aid  Assistive technology  Adaptation  Extinction  Acceptance  Communication  Aggressive replacement training  Behavio* management  Behavio* modification  Positive Behavior Support  Outcome measures  Support framework  Techniques  Family based intervention  Behavio* change  Behavio* approach  Behavio* plan  Staff*  Supervision  Tutoring  Monitoring  Guidance</p>



## *Inventering av relevanta sökord som användes i sökningen*

### Exklusionskriterier.

Det beslutades att *demens* och *missbruk* inte skulle ingå samt att rapporten omfattar gruppens eget kompetensområde, det vill säga det psykosociala området.

### Inklusionskriterier.

a) alla åldrar; b) publikationer under tidsperioden 1990 till maj 2012; samt c) följande sökord:

Kvar blev sammanlagt 42 artiklar som därmed inkluderades (se *Tabell 2* och *Bilaga 3* samt *Bilaga 4*).

Databasökningen, som ligger till grund för denna rapport, utmynnade således i ett antal översikter och metaanalyser med varierande infallsvinklar på valt tema. I vissa fall utgick studierna från en metod, i andra fall från ett specifikt problembeteende. Några studier omfattade både olika metoder och olika problemskapande beteenden och ytterligare några tog sin utgångspunkt i organisatoriska perspektiv. Detta utgjorde en svårighet när kunskapsläget skulle redovisas.

Med utgångspunkt från ovanstående ämnesområden fördelades inkluderade artiklar till en projektmedlem att bli författare med uppdrag att till den 20 mars 2013 presentera en så fylligt presentation av artikelinnehållet som möjligt. Den 20 mars gavs feedback på bearbetningen av det vetenskapliga innehållet, som därefter återtogs av författaren som kompletterade sitt avsnitt inför nästa sammanträde. Efter den första preliminära fördelningen justerades kunskapsöversikten till att omfatta sju områden:

1. Evidensbegreppet
2. Teori och bakgrund
3. Inlärningsteoretiska modeller
4. Miljö- och omgivningsmodeller
5. Kommunikationsmodeller
6. Multisensoriska modeller
7. Föräldra- och anhörigmodeller

Under två arbetsdagar den 15-16 maj 2013 diskuterades det vetenskapliga innehållet i varje artikel. Varje författare presenterade med stöd av PowerPoint sin text och sina slutsatser, varvid en konkret opposition med en utsedd opponent genomfördes på

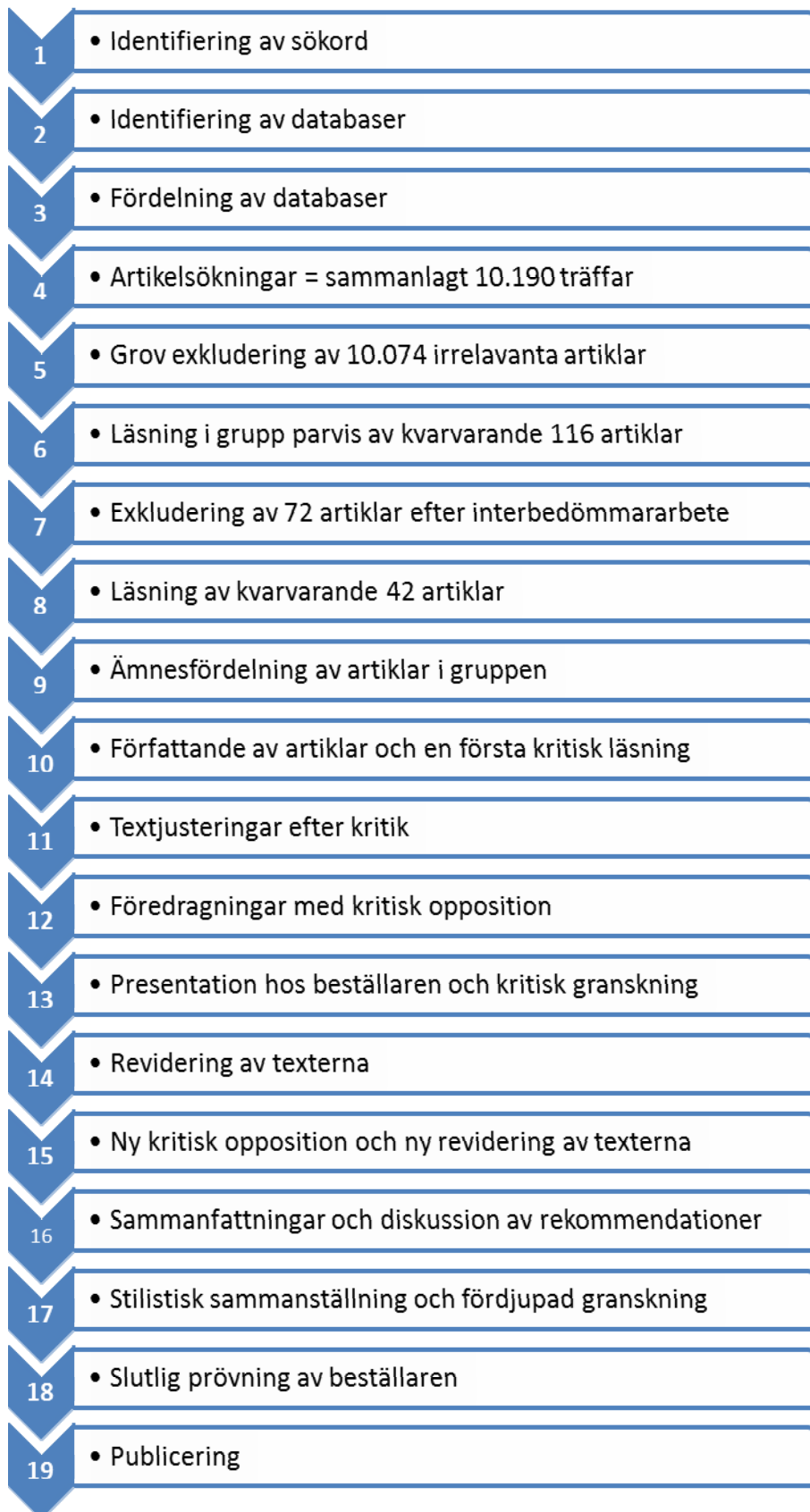
Kunskapsinnehållet. Opponentens och övrigas synpunkter, infogades i råmanuset när så var lämpligt. Det beslutades att komplettera med ett åttonde område om organisering av insatser:

8. Organisering av insatser

Det samlade råmanuset har därefter vid upprepade tillfällen granskats och listan på inkluderade artiklar justerades ytterligare vid ett sammanträde den 15 november. Manuset har därefter stilistiskt sammanställts och rubrikordningen har justerats. Processen redovisas i *Figur 1* nedan.

Tabell 2. Sammanställning av söklogistiken

Databas	Totalt antal träffar nivå 1+2+3	Grovgallring Antal artiklar som smlgt exkluderades pga dubblett samt efter läsning av titlar och abstrakt bedömdes som ej relevanta	Resterade artiklar	Antal exkluderade artiklar som efter läsning av hela artiklar inte var relevanta eller inte uppfyllde tillräckliga kvalitetskrav. (se Bilaga 2)	Antal inkluderade artiklar (se Bilaga 3; samt Bilaga 4 i den systematiska genomgången av samtliga dessa artiklar)
Cochrane (barn)	862	853	9	7	2
Cochrane (vuxen)	1202	1186	16	6	9
ERIC	3145	3124	21	17	4
Psychinfo	828	811	17	10	7
Psychinfo	1002	991	11	7	5
PUBMED + Socialstyrelsen	84	71	13	11	2
PubMed + Amed	294	284	10	8	2
ScienceDirect	2773	2754	19	6	11
Summa	<b>10 190</b>	<b>10 074</b>	<b>116</b>	72	42
Retroaktiv förändring under det redaktionella fördjupningsarbetet				Minus 6 (irrelevanta) Plus 5 (från inkluderingslistan)	Minus 5 (överförda till exkluderade listan)
<b>Summa antal artiklar</b>				<b>71</b>	<b>37</b>



*Figur 1. Beskrivning av EBH-gruppens arbetsordning*

## 6 TEORI OCH DEFINITION

Agneta Iwanson-Öman

### 6.1 Teorier

#### 6.1.1 Inledning

Våld, aggression, utagerande och självskadande beteenden som begrepp, kan förklaras utifrån olika och varierande teorier. Olika teorier som ligger till grund för respektive förklaringsmodeller, leder till olika definitioner av vad som är orsaken och indikerar vilka metoder som är effektiva för att förändra beteenden.

Här ges en översiktlig beskrivning av olika teorier. Den gör inte anspråk på att vara fullständig eller heltäckande. Ambitionen har varit att försöka ge en översikt över vanligt förekommande teoretiska referensramar, aktuella för ämnet i fråga.

#### 6.1.2 Bakgrund

Det har sannolikt alltid funnits människor som inte kunnat följa regler och normer i olika grupper, kulturer och samhällen. Människor med olika former av problemskapande och normbrytande beteenden, försökte man tidigare placera och isolera från övriga i samhället på särskilda platser, s.k. asylor. Oavsett orsaker till och konsekvenser av normbrytande beteenden, samlades och isolerades en blandning av olika människor med problemskapande beteenden tillsammans. Här placerades människor med olika former av utvecklingsavvikelse, de med psykisk sjukdom, kriminella, demenssjuka, med flera. Under 1800-talets första hälft började man i Frankrike särskilja människor som begått kriminella handlingar och de med psykisk sjukdom, för att placera dem på olika platser isolerade från det övriga samhället.

Först i början av 1900-talet gjorde man skillnad mellan människor med psykisk sjukdom, intellektuell funktionsnedsättning och/eller autism. Dessa grupper har i Sverige varit placerade på olika institutioner och sjukhus, fram till 1980-talet. Då påbörjades en successiv nedläggning av mentalsjukhus och specialinstitutioner för personer med intellektuell funktionsnedsättning och de med psykisk sjukdom, med en ambition, att integrera dem i det övriga samhället.

Vår lagstiftning anger att vissa beteenden är tillåtna medan andra, t.ex. att stjäla, slå och medvetet skada någon, är straffbart och inte tillåtet. I vår professionella vardag möter vi människor vars beteenden kan vara problematiska på andra sätt, som t.ex. olydnad, trots, att bitas, rymma, slå sig själv etc. Det behöver inte nödvändigtvis vara kriminella handlingar. Personer som inte följer regler och normer, vars beteende i lagens mening inte är straffbara, har man försökt korrigera med olika former av fostrande metoder.

Ett beteende kan vara helt acceptabelt i ett sammanhang men problematiskt i ett annat. För att förstå och kunna bedöma beteendet måste man också ta hänsyn till var och i vilket sammanhang beteendet utförs.

Den kunskap och de värderingar om problemskapande beteenden vi har, utgår från hur människor i allmänhet fungerar. Värderingar om att beteende är ett rationellt och aktivt val en människa gör innebär att individen är ensam ansvarig för sitt val av beteende. Omgivningen kan då med olika fostrande eller bestraffande metoder försöka korrigera det problemskapande beteendet. Tanken är att man kan påverka människor till ett mer acceptabelt beteende om konsekvenserna av beteendet blir tydliga.

Det som komplicerar resonemanget när ett beteende upplevs som problemfyllt av omgivningen är, att det inte alltid är självklart för vem det är ett problem.

En definition av ett problemskapande beteende, måste därför ta hänsyn till både den enskilde personen, situationen och i vilket sammanhang denne befinner sig.

Under 1900-talets första hälft fanns teorier om att kriminalitet var ärftligt, vilket som konsekvens gjorde att människor med problemskapande beteenden bland annat hindrades från att skaffa barn. Människor med olika former av funktionsnedsättningar, exempelvis psykisk sjukdom, intellektuell funktionsnedsättning och flerfunktionshinder, tvångssteriliserades så sent som på 1930-talet i Sverige. Under andra världskriget avrättade man i Tyskland människor med utvecklingsmässiga störningar och psykisk sjukdom. De var inte kriminellt belastade men avrättades i rashygienens namn och för att de belastade samhället ekonomiskt (Hejlskov Elvén, 2009).

Det är i huvudsak två teoretiska huvudlinjer med antaganden om orsaker och förklaringar till människors problemskapande beteenden, som haft betydelse för senare konstruerade teorier och förklaringsmodeller. Det är de psykodynamiska och de inlärningsteoretiska teorierna.

Både den inlärningsteoretiska och psykodynamiska teorin antar att människor är födda lika. Vi påverkas tidigt i livet av olika faktorer som formar oss som individer. Beroende på teoretisk modell och dess antaganden om människan, definieras dock problemskapande beteenden olika, vilket också har betydelse för val av behandlingsmetoder och påverkansmodeller.

### *6.1.3 Psykodynamisk teori*

Den psykoanalytiska teorin (Freud, 1930) bygger på antaganden att människans handlingar är ett resultat av intra- och interpersonella, medvetna, förmedvetna och omedvetna konflikter. Driftteorier med förankring i psykoanalytisk teori, betonar tidiga erfarenheter och upplevelser i livet som orsakar och som styr aggressivt beteende senare i livet. Freud grundade sin förståelse av det mänskliga sinnet på tolkningar och introspektion dvs. analys av det själsliga innehållet. Aggression förklaras som en mänsklig driftsreaktion. Aggression förorsakas av inre olösta driftskonflikter hos individen och som uppkommit under barndomen. Efter andra världskriget konstruerades teoretiska modeller som kombinerar driftsteori med omgivningens betydelse för uppkomsten av aggressioner. I senare utveckling av modellen anges att omgivningsfaktorer har en större betydelse för att vidmakthålla aggression och att beteendet är målriktat. När någon hindras från att nå målen blir konsekvensen frustration som slutligen leder till aggression. Dessa tidiga teoretiska modelleranges förenklade förklaringar till mänsklig aggression. Det blir mest tydligt vid beskrivning av begreppet katarsis. Katarsisteorier om aggression betonar de positiva effekterna att släppa ut ilska och vrede. Katarsis anses ha en renande mental effekt. Ett sådant antagande förefaller ha en viss giltighet, men i en viss situation kan det vara svårt att bevisa vad som är individuellt och vad som är omgivningsfaktorerens betydelse i sammanhanget.

I vidareutvecklade psykodynamiska teorier anges bland annat att problembeteende hos personer orsakas av bristande anknytning mellan barn-föräldrar som beskrivs i anknytningsteori (Bowlby, 1969; Ainsworth et al., 1978), brister i uppfostran eller felaktig fostran som också beskrivs i objektrelationsteorier (Klein, 1958; Mahler et al., 1984; Fairbairn, 1952).

#### 6.1.4 Inlärningsteori

Den naturvetenskapligt influerande inriktningen, behaviorismen, lanserades av John Watson år 1913. Den är utvecklad ur den komparativa psykologin och vilar på teorier och utveckling av klassisk betingning beskriven av Ivan Pavlov och forskning kring operant betingning av B.F. Skinner. Psykologin är beteendets vetenskap och inte en vetenskap om "sinnet". Interna psykiska tillstånd som behov och mål kan inte studeras vetenskapligt. Psykologin en del av naturvetenskap och ska därför rikta in sig på att mäta direkt observerbara beteenden.

Enligt behaviorismen uppstår problemskapande beteenden som resultat av inlärning. Individen har lärt sig att använda problemskapande beteenden istället för mera adaptiva beteenden, på grund av påverkan från omgivningen. Inom behaviorismen används förstärkning och utsläckning som grundläggande strategier i att öka eller minska vissa beteenden. Syftet är att förstärka önskade beteenden och släcka ut oönskade beteenden. Adaptiva beteenden förstärks för att individen skulle ha nödvändiga förutsättningar för att bete sig rätt. Man betonar omgivningens roll som förorsakar och vidmakthåller till exempel aggressiva beteenden hos individen, (Skinner, 1953; Skinner, 1957). Tidig beteendeforskning gjordes ofta på djur och man kunde framkalla aggressiva beteenden hos dessa experimentellt. Tillämpad beteendeforskning har sedan 1960-talet tillämpat inlärningspsykologiska principer på människor i olika situationer, till exempel hos individer med olika slags problemskapande beteenden. Som exempel användes så kallade teckenekonomisystemen (Kazdin, 1982; Ayllon & Azrin, 1968; Matson & Boisjoli, 2009) på engelska "token economy", för att systematisk förstärka vissa önskade beteenden och som visade sig ha effekt. Metoden har mest använts på vårdinstitutioner men användningen av teckenekonomisystem har minskat. Utebliven belöning kan av exempelvis utbildad personal, användas på ett negativt sätt som bestraffning och leda till extrem kontroll, vilket ur ett etiskt perspektiv är ett problem även om metoden har effekt.

Modern inlärningspsykologi syftar till att förstärka önskvärda beteenden som kan ersätta problembeteenden. Syftet är att fastställa vilken funktion ett visst beteende har för individen. Man försöker identifiera vilka omständigheter som triggar ett beteende samt undersöker vilka konsekvenser beteendet får. Beteendeinterventionerna har under åren utvecklats till att fokusera på positiv förstärkning av önskvärda beteenden (Donnellan et al., 1988; Lavigna & Donnellan, 1989; Lerman & Vorndran, 2002).

##### 6.1.4.1 Tillämpad beteendeanalys

Tillämpad beteendeanalys och Positivt beteendestöd (PBS) som utvecklades inom tillämpad beteendeanalys under 1980- och 1990-talen, är exempel på inriktningar som bygger på inlärningsteoretiska principer och inriktas på observerbara beteenden. Antagandet är att en persons beteende utvecklas och förändras i samspel med omgivningen under hela livet. Individens utveckling sker genom inlärning, utifrån individens egna förutsättningar och det stöd man får från omgivningen. Därför bedrivs forskning i verkliga sociala miljöer och inriktar sig på beteenden som är socialt meningsfulla för individen. I behandlingssammanhang försöker terapeuten identifiera vilka reaktioner som väcks och vilka konsekvenser som vidmakthåller individens beteende.

Inom tillämpad beteendeanalys anses problemskapande beteenden vara något som personen lär in över tid. Därför är det möjligt att påverka dessa beteenden. Det problemskapande beteendet har blivit funktionellt av en eller annan anledning. Individen har lärt sig att det problemskapande beteendet, t.ex. ett slag mot en annan person, resulterar i att man får uppmärksamhet

från omgivningen som då upplevs positivt. Det problem-skapande beteendet har blivit funktionellt i situationen (relaterat till de konsekvenser som följer det.) Tillämpad beteendeanalys innebär att man använder inlärningsteoretisk kunskap för att systematiskt kartlägga de faktorer som påverkar eller har påverkat individen så att problemskapande beteenden har blivit en del av individens beteendepertoar. Därefter formuleras en hypotes om vilken funktion dessa beteenden fyller för individen i dagsläget för att sedan kunna sätta in lämplig åtgärd. Åtgärderna kan innebära förändringar i miljön, att individen får möjligheter att lära sig nya färdigheter som fyller samma funktion eller liknande funktion som det problemskapande beteendet. Det kan också innebära att man bemöter individen på ett sätt som ökar sannolikheten för att individen använder sig av mer adaptiva beteenden i framtiden. Ofta kombineras dessa strategier för att nå optimala behandlingseffekter. Om önskvärda effekter inte uppnås, undersöker man först om åtgärden har genomförts korrekt. I nästa led väljer man att pröva en annan strategi utifrån den tidigare analysen. Om denna strategi inte heller fungerar går man tillbaka och kompletterar kartläggningen för att söka ny information och göra en ny funktionell analys (Ramnerö & Torneke, 2008; Cooper, 2006). För ytterligare information se kapitel 5.

#### 6.1.5 Socialkognitiv teori

Bandura (1973) anger i sin teori att aggressiva beteenden via modellinlärning både direkt och indirekt kan påverka individer. Social inlärning fungerar så att barn kan lära utan några förändringar i det synliga beteendet, vilket då måste förklaras med interna representationer. Man börjar beskriva inre kognitiva funktioner hos individen som viktiga vid uppkomst av aggression, våld och att de inte enbart förorsakas av omgivningens påverkan. Individen lär sig inte enbart genom förstärkning utan också genom imitation och genom att se hur andras beteenden blir belönade eller bestraffade.

I en senare utveckling av teorin har antaganden angående individers självförtroende lagts till. Självförtroende inkluderar förväntningar, förmåga att tolka situationer och anses ha betydelse för individens beteende (Bandura, 1995, 1997). Han införde begreppet "efficacy beliefs" (tron på den egna förmågan, självförtroende) som anger antaganden om individens tro på sin förmåga att kunna åstadkomma resultat och är grundläggande för mänsklig aktivitet. Kontroll av sin överlevnad och utveckling, påverkan av sig själv och sin omgivning, är centralt i människans liv.

Människans grundläggande behov av kontroll över sina livsomständigheter påverkar nästan allt hon gör. Den upplevda förmågan till kontroll kan variera och osäkerhet om att kunna handskas med viktiga angelägenheter kan skapa oro och frustration. Self-efficacy refererar till antaganden om den egna förmågan att kunna organisera, utföra och inrikta den aktivitet som krävs för att nå det man strävar efter. Personens förmåga till påverkan och kontroll kan variera liksom personens egen förmåga att kunna reglera sin motivation, tankeprocesser, affektiva tillstånd och beteenden. Det kan också innebära att förändringar av faktorer i omgivning som gör att motivation, tankeprocesser, affektiva tillstånd och beteende behöver varieras utifrån vad man försöker uppnå. Människor är självorganiserande, proaktiva, självreflekterande och självreglerande snarare än reaktiva individer som formas och styrs av krafter i omgivningen eller är drivna av inre impulser.

### 6.1.6 Kognitiva teorier

Kognitiva teorier försöker förklara hur människan behandlar information, hur den ihämtas, bearbetas och hur den används. Kognitiv psykologi är en vetenskaplig inriktning som studerar de mekanismer som ligger bakom människans tankeprocesser, känslor och beteenden, som informationshanterande enhet. Viktiga funktioner är teorier om minne, perception, kunskapsrepresentationer, språk, problemlösning, beslutsfattande, medvetande och intelligens. Människans tankar, känslor och beteenden som informationshanterande enhet kopplat till vetenskapligt synsätt och antaganden om interna mentala tillstånd, är grunden till kognitiva teorier.

### 6.1.7 Neuropsykologiska teorier

Med utvecklad medicinsk undersökningsteknik har man genom forskning börjat få kunskap om hur hjärnan arbetar och om kopplingar mellan funktion och neurala processer. Neuropsykologins syfte är att försöka förstå sambandet mellan de psykologiska och biologiska processer som försiggår i den mänskliga hjärnan. Definitionen av neuropsykologi är vetenskapen om sambandet mellan hjärnans funktioner och beteende. Med hjärnans funktioner menas de processer som sker i det aktiva nervsystemet, bl.a. ämnesomsättning, syntes och nedbrytning av de ämnen som neuronerna använder, det elektrokemiska informationsflödet via synapser. Beteende är allt från yttre observerbara handlingar, motorik, talat språk etc., till medvetande, tänkande och kännandet. Hjärnans funktioner och beteende är två olika aspekter som har samma materiella bas (Nyman & Bartfai, 2000).

Kognitionsforskning fokuserar på olika delar av kognition till exempel minne, perception, språk och uppmärksamhet. Kunskaperna om olika kognitiva processer har ökat och det finns flera olika hypoteser om hur komplexa abstrakta tankeprocesser fungerar. Viktiga funktioner som beskrivs utifrån neuropsykologiska teorier är exekutiva-, visuella-, språkliga- och minnesfunktioner. Varje funktion består av olika delkomponenter som kan undersökas via varierande undersökningsmetoder. Detta för att fastställa specifika och/eller generella funktionsnedsättningar som är kritiska för inlärning, kommunikativ och social förmåga som till exempel vid intellektuell funktionsnedsättning och/eller autism (Groome, 2010).

Neuropsykologen Ross Greene (2002) har definierat orsaken till problemskapande beteenden i antagande om funktionsbrister och nedsatt förmåga hos den enskilda individen. Han menar att människor gör det riktiga om de kan. Det är förmågan som brister, inte viljan. Eftersom hjärnan inte kan studeras direkt i levande livet, måste man försöka dra slutsatser om eventuella avvikelser i dess funktion. Abnormiteter och avvikelser i hjärnans funktion kan med tämligen stor säkerhet påvisas vid olika kliniska och neurologiska undersökningar. Med neuropsykologisk undersökningsmetodik kan kartläggning göras av individens kognitiva, språkliga och motoriska funktionsstyrkor respektive svagheter. Problemskapande beteenden beror sannolikt på att krav är för höga och att individen inte har förutsättningar att klara av dem. Det kan vara krav som individen ställer på sig själv eller vara omgivningens krav som ställs och finns i olika sociala sammanhang. Det blir därför viktigt att identifiera vilka svårigheter och funktionsnedsättningar som personen har och som kan kopplas till neurologiska och psykologiska processer och antaganden om hur det påverkar personens beteende och anpassning.



## 6.2 Affektiva teorier

Människors motivation, affektiva tillstånd och handlingar baseras på värderingar och vad de tror, snarare än vad som är objektivt och sant. Dessa antaganden har gjort att man fokuserar mindre på omgivningsfaktors betydelse och mer på människors tankar och värderingar i uppkomsten av problemskapande beteenden.

Teorier om affekter och s.k. grundkänslor, (Darwin, 1867; Nathansson, 1992; Ekman, 2003; Bowlby, 1969, 1973, 1980; Stern, 1985, 2005; Tomkins, 1991), är en del i nästan all modern kognitionsforskning. Man anser att det finns 9 basala affekter: intresse, ledsnad, ilska, avsky/avsmak, leda, förvåning, glädje, rädsla och skam. Det finns medfödda biologiska program för affekter som man kunnat visa genom modern spädbarnsforskning. Man har filmat spädbarn och har kunnat visa att spädbarn uppvisar affekter som de inte kan ha någon tidigare erfarenhet av.

De flesta affekter kan uttryckas från födseln, men glädje, rädsla och skam utvecklas under första året. Affekter, hävdar man, är ett livsnödvändigt signalsystem för sociala varelser, en kommunikation mellan individ och grupp. Informationen vi ger varandra med våra affekter sker direkt och gör att vi inte missförstås. Människan är inte alltid medveten om hur en affekt automatiskt styr hennes tankar. I efterhandskonstruktioner söker vi förklaringar till våra tankar och handlingar, eftersom vi inte direkt är medvetna om våra affekter, hur de startas och hur de påverkar våra beteenden. Känsloreaktioner påverkas och utlöses av signaler. Exempelvis kan vi skrämmas av plötsliga höga ljud, men med tiden spelar även våra erfarenheter in så att ljud vi upplevt kopplas ihop med den affekt situationen gav upphov till. Det innebär att inlärning finns med i hur mycket och vad som utlöser våra affekter. Affektteorier anger en grundläggande förståelse av kopplingen mellan biologi och psykologi.

McDonnell, McEvoy och Dearden (1994) införde begreppet lågaffektiv teori. Den fokuserar på individens affekter och deras betydelse för uppkomsten av problemskapande beteenden. Teoretiskt har man försökt analysera kopplingen mellan ökning av nervsystemets aktivitet. En sådan aktivering som kan sättas igång av inre och yttre stimuli, ger vanligen upphov till skärpt uppmärksamhet, känsloreaktioner, konsolidering av intryck, tankeverksamhet och beteende. Neurobiologisk forskning har visat att det finns ett generellt aktiveringssystem i hjärnan som påverkar kortikala funktioner (Pfaff, 2005). I undersökningar har man kunnat visa att både människor och djur har en högre aktivering i nervsystemet vid all form av sensorisk stimulering, både vid motorisk aktivitet och vid känslomässiga reaktioner. Nya oförutsedda stimuli leder till en ökad aktivering i nervsystemet. Definitionen kopplar därmed nervsystemets aktivering till inre informationsprocesser. Kopplingen mellan ökning av nervsystemets aktivitet och bearbetning av information, beskrevs ursprungligen av Yerkes-Dodson (1908) som formulerade ett lagbundet samband mellan dessa faktorer. Man antog att performance (utförande) och aktivering var kopplade till varandra i en inverterad u-formad graf som bland annat angav att en hög aktivitet i nervsystemet medförde en minskning av performance (utförande). Enkla inlärningsexperiment med djur, där felaktig respons bestraffades, visade att inlärningseffekterna minskade. Man antog därför att effekt av aktivering av nervsystemet var kopplade till informationsbearbetning. Antagandet har kritiserats men anses ändå användbart i förklaring av emotionell reglering (Pfaff, 2005). Ökad aktivering i nervsystemet och stress anses vara viktiga komponenter för att reglera känslor (Reich & Zautra, 2002). De medierade effekterna av nervsystemets aktivering betonas därför i hantering av aggressiva beteenden.

En modell som bygger på ökad aktivering av nervsystemet som medierande faktor i aggressiva beteenden kan ge användbara förklaringar till vad som händer när problem-skapande beteenden uppstår. McDonnell (2010) anger att en individs inre aktivering av nervsystemet påverkar den kognitiva förmågan att bearbeta utifrån kommande stimuli. Utgångspunkten är att reglering av individens ökade aktivering i nervsystemet påverkas och anger en beteendepåverkan som påverkas av stressfaktorer från omgivningen. Individen söker balans, det vill säga den optimala nivån av aktivering som behövs för att fungera i omgivningen. Tillståndet likställs med det fysiologiska tillståndet homeostas.

Modellen har också kopplingar till begreppen *stress* och *ångest*. Stress och ångest har antagits vara tillstånd kopplade till aggressiva beteenden bland annat hos individer med definierade autismtillstånd (Attwood, 2006). Stress upplevs när krav från stressfaktorer uppväger förmågan att hantera de inre reaktionerna på dessa det vill säga individen tappar kontroll. Detta visar på en klar interaktion mellan omgivning och psykologiska och fysiologiska reaktioner (Lazarus & Folkman, 1984). Lazarus och Folkman har beskrivit, dels stress som orsaksfaktor till olika typer av beteenden, dels sätt att handskas med belastning: *coping*. Begreppet *coping* definieras som strategier individer har för att stå ut med belastningar. Vissa människor kan stå ut med belastningar eftersom de har bra strategier för att hantera svårigheter som uppstår i vardagen, andra inte.

Underförstått uppstår kognitiv upplevelse av hot när individens strategier för hantering inte fungerar så bra. Som förklaring till självskadande beteenden och aggressiva beteenden föreslår McDonnell (2010) att aktivering av nervsystemet är en medierande faktor av individers kognitiva informationsprocessande och leder till stressreaktioner när krav inte längre kan hanteras av olika skäl. Antagande om självkontroll och tillit är begrepp som anses ha betydelse för affekters uppkomst och yttringar samt dess ömsesidiga påverkan mellan individ och andra personer och omgivningen. Hejlskov Elvén (2009) och McDonnell (2010) utvecklar ett resonemang kring individers självkontroll och tillit, personalens kontrollbehov av individen kopplat till olika grad av affekttillstånd hos individen, men också hos personalen.

### 6.2.1 Maslows behovstrappa

Maslow (1943) utvecklade en teori om hur människor prioriterar sina behov. Motivation är Maslows utgångspunkt när han beskriver teorin om behovstrappan. En människa måste bli det hon kan bli och hennes drivkraft är strävan efter självförverkligande. Behov på basal nivå måste vara tillfredsställda innan andra utvecklingsrelaterade mål blir viktiga för individen. Detta beskriver Maslow i den så kallade *behovstrappan*. Människan har en inre motivation att nå sin potential genom att utveckla sin förmåga. Problemskapande beteenden kan förklaras av att de grundläggande fysiologiska, psykologiska och sociala behoven inte uppfylls. Maslow nämner fem olika grundläggande behov som lyder:

- Fysiologiska behov som består av basala behov som luft, mat, vätska, värme, sömn och sex.
- Trygghetsbehov som är psykologiska behov av struktur, stabilitet, skydd, fred, trygghet, samhörighet och kärlek.

Dessa tre behovsnivåer räknas som grundläggande behov och de två som följer ses som utvecklingsrelaterade behov:

- Självkänsla. Behov av självrespekt, erkännande, bekräftelse och uppmärksamhet. Detta kan delas in dels som den inre självkänslan dels erkännande och uppmärksamhet från andra.
- Behov av självförverkligande. Att utvecklas som person och bli mer och mer den man är.

I arbetet inom bl.a. vård- och omsorg har teorin betydelse i utformning av omhändertagande och bemötande av människor.

Problemskapande beteende är ett fenomen som bestäms av multipla faktorer och kan förklaras utifrån olika teorier. Socialkognitiva teorier betonar sambandet mellan människors sätt att tänka, planera, uppfatta, lära in, minnas och organisera sitt sätt att agera och reagera. Mänsklig verksamhet är produkten av ett dynamiskt samspel mellan personliga, beteende- och omgivningsmässiga influenser. Enligt socialkognitiv teori anges en triadisk modell av ömsesidiga orsaksrelationer mellan person, beteende och omgivning. Den innehåller personliga faktorer i form av kognitioner, affekter och biologiska händelser, beteende och influenser från omgivningen. Olika teorier finns om kognition, affekter, koppling mellan biologiska och psykologiska processer, behov, beteende, personlighet, motivation etc. som har fokus på individnivå. Teorier anger olika förklaringsmodeller och orsaksfaktorer antingen som inlärd beteenden i relation till omgivning eller som brister i kognitiva funktioner och informationsprocesser hos individen och som får konsekvenser i relation till omgivningens krav och förväntningar. I terapeutiska sammanhang blir det viktigt att analysera orsaksfaktorerna var och en för sig och det ömsesidiga samspelet däremellan, för att ringa in orsak och samband innan man väljer metoder för att förändra antingen något eller flera av person-, omgivnings- eller beteendefaktorer.

Olika teorier om individens förutsättningar och funktionssvårigheter ger förståelse och kunskap om *när, var, hur och varför* en person med intellektuell funktionsnedsättning behöver ett bemötande av sin omgivning i förhållningssätt, träning och tillrättaliggande av krav så att problemskapande beteende förebyggs.

## 6.3 Definitioner

### 6.3.1 Intellektuell funktionsnedsättning

I den nyligen publicerade och reviderade upplagan av Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-5 (2013), har mental retardation ersatts av begreppet ”intellectual disability”. Likvärdigt begrepp kommer att anges i den kommande reviderade upplagan av International Classification of Diseases, ICD-11, som intellectual developmental disorder. Eftersom DSM-5 inte publicerats på svenska ännu, är det i skrivande stund oklart hur den officiella svenska översättningen blir av begreppen. Vi har i denna EBH-rapport valt att följa rekommendationerna i DSM-5 och använder begreppet intellektuell funktionsnedsättning.

Intellektuellt funktionshinder innebär funktionsnedsättningar i allmänna mentala förmågor som påverkar adaptiva funktioner inom tre områden. Dessa områden avgör hur väl en individ klarar vardagliga aktiviteter:

- *Det begreppsmässiga området* omfattar kunskaper i språk, läsning, skrivning, matematik, resonemang, kunskap och minne.

- *Det sociala området* syftar på empati, social omdöme, interpersonell kommunikation, förmågan att göra och behålla vänskapsband, och liknande kapacitet.
- *Det praktiska området* är inriktat på självstyrning på sådana områden som personlig vård, jobbandsvar, hantering av pengar, fritid, samt organisering av skola och arbetsuppgifter.

DSM-5 (2013) *American Psychiatric Association*

Skador som inträffar före 16 års ålder och som medför generell nedsättning i begåvningsfunktioner, klassificeras i Sverige, som intellektuell funktionsnedsättning. I amerikanska definitioner har åldern för när skadan inträffat eller upptäckts skjutits fram till 18 års ålder (AAMR, 1992) eller 22 års ålder (APA, 1996).

Intellektuell funktionsnedsättning är en funktionsnedsättning som rör personens begåvningsutveckling och faktorer som påverkat den under utvecklingsåren, dvs. före 16-18 års ålder. ([www.fub.se/fakta](http://www.fub.se/fakta), 2008). Orsak till intellektuell funktionsnedsättning kan vara sjukdom eller skada har uppstått pre-, peri- eller postnatalt. Andra begrepp som förekommer i sammanhanget är intellektuella eller kognitiva funktionsnedsättningar.

Den huvudsakliga svårighet som personer med intellektuell funktionsnedsättning har, är svårigheter med det abstrakta/logiska tänkandet. Det ger märkbara generella inlärningssvårigheter och brister i förmåga att självständigt klara anpassning i dagligt liv. Det kan handla om svårigheter att förstå begrepp som *när*, relaterat till tid, *var* som anger orientering i tillvaron, *hur* som har att göra med kvalitet, *hur mycket* som anger kvantitet och *varför* som har att göra med orsak-verkan. Sammanfattningsvis handlar det om personens svårigheter att ta in, bearbeta information, bygga och tillämpa kunskaper.

Enligt American Psychiatric Association Publication, Diagnostic and Statistical Manual of mental disorder, DSM-IV(1994)och DSM V (2013), finns svårighetsgrad och förloppsspecifikationer angivna. Svensk sjukvård ansluter sig officiellt till WHO:s klassifikationssystem för sjukdomar och psykiatriska diagnoser såväl som andra diagnoser och registreras därför med ICD-koder, enligt International Classification of Diseases, ICD-10. I klassifikationsmanualerna finns likartade kriterier och angivna gränser för lindrig, medelsvår, svår och grav intellektuell funktionsnedsättning. Gränsen för intellektuell funktionsnedsättning anges till två standardavvikelser under begåvningsgenomsnittet. Båda klassifikationssystemen beaktar, både det psykometriska och sociala kriteriet för diagnos det vill säga att intellektuell funktionsnedsättning innebär en samtidig nedsättning i intelligens kopplat till förmåga att klara vardagslivet, dvs. adaptiv förmåga. I DSM IV heter intellektuell funktionsnedsättning mental retardation medan den anges som psykisk intellektuell funktionsnedsättning i ICD-10 klassifikationen.

### 6.3.2 *Problemskapande beteenden*

Det är den komplexa interaktionen mellan individ och det sammanhang som individen lever i som avgör om ett beteende anses avvikande och oacceptabelt, eller inte. Emerson betonar vikten av samspelet mellan individen och dennes omgivning i definitionen:

- Problemskapande beteenden är sådana beteenden som till följd av sin art, intensitet eller varaktighet orsakar bekymmer för den enskilde eller omgivningen, och sannolikt leder till tvång, exkludering eller andra negativa konsekvenser i form av minskad livskvalitet. Sådana beteenden kan vara utåtriktade mot person eller föremål, eller självskadande.

Emerson & Einfeld (2011)

Definitionen ger ingen fingervisning om vilka beteenden det handlar om. Den anger enbart definition om konsekvensen av beteendet för den som har beteendet.

Hejlskov Elvén (2009) definierar problemskapande beteende som följer:

- Problemskapande beteende är ett beteende som skapar problem för personer i omgivningen.

Hejlskov Elvén refererar till McDonnell (2010) som anger följande definition: "Problemskapande beteenden är beteende som 'pisses you off'." Definitionen betonar här omgivande personers känslomässiga reaktioner inför beteendet.

I Storbritannien och Irland har kliniska kriterier tagits fram för bedömning av mentala och beteendemässiga avvikelser vid intellektuella funktionsnedsättningar (DC-LD RCPsych, 2001):

- Problembeteendet har betydande frekvens, är våldsamt och/eller kronisk, att det är nödvändigt med klinisk utredning/ intervention och stöd. Problem-beteendet beror inte direkt på annan psykiatrisk problematik (t.ex. genomgripande utvecklingsavvikelser, psykotiska sjukdomar, depression, generella ångestillstånd, personlighetsstörningar) drogmissbruk eller fysiska sjukdomar.

Ett av följande kriterier måste uppfyllas:

- Problembeteende är betydande och påverkar individens egen eller andras livskvalitet, negativt.
- Individens problembeteende medför stor risk för egen eller andras hälsa.
- Problembeteendet är svårt att påverka/behandla.

Hejlskov Elvén (2009) kompletterar Emersons definition avseende problemskapande beteenden vid utvecklingsmässiga funktionshinder. Han menar att nästan ingen med intellektuell funktionsnedsättning, autism eller andra psykiskt utvecklingsmässiga avvikelser, begär utredning eller behandling, för att de själva anser att de har problem. Omgivningen har problem att förhålla sig och hantera individens beteende och det som normalt brukar fungera i förhållningssätt och metoder, gör inte det. Omgivningen ser till att individen utreds. En utredning förväntas ge kunskap om vilka förmågor som inte fungerar hos den enskilda individen. Det ger vägledning till vilket stöd och kompensation som omgivningen behöver ge för att kunna kompensera bristande förmågor hos individen.

Beteenden som kan accepteras hos t.ex. en person med funktionshinder till exempel intellektuell funktionsnedsättning eller autism, skulle kanske inte accepteras hos personer utan funktionsnedsättningar. Med kunskap om funktionsnedsättningar och dess konsekvenser, kan problemskapande beteenden förstås och hanteras. Det innebär att ansvaret för hantering av beteenden och för sammanhang, ligger hos personal och omgivande nätverk.

Det finns många olika former av problemskapande beteenden beskrivna i forskningssammanhang, hos personer med intellektuell funktionsnedsättning.

Windahl (1987) anger att uppdelningen mellan självskadande beteenden och de farliga beteenden

den som inte riktar sig mot egna kroppen, inte är helt klar. En del forskare inkluderar enbart direkt fysiskt våld mot den egna kroppen som självskadande, medan andra kan inkludera indirekt fysiskt självskadande beteende som inte ögonblickligen medför svår och omfattande skada men får skadliga konsekvenser på sikt.

### 7.3.2.1 *Generell aggressionsteori*

Översiktligt kan problemskapande beteenden antingen kategoriseras som självskadande, riktade mot den egna personen eller som aggressiva/våldsamma beteenden riktade mot personer eller egendom i omgivning. Vanligast förekommande är undersökningar gällande yttringar och behandling av olika aggressiva beteenden.

Definition av våld och aggression är viktigt i behandlingsstudier då den anger hur individer ska bemötas och hanteras vid våldsamt och aggressivt beteende riktade mot omgivningen. De är också viktiga för att tydligt kunna tolka data.

Verbalt aggressiva beteenden har i undersökningar t.ex. visat sig vara vanligare än fysiskt aggressiva beteenden inom vården (Hahn et al., 2008). Begreppen våld och aggression används ofta synonymt. Anderson och Bushman (2002) definierar skillnaden mellan aggression och våldsbeteende att enbart vara i termer av gradskillnader. Enligt deras definition är aggression ett medvetet beteende i syfte att skada en person och våldsbeteende syftar till att extremt skada en annan, till exempel att döda någon. Bandura (1973) har teoretiskt beskrivit skillnaden mellan ilska och instrumentell aggression. Ilska är associerad med en starkt laddad emotionell reaktion och instrumentell aggression beskrivs som ett aggressivt beteende med ett klart syfte. Gomes(2007) skiljer mellan öppen eller dold aggression. Definitioner behöver även kunna förklara våld och aggression på organisations- och samhällsnivå och inte enbart på individnivå (Bowie, 2002).

Andersson och Bushman (2002) beskriver i sin teori individens inre tillstånd som summan av interaktion mellan kognition, affekt och aktivering av nervsystemet. Dessa beskrivs som "vägarna" till och uppkomsten av aggressiva beteenden. Metcalfe och Mischel (1999) anger teoretiska resonemang genom antagande om två minnessystem kopplade till varandra, det "heta" respektive "kalla" system som är involverade i uppkomsten av aggressionsbeteenden.

Enligt McCall och Shields (2008) är våld är resultat av interaktionen mellan några få viktiga biologiska komponenter hos individen och många starka situationskomponenter och omgivningens inverkan.

Dilworth et al. (2011) har visat att vård- och omsorgspersonal som arbetar med människor med problemskapande beteenden, ofta tillskriver den enskilde vårdtagaren intention att skada och dessutom antar att individen kan hantera och kontrollera beteendet. Dessa antaganden leder till att personal har lägre grad av medkännande för individens svårigheter och har minskad benägenhet att hjälpa personen.

Andra forskare redovisar teorier att beskriva människans beteende/förmåga till att hjälpa/stödja andra (Allen, 1999; Dagnan et al., 1998; Wanless & Jahoda, 2002). I sådana teorier kan till exempel vårdande personals egenskaper och känslomässiga reaktioner förklara deras förmåga till hjälpbeteende. Om en person inte helt anses ha kontroll över sitt beteende kan personer i dennes omgivning ha förståelse för individen och man agerar därefter. Dessa

antaganden ger en pragmatisk förklaringsmodell till vårdande personals reaktioner avseende till exempel aggressiva beteenden hos personer med intellektuell funktionsnedsättning.

Någon enhetlig definition och beskrivning av vilka typer av beteenden, vilken frekvens, intensitet och duration de ska ha för att anses som problemskapande, finns inte. Detta försvårar tolkning och jämförelser av olika behandlingsmetoders resultat och effektivitet.

## Referenser

- Allen, D. (1999). Success and failure in community placements for people with learning disabilities and challenging behavior: An analysis of key variables. *Journal of Mental Health*, 8 (3), 307-320.
- Andersson, C.A., & Bushman, B.J. (2002). Human aggression. *Annual Review of Psychology*, 53, 27-51.
- Ainsworth, M.D.S, Blehar, M.C., Waters, E. & Wall.S.(1978). *Patters of Attachment. A psychological Study of the Strange situation*. Hillsdale,NJ; Lawrence Erlbaum Associates
- Attwood, T. (2006). Asperger´s syndrome and problems related to stress. I Baron, Groden, Groden, Lipsitt (red): *Stress and coping in Autism*. Oxford University Press.
- Ayllon,T. ,& Azrin, N.H. (1968 ). *The token economy*. New York: Appelton-Century-Crofts.
- Bandura, A. (1973). *Aggression: A social learning analysis*. New Jersey: Prentice Hall.
- Bandura, A. (1995). *Self-efficacy in changing societies*. Cambrige University Press: New York.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: the exercise of control*. New York: Freeman
- Bowie, V. (2002). Defining violence at work: A new typology, In M. Gill, Fisher, & V. Bowie (Eds), *Violence at work*. Cullompton, Devon: Willan Publishing, 1-20.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment.Attachment and loss (vol 1)*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1973). Separation: *Anxiety & Anger. Attachment and Loss. (vol 2)*. London: Hogarth Press.
- Bowlby, J. (1980). Loss: Sadness & Depression. *Attachment and Loss (vol 3)*. Lodon: Hogarth Press.
- Cooper, J. (2006). *Applied behavior analysis*. United States Edition.
- Dagnan, D., Trower,P., & Smith, R. (1998). Care staff responses to people with learning disabilities and challenging behaviour: A cognitive emotional analysis. *British Journal of Clinical Psychology*, 37, (1), 59-68.
- Darwin, C. (1867). *The expression of emotion in man and animals*. 3rd edition, 1998. New York: Oxford University Press.
- DSM-IV (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fouth edition*. American psychiatric Association Publication.
- DSM-5 (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*, American psychiatric Association Publication.
- Dilworth, J.A., Philips, N., & Rose, J. (2011). Factors relation to staff attributions of control over challenging behavior.*Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 24 (1), 29-38.
- Donnellan, A.M., Lavigna, G.W., Negri-Shoultz, N, & Fassbender, L.L. (1988). *Progress without punishment: Effective approaches for learners with behavior problems*. New York: Teachers College Press.
- Ekman, P. (2003). *Emotions Revealed: Understanding Faces and Feelings*. London: Weidenfeld & Nicolson.
- Emerson, E. (2001). *Challenging behavior*.2 uppl. Cambrige: Cambridge University Press.
- Emerson, E., & Einfeld, S.L. (2011). *Challenging behavior* .3e utgåvan. Cambridge University Press



- Fairbairn, W.D.R. (1952). *An Object Relations Theory of the Personality*. New York. NY. Basic Books.
- Freud, S. (1930). *Civilisation and its discontents*. New York: WW Norton.
- [www.FUB.se/fakta/](http://www.FUB.se/fakta/) (2008).
- Greene, R.W. (2002). *Explosiva barn. Ett nytt sätt att förstå och behandla*. Stockholm: Cura Bokförlag.
- Gomes, M.M. (2007). A concept analysis of relational aggression. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 14(5), 510-515.
- Groome, D. (2010). *Kognitiv psykologi. Processer och störning*. Studentlitteratur AB.
- Hahn, S., Zeller, A., Needham, I., Kok, G., Dassen, T., & Halfens, R.G. (2008). Patient and visitor violence in general hospitals: A systematic review of the literature. *Aggression and Violent Behavior*, 13, 431 – 441.
- Hejlskov Elvén, B. (2009). *Problemskapande beteende vid utvecklingsmässiga funktionshinder*. Lund: Studentlitteratur.
- Internationell statistisk klassifikation av sjukdomar och relaterade hälsoproblem – Systematisk förteckning (ICD-10-SE).
- Kazdin, A.E. (1982). The token economy: A decade later. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 15, 431-445.
- Klein, M. (1958). The Development of Mental Functioning. *Int. Journal of PsychoAnalysis*, 39.
- LaVigna, G.W., Willis, T.J., & Donnellan, A. (1989). The role of positive programming in behavioral treatment. Ur: E. Cipani (Ed.) *Behavioral approaches to the treatment of aberrant behavior*. (sid 59-83). *AAMD Monograph Series*. Washington DC: American Association on Mental Deficiency.
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.
- Lerman, D.C., & Vorndran, C.M. (2002). On the status of knowledge for using punishment: Implications for treating behavior disorders. *Journal of Applied Behavior Analysis*. 35, (4), 431 – 464.
- Mahler, M.S., Pine, F. & Berman, A. (1984). *Barnets psykiska födelse*. Natur och Kultur. Stockholm.
- Maslow, A.H. (1962). *Towards a Psychology of Being*. Van Nostrand, New York.
- McCall, G.G., & Shields, N. (2008). Examining the evidence from small scale societies and early prehistory and implications for modern theories of aggression and violence. *Aggression and Violent Behavior*, 13 (1), 1-9.
- McDonnell, A.A., McEvoy, J. & Dearden, R.L. (1994). Coping with violent situations in the caring environment. In T.Wykes (Ed.) *Violence and health care professionals*, London: Chapman & Hall, 189-206.
- McDonnell, A.A. (2010). *Managing Aggressive Behavior in Care Settings: Understanding and Applying Low Arousal Approaches*. Chichester, UK: Wiley & Sons.
- Matson, J., & Boisjoli, J.A. (2009). The token economy for children with intellectual disability and/or autism: A review. *Research in Developmental Disabilities*, 30, 240 – 248.
- Metcalf, J., & Mischel, W. (1999). A hot/cool system analysis of delay of gratification: Dynamics of Willpower. *Psychological Review*, 106, 3-19.

- Nathanson, D.L. (1992). *Shame and Pride: Affect, Sex, and Birth of the Self*. New York: Norton.
- Nyman, H., & Bartfai, A. red. (2000). *Klinisk neuropsykologi*. Studentlitteratur. Lund.
- Pfaff, D. (2005). *Brain arousal and information theory: neural and genetic mechanisms*. Boston: Harvard University Press.
- Ramnero, J., & Torneke, N. (2008). *The ABC of Human Behavior. Behavioral Principles for the practicing clinician*. New Harbinger Publications.
- RCPsych (2001). Royal College of Psychiatrists. DC-LD (Diagnostic criteria for psychiatric disorders for use with adults with learning disabilities/mental retardation. Occasional Paper OP 48. Londo: Gaskell.
- Reich, J.W., & Zanutra, A. (2002). Arousal and the relationship between positive and negative affect: An analysis of the data of Ito Cacioppo and Lang (1998). *Motivation and Emotion*, 26, 209-222.
- Ross, FZ.H., & Sechenova, I.M. (1999). *Conditioning studies in the Pavlov's laboratory during 75 years of its existence. Sep-oct 5 (9-10):* 1208-15. PMID 10641258.
- Skinner, B.F. (1953). *Science and human behavior*. New York: Free Press.
- Skinner, B.F. (1957). *Verbal behavior*. New York: Appelton-Centuary-Crofts.
- Skinner, B.F. (1959). An experimental analysis of certain emotions. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 2, 264.
- Stern, D. (1985). *Barnets interpersonella värld*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Stern, D. (2005). *Ögonblickets psykologi: om tid och förändring I psykoterapi och vardagsliv*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Tomkins, S.S. (1991). *Affect Imagery Consciousness (Vol. III.) The Negative Affects: Anger and Fear*. New York: Springer.
- Wanless, L.K., & Jahoda, A. (2002). Responses of staff towards people with mild to moderate intellectual disability who behave aggressively: A cognitive emotional analysis. *Journal of Intellectual Disability Research*, 46, 507-516.
- Watson, J.B. (1913). Psychology as the Behaviorist Views it. *Psychological Review*, 20.158-177.
- Yerkes, R.M., & Dodson, J.D. (1908). The relation of strength of stimulus to rapidity of habit-formation. *Journal of Comparative Neurology and Psychology*, 18, 454-459.
- Windahl, S-I. (2008). Självskadande beteende i ett tidsperspektiv (1985 – 2005). En uppföljningsundersökning efter 20 år av självskadande beteende bland personer med intellektuella funktionshinder i Uppsala län. *Rapportserien nr 48*. Habilitering och hjälpmedel. Landstinget i Uppsala län.

## 7 ORGANISATION AV INSATSER

Eva Warnerbring och Agneta Iwanson-Öman

### 7.1 Bakgrund

I sökningen fick vi träffa på fyra artiklar som handlar om skillnaderna i mötet med vården för personer med intellektuell funktionsnedsättning jämfört med övriga befolkningen. Publikationerna berör också frågor om hur habilitering och hälso- och sjukvårdsinsatser organiseras för att möta behoven i gruppen.

FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning lyfter fram rätten till hälsa och slår fast att medlemsstaterna särskilt ska erbjuda den hälsoservice målgruppen behöver på grund av funktionsnedsättningen (FN:s konvention om mänskliga rättigheter, 2011). Sjukligheten för personer med intellektuell funktionsnedsättning är större än för befolkningen i övrigt. I Sverige togs omsorgsöverläkarna, som hade särskild medicinsk kompetens vad gäller gruppens behov, bort 1986 och sedan dess förväntas personer med intellektuell funktionsnedsättning söka hjälp genom primärvården på samma villkor som den övriga befolkningen (Socialstyrelsen, 2010).

Personer med intellektuell funktionsnedsättning löper högre risk att drabbas av psykisk ohälsa (30-40 %) och att medicineras med psykofarmaka, särskilt antipsykotiska läkemedel (41 %) medan andelen som får specialistbehandling och vård inom psykiatri är låg. Dessa siffror överensstämmer med rapporterad förekomst i Danmark, Storbritannien och USA (Gustavsson, 2003).

### 7.2 Sårbarhet och riskfaktorer

Data angående förekomst av felbehandling av personer med intellektuell funktionsnedsättning har varit sparsam och undersökningar riktade till målgruppen, varit få. Felbehandling har konstaterats vara ett betydande hälsoproblem bland personer med intellektuella funktionsnedsättningar. I undersökningar gjorda i olika länder redovisas stora differenser avseende frekvens av problemskapande beteenden hos personer med utvecklingsmässiga avvikelser. Variationen beror på att olika forskare i sina undersökningar definierat problembeteende på olika sätt, varför resultaten inte går att jämföra (Matson et al., 2011). Dessutom försvåras jämförelser ytterligare då metoderna för datainsamling skiljer sig åt. Kunskapen om hur många som tillhör målgruppen och som utvecklar problemskapande beteenden är därför begränsad. Förekomst av problemskapande beteenden utifrån forskning varierar kraftigt och anges i olika frekvens, mellan 10-60% (Emerson, 2001; Janssen et al., 2002; Lowe et al., 2007).

En sammanställning (Horner-Johnson & Drum, 2006) av gjorda undersökningar utförda under åren 1995 till 2005, visar att människor med intellektuell funktionsnedsättning är särskilt sårbara och utsatta för olika former av felaktig behandling av sin omgivning. Generellt genomförda undersökningar i normalpopulationer visar att felbehandling ger en rad hälsoproblem som t.ex. fysiska skador, påverkan av psykiskt mående och till och med död. Bland personer med intellektuell funktionsnedsättning kan sekundära funktionshinder dessutom uppstå i form av problemskapande beteenden som konsekvens av omgivningens felbehandling och individens begränsade förmåga att kommunicera med sin omgivning. En person med intellektuell funktionsnedsättning kan t.ex. utveckla känslomässiga störningar som konsekvens av psykisk felbehandling eller bli utsatt för fysisk felbehandling där personen hindras från deltagande och aktivitet.

Syftet med Horner-Johnson's och Drum's sammanställning var att uppskatta förekomst av felbehandling genom att gå igenom aktuell forskning och litteratur i ämnet. Vidare var syftet att undersöka förekomst bland människor med intellektuell funktionsnedsättning och jämföra den med grupper utan funktionsnedsättningar samt grupper med andra funktionshinder.

Endast 5 artiklar som var relevanta för undersökningssyftet hittades. I sammanställningen definierades felbehandling som fysiskt och psykisk kränkande behandling oavsett om handlingen i juridisk mening var straffbar enligt lag, eller inte. Felaktig behandling kan ta sig många uttryck. I sammanställningen angavs fysiska och sexuella övergrepp, verbala, emotionella eller psykologiska felbehandlingar, att personer försumrades på olika sätt eller blev ekonomiskt utnyttjade. Trots det begränsade underlaget anger fynden att felbehandling från omgivningen oftare förekommer i målgruppen utvecklingsstörda jämfört med personer utan intellektuell funktionsnedsättning. Förekomst av felbehandling är större hos målgruppen utvecklingsstörda även i jämförelse med personer som har andra funktionsmässiga svårigheter.

En viss evidens finns för resultaten men undersökningar gällande målgruppen är således få, undersökningsmetodiken är ojämn i kvalitet varför generaliserbarheten är begränsad. Författarna anger att ytterligare forskning är nödvändig för säkrare resultat.

### *7.2.1 Riskfaktorer*

En metaanalys (McClintock et al., 2003) har gjorts av publicerad forskning under 30 år, mellan åren 1960 och 2003, avseende riskfaktorer hos personer med intellektuell funktionsnedsättning att utveckla problemskapande beteenden. Syftet med studien var att värdera vilken evidens det finns för riskfaktorer hos personer med intellektuell funktionsnedsättning att utveckla problemskapande beteenden. Totalt inkluderades 86 studier och av dessa valdes 22 studier som innehöll relevanta och tillräckliga data för att kunna bearbetas statistiskt. Riskfaktorer begränsades till dem som var angivna i de olika studierna och som kunde jämföras. Ingående faktorer var kön, grad av intellektuell funktionsnedsättning (svår/medelsvår/lindrig), autismdiagnos (med diagnos/utan diagnos), expressiv och impressiv språklig funktionsnedsättning (funktionsnedsättning/normal funktion).

Undersökta problemskapande beteenden var självskadande beteenden, stereotypa beteenden och förstörelse av egendom.

Metaanalysen visade flera riskmarkörer hos individer att utveckla olika former av problemskapande beteenden. Självskadande beteenden utvecklades oftare hos personer med svår till måttlig intellektuell funktionsnedsättning, personer med autism samt personer med nedsatt expressiv och impressiv språklig förmåga. Det är vanligare att pojkar och män uppvisar allvarligare problemskapande beteenden än flickor och kvinnor. Har personerna samtidig diagnos intellektuell funktionsnedsättning och autism, ökar riskerna än mer. Grupper som visar problemskapande beteenden tenderar att ha svårare form av intellektuell funktionsnedsättning. Inom denna kategori visar det sig att ju större svårigheter personerna har att kommunicera, desto större var risken för självskadande beteende.

Det finns visst stöd att svårare former av intellektuell funktionsnedsättning, svag kommunikativ förmåga och autism, är riskfaktorer för utveckling av problemskapande beteenden. Tolkningen av resultaten är dock problematisk, då ingående variabler i analysen överlappar varandra på flera sätt. Många personer med svårare intellektuell funktionsnedsättning kan förväntas ha kommunikativa problem, vidare att olika specifikt nedsatta kommunikativa

funktioner, identifierade vid diagnosen autism, i sig själva leder till svårigheter i kommunikation med omgivningen. Det gör det svårt att särskilja vilka orsaker som är viktigast i förklaring till varför beteendeavvikelse utvecklas. Författarna invänder också att flera potentiella riskfaktorer till exempel ålder kan ha avgörande betydelse, men kunde inte tas med på grund av otillräckliga eller osäkra data från de ingående studierna.

### **7.3 Modeller för omsorger och service**

McKenzie (2011) har gjort en översikt över utvärderingar av olika modeller för stöd och service för personer med utmanande beteende och intellektuell funktionsnedsättning i Storbritannien. Syftet var att belysa vad som är bästa behandling för denna klientgrupp. Författaren fann få utvärderingar, sammanlagt endast sju stycken och det framgår inte hur många deltagare dessa omfattar. Insatserna indelas i tre grupper: slutenvårdsenheter, ambulera specialteam och gruppinrättningar med lokala samhällstjänster knutna till sig.

En mindre studie av Golding et al. (citerad i McKenzie, 2011) visade att personer som flyttade från sjukhusboende till kommunalt boende (specialiserat för personer med utmanande beteende) mår bättre och fungerar bättre efter flytten. Studien är liten och har begränsningar, men ligger i linje med vad Emerson et al. (citerad i McKenzie, 2011) kom fram till i en större studie ( $n=500$ ). I denna studie jämfördes behandlingsmetoder för utmanande beteende i tre olika typer av boende: egen bostad med särskilt boendestöd, vårdhem och gruppboende. Utmanande beteende förekom i alla tre boendeformerna, inom vårdhem förekom mer av fysiska tvångsåtgärder och medicinering. Brukarna där hade också mer kontakt med psykiatriker och psykologer. Forskarna konstaterade att de boende överlag löpte mer än tre gånger större risk att behandlas med medicin än med beteendestöd och att nästan hälften utsattes för fysiska tvångsåtgärder.

En mindre studie av Perry et al. (citerad i McKenzie, 2011) omfattade endast 19 individer som flyttade från sjukhusboende till specialiserat boende (NHS) riktat till personer med utmanande beteende. Personalen, som till största delen flyttade med, utbildades innan flytten i "active support and positive behavioural change". Trots detta fann man inga signifikanta skillnader i mängden observerade utmanande beteenden.

Hassiotis (citerad i McKenzie, 2011) jämförde två olika behandlingsmodeller i en randomiserad, kontrollerad studie av 63 individer fördelade på två grupper med utmanande beteende och intellektuell funktionsnedsättning. Grupp A ( $n=31$ ) erhöll "standardhabilitering" innefattande medicinering, vård och stöttande av adaptiva förmågor, grupp B ( $n=32$ ) erhöll detsamma men med tillägg av insatser från ett specialiserat beteendeterapeutiskt team. Hos båda grupperna förbättrades resultatet vid såväl tre som sex-månaders uppföljning, men resultatet var signifikant bättre för grupp B (till samma kostnad). Forskarna i studien påpekar dock att det i normala fall finns tillgång till psykolog inom denna verksamhet, vilket det inte hade gjort för grupp A. Resultatet ansågs därför inte generaliserbart.

I en artikel av McKenzie och Patterson (citerad i McKenzie, 2011) redovisades en mindre utvärdering av insatserna från ett ambulera specialteam som erbjöd bedömning och insatser till personalen då brukaren riskerade avvisning från boende på grund av utmanande beteende. Tjugofyra personer besvarade enkäter och befintlig dokumentation användes till utvärderingen som ägde rum 12 månader efter teamets start. Studien har begränsningar men ger visst stöd för att ambulera specialteam kan minska mängden utmanande beteende såsom det rapporteras av personal.

En studie av Robertson et al. (citerad i McKenzie, 2011) visade att slutenvårdsenheter innebär mer medicinering och mer restriktiva metoder såsom fysiska tvångsåtgärder med begränsad effekt på det utmanande beteendet. Resultaten av denna studie betraktades som stabilt.

Sammanfattningsvis konstaterar McKenzie (2011) att det finns få översikter över insatser vid utmanande beteende. Det förefaller som om slutenvården i högre grad än andra behandlare använder sig av restriktiva ansatser (medicinering och fysiska tvångsåtgärder) vilket har begränsad behandlingseffekt på utmanande beteende. Möjligen finns visst stöd för att ambulansspecialistteam kan ha en positiv inverkan, men resultaten är oklara. Oberoende av denna översikt, enligt McKenzie, är förutsättningarna för effektiva insatser för personer med intellektuell funktionsnedsättning och utmanande beteende väldokumenterade; insatserna måste grundas på en god kännedom om individen, möjliggörande av hållbara relationer mellan personal och brukare, prioritering av utbildning och handledning till personal, delaktighet för individen samt förvaltningsstruktur som främjar samarbete och samverkan.

#### **7.4 Vård och omsorg**

Balogh et al. (2008) tar sin utgångspunkt i fakta som givit upphov till debatt kring vuxna utvecklingsstörda individers svårigheter att få adekvat hälso- och sjukvård, särskilt avseende psykisk ohälsa. Studien riktas inte specifikt mot utmanande eller problemskapande beteende. Syftet är att identifiera effektiva sätt att organisera hälso- och sjukvård för personer med intellektuell funktionsnedsättning samt att tolka resultaten i förhållande till den pågående debatten i ämnet. Sammanlagt åtta studier uppfyllde kriterierna och var samtliga av god metodologisk kvalitet, sju förhållandevis små ( $n=20-50$ ) och en större ( $n=104$ ). Alla ingående deltagare hade någon grad av intellektuell funktionsnedsättning samt psykologiska eller beteendeproblem av olika slag: från sorg till allvarlig psykotisk sjukdom.

I tre av studierna fann man signifikanta och positiva resultat. Den första studien visade att minskat antal ärenden för personalen och ökat antal vårdkontakter i personens egen miljö gav signifikant mer adaptivt beteende och mindre maladaptivt beteende. I den andra studien förbättrades personens beteende efter professionell sorgerådgivning jämfört med de vårdtagare som erhöll stöd av anhörig eller professionell person som kände vårdtagaren väl men inte hade någon professionell rådgivningsbakgrund. I den tredje studien fann man en signifikant minskning i antalet dagar på sjukhus för personer som erhållit insatser från en professionell behandlare inom psykiatrisk vård med max 10-15 klienter jämfört med samma typ av behandlare med ansvar för 30-35 klienter. I de övriga fem studierna fann man ingen skillnad mellan interventions- och kontrollgrupp. I en studie påpekas det kostnadseffektiva i att ha rörliga behandlingsteam jämfört med inneliggande behandling. Endast två av studierna var tillräckligt lika för att tillåta jämförelser av deltagare, intervention och utfall, inga signifikanta skillnader återfanns i utfallsledet.

Balogh et al. (2008) ger i diskussionen en bakgrundsbild av hur hälso- och sjukvårdsinsatser för personer med intellektuell funktionsnedsättning organiserats i några av de länder som har utvecklats institutionaliserat boende. I Storbritannien utnyttjar många personer med intellektuell funktionsnedsättning den ordinarie sjukvården men utöver detta erbjuds även en specialiserad teambaserad vård och omsorg av s.k. Community Learning Disability Teams. Dessa team består av psykiatriker, psykologer och specialutbildade sjuksköterskor. Detta skiljer sig

från länder som Australien och USA där personer med intellektuell funktionsnedsättning i stor utsträckning får förlita sig på den ordinarie hälso- och sjukvården. Balogh et al. (2008) påpekar behovet av forskningsöversikter för att erbjuda beslutsfattare ett underlag för att fatta beslut kring organisationen av hälso- och sjukvården för den berörda befolkningsgruppen. Resultatet av denna översikt ger inget sådant allmängiltigt underlag.

## **7.5 Slutsatser**

Personer med intellektuell funktionsnedsättning är som grupp särskilt sårbara och utsatta för olika former av felaktig behandling. Problemskapande beteenden kan uppstå som en konsekvens av sådan felbehandling. Felbehandling drabbar oftare personer med intellektuell funktionsnedsättning än övrig befolkning och personer med andra funktionsnedsättningar. Andra riskfaktorer för utveckling av problemskapande beteende är svår intellektuell funktionsnedsättning, autism och svag kommunikativ förmåga. Problemskapande beteenden behandlas inom slutenvården i högre grad med psykofarmaka och fysiska tvångsåtgärder vilka har en begränsad behandlingseffekt på problemskapande beteenden. Samtliga författare påpekar att mer forskning krävs för att kunna dra säkra slutsatser om hur hälso- och sjukvårdsinsatserna för personer med intellektuell funktionsnedsättning bör organiseras.

## Referenser

- Balogh, R., Ouellette-Kuntz, H., Bourne, L., Lunsby, Y., & Colantonio, A. (2008). Organizing health care services for persons with an intellectual disability. *Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 4*. Art. No.: CD007492. DOI: 10.1002/14651858.CD007492.
- Horner-Johnson, W., & Drum, C.E., (2006). Prevalence of maltreatment of people with intellectual disabilities. A review of recently published research. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews, 12 (1)*, 57-69.
- McClintock, K., Hall, S., & Oliver, C. (2003). Risk markers associated with challenging behaviours in people with intellectual disabilities: a meta-analytic study. *Journal of Intellectual Disability Research, 47*, 405-416.
- McKenzie, K. (2011). Providing services in the United Kingdom to people with an intellectual disability who present behaviour which challenges: a review of the literature. *Research in Developmental Disabilities 32(2)*, 395-403.
- Övriga referenser
- Emerson, E., & Einfeld, S.L. (2011). *Challenging behavior*. 3:e utgåvan. Cambridge University Press.
- Emerson, E. (2001). *Challenging behavior*. 2 uppl. Cambridge University Press.
- FN:s konvention om mänskliga rättigheter. (2011). *Konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning*. Hämtad från [www.regeringen.se/sb/d/a/183741](http://www.regeringen.se/sb/d/a/183741)
- Gustafsson, C. (2003). *Intellectual Disability and Mental Health Problems: Evaluation of two Assessment Instruments, Occurrence of Mental Health Problems and Psychiatric Care Utilisation*. (Doktorsavhandling). Uppsala universitet.
- Janssen, C.G-C., Schuengel, C., & Stolk, J. (2002). Understanding challenging behavior in people with severe and profound intellectual disability: a stress-attachment model. *Journal of Intellectual Disability Research, 46(6)*, 445-453.
- Lowe, K., Allen, D., Jones, E., Brophy, S., Moore, K. & James, W. (2007). Challenging behaviors: prevalence and topographies. *Journal of Intellectual Disability Research, 51(8)*, 625-636.
- Matson, J.L., Shoemaker, M.E., Sipes, M., Horowitz, M., Worley, J.A., & Kozlowski, A.M. (2011). Replacement behaviors for identified functions of challenging behaviors. *Research in Developmental Disabilities, 32(2)*, 681-684.
- Socialstyrelsen. (2010). *Alltjämt ojämlig! Levnadsförhållanden för vissa personer med funktionsnedsättning*(2010-6-21). Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18075/2010-6-21.pdf>



## 8 TILLÄMPAD BETEENDEANALYS

Tiina Holmberg Bergman och Annelie Andersson

### 8.1 Bakgrund

Personer med intellektuell funktionsnedsättning löper större risk än personer utan intellektuell funktionsnedsättning att utveckla problemskapande beteenden (PB) (Hassiotis & Hall, 2008), såsom utåtriktade aggressioner, självskadande beteenden och vredesutbrott. Varje individ har sin unika inlärningshistoria, sina färdigheter och reaktionsmönster samt genetiska förutsättningar. Att försöka förstå individens beteende i den kontexten som det uppstår, möjliggör en empatisk och effektiv intervention med respekt för individens integritet samt unika behov och förutsättningar.

Enligt Scotti et al. (1991) leder de mest effektiva behandlingarna till klinisk, social och personlig meningsfull minskning av problemskapande beteenden samtidigt som de ökar tillgången till meningsfulla alternativ och bättre livskvalitet. Det är viktigt att i planering av en behandlingsinsats ta hänsyn till alla faktorer som bidrar till att problemskapande beteenden uppstår. Detta kan vara någonting i omgivningen (t.ex. oförutsägbara rutiner), fysiologiska orsaker (t.ex. hunger) eller sociala igångsättare (t.ex. brist på meningsfulla aktiviteter).

Ofta beror ett problemskapande beteende på att individen saknar färdigheter för ett adekvat beteende (Brosnan & Healy, 2010). Betydande riskfaktorer för att utveckla problemskapande beteenden är bristfälliga sociala färdigheter, kommunikativa svårigheter, oförmåga att lösa problem, hårda och bestraffande föräldrar, adaptiva svårigheter samt bristande förmåga att ta hand om sig själv. Att ta hänsyn till det sociala perspektivet av problemskapande beteende är viktigt. Interaktion mellan individen och den sociala miljö som individen befinner sig är komplex och utgör ram och norm för vad som är acceptabelt eller vad som anses oacceptabelt (Didden et al., 2006).

Forskningsunderlaget som redovisas i det här kapitlet utgår från 18 meta-analyser och översikter som sammanfattar forskningsresultat av olika typer av beteenderiktade interventioner för individer med problemskapande beteenden och intellektuell funktionsnedsättning. De flesta översikter handlar om tillämpad beteendeanalys/positiv beteendestöd men även kognitiv beteendeterapi finns med. Dessa översikter och meta-analyser betonar vikten av att göra en funktionell analys och kartläggning innan man påbörjar behandling.

### 8.2 Funktionell analys

#### 8.2.1 Syftet med funktionell analys

Funktionell analys är en metod inom tillämpad beteendeanalys som innebär att man med systematiska metoder försöker förstå hur ett beteende har utvecklats under individen inlärningshistoria, i vilka omständigheter det tenderar att förekomma, hur det observerbara beteendet ser ut och vilka konsekvenser beteendet brukar få. Utifrån denna information ställs sedan en hypotes om faktorer som vidmakthåller beteendet. När man använder en så kallad funktionell analys, samlar man data om ett specifikt beteende, till exempel självskadande, under en längre tid. Observationer görs och data samlas i vardagliga situationer för att utifrån den insamlade informationen kunna göra en hypotes av beteendets funktion.

Forskning har visat att det finns grundläggande funktioner för beteenden såsom att få tillgång till social kontakt, saker, mat, aktiviteter, undvika/slipa obehag, krav eller förväntningar samt

sensorisk återkoppling till kroppen och nervsystemet. Samma beteende kan ha olika funktioner och olika beteenden kan ha samma funktion (Cooper, 2007). Funktionell analys kan beskrivas som en vägledning till en rätt insats (Brosnan & Healy, 2010).

Syftet med en intervention som är baserat på en funktionell analys är att öka individens livskvalitet genom att ge personen socialt meningsfulla och acceptabla alternativ att få sina behov tillgodosedda istället för att använda problemskapande beteenden i samma syfte. Ju mera detaljerad analys desto mera sannolikt är det att interventionen matchar beteendets funktion och kommer att innebära en socialt meningsfull intervention för individen (Chowdbury & Benson, 2011; Denis et al., 2011).

### 5.1.3. Teorin bakom funktionell analys

Inom tillämpad beteendeanalys beskrivs funktionell analys genom ett A-B-C paradig som på engelska refererar till orden A = antecedent, B = behavior och C = consequence. På svenska används oftast beteckningen S-B-K (situation-beteende-konsekvens). En funktionell analys beskriver:

1. Situationen och eventuella igångsättare som förekommer precis innan beteendet
2. Topografin (hur beteendet ser ut)
3. Vad som händer precis efter beteendet, till exempel hur reagerar eller gör personen själv eller andra människor i personens omgivning

I exemplet ovan ser Kalle varm och svettig ut. Han slår sig i huvudet. Mamma tolkar hans beteende att han är törstig och ger honom vatten. Om det skulle visa sig att denna eller liknande beteendekedja har upprepats flera gånger tidigare under Kalles inlärningshistoria, skulle man kunna göra en hypotes om att Kalle förmodligen slår sig i huvudet för att få tillgång till vatten. Konsekvensen som uppstår (mamma ger vatten) har fungerat som förstärkare för beteendet att slå sig och vidmakthåller därmed detta.

Att be om vatten genom att slå sig har blivit ett funktionellt sätt att kommunicera för Kalle. Likaväl om data samlats in över längre tid, skulle andra funktioner för beteendet kunna hittas, som till exempel att få sällskap, slippa göra någonting obehagligt osv.

<b>S</b> <b>Situation</b>	<b>B</b> <b>Beteende</b>	<b>K</b> <b>Konsekvens</b>
Det är varmt. Kalle är svettig	Kalle slår sig i huvudet	Mamma ger Kalle vatten

Figur 1. Exempel på stimulus-beteende-konsekvens kedja vid självskadebeteende.

Data bör alltid samlas in under lång tid för att kunna göra en analys så säker som möjligt. När liknande beteendekedjor systematiskt kartläggs under längre tid och en analys görs, får man fram en bild om de omständigheter då beteendet uppstår och vilken funktion de fyller för individen. Man får även fram en bild om hur beteendet ser ut, samt hur ofta (frekvens), hur länge (duration) och med vilken intensitet det förekommer.

### 8.3 Planering av beteendestödsplan utifrån funktionell analys

När det finns en hypotes om beteendets funktion planeras en intervention utifrån den information som framkommit utifrån den funktionella analysen, dvs. en beteendestödsplan görs. Informationen från analysen visar om det bästa är att fokusera på en förebyggande eller tydliggörande insats, det vill säga göra förändringar i människans miljö innan förekomsten av beteendet (A); att lära personen nya eller alternativa beteenden, eller (B); göra ändringar gällande konsekvenser som beteendet får (C).

Förebyggande och tydliggörande strategier (A = *antecedent strategies* på engelska) innefattar bl.a. att göra förändringar i båda den fysiska och sociala miljön runt individen för att bättre matcha de behov som individen har, t.ex. genom att ge fri tillgång till något som individen vill ha, ge möjlighet till val, anpassa kravnivå, göra situationen mera tydlig och förutsägbar, öva någonting i förhand (priming) samt skapa en miljö som ger tydliga signaler för rätt beteende (Brosnan & Healy, 2011).

Inläring av nya, andra eller alternativa beteenden handlar både om att lära in och förstärka beteenden som är mera funktionella och kan ha samma funktion som det problemskapande beteendet. Alternativa beteenden som förstärks ska vara viktiga för individens livskvalitet och mera adaptiva och funktionella än problemskapande beteenden, det vill säga ha social validitet för individen och dess omgivning. Ett exempel på detta kan vara personen som slår sig i huvudet när han är törstig och som erbjuds att be att få vatten genom att räkka över en bild på vatten. När personen antar erbjudandet att använda kortet erhålls vatten direkt samt till exempel beröm.

Konsekvensbaserade strategier handlar om att ändra de konsekvenser som beteendet får. Förstärkningsstrategier baseras på inlärningspsykologiska principer om att positiv förstärkning, som uppstår direkt efter ett beteende, leder till att beteendet sannolikt kommer att öka eller vidmakthållas i framtiden. Gemensamt för alla former av differentiell förstärkning är att de syftar till att minska problemskapande beteenden genom att öka individens motivation att utföra andra, mera funktionella beteenden. Samtidigt håller man ofta tillbaka förstärkningen för de problemskapande beteendena. Idén är att individen får uppleva något positivt när man gör något annat än problembeteendet (Chowdhury & Benson, 2011; Denis et al., 2011; Petcher et al., 2009). Det finns flera olika typer av förstärkning som har påvisat bra effekter vid behandling av problemskapande beteenden.

<b>S</b> <b>Förebyggande och tydliggörande strategier</b> <b>(Situation)</b>	<b>B</b> <b>Inläring av nya beteenden</b> <b>(Beteende)</b>	<b>K</b> <b>Konsekvensbaserade strategier</b> <b>(Konsekvens)</b>
Tydliga instruktioner Valmöjligheter Anpassningar i miljö Visuellt stöd	Inläring av nya, alternativa, andra eller inkompatibla beteenden	Förstärkningsstrategier Utsläckning Responsförändring

Figur 2. Sammanfattning av multikomponentstrategier vid tillämpad beteendeanalys. (Tabell hämtad och modifierad ur *Beteendestöd i vardagen* Karlsson, 2010, sida 193)

### 8.3.1 Resultat från forskningsstudier gällande funktionell analys

Enligt flera översikter och meta-analyser är det avgörande för ett framgångsrikt behandlingsresultat att en funktionell kartläggning och analys görs innan en intervention sätts igång. Sammanlagt 1050 studier med 1991 deltagare i nedan anvisade rapporter kom fram till att funktionell analys är kopplad till bättre behandlingsutfall (Brosnan & Healy, 2011; Campbell, 2003; Didden et al., 1997; Didden et al., 2006; Hagopian, 2011; Hassiotis et al., 2008; Horner et al., 2002; Lang et al., 2009; Lang et al., 2011; Petcher et al., 2009). En funktionell analys är speciellt viktig del av en intervention när det gäller personer med intellektuell funktionsnedsättning (Didden et al., 1997; Chowdhury & Benson, 2011; Campbell, 2003).

Heyvaert et al. (2012) som gjorde en meta-analys av 285 studier ( $n= 598$ ) kunde enbart visa en tendens för bättre behandlingseffekt för studier där funktionella analyser användes, dock inte på signifikant nivå. Resultatet förvånade forskarna då de hade förväntat sig ett mera positivt utfall, se övriga resultat ur denna studie i kapitel 6.

Scotti et al. (1991) rapporterade i sin meta-analys av 403 studier ( $n= 795$ ) att funktionella analyser gjordes i mindre utsträckning i samband med att aversiva metoder användes i behandlingen. Chowdhury och Benson (2011) kom till samma slutsats, dvs. görs inte en funktionell analys, riskerar man inte bara att implementera ett mindre effektivt behandlingsupplägg utan även att använda aversiva metoder i onödan. Dessutom rapporterade Campbell (2003) att mera aversiva interventioner inte gav bättre behandlingsresultat på sikt.

Cannella et al. (2006) påpekade att det finns kvalitetsbrister på de funktionella analyser som görs. Även om 17 av 23 studier i deras översikt hade använt funktionella analyser i sitt behandlingsupplägg, gav enbart en studie en fullständig beskrivning av hur resultatet från analysen användes i interventionen. Enligt författarna fick studierna klart positiva behandlingsresultat men lyckades inte eliminera det problemskapande beteendet helt. Detta kan, enligt Cannella, bero på att funktionella analyser inte görs tillräckligt grundligt och att en tydlig koppling mellan analys och intervention saknas.

Det finns två olika sätt att göra funktionella analyser: *Functional Behavioral Assessment* (FBA) och *Experimental Functional Analysis* (EFA). Båda FBA och EFA används i syfte av att fastställa funktionen för ett problemskapande beteende. I EFA är funktionellt relaterade händelser (både det som händer direkt före beteendet och det som händer direkt efter beteendet) med relevans för problemskapande beteendet arrangerad så att deras separata effekter kan observeras, mätas och testas i en välkontrollerad miljö. FBA däremot går ut på att direkt eller indirekt observera det problemskapande beteendet i naturliga situationer och miljöer. Brosnan och Healy (2011) rapporterade att bättre resultat nåddes med FBA än med EFA. Behandlingsinterventioner som saknade både FBA eller EFA visade svagast behandlingseffekt. Enligt Brosnan och Healy (2011) är det positiva resultatet angående användning av FBA glädjande eftersom metoden är mindre tidskrävande och kräver mindre professionell expertis än EFA.

## 8.4 Forskningsstöd för behandlingsmetoder inom tillämpad beteendeanalys

### 8.4.1 Granskningsunderlaget

Den här redovisningen omfattar forskningsstöd för interventioner som har till syfte att minska problemskapande beteenden såsom fysisk aggressivitet, störande eller destruktiva beteenden, olämpligt ljudande, stereotypier, självskadande beteenden, rymning, hand-i-mun beteenden och ätproblematik.

Många interventioner som redovisas här är effektiva i behandling av flera olika problemskapande beteenden. Beteendets funktion är avgörande när man väljer en intervention. En del av interventionerna är riktade mot individen, en del mot miljön som individen vistas, men de flesta är riktade mot båda.

Flera översikter menar att en framgångsrik behandling ofta kräver en kombination av insatser på flera nivåer till exempel förebyggande och tydliggörande åtgärder i kombination med förstärkningsstrategier och färdighetsträning (Chowdbury & Benson, 2011; Didden et al., 2006; Horner et al, 2002).

Inom de översikter och analyser som finns inom detta granskningsunderlag används olika begrepp för metoder inom tillämpad beteendeanalys:

- Differentiell förstärkning av alternativa beteenden (DRA) är en metod som syftar att minska beteendeproblem genom att förstärkning sker kontingent då andra beteenden än det problembeteendet äger rum. Funktionell kommunikationsträning (FCT) är ett exempel på en metod som utgår från differentiell förstärkning.
- Differentiell förstärkning av andra beteenden (DRO) innebär att förstärkare ges vid frånvaro av problemskapande beteendet i relation till tid, till exempel får man tillgång till något man verkligen tycker om efter varje 10 minuter som personen inte slår sig själv.
- Icke-kontingent förstärkning är en strategi där man först gör analys av problembeteendets funktion. När man väl vet vad som vidmakthåller beteendet, ger man individen tillgång till det eftertraktade. Metoden syftar till att minska problemskapande beteenden genom att suget efter konsekvensen minskar. Till exempel om funktionen för beteendet är att få uppmärksamhet, kan man ”ösa på” uppmärksamhet; att konstant bli sedd och uppmärksammas innebär att inte behöva använda problemskapande beteendet i samma syfte.
- Med aversiva metoder menar man metoder som är mera påträngande och baseras på någon typ av bestraffning, till exempel time-out i ett annat rum, överkorrigering eller fysisk ingripande.

## **8.5 Utåtriktad aggression, störande beteende och olämplig ljudande**

### *8.5.1 Beskrivning av området och definitioner*

Det finns ett omfattande forskningsunderlag för behandlingsinsatser riktade mot utåtriktad aggressivt beteende. Störande beteende och olämplig ljudande fokuseras det på i flera studier, dock inte som ensamt beteende. Utåtriktad aggressivt beteende definieras som en våldsam handling som orsakar fysisk smärta eller skada hos en annan person, t.ex. att slå, sparka, bita, nypa, kasta saker, dra i håret, spotta eller riva. Störande beteende är beteenden som uppfattas som irriterande och förtretliga av omgivningen och som stör dagligt fungerande av familjeliv, skoldag eller arbetsro. Olämplig ljudande är ljud som förekommer för ofta, i fel sammanhang och har ofta inget kommunikativt syfte. Beroende på studie grupperas olika problemskapande beteenden till olika kategorier till exempel samlas utåtriktad aggression, störande beteende och förstörelse av egendom under den gemensamma rubriken *destruktiva beteenden* (Petcher et al., 2009). I övrigt se ovan kapitel 3 av Agneta Iwanson-Öman.

### 8.5.2 Aktuell forskning

Brosnan och Healys (2010) litteratursammanfattning hade som syfte att belysa vilka interventionsstrategier som är effektiva i att minska aggressiva beteenden hos barn mellan 3-18 år med intellektuell funktionsnedsättning eller barn med autismspektrumtillstånd och intellektuell funktionsnedsättning. De 18 studier som uppfyllde inkluderingskriterierna var granskade och analyserade i följande variabler: antal deltagare, ålder, diagnos, målbeteende, forskningsdesign, intervention, behandlingseffekt samt närvaro av en funktionell analys och mätning av social validitet.

Resultaten visar att förebyggande och tydliggörande strategier är viktiga för att till exempel göra förändringar i individens omgivning med syfte att anpassa miljön till de behov som individen har. Exempel på effektiva förebyggande och tydliggörande metoder är videomodellering, priming (att förbereda individen genom att gå igenom kommande uppgiften precis innan), dag- och aktivitetsplaner (visuellt stöd), utökning av valmöjligheter, modifiering av inlärningsplaner så de anpassas till den enskilde individen, applicering av uppmaningar som har hög sannolikhet att bli följda och förändringar i den fysiska miljön som individen vistas. Forskningsresultatet visade att med konsekvensbaserade strategier, till exempel DRA, nåddes bra resultat, särskilt med funktionell kommunikationsträning (FCT). Brosnan och Healy (2010) lyfter fram personer med bristande kommunikation som speciellt utsatta på grund av att de har få möjligheter att göra egna val. Att utöka deras tillgång till att göra egna val ökar möjligheten till inflytande och delaktighet.

Petscher et al. (2009) gjorde en översikt med 116 studier där differentiell förstärkning av alternativa beteenden (DRA) användes som behandlingsmetod hos individer med intellektuell funktionsnedsättning (64 %) eller autismspektrumtillstånd.

Av 366 deltagare i studien var 277 barn och 59 vuxna. De problemskapande beteenden som var inkluderade i studien var bl.a. aggression, störande beteende, förstörelse och olämplig ljudande. Alternativa beteenden som förstärktes var kommunikation (85.4% av studier), men även följsamhet/samarbete, matacceptans, lek, engagemang i uppgifter och smidiga övergångar. Enligt Petcher et al. är DRA, med och utan utsläckning, en väl-etablerad metod för behandling av aggressiva och destruktiva beteenden hos personer med intellektuell funktionsnedsättning och/eller autismspektrumtillstånd.

Chowdhury och Benson (2011) analyserade 31 studier ( $n=48$ ) med både barn och vuxna diagnostiserade med svår eller djup intellektuell funktionsnedsättning. Beteenden som behandlades var bland annat aggressioner och olämplig ljudande. Dessa forskare lyfte fram DRO, som en effektiv metod vid minskning av aggressioner och olämplig ljudande. DRO innebär att alla andra beteenden utom problemskapande beteende kan ges förstärkning, medan problemskapande beteende utsläcks genom att det inte får förstärkning.

Kognitiv beteendeterapi i form av avslappningsträning minskade, enligt Hassiotis och Hall (2008) aggressiva beteenden kortsiktigt hos personer med lindrig intellektuell funktionsnedsättning. Vid uppföljning efter tre månader kvarstod inte effekten. I de studier där man använt sig av problemlösningstrategier samt att lära sig hantera ilska, kvarstod effekterna vid uppföljning efter tre månader. Då antalet studier är litet menar Hassiotis och Hall att det inte går att dra alltför säkra slutsatser av resultatet.

Positivt beteendestöd (PBS) är en del av tillämpad beteendeanalys. PBS använder sig av beteendeterapeutiska principer med specifik fokus på förhållanden i personens omgivning som kan igångsätta problemskapande beteenden. Sådana förhållanden kan vara att personen till exempel inte har valmöjligheter eller tillgång till stimulerande material eller aktiviteter, har bristande inlärningsstrategier och att det saknas bra dagliga rutiner. Det kan även handla om brister i individens beteenderepertoar, till exempel i kommunikativ och social förmåga eller i förmågan att ta hand om sig. Målet är en hållbar beteendeförändring. Enligt PBS måste den icke-fungerande kontexten i miljön hanteras innan man kan arbeta med den faktiska beteendeproblematiken.

Marquis et al. (2000) gjorde en omfattande meta-analys av 213 studier ( $n=220$ ) som evaluerade effekter av PBS. 109 av dessa uppfyllde inkluderingskriterier (dvs. studier gjorda enligt vetenskapliga principer med accepterad design och tillräckligt många mätpunkter). Deltagarnas ålder varierade mellan 2 till 50, åldern hade dock inte någon betydelse för behandlingsresultat. Syftet var att analysera effektivitet av PBS som behandlingsmetod samt att undersöka om specifika deltagar- eller studieegenskaper hade påverkan i effektstorlekar. PBS interventioner delades i två olika kategorier: stimulusbaserade och förstärkningsbaserade interventioner. Till förebyggande och tydliggörande strategier tillhörde förändringar som gjordes i personens miljö i ett förebyggande syfte, till exempel genom att utöka personens valmöjligheter. Förstärkningsstrategier var metoder som syftade till att förändra individens beteenderepertoar genom att förstärka socialt mera accepterade och funktionella beteenden. Meta-analysen indikerade att bättre resultat nås om det görs en analys av beteendets funktion och använder denna information i behandlingsplaneringen. Interventioner som använde förebyggande och tydliggörande strategier tillsammans med förstärkningsstrategier nådde bästa effekter vad gäller att minska problemskapande beteenden. Dock är data underlaget litet och framtida forskning behövs för att bekräfta detta resultat. Meta-analysen visade att PBS är effektiv som behandlingsmetod för olika typer av problemskapande beteenden. PBS är särskilt effektivt vid följande omständigheter: när en funktionell analys görs och används i behandlingen, när fysisk aggression mot andra behandlades, när personens närstående utförde behandlingen i individens vanliga miljö samt hos individer som hade mild eller måttlig intellektuell funktionsnedsättning.

## **8.6 Hand-i-mun beteende (inklusive handbitning)**

### *8.6.1 Beskrivning av området och definitioner*

Hand-i-mun beteende kan betecknas som ett gravt problemskapande beteende på grund av hudskador och infektioner som ofta förekommer i samband med konstant förande av hand till kontakt med munnen. Hand-i-mun beteendet är definierad som: a) att ha hand i munnen men inte stänga munnen så att tänderna rör handen, b) handbitning där man för handen i munnen och stänger munnen så att tänderna rör handen (biter), och c) att man suger fingrar utan att man biter. Hand-i-mun beteendet vidmakthålls vanligen genom positiv automatisk förstärkning, det vill säga via förstärkning som inte kräver omgivningens medverkan utan helt enkelt känns bra, till exempel i form av perceptuell stimulans (positiv förstärkning) eller i form av undvikande av inre obehag (negativ förstärkning). Detta är en viktig information för effektiv behandlingsplanering (Cannella et al. 2006). Att behandla hand-i-mun beteenden kan anses socialt viktigt eftersom beteendet ofta förhindrar personen att delta i vanliga sociala aktiviteter och inlärningsstillfällen.

## 8.6.2 Aktuell forskning

Cannella et al. (2006) analyserade effekter av flera behandlingsmetoder till hand-i-mun beteenden hos personer med svår och djup intellektuell funktionsnedsättning. Deras översikt omfattade 23 studier med olika behandlingsupplägg som forskarna sedan delade till sju olika kategorier:

- Förebyggande och tydliggörande strategier (eng: *Antecedent strategies*)
- Multikomponenta strategier
- Farmakologiska interventioner
- Förstärkningsstrategier
- Responsblockering
- Responsansträngning (eng: *Respons effort*)
- Sensorisk stimulation

Effektiva förebyggande strategier innebär att ge individen tillgång till leksaker eller andra föremål. Mjuka föremål minskade beteendet avsevärt mer än hårda föremål. När personer inte hade tillgång till dessa föremål, uppvisade de hand-i-mun beteenden ca 65 % av tiden. Med tillgång till hårda föremål minskade duration av beteendet med 50.4% men med mjuka föremål enbart 1.4%.

Multikomponentstrategier avser olika strategier där man kombinerar förebyggande och tydliggörande strategier med differentiell förstärkning, responsblockering och tydlig fysisk guidning till att ha något annat i munnen i stället. Förstärkningsbaserade strategier som används i interventionerna var framförallt icke-kontingent förstärkning och differentiell förstärkning av andra beteenden (DRO). Responsblockering innebär att till exempel dra ner individens hand när den försöker föra den i munnen. I interventioner som rör sensorisk stimulering gavs deltagare icke-matchande och matchande orala föremål som skulle kunna föras i munnen istället för handen. Med matchande föremål avses föremål som svarar upp till det behov av sensorisk stimulering som personen har. När föremålen som matchade det orala behovet hos individen användes som ersättningsföremål minskade hand-i-mun beteendet kraftigast.

Cannella et al. (2006) rekommenderar att ge individen val, förstärka alternativa beteenden, lära personen att bli medveten om sina beteenden, ge tillgång till föremål som kan tillfredsställa och överensstämja med det orala behovet som individen har samt utöka fritidsaktiviteter. Även att lära personen äta och dricka självständigt gav bra resultat.

## 8.7 Uppfödningsproblem

### 8.7.1 Beskrivning av områden

#### 8.7.1.1 Idissling och kräkning

Idissling definieras som avsiktligt stöta upp, tugga och återigen svälja maginnehåll. Fenomenet kan förekomma hos normalt utvecklade barn, oftast i tidig ålder och går över av sig självt. Hos individer med intellektuell funktionsnedsättning debuterar det senare och kvarstår sedan ofta. Kräkning definieras som att stöta upp maginnehåll och att avsiktligt föra det ut genom munnen (Lang et al., 2011). Beteenden som att idissla eller kräkas kan leda till undernäring, uttorkning, karies, kvävning, blödningar i magen och i värsta fall döden. Att idissla och att kräkas kan också, förutom ovan nämnda riskerna, leda till social isolering, begränsande möj-



ligheter till utbildning eller yrkesutövande. Beteendet försvårar kontakt med andra då det ofta leder till att personen ifråga till exempel luktar illa på grund av regelbundna och tätt förekommande idisslande eller kräkningar. För de allra flesta uppstår beteendet att idissla eller kräkas i samband med matintag, antingen direkt efter mat eller dryck intaget, ibland upp till en timmes fördröjning.

#### 8.7.1.2 *Matvägran*

Matvägran definieras som en vägran att äta all eller nästan all mat vilket resulterar i att han/hon inte kan tillgodose sitt kalori- eller nutritionsbehov. Det förekommer också att selektivitet i matsituationen beskrivs som matvägran likaväl som beteenden att vända bort huvudet, knipa igen munnen och spotta ut mat. Enligt ICD-10-SE (diagnoskod F98.2, matvägran hos spädbarn och barn) yttrar sig matvägran som extrem kräsenhet som inte kan förklaras med födobrist, dålig kompetens hos vårdnadshavaren eller organisk sjukdom (Leander, 2011).

#### 8.7.1.3 *Pica*

Hagopian et al. (2011) definierar pica som konsumering av icke energigivande objekt under minst en månads tid som inte är åldersrelaterat och som kräver medicinsk uppmärksamhet utöver vad funktionshindret som personen har i sig kräver. Ätandet ska inte vara förknippat med kulturella riter eller aktiviteter. Oätbara saker som konsumeras kan vara allt från cigaretter till stenar och sand. Konsumering av oätbara saker kan leda till förgiftning och i värsta fall till döden. Pica är ett livshotande problemskapande beteende för vilket det rekommenderas att personer som är diagnostiserad med pica ska få en medicinsk läkarundersökning innan andra insatser sätts igång. Pica uppskattas förekomma hos mellan 5-25% av individer med intellektuell funktionsnedsättning och är vanligast förekommande hos personer med låg funktionsnivå och främst i kombination med autismspektrumtillstånd. Enligt Hagopian's meta-analys vidmakthålls pica oftast av automatiska förstärkare. Automatiska förstärkare är förstärkare som inte kräver omgivningens inblandning utan sker hos personen själv. Det kan vara inre upplevelser i form av positiv sensorisk stimulans eller att man undviker något obehagligt, till exempel smärta.

#### 8.7.2 *Aktuell forskning*

Beteendeinterventioner för kräkning och idissling är komplicerade att utföra, men har påvisat gott resultat över tid. Lang et al. (2011) har granskat 21 studier med totalt 32 personer i åldern 6-59 år, varav 75 % män. Översikten fokuserade enbart på effekten av att använda funktionell analys före interventionen vid behandling av idissling och kräkning med individer med intellektuell funktionsnedsättning. Resultatet visade att en noggrann funktionell kartläggning och analys om vad som upprätthåller beteendet ska göras innan insatser ges. Tre olika typiska funktioner för beteendet kunde identifieras i studierna:

- att få en sensorisk upplevelse
- att undvika och/eller fly från krav
- att få uppmärksamhet

Dessa funktioner anses vidmakthålla beteendet att kräkas och idissla. Analysen visade att i de flesta fall var beteendet automatiskt förstärkt, det vill säga att man får en sensorisk upplevelse som uppkommer av kräkningen och som inte är beroende av miljö eller personer i omgivningen.

Är beteendet automatiskt förstärkt kan det i många fall vara ätandet i sig som behöver ses över. E

- Alltid hungrig: *idissla mat*
- Äta mera: *mindre idisslande*

Mängden mat och kalorier behöver då ökas. För en del är konsistensen på maten avgörande för beteendet och då behöver vissa livsmedel och vätskor eventuellt undvikas. Förändringar i kost bör göras med stöd av dietist. Om det handlar om en sensorisk upplevelse, kan det vara framgångsrikt att ge personen samma automatiska förstärkning i form av ett alternativt beteende som att tugga tuggummi.

Andra vanliga funktioner för beteendet handlade om att fly från krav eller att få social kontakt. När en social förstärkare är identifierad, behöver man hitta ett alternativt beteende som ger samma förstärkning. Eventuellt kombinerar man behandlingen med mera tid och aktiviteter tillsammans med personal eller annan viktig person i omgivningen, alternativt bättre anpassade krav utifrån individens förutsättningar (Baker et al., 2010). Enligt Lang et al. (2011) används i vissa fall bestraffning som konsekvens i form av munsköljning eller något surt att dricka efter att personen i fråga kräcks. Detta är inget som rekommenderas initialt eftersom det finns många studier som använder positiv förstärkning i form av till exempel tuggummi eller social uppmärksamhet med bra resultat. Endast om det föreligger fara för personens liv och andra interventioner inte gett resultat kan aversiva metoder som beskrivs ovan användas, enligt Lang.

När det gäller matvägran är, enligt Petscher et al. (2009), förstärkning av alternativa beteenden (DRA) i kombination med utsläckning en väletablerad och evidensbaserad metod hos individer med intellektuell funktionsnedsättning. Behandlingen innebär att positiv förstärkning ges i form av tillgång till önskade aktiviteter, saker eller favorit mat när barnet visar önskad ätbeteende, till exempel tar en liten tugga.

Hagopian et al. (2011) granskade nivån av empiriskt stöd för olika behandlingsmodeller av pica i 34 studier där totalt 50 deltagare ingick. Merparten av deltagarna i studien hade diagnosen svår intellektuell funktionsnedsättning (62 %). De flesta studier (80,7% av samtliga ingångsstudier) visade på mycket gott behandlingsresultat med ca 90 % reducering av pica.

Det bästa evidensstödet har interventioner som kombinerar flera strategier, t.ex. icke-kontingent, kontingent- och differentiell förstärkning, stimuli- och miljöförändringar, responsförändring, responsblockering, avledning samtidigt som individen får färdighetsträning i att till exempel kunna engagera sig i meningsfulla aktiviteter. Att arbeta med enbart förstärknings- eller responsförändring gav ett mera tveksamt resultat, enligt Hagopian.

Chowdhury och Benson (2011) konstaterar i sin review att pica successivt kan, när det gäller personer med svår eller djup intellektuell funktionsnedsättning, behandlas med differentiell förstärkning av annat beteende (DRO). Oavsett intervention behöver försiktighetsåtgärder, det vill säga plocka bort icke-ätbara saker som finns i miljön och som kan tänkas initiera beteendet.

Att begränsa tillgången till sammanhang och situationer där beteendet förekommer är också en rekommendation samt att, i den mån det går, undvika att beteendet blir normaliserat och befäst. Alternativt kan man ha en person med som avleder från att äta oätbara saker och hänvisar till ätbara saker samtidigt. När personer äter det som är ätbart, förstärks det önskade beteendet.

## **8.8 Självskadande beteende**

### *8.8.1 Beskrivning av området och definitioner*

Självskadande beteenden är beteenden där individen av egen hand orsakar någon form av fysisk skada på sin egen kropp. Självskadande beteenden är mycket vanliga hos personer med intellektuell funktionsnedsättning. Självskadande beteenden är relaterade till färdighetsbrister i flera viktiga utvecklingsdomäner såsom kognitiva, sociala, social-emotionella, sensoriska och adaptiva funktioner. Man anser att biologiska, psykologiska och miljöbetingade faktorer är orsaken till utveckling av självskadande beteendet. Likaväl verkar samma faktorer ha betydelse i att igångsätta och vidmakthålla självskadande beteenden (Denis et al., 2011).

Självskadande beteenden ser olika ut, innefattar flera olika beteenden som skiljer sig åt men har det gemensamt att de är skadliga och farliga för individen själv. Som självskadande beteende räknas bland annat att slå sig själv på olika ställen av kroppen, att banka huvudet i golvet, väggar eller andra ytor, bita sig själv, att skära sig själv och att dra i håret. Ytterligare ett självskadande beteende är så kallad dermatillomani (skin-pickning) som innebär att rispa, riva eller på annat sätt skada sin egen hud antingen med fingrar, naglar eller vassa föremål som gem och nålar.

Individer med intellektuell funktionsnedsättning och som har en komplex bild med andra tilläggsdiagnoser är mer benägna att engagera sig i allvarliga självskadande beteenden. Däremot kan människor oavsett diagnos och i alla åldrar ägna sig åt självskadande beteenden någon gång. Personer som ägnar sig åt självskadande beteenden som barn riskerar att falla tillbaka till dem som vuxna under tider av stress, sjukdom eller förändring (Denis et al., 2011).

Lang et al. (2011) menar att självskadande beteenden har ofta konsekvenser utöver den fysiska skadan. Det hindrar personen från att delta i sociala aktiviteter och i samhällsliv och därför påverkas individens livskvalitet negativt. Stress och negativa emotionella reaktioner försvårar situationer inte bara för individen själv, men även för hans eller hennes anhöriga, skolpersonal eller andra professionella (Denis et al., 2011).

### *8.8.2 Aktuell forskning*

Flera litteraturstudier eller meta-analyser i den här granskningen hade självskadande beteende med som ett av flera problemskapande beteenden. Det finns även några meta-analyser eller översikter med fokus enbart på självskadande beteenden. Denis et al. (2011) gjorde en meta-analys av fallstudier på självskadande beteenden hos individer med djup intellektuell funktionsnedsättning. I Denis studie undersöktes effektiviteten av positiva, icke-aversiva behandlingsmetoder i sammanslagt 18 studier (n= 28). Specifika inkluderingskriterier var IQ under 25, en vetenskapligt väl genomförd fallstudie, självskadande beteenden som beroendevariabel samt att man använde sig av en positiv, icke-aversiv metod. Förebyggande och tydliggörande metoder samt förstärkningsbaserade metoder anses vara så kallade positiva metoder.

Resultatet gav stöd för icke-aversiva förstärkningsbaserade metoder i behandling av självskadande beteenden hos individer med djup intellektuell funktionsnedsättning. Fyndet visar att

både kontingent och icke-kontingent förstärkning var effektiva. Forskarna lyfter dock att underlaget är för litet för att dra slutsatser, även om man kunde konstatera en minskning av självskadebeteendet.

Chowdhury och Benson (2011) inkluderade 31 studier i sin analys ( $n=48$ ), både barn och vuxna diagnostiserade med svår eller djup intellektuell funktionsnedsättning. Deras slutsats var att självskadande beteenden successivt kan behandlas med DRO, differentiell förstärkning av annat beteende. Även positiv beteendestöd (PBS) ger lovande resultat i behandling av självskadebeteenden hos personer med lindrig intellektuell funktionsnedsättning (Denis et al., 2011).

Lang et al. (2011) granskade 16 studier med fokus på dermatillomani. Dessa studier innefattade 19 personer med intellektuell funktionsnedsättning i åldern 6-42 år. 56 % av interventionerna i deras studie hade föregåtts av en funktionsanalys av beteendet genom både direkta observationer och samtal eller intervjuer med personer i individens direkta närhet. Enligt Lang upprätthölls beteendet i det flesta fall av automatisk förstärkning.

I de behandlingsformer som beskrivs ingår differentiell förstärkning i de allra flesta, ofta i kombination med andra åtgärder som tillgång till stimulerande aktiviteter eller leksaker, att bära skyddskläder och avledning. Utsläckning och bestraffning i form av att någon person i omgivningen sade "nej" och tog tag i händerna på individen förekom också. Enligt Lang (2011) förekom aversiva metoder i studier gjord på 70- och 80-talet. Andra metoder som används på senare tid, t.ex. förstärkning av alternativa beteenden, är mera humana och ger likvärdiga resultat. Att använda förstärkning i olika former anses ha större chans att leda till en bestående och hållbar beteendeförändring – även på längre sikt. Däremot minskar bestraffning beteendet i stunden men leder inte till någon bestående beteendeförändring.

## **8.9 Stereotypier**

### *8.9.1 Beskrivning av området och definitioner*

Stereotypier eller repetitivt beteende innebär upprepade motoriska eller verbala beteenden samt ett icke funktionellt användande av objekt utan någon synlig uppenbar adaptiv funktion. Att gunga med kroppen, handviftningar, att verbalt uttrycka nonsensord eller fraser, vidröra objekt med händerna eller övriga kroppen samt att snurra på föremål hörde till de vanligaste stereotypierna (DiGennaro et al. 2012). Personer med autism, med eller utan intellektuell funktionsnedsättning, löper högre risk att utveckla stereotypier än personer med enbart intellektuell funktionsnedsättning.

Stereotypier medför i många fall negativa konsekvenser som bristande socialt samspel och långsam inläring av andra färdigheter då stereotypierna i sig upptar mycket tid och fokus hos individen. Vad som orsakar och upprätthåller beteende är individuellt, vilket gör att varje individ och dennes situation behöver studeras separat och behandlingen planeras utifrån den informationen. Att beteendet upprätthålls av automatisk förstärkning är vanligt förekommande. Dock har senare forskning visat att stereotypier också kan vara ett beteende som upprätthålls av andra konsekvenser som följer. Till exempel kan beteendet fylla en social funktion i den bemärkelsen att det leder till uppmärksamhet från andra. Framöver kan det även vara ett sätt att fly från krävande uppgifter (DiGennaro, 2012).

### 8.9.2 *Aktuell forskning*

DiGennaro (2012) menar att de flesta studier som redovisats bygger på konsekvens-baserade strategier, men förebyggande strategier var också vanligt förekommande. Förändringar i miljö, bestraffning i form att under en kort tid ta objekt ifrån individen, eller utsläckning är tekniker som använts. Olika typer av differentiell förstärkning av andra eller alternativa beteenden, samt beteenden som inte är möjliga att utföra samtidigt som stereotypier, är tekniker som använts med bra resultat.

Wehmeyer (1995) har i sin metaanalys baserad på 33 studier ( $n=45$ ) studerat hur individuella faktorer påverkar behandlingsresultatet vid stereotypier. Behandling av barn kräver en intensivare och mera långsiktig intervention än behandling av vuxna. Ålder och typ av beteende bör alltid beaktas då en intervention planeras. En funktionell analys bör göras vid varje behandling och grundas på informationsinsamling från personer i individens närhet och direkta observationer av beteendet.

## 8.10 Rymning

### 8.10.1 *Beskrivning av området och definitioner*

Rymning definieras som att personen okontrollerat lämnar området eller huset. Beteendet kan leda till att personen med intellektuell funktionsnedsättning hamnar i farliga situationer av olika slag. Beteendet kan ha många olika funktioner, till exempel att slippa undan något som upplevs obehagligt eller att individen ser något som fångar intresset. För att bli begripligt behöver beteendet att rymma sättas in i ett sammanhang, utifrån person och miljö. Forskningsunderlaget för rymning är mycket litet, men då det är ett vanligt vardagsproblem, är det var viktigt att belysa.

### 8.10.2 *Aktuell forskning*

Lang et al (2009) har gjort en översikt där 10 studier med totalt 53 personer i åldern 3-47 år ingick. Syftet med översikten var att beskriva målbeteenden, interventionernas genomförande och att utvärdera utfallet. Forskarna konstaterar att många av studierna saknade experimentell design och därmed inte kunde anses ha högt evidensvärde och menar att således bör slutsatser om positiva resultat för 80 % av studierna tolkas med försiktighet.

För att minska rymningsbeteende visar dock forskning preliminärt att det är effektivast med ett interventionspaket med flera olika insatser och strategier: Funktionell kommunikationsträning (FCT), responsblockering, teckenekonomi, utsläckning samt olika typer av förstärkning, det vill säga differentiell förstärkning och icke-kontingent förstärkning (Lang et al., 2009). Ett exempel på en enkel intervention som Lang et al. (2009) redovisar är ett fall hämtat från Bowman (1996) där personen som rymde från boendet regelbundet hämtades tillbaka med bil. Då personal istället gick för att hämta tillbaka personen minskade rymningarna markant. Det var bilturen i sig som förstärkte beteendet då personen tyckte mycket om att åka bil. Som behandling lades bilturer istället in vid andra tillfällen under dagen som förstärkare då han inte lämnade området.

### **8.11 Slutsatser angående behandlingsmetoder för problemskapande beteenden vid intellektuell funktionsnedsättning**

Funktionell analys är en metod inom tillämpad beteendeanalys för att kunna komma fram till en hypotes om beteendets funktion och därefter kunna planera för mest lämplig intervention med tanken på individens inlärningshistoria, egna förutsättningar och miljöfaktorer. Enligt flera meta-analyser når man bästa behandlingsresultat när en individuell funktionell analys görs innan en insats påbörjas och när dess information används i behandlingen. Funktionell analys är en viktig del av en behandlingsinsats. Informationen från analysen ska beskrivas tydligt i behandlingsupplägget och följas upp efter en avslutad insats.

Att kombinera förebyggande och tydliggörande strategier med inläring av nya eller alternativa beteenden och konsekvensbaserade strategier (framför allt förstärkning) ger oftast bästa behandlingsresultat. Ibland räcker det enbart med att göra förändringar i miljön eller att förändra konsekvenser som beteendet får. Enligt standarder för evidensbaserad praktik inom tillämpad beteendeanalys ska man alltid välja det minst påträngande alternativet som man får behandlingseffekt med.

Differentiell förstärkning av alternativa beteenden (DRA) med och utan utsläckning är en evidensbaserad metod i behandling flera typer av problemskapande beteenden, framför allt aggressiva, destruktiva och störande beteenden.

Icke-kontingent förstärkning (NCR) är en framgångsrik, framför allt när NCR används i fasta intervaller som sedan glesas ut och kombinerades med utsläckning av problem-skapande beteende.

Med differentiell förstärkning av annat beteende (DRO) nås effektiva behandlingsresultat framförallt med barn och vuxna med svår eller djup intellektuell funktionsnedsättning.

Med lindrig eller måttlig intellektuell funktionsnedsättning har positiv beteendestöd visat sig att vara mest effektiv, framförallt när det gäller behandling av självskadebeteenden.

Stereotypier anses vara svåra att behandla. En intervention som vänder sig till barn behöver vara intensiv och sträcka sig över mycket lång tid för att ge ett bra resultat. Att göra en funktionell analys och använda sig av en experimentell design är tydliga framgångsfaktorer.

## Referenser

- Brosnan, J., & Healy, O (2010). A review of behavioral interventions for the treatment of aggression in individuals with developmental disabilities. *Research in Developmental Disabilities* 32, 437-446.
- Campbell, J.M. (2003). Efficacy of behavioral interventions for reducing problem behavior in persons with autism: a quantitative synthesis of single-subject research. *Research in Developmental Disabilities*, 24, 120-138.
- Cannella, H.I, O'Reilly M.F., & Lancioni, G.E. (2006). Treatment of hand mouthing in individuals with severe to profound developmental disabilities: a review of the literature. *Research in Developmental Disabilities*, 27, 529-44.
- Chowdhury, M., & Benson, B. (2011). Use of differential reinforcement to reduce behaviour problems in adults with intellectual disabilities, a methodological review. *Research in developmental disabilities*, 32, 383-394
- Denis, J., Van den Noortgate, W., & Maes, B. (2011). Self-injurious behavior in people with profound intellectual disabilities: A meta-analysis of fallstudier studies. *Research in Developmental Disabilities*, 32, 911-923.
- Didden, R., Duker, P.C., & Korzilius, H. (1997). Meta analytic study on treatment effectiveness for problem behaviors with individuals who have mental retardation. *American Journal on Mental Retardation*, 101, 387-399
- Didden, R., Korzilius, H., van Oorsouw, W., & Sturmey, P. (2006). Behavioral Treatment of Challenging Behaviors in Individuals With Mild Mental Retardation: Meta-Analysis of Single-Subject Research. *American Journal on Mental Retardation*, 111 (4), 290-298.
- DiGennaro Reed, F.D, Hirst, J.M., & Hyman, S.R. (2012). Assessment and treatment of stereotypic behavior in children with autism and other developmental disabilities: A thirty year review. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 6 (1), 422-430.
- Hassiotis, A.A., & Hall, I. (2008). Behavioral and cognitive-behavioural interventions for outwardly-directed aggressive behaviour in people with learning disabilities. *Cochrane database of systematik review*, Issue 3.
- Heyvaert, M., Maes, B., Van den Noortgate, W., Kuppens, S., Onghena, P. (2012). A multi-level meta-analysis of fallstudier and small-n research on interventions for reducing challenging behavior in persons with intellectual disabilities. *Research in Developmental Disabilities* 33, 766–780.
- Horner, R.H., Carr, E.G., Strain, P.S., Todd, A.W., & Reed, H.K. (2002). Problem Behavior Interventions for Young Children with Autism: A Research Synthesis. *Journal of Autism and developmental Disorders*, 32(5), 423-446.
- Lang, R., Rispoli, M., Machalicek, W., White, P.J., Kang, S., Pierce, N., Mulloy, A., Fragale, T., O'Reilly, M., Sigafos, J., & Lancioni, G. (2009). Treatment of Elopement in Individuals with Developmental disabilities: A Systematic Review. *Research in Developmental Disabilities*, 30(4), 670-681.
- Lang, R. B., Didden, R., Machalicek, W., Rispoli, M. J., Sigafos, J., Lancioni, G., Mulloy, A., Regester, A., Pierce, N., & Kang, S. (2010). Behavioral treatment of chronic skin-picking in individuals with developmental disabilities: A systematic review. *Research in Developmental Disabilities*, 31(2), 304–315.
- Lang, R., Mulloy, A., Giesbers, S., Pfeiffer, B., Delaune, E., Didden, R., Sigafos, Lancioni, G., & O'Reilly, M. (2011). Behavioral interventions for rumination and operant vomiting in individuals with intellectual disabilities: A systematic review. *Research in Developmental Disabilities*, 32(6), 2193-2205.

Marquis J.G., Horner, R.H., Carr, E.G., Turnbull, A.P., Thompson, M., Behrens, G.A., Magito-McLaughlin, D., McAtee M.L., Smith, C.E., Anderson-Ryan, K., & Doolabh, A. (2000). A Meta-Analysis of Positive Behavior Support. In Gersten, R., Schiller, E.P., & Vaughn, S. (Eds.). (2000). *Contemporary special education research: syntheses of the knowledge base on critical instructional issues* (125–161). Lawrence Erlbaum associates Inc.

Petscher, E.S., Rey, C., & Bailey, J.S. (2009). A review of empirical support for differential reinforcement of alternative behavior. *Research in Developmental Disabilities, 30*(3), 409-425.

Scotti, J.R., Evans, I.M., Meyer, L.H., & Walker, P. (1991). A Meta-Analysis of Intervention Research with Problem Behaviour: Treatment Validity and Standards of Practice. *American Journal on Mental Retardation, 96*(3), 233-256.

Wehmeyer, M.L. (1995). Intraindividual factors influencing efficacy of interventions for stereotyped behaviours: a meta-analysis. *Journal of Intellectual Disability Research, 39* (3), 205-214.

#### *Övriga referenser*

Baker, J.H., Mitchell, K.S., Neale, M.C., & Kendler, K.S. (2010) Eating disorder symptomatology and substance use disorders: prevalence and shared risk in a population based twin sample. *International Journal of Eating Disorders 43* (7), 648-658.

Bowman, L. (1996). Behavior modification and Down syndrome dementia: A case study of treatment in real life setting. *Developmental Disabilities Bulletin, 42*, 58-67.

Karlsson, P. (2010). *Beteendestöd i vardagen. Handbok i tillämpad beteendeanalys*. Natur och kultur.

Leander, K. (2011). *Matvägran hos barn*. Examensuppsats. Institutionen för neurovetenskap, Uppsala universitet.



## 9 MILJÖ- OCH OMGIVNINGSSINSATSER

Eva Warnerbring

### 9.1 Bakgrund

Klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa - ICF används i dagens habiliteringsarbete som kliniskt verktyg vid bedömning och planering av insatser. I ICF samverkar individperspektivet med miljö- och omgivningsperspektivet för att beskriva individens hälsa (Socialstyrelsen, 2003). En av aspekterna i ICF är delaktighet som har kommit att bli ett centralt värde inom habiliteringsarbete (Hansson, 2011). I Socialstyrelsens författningssamling, som är styrande för landstingens habiliteringsarbete, står inskrivet att insatserna ska bidra till att skapa "... goda villkor för ett självständigt liv och ett aktivt deltagande i samhället" (SOSFS, 2008:20). Adolfsson (2011) lyfter i sin avhandling om barn och ungas delaktighet fram individens miljö och omgivningsfaktorer som de viktigaste faktorerna för att öka delaktigheten. Adolfsson menar att de insatser som görs i omgivningen ger snabba resultat för den unge och bidrar till att höja motivationen och möjligheten till nyinlärning. För barn och unga är till exempel klassrummet, läraren och pedagogiken viktiga omgivningsfaktorer (Adolfsson, 2011). Flera forskare, till exempel Heyvaert et al. (2012), visar att miljö- och omgivningsinsatser har ett eget förklaringsvärde när det gäller att minska problemskapande beteende.

Bland de 37 studier som inkluderades i denna översikt fann vi åtta stycken som i olika grad lyfte fram omgivningsinsatser som en verksam del i behandlingen av problemskapande beteende. Av de åtta studier som redovisas här är två litteraturöversikter och sex meta-analyser.

Att genomföra insatser i personens omgivning och miljö kan handla om förändringar i fysisk miljö eller att göra förändringar i bemötandet hos de personer som finns runtomkring. I studierna benämns miljö- och omgivningsinsatser olika, de kan återfinnas inom kategorierna förändring av situationsfaktorer, stimuluskontroll, konsekvensbaserade strategier, förebyggande strategier, med flera. Exempel på miljö- och omgivningsinsatser som förekommer i de här redovisade studierna är att erbjuda valmöjlighet, att anpassa krav, att skapa förutsägbarhet till exempel genom aktivitetsscheman och visuella signaler eller att ge förberedelsestid och att erbjuda alternativ.

### 9.2 Genomgång av aktuell forskning

#### 9.2.1 Systematiska litteraturöversikter

Brosnan och Healy (2011) vill med sin artikel ge en översikt över de behandlings-metoder som är vanligast vid aggressivt beteende hos barn och unga (3-18 år) med intellektuell funktionsnedsättning och/eller autismspektrumstörning. Författarna gör också en analys av behandlingseffektiviteten. Inkluderade studier är singel-subjektstudier med interventioner riktade mot aggressivt beteende och publicerade i vetenskapliga tidskrifter med granskningsförfarande mellan åren 1980 och 2009. Arton studier identifierades, två med endast en intervention, de övriga med ett behandlingspaket som innehöll en kombination av förändring av situationsfaktorer och förändring i det pedagogiska sammanhanget, förstärkningsbaserade strategier och konsekvensbaserade strategier. Av de 31 deltagarna var 26 pojkar och fem flickor.

Alla ingående studier redovisar en minskning av det aggressiva beteendet. Slutsatsen författarna drar är att de redovisade interventionerna alla är effektiva. Författarna genomför ingen meta-analys, men redovisar ålder, design, målbeteende, intervention, behandlingsutfall och funktionell bedömning.



rade funktionsnedsättningar. Syftet med rapporten är att med specifika kvalitetskriterier (APA:s normer) fastställa graden av empiriskt stöd för behandlingen av pica för ovan nämnda grupp. Totalt 34 fallstudier ( $n=50$ ) inriktade på behandling av pica publicerade 1980 till 2011 identifierades och inkluderades. Av dessa uppfyllde 25 de önskade kvalitetskriterierna (minst 80 procents minskning av problembeteendet). Knappt två tredjedelar av deltagarna i studierna var barn och ungdomar under 18 år. Nästan två tredjedelar utgjordes av personer med svår och grav intellektuell funktionsnedsättning.

Tidigare behandling av pica bestod huvudsakligen av insatser som syftade till att hindra eller straffa beteendet. Aktuell picabehandling, såsom den beskrivs i föreliggande studier består av:

1. Att ställa ätandet under stimulikontroll, det vill säga skapa lämpliga rutiner för vad och var man äter
2. Att erbjuda alternativ stimulans (tillgång till mat)
3. Att lära in alternativa beteenden

Pica kan innebära stora hälsorisker, med i värsta fall dödlig utgång och Hagopian betonar att förebyggande arbete alltid ska iakttas genom övervakning och att hålla omgivning ren. Hagopian slår fast att beteendeinterventioner bestående av manipulering av omgivningsfaktorer och färdighetsträning uppfyller kriterierna för en empiriskt väl grundad behandling enligt APA:s normer.

Campbells (2003) artikel fokuserar på effektiviteten av beteendeinterventioner för problemskapande beteende för personer med autism. Två tredjedelar av deltagarna bedömdes också ha en intellektuell funktionsnedsättning. 117 singel-subjektstudier publicerade mellan åren 1966 och 1998 inkluderades, baserade på att de var behandlingsstudier riktade mot självskadebeteende, stereotypier, aggression eller egendomsförstörelse. Antalet ingående deltagare uppgick till 181. Materialet bearbetades statistiskt och regressionsanalyser genomfördes.

Huvudfyndet är att de ingående interventionsteknikerna är effektiva. Bland interventionerna återfanns strategier som fokuserade på situationsfaktorer i sammanlagt 12,8% av studierna. Funktionell bedömning, interbedömarreliabilitet vid beteendeobservation samt antal interventionsobservationer samvarierade med bättre behandlingsutfall. Ingen annan variabel påverkade behandlingseffektiviteten.

Campbell pekar på att underlaget i artikeln inte innefattar den senaste forskningen. Det är en svaghet eftersom forskning kring personer med utvecklingsmässiga funktionsnedsättningar och utmanade beteende ökat på senare år. Dessutom, påpekar Campbell, saknar man redovisning av viktiga data i de ingående studierna vilket leder till bristande statistiskt underlag. I resultatet syns en förändring i förhållande till studiens ålder; i nyare studier används mer av positiva interventioner och mer funktionsanalyser medan förekomsten av bestraffning minskar.

I en mindre studie undersökte Shogren et al. (2004) om interventioner rörande valmöjlighet hade någon behandlingseffekt på problemskapande beteende för personer med intellektuell funktionsnedsättning. Man genomförde en meta-analys av 13 studier som omfattande totalt 30 individer. Majoriteten var skolbarn (5-21 år) men åldersspannet var stort: 4-50 år. Åtta individer var flickor/kvinnor, 22 var pojkar/män.

De olika valmöjligheter som fanns representerade i studierna indelades i två grupper: möjlighet att välja i vilken ordningsföljd förelagda uppgifter skulle genomföras och möjlighet att välja mellan två olika aktiviteter.

Resultatet gav ett visst stöd för behandlingen (införande av valmöjlighet), särskilt för pojkar/män för vilka man fann en signifikant skillnad mellan baslinjemätning och behandlingsfas. Övriga variabler påverkade inte behandlingseffekten. Shogrens resonemang kring resultaten handlar bland annat om att valmöjligheter ingår som en del i självbestämmande vilket är en medborgerlig rättighet och att eventuell behandlingseffekt på problembeteende kan ses som en bonuseffekt av en insats som ändå bör erbjudas.

Marquis et al. (2000) undersökte om positivt beteendestöd (PBS; se även kap 5) är effektivt för att minska av problemskapande beteende för personer med intellektuell funktionsnedsättning och/eller autism. Frågan var om effektiviteten påverkas av personvariabler såsom ålder, kön, diagnos, grad av intellektuell funktionsnedsättning och typ av problembeteende. Man jämförde också stimulibaserade interventioner med förstärkningsbaserade och icke-PBS-metoder samt studieegenskaper som antal mätpunkter, typ av insamlade data och tendenser i resultatet.

PBS definieras som tillämpning av beteendepprinciper inom ramen för samhällets normer för att minska problembeteende och forma adekvata beteenden som resulterar i bestående förändringar.

Ett nyckelbegrepp i PBS är att brister i miljö- och omgivningsfaktorer åtgärdas som första insats. Bristerna kan bestå i avsaknad av valfrihet, inadekvata pedagogiska principer, begränsad åtkomst till stimulerande material och aktiviteter, illa valda dagliga rutiner. Problemskapande beteenden i de ingående studierna var aggression, självskadande beteende, utbrott och egendomsförstörelse. De ingående 109 studierna omfattade 220 personer och publicerades 1985 till 1996 i fackgranskade tidskrifter (peer-reviewed journals).

Författarna fann stöd för att PBS är en effektiv behandlingsmetod för samtliga undersökta problemskapande beteenden. Man fann också att följande personvariabler korrelerade med bättre behandlingsutfall: aggression som problembeteende, mildare grader av intellektuell funktionsnedsättning och mer än ett problembeteende. Interventionsvariabler som korrelerade med bättre behandlingsutfall var att behandlingen planerades utifrån en funktionsanalys och att behandlingen genomfördes i personens normala miljö och av de normala vårdgivarna. De två sistnämnda variablerna samvarierade i hög grad och kunde därför inte tolkas oberoende av varandra. Kombinationen av stimulus- och förstärkningsbaserade interventioner visade positivt resultat, men underlaget var relativt litet, författarna betraktar resultatet som ett intressant område för fortsatt forskning.

Heyvaerts et al. (2012) artikel redovisar den nyaste och mest omfattande studien i översikten. Till skillnad från övriga studier där hypoteser har genererats ur teori eller praktik, har Heyvaerts et al. formulerat en empiriskt grundad hypotes utifrån en systematisk översikt över 137 meta-analyser och litteraturöversikter av gruppstudier avseende interventioner för personer med intellektuell funktionsnedsättning och utmanande beteende. Studierna inriktades på såväl omgivnings-, beteende-, som på farmakologiska interventioner. Översikten möjliggjorde systematiskt genererade hypoteser om behandlingseffektivitet och vilka variabler som påverkar

behandlingseffektiviteten. Därefter genomfördes en meta-analys som omfattade 598 individer fördelade på 285 studier (singelsubjekt- och small-*n*-studier) och gjorde en jämförelse av resultaten mellan gruppstudierna och SCS*n*-studierna. Samtliga studier var publicerade mellan åren 2000 och 2011.

Baserat på den systematiska översiktens resultat framlades hypotesen att särskilt typ av utmanande beteende, den specifika interventionskomponenten (bio/psyko/social) och föregående funktionell analys skulle påverka behandlingseffektiviteten.

Både i gruppstudierna och SCS*n*-studierna fann man signifikanta resultat, det vill säga de undersökta interventionerna var effektiva, men graden av effektivitet varierade signifikant mellan olika studier och mellan olika deltagare. Särskilt stor var skillnaden mellan olika deltagare, vilket antyder att de undersökta metoderna är effektiva för en del individer men inte för andra. Man sammanförde 38 olika variabler, som i gruppstudierna förslagits kunna påverka behandlingseffektiviteten, i en regressionsanalys. Syftet med denna analys är att sälla fram de variabler som har det största förklaringsvärdet, det vill säga förklarar störst del av variansen i resultatet.

Av de 38 utvalda variablerna visade sig sex stycken ha en signifikant påverkan på behandlingseffekten, nämligen:

- Ålder
- Autismdiagnos
- Aggression
- Destruktivt beteende
- Förändring av situationsfaktorer
- Information-utbildning-träning för omgivningen

Behandlingseffekten var lägre för individer med aggressivt och destruktivt beteende och högre för individer med autismdiagnos. Om komponenterna ”förändring av situationsfaktorer” eller ”information, utbildning och träning av omgivning” ingår i behandlingen blir behandlingseffekten bättre än om de inte finns med. Äldre personer får bättre resultat av behandlingen än yngre.

När man för samman dessa sex variabler i meta-analysens tredje led återstår aggression och förändring av situationsfaktorer som signifikanta variabler. Om beteendet räknas som aggression blir behandlingseffekten lägre; om behandlingen innefattar komponenter av ”förändring av situationsfaktorer” blir behandlingseffekten högre. Detta betyder att förändring av situationsfaktorer är den variabel som förklarar den största delen av behandlingseffekten. Det betyder inte att övriga faktorer är verkningslösa men att de förklarar en mindre del av behandlingseffekten.

Det är viktigt att framhålla att behandlingarna/interventionerna som ingår i studien bedömdes vara effektiva, vilket också redovisas i andra avsnitt i denna rapport, men att den variabel som påverkar effektiviteten mest är ”förändring av situationsfaktorer”.

Sammanfattningsvis visar Heyvaert et al. att det finns en rad interventioner som har god behandlingseffekt för vissa individer men inte för andra. Detta talar för individualisering av insatserna, det vill säga att den som planerar insatser ska ha god kännedom både om personen och om olika behandlingsalternativ. Omgivningsbaserade interventioner inom kategorin ”för-

ändring av situationsfaktorer” som enligt författarna är väl beforskade och effektiva i behandling av problemskapande beteende, är t ex att anpassa kraven som ställs på individen, att erbjuda valmöjligheter och att skapa överblick och förutsägbarhet i vardagen.

Man fann inget stöd för hypotesen att en föregående funktionell analys av problembeteendet skulle påverka behandlingseffekten positivt. Utmanande eller problemskapande beteende som yttrar sig i aggressivitet är enligt ovanstående mer svårbehandlat än andra former av problemskapande beteenden.

Inga av de ingående studierna har fokuserat på så kallat lågaffektivt bemötande (eng: *low arousal approach*), en omgivningsbaserad metod som på senare år kommit att användas inom habilitering vid våldsamt och problemskapande beteende (Björne et al., 2012). Metoden finns beskriven med referenser till forskningsstudier främst av McDonnell (2010). Inga översikter eller meta-analyser finns ännu publicerade vilket förklarar varför sådana inte återfanns i sökningen.

### **9.3 Slutsatser**

Det finns ett stort antal översikter och meta-analyser som redovisar resultat för miljö- och omgivningsbaserade interventioner. Positiva resultat är kopplade till omgivningsbaserade insatser i många olika typer av behandlingar hos personer med olika grad av intellektuell funktionsnedsättning, med eller utan autism samt vid olika typer av problemskapande beteenden. Omgivningsbaserade insatser svarar också för det största förklaringsvärdet i den senaste, största och mest välgjorda studien och är att betrakta som empiriskt välgrundad.

Exempel på omgivningsbaserade insatser är individuell anpassning av krav som ställs på individen, insatser som syftar till förändring i bemötande från omgivningen, t ex information, utbildning och handledning till nätverket, erbjudande av överblick och förutsägbarhet i vardagen, t ex genom aktivitetsscheman och visuella signaler, införande av rutiner samt införande av valmöjligheter.

## Referenser

- Brosnan, J., & Healy, O. (2011). A review of behavioral interventions for the treatment of aggression in individuals with developmental disabilities. *Research in Developmental Disabilities* 32, 437-446.
- Campbell, J.M. (2003). Efficacy of behavioral interventions for reducing behavior in persons with autism: a quantitative synthesis of single-subject research. *Research in Developmental Disabilities* 24, 120-138.
- Cannella, H.I., O'Reilly, M.F., & Lancioni, G.E. (2006). Treatment of hand mouthing in individuals with severe to profound developmental disabilities: A review of the literature. *Research in Developmental Disabilities* 27, 529-544.
- Didden, R., Korzilius, H., van Oorsouw, W., & Sturmey, P. (2006). Behavioral Treatment of Challenging Behaviors in Individuals With Mental Retardation: Meta-Analysis of Single-Subject Research. *American Journal on Mental Retardation*, 111 (4), 290-298.
- Hagopian, L.P., Rooker, G.W., & Rolider, N.U. (2011). Identifying empirically supported treatments for pica in individuals with intellectual disabilities. *Research in Developmental Disabilities* 32, 2114-2120.
- Heyvaert, M., Maes, B., Van den Noortgate, W., Kuppens, S., & Onghena, P. (2012). A multilevel meta-analysis of single-case and small-n research on interventions for reducing challenging behaviour in persons with intellectual disabilities. *Research in Developmental Disabilities* 33 (2), 766-780.
- Marquis, J.G., Horner, R.H., Carr, E.G., Turnbull, A.P., Thompson, M., Behrens, G.A., Magito-McLaughlin, D., McAtee, M.L., Smith, C.E., Anderson-Ryan, K., & Doolabh, A. (2000). A Meta-Analysis of Positive Behavior Support. In Gersten, R., Schiller, E.P., & Vaughn, S. (Eds). (2000). *Contemporary special education research: synthesis of the knowledge base on critical instructional issues* (pp 125-161). Lawrence Erlbaum associates Inc.
- Shogren, K.A., Fagella-Luby, M.N., JikBae, S., & Wehmeyer, M.L. (2004). The Effect of Choice-Making as an Intervention for Problem Behaviour. A Meta-Analysis. *Journal of Positive Behaviour Interventions* 6 (4), 228-237.

## Övriga referenser

- Adolfsson, M. (2011). Applying the ICF-CY to identify everyday life situations of children and youth with disabilities. *Dissertation Series No. 14. Studies from Swedish Institute for Disability Research No 39*.
- Björne, P., Andreasson, I., Björne, M., Olsson, M., & Pagmert, S. (2012). *Utmanande beteenden Utmanade verksamheter*. (FoU-dokument 2012:2). Malmö: FoU Malmö Stad.
- Hansson, K. (2011). Delaktighet med förhinder. Vardagsetiska perspektiv i habiliteringen. *Socialmedicinsk Tidskrift. Vol 88 (3)*.
- McDonnell, A. (2010). *Managing Aggressive Behaviour in Care Settings: Understanding and Applying Low Arousal Approaches*. London: John Wiley & Sons.
- Socialstyrelsen. (2003). *Klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa - ICF*. Stockholm.

# 10 KOMMUNIKATION

Anna-Karin Bolinder

## 10.1 Beskrivning av området

### 10.1.1 Inledning

Mänsklig kommunikation innebär ett utbyte av tankar och känslor mellan individer för att uppnå förståelse. Kommunikation, som leder till förståelse är en av de viktigaste beståndsdelarna i livet.

Enligt Förenta Nationernas barnkonvention (FN, 1989) och Konventionen om rättigheter för personer med funktionsnedsättning (FN, 2006) har alla rätt till kommunikation på sina villkor.

### 10.1.2 Kommunikation och problemskapande beteende

Ofta kan personer med bristande kommunikativ förmåga uttrycka sig med ett utåtagerande beteende och/eller självdestruktivt beteende. Dessa beteenden kan bli problemskapande och kan innebära att personen får utbrott, skriker, kastar saker, puttar eller slår och biter sig själv etc. Dessa beteenden kan bli en stor utmaning för omgivningen vid samvaro med personen.

Åtskilliga forskare inom området har gjort tolkningen att de flesta problemskapande beteenden är av kommunikativ natur och bör behandlas därefter. När man tar ställning till vilka kommunikationsinterventioner som skall användas vid problemskapande beteende är enligt Beukelman och Mirenda (2005) följande tre principer vanliga, (*text i svensk översättning*):

#### 1. *"The principle of functional equivalence"*

Ofta involverar den mest lämpliga interventionen att lära personen ett alternativt beteende som tjänar samma funktion som det problemskapande beteendet. Detta innebär att behandlaren måste garantera en omfattande och mångsidig bedömning för att kunna identifiera funktionen av beteendet så att behandlaren kan utforma, tänka ut ett alternativt beteende att lära individen. Exempelvis om det problem-skapande beteendet leder till mer uppmärksamhet så måste det nya beteendet också leda till att personen får mer uppmärksamhet.

#### 2. *"The principle of efficiency and response effectiveness"*

Att det alternativa beteendet skall vara lätt att producera för individen och lätt att förstå för omgivningen. Om det alternativa beteendet är för svårt att göra eller lära sig eller inte så effektivt kommer individen att hålla fast vid det gamla beteendet.

#### 3. *"The principle of goodness of fit"*

Utifrån en funktionell analys gör man förändringar så att möjligheter skapas för att individen ska kunna bete sig mer adekvat till sin omgivning. Detta kan t ex innebära att individen får lära sig att bli mer självständig, lära sig nya kommunikationsfärdigheter, få ett visuellt schema så att personen vet vad som skall hända, får bättre anpassat boende med stöd av personal, får ägna sig åt sina intressen, bli mer involverad i aktiviteter med sin familj, får stöd av personer som känns komfortabla för individen, etc.

### 10.1.3 Kritiska kommunikativa färdigheter

Enligt Bondy och Frost (2002) finns det nio kritiska kommunikativa färdigheter:

1. Att begära en förstärkning. Kan personen detta så får han/hon tillgång till saker och aktiviteter som är tillfredställande.
2. Begära hjälp. Det är väsentligt då alla hamnar då och då i situationer där vi behöver hjälp. Avsaknad av denna förmåga kan leda till frustration och utbrott.



3. Begära rast/paus. Vid stora krav och trötthet är det viktigt att kunna be om en paus.
4. Protestera/neka. Viktigt att kunna säga nej när personen blir erbjuden något den inte vill ha.
5. Svara ja. Att svara ja och få tillgång till något i de situationer man inte bara kan ta det man vill ha.
6. Att vänta. Att personen förstår att han/hon inte kommer att bli nekad det den vill ha utan med tiden kommer han/hon att få det.
7. Att förstå funktionella uppmaningar. Att han/hon förstår instruktioner som kom hit, stopp, sitt ner, ge mig, kom, etc.
8. Att svara på ledtrådar för övergångar. Att han/hon får en ledtråd t ex man visar skorna så förstår personen nu skall vi gå ut.
9. Att följa ett schema. Få överblick över dagen och vad som kan förväntas av honom/henne.

Bondy och Frost menar att om en person inte kan använda sig av dessa förmågor kommer han/hon att uttrycka sig på ett annat sätt. Det kan leda till att personen utvecklar problemskapande beteenden.

#### 10.1.4 Alternativ och kompletterande kommunikation (AKK)

Sedan mitten av 1990-talet har termen Alternativ och Kompletterande Kommunikation (AKK) använts i Sverige. Det är motsvarigheten till den amerikanska termen Augmentative and Alternative Communication (eng: AAC) som har använts i USA sedan 1980-talet. AKK är ett samlingsnamn för kommunikation som inte bygger på tal. *Alternativ* står för att stödet behövs genom hela livet, *Kompletterande* betyder att stödet kan behövas en tid under uppväxten eller i vissa situationer.

Personer med autismspektrumtillstånd (AST) och intellektuell funktionsnedsättning kan tillhöra gruppen som behöver alternativ och kompletterande kommunikation hela livet.

De vanligaste alternativa kommunikationssätten är:

- tecken som stöd
- foton
- blissymboler (teckensystem för personer med taldysfunktion)
- konkreta föremål
- bilder
- bokstäver

Det finns också mer avancerade kommunikationshjälpmedel och verktyg som exempelvis kommunikationskortor, samtalsapparater och datorer. När man skall ta ställning till vilket kommunikationssätt som är bäst för en individ är det enligt Heister et al. (1998) väsentligt att göra en bedömning av flera olika faktorer.

- Ålder
- Hörsel och auditiv perception
- Omgivning
- Motoriska. Direktpekningsfärdigheter, förmåga att kontrollera styrorgan, förmåga att kommunicera manuellt

- Visuella. Syn och visuell perception
- Kognitiva. Utvecklingsnivå och kognitiva färdigheter
- Språkliga. Talmotorisk förmåga, nivå av funktionellt tal och prognos för tal, färdigheter i språkanvändande, språkförståelse, förmåga att välja mellan alternativ, mellan ja och nej
- Kommunikativa. Kommunikationsbehov, intresse och motivation, interaktionsfärdigheter med och utan kommunikationshjälpmedel, förmåga att omforma ordförråd till symboler

#### *10.1.5 Funktionell kommunikationsträning*

Funktionell kommunikationsträning introducerades av Carr och Durand (1985). Genom differentiell förstärkning (det vill säga att det önskvärda beteendet förstärks) lär sig individen ett alternativt beteende vilket syftar till att det problemskapande beteendet på så sätt inte upprätthålls.

Funktionell kommunikationsträning är baserat på hypotesen att sådana problemskapande beteenden som utåtagerande beteenden och självdestruktiva beteenden kan vara en form av kommunikation som individen etablerat. Funktionell kommunikationsträning sker i tre steg.

1. Att identifiera funktionen eller syftet med det enskilda problembeteendet genom att göra en funktionell beteendebedömning.
2. Lära ut ett alternativt sätt att uttrycka sig som tjänar samma syfte för individen t ex genom tal, teckenspråk, gester eller bilder.
3. Att lära ut metoden till nätverket.

Funktionell kommunikationsträning syftar till att ersätta svåra beteenden med en mer lämplig kommunikation som tjänar samma syfte.

#### *10.1.6 Picture Exchange Communication System (PECS)*

PECS utformades 1985 av Bondy och Frost då man funnit att det var svårt att på ett framgångsrikt sätt använda andra traditionella kommunikationsträningsprogram som var baserade på talimitation, teckenkommunikation och bildpekningssystem. Från början var PECS tänkt att användas av förskolebarn med autismspektrumstörning (ASD) och för andra barn med sociala och kommunikativa svårigheter till exempel inte använder tal, använder mycket ekot, talar bara på uppmaning och inte sökte andra för att samspela och kommunicera. Med tiden har man upptäckt att även många andra barn med inlärningssvårigheter har nytta av PECS (Bondy & Frost, 1994).

PECS bygger på de principer som man utgår från i tillämpad beteendeanalys och har sin grund i forskning och klinisk erfarenhet. Man arbetar med speciella inlärningsstrategier, förstärkningsstrategier och generaliseringsstrategier (Bondy & Frost, 2002).

När man tränar med PECS får barnet med mycket stöd och uppmuntran först lämna en bild på ett önskat föremål och får sedan direkt det som är på bilden i utbyte. Barnet lär sig successivt att bli mer självständig, använda fler bilder och meningar, ställa frågor och kommentera. Barnet lär sig att initiera en handling i ett socialt sammanhang.

## 10.2 Sammanfattning av aktuell forskning

Tre översikter som i huvudsak handlade om att öka kommunikativ förmåga för att minska problemskapande beteende inkluderades i denna EBH-granskning. Två av dessa handlade om funktionell kommunikationsträning och en om PECS. Ytterligare tre översikter studerade vilken effekt beteendeterapeutiska metoder och differentiell förstärkning hade. En metod som studerades i dessa studier var funktionell kommunikationsträning. Alla studierna i översikterna var singel-subjektstudier.

### 10.2.1 Funktionell kommunikationsträning

Funktionell kommunikationsträning är en metod som ofta används och som är spridd internationellt.

Kurtz et al. (2011) har i sin översikt studerat den litteratur som finns om funktionell kommunikationsträning, som behandling av personer som har diagnosen utvecklingstörning och diagnosen autism och som dessutom har problemskapande beteende. Syftet med översikten var att undersöka om det fanns evidens för funktionell kommunikationsträning som behandling för problemskapande beteende enligt APA (American Psychological Association) kriterier för empiriskt stöd vilket inte studerats tidigare (APA se ovan kapitel 1).

Över hälften av deltagarna i de 28 studier som författarna inkluderat i översikten hade diagnosen autismspektrumtillstånd. Sjuttiofem procent av deltagarna var barn. Majoriteten av deltagarna hade en intellektuell funktionsnedsättning i varierande grad. Alla 29 studierna var fallstudier.

Författarna konstaterar att funktionell kommunikationsträning är en individualiserad behandling. Behandlaren gör en funktionell analys för att identifiera hypoteser om vilken funktion det problemskapande beteendet har. Därefter väljer behandlaren en förstärkning som bäst skall användas när ett nytt alternativt beteende skall läras in. Man skapar sedan en situation där beteendet förstärks. Vid behandling av deltagarna med funktionell kommunikationsträning användes så mycket som 53 % av positiv förstärkning, 25 % av negativ förstärkning och 15 % använde både positiv och negativ förstärkning. Man fann också att det var viktigt att ge stöd för att det nya beteendet skulle generaliseras till nya situationer och att använda kompletterande metoder.

I 28 av 29 studier uppfylldes kriterierna för empiriskt stöd. Resultatet visade alltså att det finns ett starkt stöd för funktionell kommunikationsträning.

Mirenda (1997) har i en översikt gjort en sammanfattning av den forskning som finns om funktionell kommunikationsträning och alternativ och kompletterande kommunikation.

I översikten inkluderades 21 studier som använde funktionell kommunikationsträning som intervention. Det är enbart fallstudier. 52 personer deltog i studierna – 30 män och 22 kvinnor. Åldern varierade från 1:3 år till 36 år. Alla deltagarna i studierna hade en intellektuell funktionsnedsättning i varierande grad. Utöver intellektuell funktionsnedsättningsdiagnos hade deltagarna också autism, Downs syndrom, visuella och auditiva funktionsnedsättningar och epilepsi.

Hälften av deltagarna hade inget språk eller fungerande alternativ och kompletterande kommunikation. Deltagarna hade mycket svåra problemskapande beteenden som självdestruktivitet (över 50 %) och 42 % hade ett aggressivt utagerande beteende.

Enligt Mirenda är det ingen tvekan att om interventionen funktionell kommunikationsträning skall bli framgångsrik måste den börja med en lämplig bedömning av vilken funktion det problemskapande beteendet har. Utan en sådan bedömning är det helt enkelt omöjligt att förutse vilket syfte det nya inlärdade beteendet skall fylla.

Den mest använda bedömningsstrategin var att intervjua det närmaste nätverket för att samla information om under vilka omständigheter det problemskapande beteendet uppstod. Denna bedömningsstrategi användes hos 32 av 52 deltagare. Intervjuerna var både informella och strukturerade. Den strukturerade mallen för intervju som användes mest i de studerade studierna var "The Functional Analysis interview" (O'Neill et al. 1990).

Denna intervju omfattar tre domäner:

1. Kartläggning av beteendet.
2. Vilken betydelse fysiska aspekter och den omgivande miljön har för att beteendet ska kunna förutsägas.
3. Hypoteser om vilka potentiella funktion(er) beteendet har.

Funktionell analys användes för 29 av 52 deltagare och Motivation Assessment Scale, MAS för tio deltagare (Durand & Crimmins, 1992).

Den vanligaste funktionen var kravundvikande beteende (56 %). Författarna konstaterade att ett beteende ibland kunde fylla två funktioner. Detta innebär att det är viktigt att finna alternativa beteenden som fyller båda funktionerna. Det nya kommunikativa beteendet *måste* ha samma funktion som det problemskapande beteendet för att minska det problemskapande beteendet.

Faktorer som är viktiga när personen lär sig det nya beteendet är:

- Att direkt uppmärksamma och förstärka beteendet varje gång
- Att beteendet skall vara lätt att göra och effektivt
- Att andra skall kunna förstå vad beteendet betyder

För att beteendet, den nya kunskapen skall bibehållas är det väsentligt att:

- Det används hela tiden i naturliga sammanhang
- Kontinuerlig träning
- Att personen skall kunna ha möjlighet att välja och ha kontroll i sitt liv

Det som framkom i denna översikt är att vid allvarliga problemskapande beteenden bör man i första hand använda funktionell kommunikationsträning och alternativ och kompletterande kommunikation. Det är angeläget att lärare, talpedagoger och andra specialister är väl bekanta med behandlingsmetoden.

En av de vanligaste interventionerna för att minska problemskapande beteende är differentiell förstärkning av alternativa beteenden. Petscher, Rey och Bailey (2008) har i sin översikt inkluderat genomförda studier under de senaste 30 åren. 116 studier med totalt 336 deltagare var inkluderade i denna översikt. Av dessa var 82,4 % barn och 17,6 % vuxna varav och 64,1 % hade diagnosen intellektuell funktionsnedsättning.

Genomgången av dessa studier visade att differentiell förstärkning av alternativa beteenden både är en väl etablerad och framgångsrik metod. Det visade sig att så mycket som i 70 % av studierna användes funktionell kommunikationsträning som metod. I de flesta av dessa studier var huvudsyftet att öka individens förmåga att kommunicera både på ett lämpligare och mer effektivt sätt (se även kapitel 5).

Diden et al. (2006), har i en meta-analys undersökt vilken effekt beteendeterapeutiska interventioner har för att minska problemskapande beteende hos personer med en lindrig intellektuell funktionsnedsättning (IK 55-75). De fann att beteendeterapeutiska interventioner hade en god effekt. Åttio fallstudier är inkluderade i översikten. 86 deltagare i studierna var män och 31 deltagare var kvinnor. En av de behandlingsmetoder som hade en relativt god effekt var funktionell kommunikationsträning (se även kapitel 5).

Brosnan et al. (2010), har i en systematisk översikt studerat vilka interventionsstrategier som är effektiva för att minska aggressivt beteende hos barn och ungdomar med diagnoserna intellektuell funktionsnedsättning, autism samt autism och intellektuell funktionsnedsättning. Arton studier är inkluderade i översikten. Av deltagarna var 26 pojkar och 5 flickor. Deltagarnas ålder varierade från 3 till 18 år och autism var den mest förekommande diagnosen (11 av 31). Den näst mest förekommande diagnosen var autism och samtidig intellektuell funktionsnedsättning (6 av 31).

Författarna konstaterade att framför allt två konsekvensbaserade interventioner hade god effekt vid problemskapande beteende nämligen differentiell förstärkning och funktionell kommunikationsträning (se även kapitel 5).

### *10.2.2 PECS*

Hart och Banda (2010) har i sin systematiska litteraturöversikt bland annat syftat till att utvärdera vilken effekt PECS har vad gäller tal och problemskapande beteende.

Tretton fallstudier med PECS-intervention är inkluderade i översikten. I studierna deltog enbart 36 personer varav 30 män och 6 kvinnor. Deltagarnas ålder varierade mellan 3 år och 40 år. I studierna ingick personer med olika typer av svårigheter. Drygt hälften av deltagarna hade någon form av autismdiagnos. Två av deltagarna hade diagnosen autism och samtidig intellektuell funktionsnedsättning. Det fanns också personer med diagnosen intellektuell funktionsnedsättning (ospecificerad), cerebral pares och Downs syndrom. Endast tre studier med totalt fem individer har studerats i förhållande till problemskapande beteende. Knappt hälften av deltagarna beskrevs som mycket begränsade i sin icke verbala kommunikation som t ex sträcka sig efter något, peka eller använda gester. De flesta hade inte fått någon PECS-behandling innan de deltog i studien. PECS samtliga steg implementerades hos 15 % av deltagarna i studierna (två av tretton studier).

Resultaten av de 13 studierna visade att med hjälp av PECS kunde förmågan att begära saker och kommunikativt socialt beteende öka. Författarna drog slutsatsen att PECS var användbart i olika åldersgrupper, vid olika slags svårigheter samt vid varierande kommunikationssvårigheter. Författarna kommenterade också att PECS för de flesta av deltagarna verkade vara mer effektivt än teckenkommunikation när det gällde att kunna begära föremål. Man konstaterade dock att det fanns begränsat stöd för att behandling med PECS kunde minska problemskapande beteende hos personer som saknade tal eller vars språkliga förmåga var begränsad.

### 10.3 Slutsatser

Det finns en ökad risk för personer med diagnosen intellektuell funktionsnedsättning och diagnosen autism och samtidig intellektuell funktionsnedsättning att utveckla problemskapande beteenden som aggressivitet, självskadande beteende och utagerande beteende. Det är många faktorer som spelar roll, men där individens förmåga till kommunikation är en viktig del.

Av de granskade litteraturöversikterna behandlade fem översikter funktionell kommunikationsträning medan endast en översikt behandlade PECS som behandling av problemskapande beteenden.

Sammanfattningsvis visade granskningen att resultaten tydde på att det finns empiriskt stöd för funktionell kommunikationsträning.

Att lära ut ett effektivt kommunikationssätt till personer med intellektuell funktionsnedsättning och/eller autism kan förebygga och minska problemskapande beteende.

Forskning vad gäller PECS för behandling av problemskapande beteende var begränsad. En meta-analys där endast tre studier med totalt fem individer har studerats i förhållande till problemskapande beteende kunde inkluderas i granskningen. I väntan på ytterligare studier är det inte säkerställt utifrån vår granskning om PECS i dagsläget har ett empiriskt stöd för behandling av problemskapande beteende.

## Referenser

- Brosnan, J., & Healy, O. (2010). A review of behavioral interventions for the treatment of aggression in individuals with developmental disabilities. *Research in Developmental Disabilities* 32, s 437-446.
- Didden, R., Korzilius, H, van Oorouw, W., & Sturmey, P. (2006). Behavioral Treatment of Challenging Behaviors in Individuals With Mild Mental Retardation: Meta-Analysis of Single-Subject Research. *American Journal on Mental Retardation*, 111, number 4, s 290-298.
- Hart, S.L. & Banda, D.R. (2010). Picture Exchange Communication System With Individuals With Developmental Disabilities: A Meta-Analysis of Single Subject Studies. *Remedial and Special Education* 31 (6), 476-488.
- Kurtz, P.F., Boelter, E.W., Jarmolowics, D.P., Chin, M.D. & Hagopian, L.P. (2011). An analysis of functional communication training as an empirically supported treatment for problem behavior displayed by individuals with intellectual disabilities. *Research in Developmental Disabilities* 32 (6), 2935-2942.
- Mirenda, P. (1997). Supporting individuals with challenging behavior through functional training and ACC: research review. *Augmentative and Alternative Communication*, 13 (4), 207-225.
- Petscher, E.S., Rey., C., & Bailey, J.S. (2009). A review of empirical support for differential reinforcement of alternative behavior. *Research in Developmental Disabilities*, 30(3), 409-425.

## Övriga referenser

- Beukelman, D.R., & Mirenda, P. (2005). *Augmentative and Alternative Communication. Supporting children and adults with complex communication needs. Third edition. Paul H. Brookes Publishing Co. Inc.*
- Bondy, A., & Frost, L. (1994). The picture Exchange Communication System. *Focus on Autistic behavior*, 9, 1-19. Sage Science.
- Bondy, A. & Frost, L. (2002). *The Picture Exchange Communication System, träningsmanual*, andra upplagan, Utbildningscenter Autism.
- Carr, E.G., & Durand, V.M. (1985). Reducing behavior problems through functional communication training. *Journal of applied analysis*, 18(2), 111-126.
- Förenta Nationernas Barnkonvention (1989). Förenta Nationerna.
- Heister Trygg, B., Andersson, I., Hardenstedt, L., & Sigurd Pilesjö, M. (1998) *Alternativ och kompletterande kommunikation – i teori och praktik*. Vällingby: Handikappinstitutet.
- Konventionen om rättigheter för personer med funktionsnedsättning (FN 2006). Förenta nationerna.

## 11 MULTISENSORISK BEHANDLING, MASSAGE OCH FYSISK AKTIVITET

Marianne Eriksson

### 11.1 Beskrivning av området

Multisensorisk behandling avser att stimulera sinnesmodaliteter i en speciellt utrustad miljö där en medföljare eller stödperson finns med vid behandlingstillfället och skapar en trygg miljö efter individens specifika behov och förutsättningar.

Behandlingen sker utifrån antaganden om att perceptionsstörningar, brister i informationsbearbetning och känslighet för yttre samt inre stress utgör en signifikant del av problematiken hos personer med intellektuell funktionsnedsättning med beteendeproblem och att dessa går att påverka genom sinnesstimulering (Lotan & Gold, 2009; Botts, Hershfeldt & Christensen-Sandford, 2008).

Multisensoriska miljöer började användas i slutet på 1970-talet på institutioner för personer med intellektuell funktionsnedsättning. Då främst med syfte att erbjuda sensorisk stimulering som aktivitet, rekreation och avslappning, i synnerhet främst för personer med grav intellektuell funktionsnedsättning.

På senare tid har multisensoriska miljöer även kommit att användas i behandlande syfte av beteendestörningar vid intellektuell funktionsnedsättning på olika nivåer, dock främst för personer på måttlig till grav utvecklingsnivå.

Multisensoriska miljöer, eller rum, innehåller utrustning vilken ger möjlighet till sensoriska upplevelser genom syn, ljud, doft, känsel eller rörelseintryck. Ett känt begrepp inom området är *Snoezelen*, vilket är ett registrerat varumärke för specifik utrustning för multisensoriska miljöer (Lotan & Gold, 2009).

Användningen av multisensoriska miljöer har sitt ursprung i teorin om sensorisk integration vilken utvecklades under 1960-talet och framåt. Botts et al. (2008) refererar bland annat till Doman (1960) och Ayres (1972) samt till senare studier från 1980-talet och framåt där betydelsen av sensorisk integration som förutsättning för att högre kognitiva funktioner ska kunna bli tillgängliga för individen har tydliggjorts och lyfts fram.

Ayres (1972) ursprungliga teori om sensorisk integration bygger på tre grundantaganden:

1. Inlärnin g är beroende av förmågan att ta in och bearbeta sensorisk information från den egna kroppen och omgivningen
2. Bearbeta och integrera sensorisk information är väsentligt för att kunna planera och organisera sitt beteende
3. Centrala nervsystemets förmåga att processa och integrera sensorisk information kan förbättras genom möjlighet till ökade sensoriska upplevelser

Förmåga till integration av sensorisk information är grundläggande och en förutsättning för att högre kognitiva funktioner ska finnas tillgängliga och effektivt kunna användas för inlärnin g och styrning av beteenden.

Begränsningar att processa och integrera sensorisk information resulterar i svårigheter att planera och producera beteenden (Botts et al., 2008).



Fokus är på förmågan att samordna sinnesintryck för att kunna ge en anpassad reaktion. En anpassad reaktion kan förklaras som en handling eller reaktion som är korrekt avvägd efter mottaget intryck (Mailloux et al., 2007).

Inom området autismspektrumstörning har kunskap om sensoriska och perceptuella avvikelser under senare tid utvecklats. Ökad uppmärksamhet har getts åt betydelsen av perceptuell dysfunktion och dess konsekvenser. Enligt Mailloux (2007) används begrepp vilka till viss del associerar till Ayres teori om sensorisk integration.

En annan förklaring av hur multisensorisk behandling är verksamt vid beteendestörning utgår från de avslappnande och stressreducerande effekter behandlingen har för avsikt att uppnå. Effekterna förväntas minska beteendestörningar enligt antagandet att avslappning är ”inkompatibelt” med utmanande, självstimulerande beteenden eller andra beteendestörningar (Chan et al., 2010).

Även massage som metod för behandling av beteendestörning vid utvecklingstörning utgår från teorier om sensorisk integration samt att avslappnande och stressreducerande effekter förväntas motverka utmanande och självstimulerande beteenden. Ytterligare en aspekt avser effekter som härrör till relationsskapande genom beröring och ordlös kommunikation samt till effekter av beröring specifikt (Chan & Tse, 2011).

Fysisk aktivitet är ett område som alltmera kommit att diskuteras som behandling i samband med psykologiska problem. Sedan 1970-talet har området kommit att beforskas alltmera. Tillämpning, samt vad som är verksamt vid behandling med fysisk aktivitet vid psykologiska problem, diskuteras utifrån olika aspekter, såväl fysiologiska, psykologiska, kognitiva som sociala (Allison et al. 1995).

## **11.2 Sammanfattning av aktuell forskning**

### *11.2.1 Multisensorisk behandling*

För samtliga områden gäller att det granskade underlaget är mycket litet då det finns ett mycket begränsat antal studier att tillgå. I den aktuella forskningsgenomgången kunde fyra studier inkluderas inom området multisensorisk behandling, vilka uppfyllde urvalskriterier. I de ingående studierna är variationen stor avseende vetenskaplig metodik, antal ingående individer, ålder, utvecklingsnivå och form av beteendestörning.

Lotan och Gold (2009) redovisar en översikt med metaanalys. Underlaget för studien är något oklart angivet, baseras sannolikt på 10 ingående studier med sammanlagt 111 individer. Antal individer i de ingående studierna varierar mellan 2 till 54 deltagare, i medeltal 9 deltagare i åldrar mellan 5 till 65 år, medelålder 33 år med måttlig till grav intellektuell funktionsnedsättning.

Studiens avsikt var att undersöka om individuell terapeutisk multisensorisk behandling i Snoezelenmiljö hade någon effekt för maladaptivt beteende vid intellektuell funktionsnedsättning.

I samtliga ingående studier fanns brister i vetenskaplig metodik, behandlingsupplägg, utvärdering samt stora variationer avseende urval och typ av problemskapande beteenden. Samtliga ingående studier avsåg individuell behandling. I studien jämfördes data samlade i fyra kategorier. En jämförelse av beteende i multisensorisk miljö i förhållande till baslinjen, en jämförelse av beteende i multisensorisk miljö med och utan annan intervention påföljande den mul-

tisensoriska behandlingen samt en jämförelse i förhållande till baslinje efter en tids multisensorisk behandling avseende generalisering av adaptivt beteende till andra miljöer.

I resultatet anges att det i samtliga jämförelsegrupper fanns viss positivt stöd för värdet av multisensorisk behandling för att reducera maladaptivt beteende, anges dock som ett visst preliminärt stöd för metoden. Beroende av de ingående studiernas brister samt det låga antalet deltagare anges resultaten som mycket osäkra och några slutsatser kunde inte dras, utan området måste beforskas mera. Vikten av framtida studier med kontrollgrupper, flera deltagare och förbättrade utvärderingsinstrument betonas. Författarna betonade även att framtida forskning bör fokusera på generaliseringseffekter samt effekt över tid.

Hogg et al. (2001) refererar i en litteraturöversikt till 19 ingående studier i vilka man undersökt utfall av behandling av beteendestörning i Snozelen och andra multisensoriska miljöer. Sju studier bedömdes ha god vetenskaplig metodik. Antal deltagare i de ingående studierna varierade från en till 27 med variation i utvecklingsnivå, från måttlig till grav intellektuell funktionsnedsättning med eller utan rörelsehinder. Personer med autism är inte inkluderade i två av studierna. Fyra studier avsåg barn. Beteendestörning avsåg självskadebeteende, aggressivitet och stereotypa beteenden. I flertalet studier hade man inte tagit hänsyn till generaliseringseffekter eller effekt över tid. Man fann varierande effekter av metoden.

Några studier påvisade positiva resultat, medan andra uteslöt effekter av metoden. Studier med god metodik visade både positiva och negativa resultat. Studier med sämre metodik gav i högre grad positiva resultat. I flertalet studier påvisades positiva attityder från personal till användandet av metoden varför författarna diskuterade om den egentliga effekten kunde hänföras till relationen med medföljaren eller behandlaren. Sammanfattningsvis konstaterade Hogg och medarbetare att området är för lite beforskat för att några egentliga slutsatser ska kunna dras. Den forskningsmetodik man hittills använt behöver förbättras samt inriktas mot bestående effekter av metoden. Författarna betonade dock att de inte ifrågasätter värdet av multisensoriska miljöer som aktivitet för upplevelse eller avkoppling.

Ytterligare en studie, en systematisk översikt av Chan et al. (2010), anger problematik med ingående studiers metodik med stora variationer avseende urval, utformning av behandling och utvärdering för att några slutsatser ska kunna dras angående multisensorisk behandling av beteendestörning vid intellektuell funktionsnedsättning.

I översikten ingick 17 studier omfattande 381 personer i åldrar 18-60 år med diagnos intellektuell funktionsnedsättning. Samtliga personer hade någon form av kontakt för vård, sysselsättning eller stöd i boende.

Översiktens syfte var att presentera evidens utifrån metoden multisensorisk behandling för vuxna med intellektuell funktionsnedsättning och problemskapande beteenden. I studien undersöks om metoden har effekt för att minska frekvens av utmanande beteende, stereotypa självstimulerande beteenden, frekvens av ökning av positiva beteenden samt förändring i förhållande till mätbara värden. I resultatet anges att multisensorisk behandling inte hade effekt på utmanande eller självstimulerande beteenden vid intellektuell funktionsnedsättning. Övriga frågeställningar kunde inte besvaras utifrån de studier som ingick i översikten.

Författarna diskuterade att det skulle kunna finnas andra fördelar med multisensorisk behandling som ökad förmåga till inlärning, ökad kommunikativ förmåga samt avslappnande effek-

ter. Detta hade man dock inte studerat. Värdet av en möjlig allmänt välgörande effekt av metoden påtalas också.

I en översikt av Botts et al. (2008) undersöktes effekten av multisensorisk behandling i specifik Snoezelenmiljö. Syftet var att kritiskt granska empirisk litteratur angående behandling av beteendestörning vid intellektuell funktionsnedsättning i Snoezelen multisensoriska miljöer i pedagogisk skolmiljö. Översikten utgick från tre frågeställningar om effekt av Snoezelen som behandling av stereotypa, självstimulerande, självskadande och aggressiva beteenden vid intellektuell funktionsnedsättning, att kritiskt granska empiriskt stöd angående generaliseringseffekter samt att kritiskt granska empiriskt stöd för avslappnande och stressreducerande effekter av behandlingen.

Endast fem artiklar kunde inkluderas enligt uppsatta urvalskriterier. Totalt ingick 184 individer med variationer i utvecklingsnivå, från lindrig till svår intellektuell funktionsnedsättning. Deltagarantalet i de ingående studierna varierade mellan 3-89 individer. Översikten påvisade ingen signifikant effekt på självstimulerande eller självskadande beteende. Dock minskade självskadande beteende under påföljande halvtimme efter tillfället i Snoezelenmiljö enligt några studier. I andra påtalades utebliven effekt avseende överförbarhet till andra miljöer. Aggression förekom mera sällan i Snoezelenmiljö än i vardagsmiljön och självskadande beteende förekom sällan i Snoezelenmiljö. Angående avslappnande och stressreducerande effekter anges metoden ha en hjärtreglerande effekt snarare än en generell avslappningseffekt.

Man fann att resultaten var osäkra och att alla frågeställningar inte kunde besvaras utifrån de fem ingående artiklarna. Man efterfrågade forskning och konstaterade att metoden i pedagogiska miljöer bedöms vara obeprövad.

### *11.2.2 Massage*

En studie inom området massage kunde inkluderas enligt urvalskriterier. Chan och Tse (2011) undersökte i en systematisk litteraturöversikt om den avslappnande och stressreducerade effekt massage förväntas ge hade någon effekt vid behandling av utmanande beteenden, stereotypa, självstimulerande samt aggressiva beteenden vid intellektuell funktionsnedsättning samt i relation till utveckling av ”positiva beteenden”. I översikten ingick sju studier vilka kunde inkluderas enligt urvalskriterier, omfattande 20 individer i åldrar från 5 – 62 år.

Urvalsstorlek varierade mellan en till åtta personer. De flesta deltagare befann sig på lägre utvecklingsnivåer med frekvent förekommande beteendeproblem. Massagetillfällen varierade i utformning avseende tid, antal tillfällen, teknik, etc. Författarna konstaterade att de beteenden som studerats minskade i frekvens efter massagetillfället varför man konstaterade positiv effekt av metoden. Man fann också positiva resultat för utveckling av mera adaptiva beteenden efter massagetillfället för fem av de 20 ingående individerna varför man angav en viss positiv effekt av metoden i det avseendet. Övriga fynd som redovisades generellt var ökad tolerans för fysisk beröring samt att känslomässig kontakt och kommunikation mellan behandlare och klient påverkades i positiv riktning. Även i denna studie påtalade författarna brister i ingående studiers metodik, litet urval av försökspersoner, avsaknad av studier av långtidseffekter av metoden varför de menade att omfattande forskning behövs innan metoden kan anses som användbar i praktiskt arbete.

### 11.2.3 Fysisk aktivitet

Vad gäller fysisk aktivitet har en studie kunnat inkluderas, Allison et al. (1995). Studien är en litteraturöversikt med metaanalys av 16 gruppstudier varav 13 med kontrollgrupp. Totalt antal individer i gruppstudier var 656. I studien ingick även 26 fallstudier, 15 av dessa var publicerade. Studien avsåg att undersöka om ökad fysisk ansträngning efterföljdes av en minskning av beteendeproblem. Med ökad fysisk ansträngning avsågs att gå, jogga, springa, simma, träna vid gym, etc. Ökad fysisk ansträngning tillämpades inte systematiskt i samband med att beteendeproblem observerades. Avsikten var att undersöka om ökad fysisk ansträngning generellt minskade de aktuella beteendeproblemen. Författarna påtalar att det är av vikt att det utvecklas effektiva tekniker för behandling av beteendeproblem. Effektivitet är dock inte tillräckligt då det även är av vikt att beakta etik, integritet, social acceptans och praktisk användbarhet av metodik.

I översikten ingick individer i varierande åldrar och utvecklingsnivå med problemskapande beteende, ”disruptive behavior”, inklusive autism.

Med ”disruptive behavior” avsågs observerbara beteenden vilka kunde karaktäriseras som utåtagerande störande beteenden, aggressivitet, självskada, högljuddhet etc. Gruppstudiernas effektmått omfattade antalet positiva resp. negativa beteenden som uppmättes efter ökad fysisk ansträngning. I singelcasestudierna mättes effekt med individuella baslinjevärden som utgångspunkt.

I det statistiska resultatet för gruppstudierna rapporterades liten eller moderat effekt av metoden. I 12 av gruppstudierna uppmättes positiva resultat vad gällde ett minskat problembeteende, i fyra studier angavs negativa resultat. Vad som avses med negativa resultat redovisas ej.

Av de ingående fallstudierna visade 22 positiva resultat, en studie visade ingen effekt, och tre gav negativa resultat. Varaktighet av förbättrat beteende varierar i tid, från 20 minuter till att bestå under dagen. Tidsaspekten redovisas inte för alla studier. Vad som avses med negativa resultat redovisas inte.

Författarna anger att bäst resultat påvisas då beteendeobservation gjordes direkt efter den ökade fysiska ansträngningen, vid anaerob<sup>10</sup> ansträngning, samt med individer med hyperaktivitet.

Det anges även att det i studier av god kvalitet påvisas svagare effekt av metoden än i studier av sämre kvalitet samt att större urvalsgrupper påvisar svagare effekt än mindre urvalsgrupper.

Författarna menar att det finns evidens för att ökad fysisk ansträngning är effektiv som behandling av problemskapande beteenden vid intellektuell funktionsnedsättning. Författarna anger att det finns individer för vilka metoden inte är effektiv, men vilka individer som avses redovisas inte. Enligt författarna saknas kunskap om hur och varför fysisk ansträngning fungerar; varför det i nuläget inte är möjligt att förutse för vem och under vilka omständigheter metoden fungerar. Forskning efterfrågas om metodens verkningsmekanismer.

---

<sup>10</sup> Begreppsparet aerob-anaerob är ett begrep inom mikrobiologin. Aerob kallas en process eller träning som behöver tillgång till syre. Anaerob träning innebär att kroppen inte har tillräcklig tillgång till syre, utan skaffar energi på annat sätt, då bildas mjölksyra.

Författarna påtalar brister i ingående studier och skillnader mellan ingående studiers metodik. De diskuterar även tänkbara felkällor vilka kunde tänkas ha gett utslag till fördel för positiva resultat och konstaterar att ytterligare forskning av god kvalitet behövs innan metodens effektivitet kan säkerställas.

I övrigt diskuteras vad som kan tänkas vara verksamt i metoden, fysisk ansträngning. Diskussionen sker utifrån flera förklaringsmodeller som kognitiva teorier om utvecklande av självkänsla och ökad förmåga till egenkontroll, förbättringar relaterade till ökad kondition och ökad alerthet, ökade endorfinnivåer, sensorisk påverkan med proprioceptiv feedback<sup>11</sup>, beteendeterapeutisk intervention, etc. Metoden diskuteras även utifrån social acceptans och möjlighet att utforma behandling utifrån individens integritet.

### 11.3 Slutsatser

För samtliga områden gäller att det granskade underlaget är mycket litet då det finns ett mycket begränsat antal studier att tillgå som uppfyller kriterier på god vetenskapig metodik.

För multisensorisk behandling vid intellektuell funktionsnedsättning med beteendestörning anges i de ingående studierna vissa positiva effekter. Sammantaget är dock resultaten mycket osäkra avseende effekt av behandlingen varvid det saknas stöd för metoden.

De osäkra resultaten är beroende av brister i ingående studiers kvalitet och för små urval varför egentliga slutsatser inte kan dras. Samtliga författare betonar behovet av förbättrad kvalitet i framtida forskning avseende vetenskaplig metodik och flertalet betonar vikten av forskning av generaliseringseffekter bestående över tid.

En annan aspekt som lyfts fram är behovet att undersöka betydelsen av samspelet mellan behandlare och individ i behandlingssituationen.

En gemensam uppfattning är dock att den multisensoriska behandlingens ursprungsidé som möjlighet till upplevelse, avslappning och stressreducering är eller kan vara av värde för allmänt psykologiskt välbefinnande.

Massage som metod vid behandling av beteendestörning vid intellektuell funktionsnedsättning anses i nuläget inte ha evidensbaserad säkerhet då konstaterad effekt området är för lite beforskat.

Vissa positiva effekter för minskning av problembeteende, utveckling av adaptivt beteende, tolerans för beröring samt positiva effekter avseende relationsskapande har konstaterats. Fynden är dock för små för att några egentliga slutsatser ska kunna dras.

Fysisk aktivitet som metod har enligt författarna i den studie som inkluderats gett vissa positiva resultat för minskning av problemskapande beteenden vid intellektuell funktionsnedsättning. Med hänsyn till konstaterade felkällor samt avsaknad av kunskap om metodens verkningmekanismer måste resultaten tolkas med försiktighet, enligt Cochrane Library (2009).

---

<sup>11</sup> Proprioception är förmågan att avgöra de egna kroppsdelarnas position, vilket är en del av kroppsuppfattningen. Fenomenet kallas även djupsensibilitet vilken är nödvändig för att balansen. För detta använder kroppen en särskild sorts receptorer, s.k. proprioceptorer.

### Referenser

- Allison, D., Faith, M., & Franklin, R. (1995). Antecedent Exercise in the Treatment of Disruptive Behavior. A Meta analytic Review. *Clinical Psychology, Science and Practice*, Vol 2 (3), 279-303.
- Botts, B.H., Hershfeldt, P.A., & Christensen-Sandfjord, R.J. (2008). Snoezelen: Empirical Review of product presentation. *Focus on Autism and other Developmental Disabilities*, 23 (3), 138-147.
- Chan, J. S-L., & Tse, S. H-M. (2011). Massage as therapy for persons with intellectual disabilities: a review of the literature. *Journal of Intellectual Disabilities*, 15 (1), 47-62.
- Chan, S.W., Thompson, D.R., Chau, J.P., Tam, W.W., Chiu, I.W., & Lo, S.H. (2010). The effect of multisensory therapy on behaviour of adult clients with developmental disabilities- A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 47 (1), 108-122.
- Hogg, J., Cavet, J., Lamble L., & Smeddle, L. (2001). The use of Snoezelen as multisensory stimulation with people with intellectual disabilities; a review of the research. *Research in Development Disabilities*, 22 (5), 377-91.
- Lotan, M., & Gold., C. (2009). Meta-analysis of the effectiveness of individual intervention in the controlled multisensory environment (Snoezelen) for individuals with intellectual disability. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, 34, (3), 207-215.

### Övriga referenser

- Auyres, J. A. (1972). *Sensory integration and learning disorders*. Western Psychological Services.
- Hansson, S. (2009). Sensorisk integration – en grund för meningsfull aktivitet för personer med omfattande intellektuell funktionsnedsättning? *FoU Trainee. Uppsats nr 12*. Malmö stad.
- Mailloux, Z, Heather, M-K., & Edd, G.T. (2007). *Understanding Ayres sensory integration. OT Practice*, 12(17). Artikel code CEA0907.
- The Cochrane Library. (2009). Wiley Online Library: *Reference Work. Issue* (4).

## 12 FÖRÄLDRATRÄNING OCH FÖRÄLDRAUTBILDNING

Kim Nilsson

### 12.1 Beskrivning av området

Litteratursökningen som avsåg publikationer om föräldrar och föräldraträning till barn med intellektuell funktionsnedsättning och problemskapande beteende gav endast indirekta träffar, men det speglar ändå det aktuella forskningsläget. Att det ändå finns ett kapitel i denna rapport gällande föräldraträning eller föräldrautbildning kan ur ett evidensperspektiv därför tyckas irrelevant, men arbetsgruppen anser att området har en särställning och behovet av kunskap är stort. På detta sätt belyses ändå dessa insatser till föräldrar som på annat sätt kan vara gynnsamma vid problemskapande beteende.

Ett antagande är att det som är undersökt inom angränsande områden går att generalisera, eller åtminstone ha i åtanke, vid val av intervention eller insatser. Det kan vara så att de artiklar föreliggande sökning fångade in har något att säga även om de inte är direkt riktade till föräldrar till barn med problemskapande beteende.

Kunskaper om föräldraträning, föräldrautbildning samt föräldrars kunskap om funktionsnedsättningar och föräldrars psykiska hälsa är av intresse för, inte bara föräldrar, utan också för dem som arbetar kliniskt med att ge stöd till föräldrar till barn med problemskapande beteende. Således bör följande nedan diskussion läsas med viss försiktighet.

### 12.2 Sammanfattning av forskning

I följande avsnitt redovisas de artiklar litteratursökningen gav.

#### 12.2.1 Gruppbaserad föräldraträning

En översikt är gjord över gruppbaseade föräldraträningsprogram (Barlow et al. 2012) som tar upp sådana gruppbaseade föräldraträningsprogram ur perspektivet att öka föräldrarnas psykosociala hälsa.

Att genom gruppbasead föräldraträning påverka och förbättra föräldrars psykiska hälsa borde sannolikt vara gynnsamt vad gäller deras föräldraförmåga och där igenom också vara gynnsamt även för deras barns hälsa och utveckling. Detta oavsett om barnen uppvisar problemskapande beteende eller inte.

I denna översikt ingår 48 kliniskt randomiserade studier med 4937 deltagare och omfattar tre olika typer av program: beteendeoriktade, kognitiva och multimodala program. De som kallas multimodala var program som inte kunde kategoriseras på något annat sätt. De ingående studierna är inhämtade från USA, Australien, Kanada, Storbritannien, Kina, Tyskland, Japan, Nederländerna och Nya Zeeland.

Sammantaget finner författarna att gruppbaseade föräldraträningsprogram ledde till statistiskt signifikanta kortsiktiga förbättringar för föräldrar gällande:

- Depression
- Ångest
- Stress
- Ilska
- Skuld

- Självförtroende gällande föräldraskap
- Förbättringar i parrelationer

Dock visade det sig att sex månader efter avslutad insats kvarstod endast förbättringarna gällande:

- Stress
- Självförtroende gällande föräldraskap

Efter ett år fanns ingen signifikant effekt kvar gällande någon av ovanstående nämnda förbättringar. Författarna till översynen menar att föräldrar som avslutat gruppbaseade föräldrätningsprogram behöver stöd även efter föräldrätningsinterventionen för att upprätthålla de kortsiktiga positiva effekterna som programmen ändå medför.

### *12.2.2 Föräldraförmedlad tidig intervention till barn med autismspektrumtillstånd*

Diggle och McConachie (2009) har i en översikt granskat föräldraförmedlad tidig intervention för barn med autismspektrumtillstånd. Inte heller denna översikt tar upp föräldrätningsprogram eller föräldrautbildning specifikt för barn med intellektuell funktionsnedsättning och problemskapande beteende, men i översikten nämns att "barn med autismspektrumtillstånd ofta utgör stora beteendemässiga problem för sina föräldrar och andra familjemedlemmar".

Mer precis än så nämns inte problemskapande beteende vilket kan ses som naturligt då andra viktiga och kanske mer mätbara mål tas upp såsom språkutveckling och kommunikativ förmåga. Även om artikeln inte riktar in sig på problemskapande beteende kan en förbättrad språkutveckling och en ökad kommunikativ förmåga ändå vara skyddsfaktorer gällande problemskapande beteende.

Målet för Diggle och McConachie var att i sin översikt att fastställa i vilken omfattning föräldraförmedlade tidiga insatser till barn med autismspektrumtillstånd visade sig vara effektiva vid behandling av barn i åldern 1-6 år och 11 månader. Framförallt avsåg man att bedöma effekten av sådana åtgärder för föräldrar och barn.

Resultaten som framkommer i studien gällande föräldraförmedlade interventioner visar gynnsamma effekter rörande barns språkutveckling och föräldrarnas kunskaper om autism. Dock att föräldraförmedlade tidiga interventioner visar sig vara något mer effektivt än att vara på förskola men inte lika effektivt som tidiga hembaserade interventioner som ges av professionella. Diggle och McConachie resonerar att detta kan förklaras av mängden interventioner som man som förälder har möjlighet att ge inte kan likställas med den mängd som anställda professionella förmedlar.

### *12.2.3 Kognitiv beteendeterapeutisk utbildning till fosterföräldrar*

En annan av översikterna (Turner et al. 2007) undersöker om kognitiv, beteendeterapeutisk utbildning till fosterföräldrar har påverkan på fosterbarns beteendeproblem, fosterföräldrarnas färdigheter, fosterfamiljens fungerande samt fosterhemsplaceringens stabilitet. De barn och ungdomar som ingick i studien var arton år och yngre och hade någon form av funktionshinder. Fosterföräldrarna var antingen ensamstående eller sammanboende.

Studien visar att dessa interventioner inte har någon klinisk signifikant effekt gällande barnens och ungdomarnas psykologiska fungerande, deras beteendeprofil eller deras interpersonella fungerande. Inte heller kunde man i denna studie visa på någon klinisk signifikant för-



ändring gällande färdigheter hos fosterföräldrarna. Resultat gällande fosterfamiljens fungerande gick inte att rapportera. Motstridiga resultat gällande fosterhemsplaceringens stabilitet uppvisades.

Författarna av ovanstående artikel förklarar att avsaknaden av positiva resultat skulle kunna bero på att de barn som är placerade i fostervård ofta är traumatiserade, både känslomässigt, fysiskt och psykiskt över tid. Fosterföräldraträningen som avses i ovanstående artikel behöver utvärderas tillsammans med insatser från andra instanser för att se om det då finns någon klinisk verkan av insatserna.

#### *12.2.4 Föräldraträningsskillnader*

Brookman-Fraee, Sthamer, Baker-Ericzen och Tsai (2006) undersökte i en översikt skillnader gällande föräldraträning/föräldrautbildnings insatser för föräldrar till barn med autismspektrumtillstånd med föräldraträning/föräldrautbildning till föräldrar till barn med diagnostiserad uppförandestörning.

Brookman et al. (2006) påpekar att man arbetat aktivt med föräldrastöd till båda dessa föräldragrupper sedan 1960-talet men att insatserna som erbjuds dem vid granskning skiljer sig åt i kliniska sammanhang. Författarna har i ovanstående artikel ett antagande om att integrering mellan olika träning/utbildnings insatser och även teoretiska skolor om man så vill, skulle kunna vara gynnsamt. Översikten gäller heller inte insatser till föräldrar till barn med intellektuell funktionsnedsättning och problem-skapande beteende, men kan ändå vara värdefullt då innehållet i översikten kan vara av intresse även för andra än de med autismspektrumtillstånd eller uppförandestörning.

Brookman et al. (2006) tar upp att barn med autismspektrumtillstånd och barn med uppförandestörning har liknande kliniska kännetecken och resonerar kring likheter och skillnader gällande föräldraträning/föräldrautbildning, samt undersöker om det skulle kunna vara gynnsamt att sammanföra olika synsätt för att bättre möta kliniska behov för båda grupperna. Man gör klart att forskning, fokus och förfaranden på föräldrautbildning/föräldraträning för båda grupperna använder sig av grundprinciper gällande operant betingning men att de ändå är uppdelade i olika ”skolor”. Insatser vid autismspektrumtillstånd vilar på kunskap om forskning om intellektuell funktionsnedsättning och dess metodik och genomförande medan genomförande, metodik och forskning för uppförandestörning har sin kunskapsbas i forskning om psykisk hälsa. Trots de olika ”skolorna” har grupperna gemensamt att operant betingning var gynnsamt för dessa barn, men generaliserbarheten var låg. Det fanns därför behov av föräldraträning/föräldrautbildning för att på så sätt möjliggöra framsteg i hemmiljön. Författarna fann följande skillnader mellan studierna i denna översikt.

Barnen var i olika åldrar. Vid autismspektrumtillstånd är det vanligt att insatserna ges innan barnet uppnått fem års ålder medan insatserna till barn med uppförandestörning ges efter fem års ålder och före tonåren. Var insatserna ges skiljer sig på så sätt att de ges i hemmet till barn med autismspektrumtillstånd medan insatser till barn med uppförandestörning ges på klinisk inrättning eller ibland i pedagogiska sammanhang, vilket inte alls förekom bland barnen med autismspektrumtillstånd. Det visar sig också att föräldrarna till barn med autismspektrumtillstånd var delaktiga i utformningen av insatserna medan så inte var fallet för föräldrar till barn med uppförandestörning. Vid autismspektrumtillstånd var insatserna mer individuellt inriktade och barnet var närvarande i högre utsträckning än vid uppförandestörning. Vid autism-

spektrumtillstånd var fokus för insatserna riktade på kommunikation, vilket inte förekom vid uppförandestörning. Där låg fokus på disciplin, föräldraskap och stresshantering. Val av metod var ytterligare något som differentierade dessa olika ”skolor”. Vid autismspektrumtillstånd var modellering mest förekommande medan didaktisk undervisning var vanligast vid uppförandestörning. Det visar sig också att man använder sig av operant betingning som huvudsaklig metod vid samtliga insatser till barn med uppförandestörning medan det används i 73 % vid insatser till barn med autismspektrumtillstånd. Vid forskning visar det sig att studierna gällande autismspektrumtillstånd ofta har en experimentell utformning. Vid uppförandestörning är studierna randomiserade och kliniska. När resultat skall bedömas görs det vid autismspektrumtillstånd genom beteendeobservationer medan studierna gällande uppförandestörning fokuserar mer på manualrapportering av beteende.

Slutsatserna enligt Brookman et al. (2006) är att det är viktigt att integrera kunskap från olika ”skolor” för att underlätta genomförandet i vanliga vårdssituationer och att det sannolikt är gynnsamt för båda dessa grupper att göra det.

### **12.3 Slutsatser**

Den första och kanske viktigaste slutsatsen (om än förvånande) vid granskningen av området föräldraträning och föräldrautbildning är att det saknas forskning. Inga översikter eller metaanalyser av föräldraträning eller föräldrautbildningar till föräldrar till barn med intellektuell funktionsnedsättning och problemskapande beteende hittades. Därför är detta ett område som behöver beforskas ytterligare för att adekvata interventioner och välgrundade metodval ska vara möjliga att göra.

Gruppbaseade föräldraträningsprogram leder till signifikanta kortsiktiga förbättringar för föräldrars psykiska hälsa gällande; depression, ångest, stress, ilska, skuld samt deras självförtroende gällande föräldraskap och förbättringar i parrelationer. Detta visar sig oavsett om föräldraträningen är; beteendemässig, kognitiv och beteendemässig eller multimodal. Dock kvarstår inte effekten efter ett år.

Föräldraförmedlade tidiga interventioner till barn med autismspektrumtillstånd visar gynnsamma resultat på barnens språkutveckling och ökar föräldrarnas kunskaper om autism. Effekten för barnen är något bättre än att vistas på förskola men sämre än om insatserna ges av professionell personal.

Kognitiv beteendeterapeutisk utbildning till fosterföräldrar till barn med funktionsnedsättningar har ingen effekt gällande dessa barns och ungdomars psykiska fungerande, fosterföräldrarnas färdigheter, fosterfamiljens fungerande eller fosterhemsplaceringens stabilitet enligt Turner et al. (2007). Dock kan man inte säga att kognitiv beteendeterapeutisk utbildning är en missriktad insats. Sannolikt behövs fler insatser för dessa barn och ungdomar och deras familjer då problematiken är komplex.

Skillnader i föräldratränings/föräldrautbildnings program finns beroende på om programmen grundar sig teoretiskt i kunskap om personer med intellektuell funktionsnedsättning eller i kunskap om psykisk hälsa. Detta visar sig i forskningsmetodik, resultatbedömning, fokus för intervention, föräldrars delaktighet, ålder på barn, plats för intervention, format av intervention, metod, samt användning av operant betingning. Integrering och kunskapsöverföring mellan olika skolor och forskningstraditioner borde vara gynnsamt i kliniska sammanhang enligt Brookman et al. (2006).

Detta är kunskaper som kan hämtas från översikterna sökningen gav. Ingen av dem ger specifik kunskap om barn med intellektuell funktionsnedsättning och problemskapande beteende. Detta är naturligtvis en svaghet men återspeglar kunskapsläget. Forskning om området finns men evidensläget är ett annat då inga översikter eller metaanalyser gjorts. Ytterligare forskning är nödvändig inom detta område då behovet av kunskap är stort. Problemskapande beteende hos barn och ungdomar väcker känslor hos både familjer och behandlare och ställer ibland dessa personer utanför mycket av det som vi som människor behöver för att vi ska må bra och utvecklas. Metoder och kunskap för att möta dessa individers behov behövs.

## Referenser

- Barlow, J. Smailagic, N. Huband, N. Roloff, V. & Bennett, C. (2012). Group-based parent training programmes for improving parental psychological health. *Cochrane Database of systematic reviews*. *Issu 9*. Art. No: CD002020. DOI: 10.1002/14651858. CD002020.pub3.
- Brookman-Fraze, L., Sthamer, A., Baker-Ericzon, M.J., & Tsai, K. (2006). Parenting interventions for children with autism spectrum and disruptive behavior disorders: Opportunities for cross-fertilization. *Clin Child FamPsychol Rev*. 9 (3-4), 181-200.
- Diggle, T., & McConachie, H. (2009). Parent-mediated intervention for young children with autism spectrum disorder. *Cochrane library*.
- Turner, W., Macdonald, G., & Dennis, J.A. (2007). Behavioural and cognitive behavioural training interventions for assisting foster carers in the management of difficult behaviour. *Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 1*. Art. No.: CD003760. DOI: 10.1002/14651858.CD003760.pub3.

## **Bilaga 1**

### *Tio kriterier på god vetenskaplig metodik i en systematisk översikt*

1. Studien/artikeln är inriktad på en fokuserad frågeställning.
2. Metoden för litteratursökningen är väl beskriven.
3. Det finns explicita kriterier för inklusion och exklusion av studier.
4. Ingående studiernas metodik är kvalitetsbedömd.
5. Det går att göra en reproducerbar granskning och bedömning av originalstudierna.
6. Framtida forskningsbehov är utpekade.
7. Motstridiga resultat (heterogenitet) är tydliggjort, diskuterat och tolkat.
8. Kvantitativ syntes är utförd där så är lämpligt och möjligt (metaanalys).
9. Viktiga patientrelaterade effektmått är studerade.
10. Fyndens generaliserbarhet är diskuterad.

### *Referenser*

Eliasson, M. (2000). Den systematiska översikten grundval i evidensbaserad medicin. *Läkartidningen*, vol 97(22), 2726-2728.

Oxman, A.D., Sackett, D.L., & Guyatt, G.H. (1993). Users' guides to the medical literature. I. How to get started. *The Evidence-Based Medicine Working Group. JAMA*, 270, 2093-2095.

## Bilaga 2

### Exkluderade artiklar

#### Artiklar som uppfyllde inklusionskriterierna, men inte uppställda evidenskrav

1. Barnhill, L.J. (2008). The diagnosis and treatment of individuals with mental illness and developmental disabilities: an overview. *Psychiatr Q. Sep*; 79(3), 157-170.
2. Barry, S., Baird, G., Lascelles, K., Bunton, P., & Hedderly, T. (2011). Neurodevelopmental movement disorders - an update on childhood motor stereotypies. *Dev Med Child Neurol. 53(11)*, 979-985.
3. Bosch, J.J., & Ringdahl, J. (2001). Functional analysis of problem behavior in children with mental retardation. *MCN Am J Matern Child Nurs. 26(6)*, 307-311.
4. Breau, L.M., & Burkitt, C. (2009). Assessing pain in children with intellectual disabilities. *Pain Res Manag; 14(2)*, 116-120.
5. Cannelea-Malone H., Tullis, V. A., & Kasee, A. R. (2011). Using Antecedent Exercise to Decrease Challenging behavior in Boys with Developmental Disabilities and an Emotional disorder. *Journal of positive Behavior Interventions, vol 13(4)*, 230-239.
6. Carr, E.G. (1994). Emerging themes in the functional analysis of problem behavior. *J Appl Behav Anal. 27(2)*, 393-399.
7. Carr, J., E., Coriaty., S., Wilder, D., A., Gaunt, B. A., Dozier, C., L., Britton, L., N., Avina, C. & Reed, C., L. (2002). A review of non-contingent reinforcement for the aberrant behaviour of individuals with development disabilities. *Research in Development Disabilities, 21(5)*, 377-391.
8. Carr, J.E., Severtson, J.M., & Lepper, T.L. (2009). Noncontingent reinforcement is an empirically supported treatment for problem behavior exhibited by individuals with developmental disabilities. *Research in Developmental Disabilities, 30(1)*, 44-57.
9. Carson, B.E. (1997). Mental retardation and domestic violence, an ecological approach to intervention. *Social Worker, 42 (1)*, 79-89.
10. Cheuk, D.K., Wong, V., & Chen, W.X. (2011). Acupuncture for autism spectrum disorders (ASD). *Cochrane Database of Systematic Reviews. Issue 9. Art. No.: CD007849. DOI: 10.1002/14651858.CD007849.pub2.*
11. Coren, E., Hutchfield, J., Thomaes, M., & Gustafsson, C. (2010). Parent training support for intellectually disabled parent. *Cochrane Database of Systematic Reviews. Issue 6. Art. No.: CD007987. DOI: 10.1002/14651858.CD007987.pub2.*
12. Courtemanche, A.B., Schroeder, S.R., & Sheldon, J.B. (2011). Designs and analyses of psychotropic and behavioral interventions for the treatment of problem behavior among people with intellectual and developmental disabilities. *Am J Intellect DevDisabil. 116(4)*, 315-328.
13. De Ruiter, K., Dekker, M.C., Verhulst, F.C., & Koot, H.M. (2007). Developmental Course of Psychopathology in Youths with and without Intellectual Disabilities. *Journal of child Psychology and Psychiatry, vol 48(5)*, 498-550.
14. Durand, M.V., & Merges, E. (2001). Functional Communication Training: A contemporary Behavior Analytic Intervention for Problem Behaviors. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities, vol 16 (2)*, 110-119, 136.
15. Dykens, E.M., Rosner, B.A., & Butterbaugh, G. (1998). Exercise and sports in children and adolescents with developmental disabilities. Positive physical and psychosocial effects. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am. Oct*; 7(4), 757-771.
16. Engel-Yeger, B., Hardal-Nasser R., & Gal, E. (2011). Sensory Processing Dysfunctions as Expressed among children with Different Severities of Intellectual Developmental Disabilities. *Research in Developmental Disabilities, vol 32(5)*, 1770-1775.
17. Feldman, M., Condillac, R., Tough, S., Hunt, S., & Griffiths, D. (2002). Effectiveness of community positive behavioral support for persons with developmental disabilities and severe behavior disorders. *Behavior Therapy, 33*, 377-398.

18. Fyson, R. (2007). Young People with Learning Disabilities Who Sexually harm Others: The Role of Criminal Justice within a Multi-Agency Response. *British Journal of Learning Disabilities*, vol 35(3), 181-186.
19. Gal, E., Dyck, M.J., & Passmore, A. (2009) The relationship between Stereotyped Movements and Self-Injurious Behaviour in Children with developmental or Sensory Disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, vol 30(2), 342-352.
20. Giarelli, E., Clarke, D.L., Catching, C., & Ratcliffe, S.J. (2009). Developmental disabilities and behavior problems among School children in the Western cape of South Africa. *Research in Developmental Disabilities*, vol 30(6), 1297-1305.
21. Gold, C., Wigram, T., & Elefant, C. (2010). Music therapy for autistic spectrum disorder. *Cochrane library reviews*.
22. Green, V., O'Reilly, M., Itchon, J., & Sigafos, J. (2005). Persistence of early Emerging Aberrant behavior in children with developmental Disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, vol 26 (1), 47-55.
23. Grey, I., & Hastings, R. (2005). Evidence-based practices in intellectual disability and behavior disorders. *Current Opin Psychiatry*, 18, 469-475.
24. Isely, E.M., Kartsonis, C., McCurley, C.M., Weisz, K.E., & Roberts, M.S. (1991). Self-restraint, a review of etiology and application in mentally retarded adults with self-injury. *Res Development Disability*, 12 (1), 87-95.
25. Ivers, N., Jamtvedt, G., Flottorp, S., Young, J.M., Odgaard-Jensen, J., French, S.D., O'Brien, M A., Johansen, M., Grimshaw, J., & Oxman, A.D. (2012). Audit and feedback: effects on professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Issue 6. Art. No.: CD000259. DOI:10.1002/14651858.CD000259.pub3.
26. Janssen, C.G., Schuengel, C., & Stolk, J. (2002). Understanding challenging behaviour in people with severe and profound intellectual disability: a stress-attachment model. *J Intellect Disabil Res*. 46(6), 445-453.
27. Hancock, E.C., & Cross, H.J. (2009). Treatment of Lennox-Gastaut syndrome. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 3. Art. No.: CD003277. DOI: 10.1002/14651858.CD003277.pub2.
28. Harris, J. (1995). Responding to Pupils with Severe learning disabilities, who present Challenging Behaviour. *British Journal of Special Education* vol 22(3), 109-115.
29. Harris, J. (1996). Physical restraint procedures for managing challenging behaviours presented by mentally retarded adults and children, *Research in developmental disabilities*, vol 17(2), 99-134.
30. Hatton, C. (2002). Psychosocial interventions for adults with intellectual disabilities and mental health problems - a review, *Journal of mental health*, 11(4), 357-373.
31. Kahng, S., Iwata, B.A. & Levin, A.B. (2002). Behavioral treatment of self-injury. *American Journal of Mental Retardation*, 107 (3), 212-21.
32. Keen, D., & Knox, M. (2004). Approach to challenging behaviour, A family affair. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, vol 29(1), 52-64.
33. Lancioni, G.E., & Hoogeveen, F.R. (1990). Non-aversive and mildly aversive procedures for reducing problem behaviours in people with developmental disorders: A Review. *Mental Handicap Research*, vol 3 (2), 137-160.
34. Lerman, D.C., Swiezy, N., Perkins-Parks, S., & Roane, H.S. (2000). Skill acquisition in Parents of Children with Developmental Disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, vol 21, (3), 183-196.
35. Lucyshyn, J.M., Irvin, L.K., Blumberg, R.E., Laverty, R., Horner, R.H., & Sprague, J.R. (2004). Validating the construct of coercion in family Routines: Expanding the Unit of Analysis in behavioral Assessment with families of children with developmental disabilities. *Research and Practice for Persons with Severe Disabilities*, vol 29(2), 104-121.



36. Malone, D., Marriott, S., Newton-Howes, G., Simmonds, S., & Tyrer, P. (2007). Community mental health teams (CMHTs) for people with severe mental illnesses and disordered personality. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Issue 3. Art. No.: CD000270. DOI: 10.1002/14651858.CD000270.pub2.
37. Martin, M., Clare, L., Altgassen, A.M., Cameron, M.H. & Zehnder, F. (2011). Cognition-based interventions for healthy older people and people with mild cognitive impairment. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Issue 1. Art. No.: CD006220. DOI: 10.1002/14651858.CD006220.pub2.
38. Mason, R.A., Ganz, J.B., Parker, R.I., Burke, M.D., & Camargo, S.P. (2012). Moderating factors of video-modelling with other as a model: A meta-analysis of fallstudier studies. *Research in developmental disabilities*, 33(4), 1076-1086.
39. Matson, J.L., Benavidez, D.A., Stabinsky Compton, L., Paclawskyj, T., & Baglio, C. (1996). Behavioral Treatment of Autistic Persons: A Review of Research From 1980 to the Present. *Research in Developmental Disabilities*, vol 17 (6), 433-465.
40. Matson, J.L., Dixon, D.R., & Matson, M.L. (2005). Assessing and treating aggression in children and adolescents with developmental disabilities: a 20-year overview. *Cochrane library other reviews*.
41. Matson, J.L., & Boisjoli, J.A. (2009). The token economy for children with intellectual disability and/or autism: A review. *Research in Developmental Disabilities*, 30, 240-248.
42. Matson, J.L., Mahan, S., & LoVullo, V. (2009). Parent training: A review of methods for children with developmental disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, 30, 961-968.
43. Matson, J., Belva, B., Hattier, M.A., & Matson, M.L. (2011). Pica in persons with developmental Disabilities. *Research in Autism Spectrum Disorders*, vol 5(4), 1459-1464.
44. Matson, J.L., Horovitz, M., Kozlowski, A.M., Sipes, M., Worley, J.A., & Shoemaker, M.E. (2011). Person characteristics of individuals in functional assessment research. *Research in developmental disabilities*, vol 32(2), 621-624.
45. Matson, J.L., Kozlowski, A.M., Worley, J.A., Shoemaker, M.E., Sipes, M., & Horovitz, M. (2011). What is the evidence for environmental causes of challenging behaviors in persons with intellectual disabilities and autism spectrum disorders? *Res Dev Disabil.*, 32(2), 693-698.
46. Matson, J., Shoemaker, M., Sipes, M., Horowitz, M., Worley, J., & Kozlowski, A. (2011). Replacement behaviors for identified functions of challenging behaviors. *Research in Developmental Disabilities*, 32, 681-684.
47. Matson, J.L., Tureck, K., & Rieske, R. (2012). The Questions About Behavioral Function (QABF): current status as a method of functional assessment. *Res Dev Disabil.*, 33(2), 630-634.
48. McDiarmid, M.D., & Bagner, D.M. (2005). Parent Child Interaction Therapy for children with Disruptive behavior and Developmental disabilities. *Education and Treatment of children*, vol 28(2), 130-141.
49. Murphy, S., Irving, C.B., Adams, C.E., & Driver, R. (2012). Crisis intervention for people with severe mental illnesses. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Issue 5. Art. No.: CD001087. DOI: 10.1002/14651858.CD001087.pub4.
50. Parrish, J.M. (1993). Behavior management in the child with developmental disabilities. *PediatrClin North Am. Jun*; 40(3), 617-628.
51. Peter-Scheffer, N., Didden, R., Mulders, M., & Korzilius, H. (2010). Low intensity behavioral treatment supplementing preschool services for young children with autism spectrum disorders and severe to mild intellectual disability. *Research in Developmental Disabilities* 31, 1678-1684.
52. Piazza, C.C., Adelinis, J.D., Hanley, G.P., Goh, H.L., & Delia, M.D. (2000). An evaluation of the effects of matched stimuli on behaviors maintained by automatic reinforcement. *J Appl Behav Anal. Spring*; 33(1),13-27.

53. Price, J.R., Mitchell, E., Tidy, E., & Hunot, V. (2008). Cognitive behaviour therapy for chronic fatigue syndrome in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Issue 3. Art. No.: CD001027. DOI: 10.1002/14651858.CD001027.pub2.
54. Repp, A.C., Singh, N.N., Olinger, E., & Olson, D.R. (1990). The use of functional analyses to test causes of self-injurious behaviour: rationale, current status and future directions. *J Ment Defic Res. Apr*; 34(2), 95-105.
55. Reisman, J. (1993). Using a sensory approach to treat self-injurious behaviours in an adult with profound mental retardation. *American Journal of occupational Therapy*, 47 (5), 403-11.
56. Richman, D.M. (2008). Annotation: Early Intervention and Prevention of Self- injurious behaviour Exhibited by young children with developmental disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, vol 52(1), 3-17.
57. Romana, M.S. (2003). Cognitive behavioural therapy - treating individuals with dual diagnosis. *Journal of Psychosocial Nursing*, 41(12), 30-35.
58. Romaniuk, C., & Miltenberger, R.G. (2001). The influence of preference and choice of activity on problem behavior. *Journal of positive behaviour interventions*, vol 3(3), 152-159.
59. Sansosti, F.J., Powell-Smith, K.A., & Kincaid, D. (2004). A research synthesis of social story for children with autism spectrum disorders. *Cochrane library other reviews*.
60. Schroeder, S.R., Tessel, R.E., Loupe, P.S., & Stodgell, C.J. (1997). *Severe behaviour problems among people with developmental disabilities*. In W.E. Maclean Jr (ed). Ellis handbook of mental deficiency, psychological theory and research (third edition). Chapter 16, 439-464. Mahwah: Lawrence Erlbaum.
61. Scotti, J.R., Ujcich, K.L., Weigle, K.L., Holland, C.M., & Kirk, K.S. (1996). Interventions with challenging behaviour of persons with developmental disabilities, A review of current research practices. *Journal of Association for Persons with Severe Handicaps*, vol 21(3), 123-134.
62. Sigafoos, J. (2000). Communication Development and Aberrant behavior in Children with developmental Disabilities. *Education and Training in mental Retardation and developmental disabilities*, vol 35(2), 168-76.
63. Sinha, Y., Silove, N., Williams, K., & Hayen, A. (2004). Auditory integration training and other sound therapies for autism spectrum disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 1. Art. No.: CD003681. DOI: 10.1002/14651858.CD003681.pub2.
64. Sinha, Y., Silove, N., Hayen, A., & Williams, K. (2011). Auditory integration training and other sound therapies for autism spectrum disorders (ASD). *Cochrane library reviews*. Singh, N.N., Lancioni, G.E., Winton, A.S.W., Singh, J., Curtis, J., Wahler, R.G., & McAleavey, K.M. (2007). Mindful Parenting decreases Aggression and Increases Social behavior in Children with developmental Disabilities. *Behavior Modification* v 31, 749-771.
65. Sternberg, L., Taylor, R.L., & Babke, A. (1994). Correlates of interventions with self-injurious behaviour. *Journal of Intellectual Disability Research*, 38 (5), 475-465.
66. Stirling C., & McHugh, A. (1998). Developing a non-aversive intervention strategy in the management of aggression and violence for people with learning disabilities using natural therapeutic holding. *Journal of Adv. Nursing*, 27(3), 503-509.
67. Symons, F., Koppekin, A., & Wheby, J.H. (1999). Treatment of self-injurious behaviour and quality of life for persons with mental retardation. *Mental retardation*, vol 37(4), 297-307.
68. Totsika, V., & Hastings, R.P. (2009). Persisting challenging behavior in people with intellectual disabilities. *Current Opinion Psychiatry*, 22(5), 437-41.
69. van Oorsouw, W.M., Embregts, P.J., Bosman, A.M. & Jahoda, A. (2009). Training staff serving clients with intellectual disabilities: A meta-analysis of aspects defining effectiveness. *Research in Developmental Disabilities*, 30, 503-511.

70. Vogel, S.A., & Forness, S.R. (1992). Social functioning in adults with learning disabilities. *School psychology review*, vol 21(3), 375-386.
71. Whitaker, S. (2002). Maintaining reductions in challenging behaviours: A review of the literature. *British Journal of Developmental Disabilities*, vol 48 (94,Pt1) 15-25.

### Bilaga 3

#### *Referenslista – inkluderade artiklar*

1. Allison, D., Faith, M., & Franklin, R. (1995). Antecedent Exercise in the Treatment of Disruptive Behavior: A Meta-Analytic Review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, vol 2(3), 279-303.
2. Balogh, R., Ouellette-Kuntz, H., Bourne, L., Lunsby, Y., & Colantonio, A. (2008). Organising health care services for persons with an intellectual disability. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 4. Art. No.: CD007492. DOI: 10.1002/14651858.CD007492.
3. Barlow, J. Smailagic, N. Huband, N. Roloff, V. & Bennett, C. (2012). Group-based parent training programmes for improving parental psychological health. *Cochrane Database of systematic reviews*. Issu 9. Art. No: CD002020. DOI: 10.1002/14651858.CD002020.pub3.
4. Botts, B. H., Hershfeldt, P.A., Christensen-Sandfort, R.J. (2008). Snoezelen: Empirical Review of Product Representation. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*, 23(3), 138-147.
5. Brookman-Frazer, L., Sthamer, A., Baker-Ericzon, M.J., & Tsai, K. (2006). Parenting interventions for children with autism spectrum and disruptive behavior disorders: Opportunities for cross-fertilization. *Clin Child FamPsychol Rev*. 9 (3-4), 181-200.
6. Brosnan, J., & Healy, O (2010). A review of behavioral interventions for the treatment of aggression in individuals with developmental disabilities. *Research in Developmental Disabilities* 32(2), 437-446.
7. Campbell, J.M. (2003). Efficacy of behavioral interventions for reducing problem behavior in persons with autism: a quantitative synthesis of single-subject research. *Research in Developmental Disabilities*, 24(2), 120-138.
8. Cannella, H.I, O'Reilly, M.F., & Lancioni, G.E. (2006). Treatment of hand mouthing in individuals with severe to profound developmental disabilities: a review of the literature. *Research in Developmental Disabilities*, 27(5), 529-44.
9. Chan, J.S-L., & Tse, S.H-M. (2011). Massage as therapy for persons with intellectual disabilities: a review of the literature. *Journal of Intellectual Disabilities*, 15(1), 47-62.
10. Chan, S.W., Thompson, D.R., Chau, J.P., Tam, W.W., Chiu, I.W., & Lo, S.H. (2010). The effect of multisensory therapy on behaviour of adult clients with developmental disabilities - A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 47(1), 108-122.
11. Chowdhury, M., & Benson, B.A. (2011). Use of differential reinforcement to reduce behavior problems in adults with intellectual disabilities: A methodological review. *Research in Developmental Disabilities*, 32(2), 383-394.
12. Denis, J., Van den Noortgate, W., & Maes, B. (2011). Self-injurious behavior in people with profound intellectual disabilities: A meta-analysis of fallstudier studies. *Research in Developmental Disabilities*, 32(3), 911-923.
13. Didden R., Duker P.C., & Korzilius, H. (1997). Meta analytic study on treatment effectiveness for problem behaviors with individuals who have mental retardation. *American Journal on Mental Retardation*, 101, 387-399.
14. Didden, R., Korzilius, H., van Oorsouw, W., Sturmey, P., & Bodfish, J. (2006). Behavioral Treatment of Challenging Behaviors in Individuals With Mild Mental Retardation: Meta-Analysis of Single-Subject Research. *American Journal on Mental Retardation*, 111(4), 290-298.
15. DiGennaro Reed, F.D., Hirst, J.M., & Hyman, S.R. (2012). Assessment and treatment of stereotypic behavior in children with autism and other developmental disabilities: A thirty year review. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 6(1), 422-430.
16. Diggle, T., & McConachie, H. (2009). Parent-mediated intervention for young children with autism spectrum disorder. *Cochrane library*.

17. Hagopian, L.P., Rooker, G.W., & Rolider, N.U. (2011). Identifying empirically supported treatments for pica in individuals with intellectual disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, 32(6), 2114-2120.
18. Hart, S. L., & Banda, D. R. (2010). Picture Exchange Communication System With Individuals With Developmental Disabilities: A Meta-Analysis of Single Subject Studies. *Remedial and Special Education*, 31(6), 476-488.
19. Hassiotis, A.A., & Hall, I. (2008). Behavioural and cognitive-behavioural interventions for outwardly-directed aggressive behaviour in people with learning disabilities. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 3. Art. No.: CD003406. DOI:10.1002/14651858. CD003406.pub3.
20. Heyvaert, M., Maes, B., Van den Noortgate, W., Kuppens, S., & Onghena, P. (2012). A multilevel meta-analysis of fallstudier and small-n research on interventions for reducing challenging behaviour in persons with intellectual disabilities. *Research in Developmental Disabilities* 33(2), 766-780.
21. Hogg, J., Cavet, J., Lambe, L., & Smeddle, L. (2001). The use of 'Snoezelen' as multi-sensory stimulation with people with intellectual disabilities; a review of the research. *Research in Development Disabilities*, 22(5), 377-91.
22. Horner, R.H, Carr, E.G., Strain, P.S, Todd, A.W., & Reed, H.K. (2002). Problem Behavior Interventions for Young Children with Autism: A Research Synthesis. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 32(5), 423-446.
23. Horner-Johnson, W., & Drum, C.E. (2006). Prevalence of maltreatment of people with intellectual disabilities: A review of recently published research. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, 12(1), 57-69.
24. Kurtz, P.F., Boelter, E.W., Jarmolowicz D.P., Chin, M.D., & Hagopian, L.P. (2011). An analysis of functional communication training as an empirically supported treatment for problem behavior displayed by individuals with intellectual disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, 32(6), 2935-2942.
25. Lang, R., Rispoli, M., Machalicek, W., White, P.J., Kang, S., Pierce, N., Mulloy, A., Fragale, T., O'Reilly, M., Sigafoos, J., & Lancioni, G. (2009). Treatment of Elopement in Individuals with Developmental disabilities: A Systematic Review. *Research in Developmental Disabilities*, 30(4), 670-681.
26. Lang, R. B., Didden, R., Machalicek, W., Rispoli, M. J., Sigafoos, J., Lancioni, G., Mulloy, A., Register, A., Pierce, N., & Kang, S. (2010). Behavioral treatment of chronic skin-picking in individuals with developmental disabilities: A systematic review. *Research in Developmental Disabilities*, 31(2), 304-315.
27. Lang, R., Mulloy, A., Giesbers, S., Pfeiffer, B., Delaune, E., Didden, R., Sigafoos, J., Lancioni, G., & O'Reilly, M. (2011). Behavioral interventions for rumination and operant vomiting in individuals with intellectual disabilities: A systematic review. *Research in Developmental Disabilities*, 32(6), 2193-2205.
28. Lotan, M., & Gold, C. (2009). Meta-analysis of the effectiveness of individual intervention in the controlled multisensory environment (Snoezelen®) for individuals with intellectual disability. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, 34(3), 207-215.
29. Marquis J.G., Horner, R.H., Carr, E.G., Turnbull, A.P., Thompson, M., Behrens, G.A., Magito-McLaughlin, D., McAtee M.L., Smith, C.E., Anderson-Ryan, K., & Doolabh, A. (2000). A Meta-Analysis of Positive Behavior Support. In Gersten, R., Schiller, E.P., & Vaughn, S. (Eds.). (2000). *Contemporary special education research: syntheses of the knowledge base on critical instructional issues (125-161)*. Lawrence Erlbaum associates Inc.
30. McClintock, K., Hall, S., & Oliver, C. (2003). Risk markers associated with challenging behaviours in people with intellectual disabilities; a meta-analytic study. *Journal of Intellectual Disability Research*, vol 47(6), 405-416.

31. McKenzie, K. (2011). Providing services in the United Kingdom to people with an intellectual disability who present behaviour which challenges: a review of the literature. *Research in Developmental Disabilities*, 32(2), 395-403.
32. Mirenda, P. (1997). Supporting individuals with challenging behaviour through functional communication training and ACC: research review. *Augmentative and Alternative Communication*, 13(4), 207-225.
33. Petscher, E.S., Rey, C., & Bailey, J.S. (2009). A review of empirical support for differential reinforcement of alternative behavior. *Research in Developmental Disabilities*, 30(3), 409-425.
34. Scotti, J.R., Evans, I.M., Meyer, L.H., & Walker, P. (1991). A Meta-Analysis of Intervention Research with Problem Behaviour: Treatment Validity and Standards of Practice. *American Journal on Mental Retardation*, 96(3), 233-256.
35. Shogren, K.A., Fagella-Luby, M.N., Jik Bae, S., & Wehmeyer, M.L. (2004). The Effect of Choice-Making as an Intervention for Problem Behaviour. A Meta-Analysis. *Journal of Positive Behaviour Interventions*, 6(4), 228-237.
36. Turner, W., Macdonald, G., & Dennis, J.A. (2007). Behavioural and cognitive behavioural training interventions for assisting foster carers in the management of difficult behaviour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 1. Art. No.: CD003760. DOI: 10.1002/14651858.CD003760.pub3.
37. Wehmeyer, M.L. (1995). Intra-individual factors influencing efficacy of interventions for stereotyped behaviours: a meta-analysis. *Journal of Intellectual Disability Research*, 39(3), 205-214.

## Bilaga 4

### Beskrivande översikt av inkluderade artiklar

Studie	Metod	Frågeställning	Resultat
1. Allison, D., Faith, M., & Franklin, R. (1995). Antecedent Exercise in the Treatment of Disruptive Behavior: A Meta-Analytic Review. <i>Clinical Psychology: Science and Practice, Vol 2 (3)</i> , 279-303.	Litteraturöversikt och metaanalys av 42 studier som inkluderats varav 16 gruppstudier (13 kontrollgrupper) och 26 fallstudier. Av dessa 42 studier var 22 publicerade med kontrollgrupp och fallstudier. Intervention def. som en ökad fysisk aktivitet skall leda till ett minskat störande beteende. Ångest och depression är inte klassat som ett störande beteende. Deltagarna var individer som man på något sätt kunde observera: utagerande, aggressivitet, självskadande beteende, prata högt i en klass. Inkluderade var personer av båda könen, barn, unga, gamla med intellektuell funktionsnedsättning, som led av emotionella störningar, hyperaktivitet.	Att systematiskt gå igenom vetenskaplig litteratur för att bedöma om föregående fysisk aktivitet har betydelse för behandling av störande beteende	Tolv studier visade positiva resultat och 4 negativa resultat. Metoden är socialt accepterad och kan bli genomförd i behandlingssyfte med tanke på integritet och har en gynnsam effektprofil. Aktuella data ger starkt stöd för att metoden är effektiv.
2. Balogh, R., Ouellette-Kuntz, H., Bourne, L., Lunsky, Y., & Colantonio, A. (2008). Organising health care services for persons with an intellectual disability. <i>Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 4</i> . Art. No.: CD007492. DOI: 10.1002/14651858.CD007492.	Systematisk översikt. Randomiserade kontrollerade studier. Sammanlagt 8 ingående studier. Meta-analys med medelvärden och standardavvikelser gjordes på två av dessa. Medelålder 34,6 år; 59 % män. Antal ingående personer: 20-50 personer i sju studier och 104 personer i den åttonde. Dvs smlgt c:a 350 personer. Inklusion: studier på personer över 16 år med intellektuell funktionsnedsättning och samtidig fysisk, psykisk eller beteendeproblematik.	Att bedöma effekterna av organisatoriska åtgärder för de mentala och psykiska hälsoproblemen hos personer med intellektuell funktionsnedsättning. Identifiera effektiva metoder för att organisera hälso-och sjukvården på bästa sätt för att förbättra behov och hälsoutfall hos personer med intellektuell funktionsnedsättning.	Fem av de inkluderade studierna fann ingen skillnad mellan intervention och kontrollgrupp. Tre av studierna fann gynnsamma effekter av intervention. Man fann effekter av att minska antal patienter och öka direkt vård i hemmiljön i en studie; i en annan fann man beteendeförbättringar efter sörgerådgivning av "vanliga" sörgerådgivare samt minskat antal dagar på sjukhus av psykiatriska skäl efter omhändertagande med ordinarie intensiv ärendehantering i team. Dessa studier gjordes i olika länder som har olika hälso-och sjukvårdssystem totalt. Därför är det svårt att säga om en specifik tjänst fungerar på samma sätt i ett annat land.

			Författarna bedömer att underlaget är otillräckligt för att utifrån denna översikt ge några generella rekommendationer för hur vård ska organiseras för denna grupp.
3. Barlow, J. Smailagic, N. Huband, N. Roloff, V. & Bennett, C. (2012). Group-based parent training programmes for improving parental psychological health. <i>Cochrane Database of systematic reviews. Issu 9</i> . Art. No: CD002020. DOI: 10.1002/14651858. CD002020.pub3.	Litteratursökning. 48 randomiserade studier inkluderades med sammanlagd 4937 deltagare, som innefattade tre programtyper: a) beteendeterapi, b) kognitiv-beteendeterapi, och c) multimodal.	Undersöka huruvida gruppbaserade föräldraskapsprogram är effektiva i att förbättra föräldrapsykosocialt välbefinnande (t.ex. ångest, depression, skuld, förtroende).	Sammanfattningsvis fann man att gruppbaserade föräldraskapsprogram ledde till statistiskt signifikanta förbättringar på kort sikt för upplevelse av depression. Endast stress och självförtroende var statistiskt signifikant vid sex månaders uppföljning och det fanns ingen signifikant skillnad efter ett år. Resultaten av översynen stödjer användningen av föräldraskapsprogram för att förbättra psykosocialt välbefinnande för föräldrar på kort sikt.
4. Botts, B. H., Hershfeldt, P.A., Christensen-Sandfort, R.J. (2008). Snoezelen: Empirical Review of Product Representation. <i>Focus on Autism and Other Developmental Disabilities</i> , 23 (3) 138-147.	Litteraturöversikt. Författarna granskade fem studier som var genomförda i hemmamiljöer med Snoezeleninsatser.	1. Kritiskt granska empirisk evidens tillämpbar på positiva fynd gällande självstimulerande och självskadande beteende och aggression 2. Kritiskt granska empirisk evidens tillämpbar på positiva fynd gällande överförbarhet från snoezelen miljöer till andra miljöer. 3 Kritiskt granska empirisk evidens tillämpbar på positiva fynd gällande avslappning och stressreduktion	1. Snoezelen visar ingen signifikant effekt på självstimulerande och självskadande beteende, I själva snoezelen miljön/rummet kan självskadande beteende reduceras men att gå utomhus visade sig vara ändå effektivare. Aggression förekom mer sällan i snoezelen miljön än i vardagsmiljön. 2. Ingen effekt gällande överförbarheten enligt några inkluderade studier medan andra visa på en signifikant minskning av självskadande beteende den närmaste halvtimmen efter snoezelen. 3. Fynden indikerar att snoezelen miljöer hade en hjärtreglerande effekt snarare än en generaliserad avslappningseffekt. Sammantaget visar studien ingen tydlig bild över effektiviteten gällande ovanstående även om vissa av de granskade artiklarna i översikten visar på lovande resultat.
5. Brookman-Frazer, L., Sthamer, A., Baker-Ericzon, M.J., & Tsai, K. (2006). Parenting interventions for children with autism spectrum and disruptive behavior disorders: Opportunities for cross-fertilization. <i>Clin Child FamPsychol Rev</i> . 9 (3-4), 181-200.	Systematisk litteraturöversikt under åren 1995-2005. 38 barn med problemskapande beteende och 22 barn med autism spektrum störning undersöktes	Då dessa populationer har ofta överlappande kliniska behov kan arbete att integrera kunskap som vunnits i disparata litteraturen vara till nytta.	Resultaten tyder på att det finns möjligheter att kombinera olika forskningsområden (1) forskningsmetodik, (2) interventionsmålen, och (3) format av föräldraskapsinterventioner.





<p>9. Chan, J.S-L., &amp; Tse, S.H-M. (2011). Massage as therapy for persons with intellectual disabilities: a review of the literature. <i>Journal of Intellectual Disabilities</i>, 15 (1), 47-62.</p>	<p>Litteraturöversikt som omfattar 7 studier med sammanlagt 20 deltagare; 13 kvinnor och 7 män, både barn och vuxna.</p>	<p>Är massage en effektiv metod mot utmanande beteende? Göra en systematisk översikt gällande massage för personer med intellektuell funktionsnedsättning och dess effekter samt identifiera nya områden för forskning gällande massage. Man vill se på effekten av massage på relaxation, ökat positivt beteende och minskat negativt beteende (problemlösande beteende och självskadebeteende).</p>	<p>Artikeln uppehåller sig en del vid vad som är verksamt hur, var på kroppen, hur länge, osv. massagen ska utföras och hur studier bör läggas upp. Slutsatsen för denna översikt är att det finns väldigt få studier i ämnet och de som finns är undermåligt utplagda och genomförda. Man kan inte finna något forskningsstöd för massage i befintliga studier. Emellertid resonerar man kring att det finns fog att fortsätta med massage som behandlingsform samt att genomföra bättre studier. I tre av de inkluderade studierna visar på att massage medför en minskning i utmanande beteende och självskadande beteende. Dock uttrycker man i detta dokument att det finns ett forsknings gap mellan massage som behandlingsform och effekter i den kliniska vardagen Det finns heller ingenting idag som visar på en långtidseffekt av massage som behandlingsmetod.</p>
<p>10. Chan, S.W., Thompson, D.R., Chau, J.P., Tam, W.W., Chiu, I.W., &amp; Lo, S.H. (2010). The effect of multisensory therapy on behaviour of adult clients with developmental disabilities - A systematic review. <i>International Journal of Nursing Studies</i>, 47 (1), 108-122.</p>	<p>Systematisk litteratursökning på Multisensory Therapy. 132 studier identifierades av vilka 17 uppfyllde inklusionskriterierna.</p>	<p>Att ge den bästa möjliga evidens för multisensory therapy hos vuxna med intellektuell funktionsnedsättning vad gäller: Frekvensen av utmanande beteende. Frekvensen av stereotypiskt självstimulerande beteende. Frekvensen av positivt beteende och förändringen av psychological measures</p>	<p>Att ge bästa möjliga evidens för multisensory therapy var inte möjligt på grund av de granskade studiernas olika utformning. Man kommer dock fram till att i denna studie finns ingen evidens för att multisensory therapy har någon effekt på utmanande beteende. Samma sak gäller för stereotypiskt självstimulerande beteende. Dock kommer man fram till att det kan finnas andra fördelar som ökad förmåga till inlärning, ökad kommunikativ förmåga samt avslappning.</p>
<p>11. Chowdhury, M., &amp; Benson, B.A. (2011). Use of differential reinforcement to reduce behavior problems in adults with intellectual disabilities: A methodological review. <i>Research in Developmental Disabilities</i>, 32 (2), 383-394.</p>	<p>Systematisk litteratursökning. Sammanlagt 31 studier uppfyllde inklusionskriterierna.</p>	<p>1. Ge en överblick av studier mellan 1980-2009 som använder DR för att klara problembeteende hos vuxna med Intellektuell funktionsnedsättning. 2. Utreda den metodologiska hållbarheten i studierna genom att analysera dem enligt 10 olika metodologiska variabler.</p>	<p>1. För att reducera problembeteende hos vuxna med intellektuell funktionsnedsättning. 2. Många av studierna rapporterar inte data för flera metodologiska variabler, i andra studier framkom inte hur man hanterade problembeteendet i behandlingssessionerna.</p>

<p>12. Denis, J., Van den Noortgate, W., &amp; Maes, B. (2011). Self-injurious behavior in people with profound intellectual disabilities: A meta-analysis of fallstudier studies. <i>Research in Developmental Disabilities</i> 32 (3), 911-923.</p>	<p>Meta-analys (artiklar publicerade mellan januari 2000 till december 2008) 18 studier, N=28. Målgrupp: Individer med svår/djup utvecklingsstörning, IQ &lt; 25 Ålder: vuxna Beteenden: Självskadande</p>	<p>Att utforska vilken effekt har icke-aversiva, icke-intrusiva förstärkningsstrategier på självskadebeteende för personer med svår/djup intellektuell funktionsnedsättning samt vilka karakteristika påverkar behandlingsresultatet.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1 Vilken effekt har metoden som helhet?</li> <li>2 Vilka är skillnaderna mellan studierna?</li> <li>3 Vilka är skillnaderna mellan de som medverkat i studierna?</li> <li>4 Vilka karakteristika hos studierna och deltagarna i studien påverkar effekten?</li> </ol>	<p>Enbart studier av icke-aversiv, icke-intrusiv förstärkning. En del av studierna innefattar matchning (funktionell analys?), övriga utan matchning men med individuellt valda stimuli (förstärkningar?). Man fann samband mellan behandlingseffekt och sensory impairment, men fann inga samband med övriga karakteristika (medicin, rörelsehinder, setting, ålder och matchning). Här argumenterar man för att underlaget är för litet för att kunna dra några slutsatser.</p> <p>Totalt sett ser man en signifikant minskning av självskadebeteende. Man varnar för publication bias (ev är fler studier gjorda men ej publicerade pga inga el negativa resultat). Man påpekar också att resultatet varierar över studierna på ett sätt som ej kunnat förklaras. Sammanfattningsvis menar man att metoden kan förväntas fungera – men inte alltid.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fynden visar att contingent och non-contingent förstärkning är effektivt vid behandling av självskadebeteende för personer med medelsvår intellektuell funktionsnedsättning.</li> <li>2. Kvalitén i de undersökta studierna varierar.</li> <li>3. Skillnader mellan deltagarna var ex; medicinering, ålder, kön, rörelseförmåga sensoriska svårigheter samt omgivningsfaktorer.</li> <li>4. Effekten varierar mellan studier och mellan deltagare beroende på kvalitén i studien och förutsättningarna för och kring individen.</li> </ol>
<p>13. Didden R., Duker P.C., &amp; Korzilius, H. (1997). Meta analytic study on treatment effectiveness for problem behaviors with individuals who have mental retardation. <i>American Journal on Mental Retardation</i>, 101, 387-399.</p>	<p>Metaanalys av 482 empiriska studier. Sammanställning av fallstudier och studier med litet antal deltagare.</p>	<p>I studien undersöks om individuella faktorer påverkar behandlingsresultat vid stereotypa beteenden. Med individuella faktorer avses ålder, grad av utvecklingsstörning, och typ av beteende.</p>	<p>Resultatet påvisar allmänt att stereotypa beteenden inte ska ses som omöjliga att behandla. Dock är dessa svårbehandlade och kräver behandlingsinsatser under lång tid. Främst ålder och typ av beteende är av betydelse för behandlingsresultat. Enligt studien är barn mera svårbehandlade än unga vuxna och vuxna.</p>

<p>14. Didden, R., Korzilius, H., van Oorsouw, W., Sturmey, P., &amp; Bodfish, J. (2006). Behavioral Treatment of Challenging Behaviors in Individuals With Mild Mental Retardation: Meta-Analysis of Single-Subject Research. <i>American Journal on Mental Retardation</i>, 111 (4), 290-298.</p>	<p>Meta-analys omfattande 80 fallstudier.</p>	<p>Hur verksamt är beteendeterapi eller psykoterapeutisk (kbt) behandling mot challenging behavior hos personer med lindrig intellektuell funktionsnedsättning?</p>	<p>Beteendeterapeutiska metoder, och i viss mån kbt metoder, är effektiva för personer med lindrig intellektuell funktionsnedsättning och challenging behaviors. Studierna gäller huvudsakligen barn och ungdomar varför slutsatserna också måste begränsas till att gälla barn/ungdom. Författarna trycker på att det är viktigt att skilja på gruppen lindrigt utvecklingsstörda gentemot gruppen måttligt/gravt utvecklingsstörda när det gäller behandlingsmetoder för challenging behaviour. Mest förekommande interventioner i de ingående studierna är förstärkning, förstärkning+utsläckning och "antecedent-based procedures" (manipulering av antecedenterna?) – den senare med störst effekt. I ett mindre antal studier ingick bestraffning. Man konstaterar att interventioner som föregås av en experimentell funktionell analys får bättre utfall än de som föregås av "descriptive functional assessment".</p>
<p>15. DiGennaro Reed, F.D., Hirst, J.M., &amp; Hyman, S.R. (2012). Assessment and treatment of stereotypic behavior in children with autism and other developmental disabilities: A thirty year review. <i>Research in Autism Spectrum Disorders</i>, 6 (1), 422-430.</p>	<p>Systematisk litteraturoversikt. 62 studier, N=128  Datasökning: PsycINFO. Sökning gjord jun-sept 2010, även handsökning. Artiklar publicerade efter 1980. Interbedömarreliabilitet genom parvis gjorda analyser  Målgrupp: Autismspektrum tillstånd och/eller intellektuell funktionsnedsättning  Ålder: 18 år eller yngre. Variation 3-18.  Beteende: stereotypi.</p>	<p>Fastställa antalet empiriska studier som använder beteendeterapeutiska interventioner för att behandla stereotypier hos barn med autism. Identifiera bedömningstekniker som används för att få fram vilken funktion stereotypin har. Att grovt kategorisera behandlingsproceduren. Att summera andra relevanta variabler, demografi, hur man utformar den experimentella situationen, etc. Att fastställa antalet studier som har reliabilitet.</p>	<p>Komorbiditet fanns hos flera deltagare i de olika studierna.  Majoritet av artiklarna finns deltagare beskrivna med flera och olika former av beteendestereotypier. Konsekvensbaserad metod är den vanligast beskrivna behandlingstekniken.  Flertalet av de ingående studierna använder inte beteendeanalys som vägledning för hur man ska planera och därefter välja lämplig behandlingsmetod.  Bedömning av reliabilitet för oberoende variabler är ovanlig.</p>
<p>16. Diggle, T., &amp; McConachie, H. (2009). Parent-mediated intervention for young children with autism spectrum disorder. <i>Cochrane library</i>.</p>	<p>Systematisk litteraturstudie, endast randomiserade eller quasirandomiserade studier var inkluderade.  Ålder: 1år-6år, 11 månader  Målgrupp: Autismspektrum tillstånd</p>	<p>Syftet med översynen var att avgöra i vilken omfattning moder-medierade tidiga insatser har effekt vid behandling av barn i åldern 1 år till 6 år 11 månader med autism spektrum tillstånd. Att bedöma effektiviteten i såd-</p>	<p>Resultatet är baserade på data från två studier. Två resultat visade sig gynna föräldraträning: barns språkutveckling och moderns kunskap om autism; samt intensiva insatser. Antalet deltagare som var inkluderade var dock små, och de två stu-</p>



	<p>Exklusion:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Studier som använde PECS i huvudsak som ett bedömningsinstrument.</li> <li>2. Gruppstudier.</li> </ol>		
<p>19. Hassiotis, A.A., &amp; Hall, I. (2008). Behavioural and cognitive-behavioural interventions for outwardly-directed aggressive behaviour in people with learning disabilities. <i>Cochrane Database of Systematic Reviews 2008, Issue 3</i>. Art. No.: CD003406. DOI:10.1002/14651858. CD003406.pub3.</p>	<p>Systematisk litteraturoversikt. Cochrane. Inkludering av randomiserade eller quasirandomiserade studier med intellektuell funktionsnedsättning och CB. Exkludering av organiska hjärnskador, demens, specifika syndrom (ex Prader Willis). Fyra studier inkluderades, meta-analys genomfördes inte pga heterogenitet i populationer och interventioner.</p> <p>Målgrupp: 81.6% intellektuell funktionsnedsättning, resten AST</p> <p>Ålder: 3-56 år, M= 18.1 år</p> <p>Män 57.1%, kvinnor 42.9%</p> <p>Beteende: SIB, aggression, störande beteende, skadegörelse, oönskade vokalisationer</p> <p>Antal inkl. studier: 4</p> <p>Totalt antal fpp (inkl kontrollgrupper): 96</p>	<p>För att utvärdera effekten av beteenderiktade interventioner och kognitiva beteendeterapi i behandling av utåtriktat aggressivt beteende hos personer med intellektuell funktionsnedsättning.</p>	<p>Direkta insatser baserade på kognitiv beteendeterapi metoder (modifierad avkoppling, självsäkerhet träning med problemlösning och ilska) verkar ha en viss inverkan på minskningen av aggressivt beteende i slutet av behandlingen och i vissa studier även vid uppföljning (upp till sex månader). Författarnas bedömning är att det endast finns knapphändig evidens för beteendeterapi vid utagerande aggressivt beteende hos barn och vuxna med ID. Avslappningsträning minskade aggressivt beteende men effekten fanns inte kvar vid uppföljning. Assertivitetsträning och problemlösningsträning hade effekter som höll i sig över tid, likaså ilska-hantering. Resultaten tyder på att KBT-tekniker kan ha bra potential, men man kan inte dra så stora slutsatser av fyra små studier.</p>
<p>20. Heyvaert, M., Maes, B., Van den Noortgate, W., Kuppens, S., &amp; Onghena, P. (2012). A multilevel meta-analysis of fallstudier and small-n research on interventions for reducing challenging behaviour in persons with intellectual disabilities. <i>Research in Developmental Disabilities 33 (2)</i>, 766-780.</p>	<p>Systematisk litteraturoversikt + meta-analys.</p> <p>Först en systematisk översikt över 137 meta-analyser och litteraturoversikter av gruppstudier av interventioner för personer med intellektuell funktionsnedsättning och problemskapande beteende.</p> <p>Därefter en meta-analys på 598 individer fördelade på sammanlagt 285 olika fallstudier eller s.k. small-n-studier.</p>	<p>Hur effektiv är olika kontextuella, beteende- och farmakologiska interventioner på problemskapande beteende för personer med intellektuell funktionsnedsättning?</p> <p>Vilka karakteristika (på deltagare, omgivning och intervention) påverkar effekten?</p>	<p>Studerade interventioner var alla verk samma, men graden varierade signifikant mellan olika studier och mellan deltagare. Man fann att effekten av behandling var bättre om personen var äldre, hade autismsdiagnos och om behandlingen hade inslag av a) information, b) utbildning och c) träning av personal. Effekten var mindre om beteendeproblemet definierades som aggression. Behandlingar som innefattade omgivningsförändrande faktorer var effektivare än behandlingar utan detta inslag.</p> <p>Insatser som <u>inte</u> gav signifikanta resultat var t ex: biologisk intervention (medicinering) inlärning av alternativa ersättningsbeteenden, belöningssystem (token), straff</p>

			<p>(aversiva metoder), utsläckningsmetoder och insiktsmetoder.</p> <p>Gruppstudierna skiljde sig inte resultatmässigt från fallstudier och small-n-studier, men meta-analysen av fallstudier gav mer detaljerad information om vilka komponenter som påverkade behandlingseffekten.</p> <p>Området är för lite utforskat.</p>
<p>21. Hogg, J., Cavet, J., Lambe, L., &amp; Smeddle, L. (2001). The use of 'Snoezelen' as multisensory stimulation with people with intellectual disabilities; a review of the research. <i>Research in Development Disabilities, 22</i> (5), 377-91.</p>	<p>Systematisk litteraturoversikt som refererar till 19 artiklar med avseende på variationer av individers utvecklingsnivå och tilläggsdiagnoser samt variation på ingående artiklars design.</p>	<p>Sammanfattar forskning inom området samt frågeställning angående att identifiera framtida forskningsbehov.</p>	<p>I studien presenteras att Snoezelen kommit att användas allt mera för personer med intellektuell funktionsnedsättning, även i behandlande syfte. I resultatet framkommer stora skillnader vad gäller behandlingsutfall. Även stora skillnader vad gäller ingående studiers kvalitet. Vissa studier påvisar positiva resultat medan andra utesluter effekt av metoden. Enligt resultatet påvisar studier med god kvalitet sämre effekt av metoden än studier med mindre god kvalitet.</p> <p>I huvudsak konstateras att området är för lite beforskat för att dra några slutsatser. En aspekt av framtida forskning är att samspillet mellan vårdare och klient bör belysas i samband med behandling av multisensoriska metoder, samt att forskningsdesign bör utvecklas.</p>
<p>22. Horner, R.H, Carr, E.G., Strain, P.S, Todd, A.W., &amp; Reed, H.K. (2002). Problem Behavior Interventions for Young Children with Autism: A Research Synthesis. <i>Journal of Autism and Developmental Disorders, 32</i> (5), 423-446.</p>	<p>Systematisk litteratursökning från 1988 till jan 2000 med 9 publicerade sammanställningar av PBS varav 5 inkluderar personer med autism.</p>	<p>Analysen är indelad i fyra avsnitt: (1) undersöka framväxande teknik för beteendestöd, (2) en översyn av befintliga forskningsresultat med fokus på beteendemässiga interventioner, (3) en ny litteraturgenomgång av aktuell relevant forskning, och (4) en utvärderande diskussion av resultaten och fältets framtida behov att utveckla effektiva beteendeingripanden för små barn med autism.</p>	<p>Resultatet tyder på en reduktion av beteendeproblem. Författarna drog slutsatsen att det är möjligt att få en reduktion upp mot 80-90 % i 60 % av ingående studier. Efter 12 veckor kvarstod 15 % av reduktionen från det initiala skedet.</p>

<p>23. Horner-Johnson, W., &amp; Drum, C.E. (2006). Prevalence of maltreatment of people with intellectual disabilities: A review of recently published research. <i>Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews</i>, 12 (1), 57-69.</p>	<p>Systematiskt review som refererar till 18 ingående artiklar publicerade under åren 1995-2005.</p>	<p>Frågeställning en berör förekomst av felbehandling vid vårdtillfällen av barn och vuxna med intellektuell funktionsnedsättning.</p>	<p>Studiens resultat indikerar att felbehandling i samband med vårdtillfällen oftare förekommer hos patienter med intellektuell funktionsnedsättning än populationen i övrigt. Även i jämförelse med individer med andra former av funktionshinder påvisas att personer med intellektuell funktionsnedsättning oftare blir felbehandlade i samband med vård. Studien inkluderas med tanke på beskrivning av området.</p>
<p>24. Kurtz, P.F., Boelter, E.W., Jar-molowicz D.P., Chin, M.D., &amp; Hagopian, L.P. (2011). An analysis of functional communication training as an empirically supported treatment for problem behavior displayed by individuals with intellectual disabilities. <i>Research in Developmental Disabilities</i> 32 (6), 2935-2942.</p>	<p>Systematisk litteraturoversikt. 28 fallstudier med sammanlagt 80 deltagare. Artiklar sökta via PsychLit och PUB-med databas januari 1985-okt 2009.</p> <p>Evidensbedömning av artiklar enligt kriterier för Empirical Supported Treatments, Task Force, APA, Div. 12/16. American Psychological Association.</p> <p>Målgrupp: Majoriteten diagnosticerad med intellektuell funktionsnedsättning, även autism</p> <p>Ålder: 0-18 år (n71) och &gt;18 år (n 9).</p> <p>Beteenden: aggression, självskadande beteenden och förstörelse av egendom.</p>	<p>Kritiskt granska och analysera publicerad litteratur avseende funktionell kommunikationsträning som behandlingsmetod för problemskapande beteende (aggression, självskadande beteende och förstörelse av egendom) hos personer med intellektuell funktionsnedsättning. Finns empiriskt stöd för metoden.</p>	<p>Funktionell kommunikationsträning (FCT) har empirisk evidens för en vid mängd problemskapande beteenden som personer med intellektuella funktionsnedsättningar kan uppvisa; t.ex. beteenden som vidmakthålls genom uppmärksamhet, tillgång till saker och undvikande av krav.</p> <p>Specifikt etablerad evidens för behandling med FCT, av barn och ungdomar med intellektuell funktionsnedsättning och personer med autism finns. FCT för vuxna över 18 år kan kategoriseras ha sannolik evidens dvs. något lägre grad.</p> <p>FCT i kombination med utsläckning har vetenskaplig evidens (21 studier). Ytterligare 10 studier med en kombination av FCT, utsläckning och t.ex. förstärkning, val) var effektiva som behandlingsmetoder i kombination.</p> <p>FCT i kombination med bestraffning hade sannolikt evidens i 7 studier som uppfyllde inkluderade kriterierna. Viktigt att påpeka att dessa studier omfattade många personer/singel-case studier och att FCT i kombination med bestraffning var effektivt i 100 % av fallen men att forskningskvaliteten var något lägre i dessa studier. Därav lägre evidens.</p>



<p>24. Lang, R., Rispoli, M., Machalicek, W., White, P.J., Kang, S., Pierce, N., Mulloy, A., Fragale, T., O'Reilly, M., Sigafoos, J., &amp; Lancioni, G. (2009). Treatment of Elopement in Individuals with Developmental disabilities: A Systematic Review. <i>Research in Developmental Disabilities, 30 (4)</i>, 670-681.</p>	<p>Systematisk litteraturoversikt: 10 studier, N=53. Ingen begränsning i publiceringsår. Ålder: 3-47 år Målgrupp: Intellektuell funktionsnedsättning och rymningsbeteenden.</p>	<p>Finns det evidensbaserade metoder för behandling/hantering av rymningsbenägenhet hos personer med intellektuell funktionsnedsättning. Systematisk genomgång av artiklar för att finna evidensbaserade metoder som kan användas kliniskt. Att identifiera områden, metoder för ytterligare forskning/prövning för att få fram effektivare behandlings- och bedömningsverktyg.</p>	<p>I 80 % av de redovisade artiklarna beskrivs positiva resultat och 20 % blandade resultat av resp. intervention. Generella slutsatser här är osäker och begränsade pga. bristande experimentell design i flertalet granskade forskningsartiklar Fem av studierna med sammanlagt tio deltagare klassificerades att ha experimentell design och därmed viss evidens. Resten visade ingen evidens enligt kriteriebedömning. Summering är att redovisad forskning/artiklar inte uppvisar god evidens enligt Odorm et al.(2005). Review visar dock att rymningsbeteende ofta kan vidmakthållas genom operanta händelser och minskas genom funktionell intervention.</p>
<p>26. Lang, R. B., Didden, R., Machalicek, W., Rispoli, M. J., Sigafoos, J., Lancioni, G., Mulloy, A., Regester, A., Pierce, N., &amp; Kang, S. (2010). Behavioral treatment of chronic skin-picking in individuals with developmental disabilities: A systematic review. <i>Research in Developmental Disabilities, 31 (2)</i>, 304–315.</p>	<p>Systematisk litteraturoversikt. 16 studier, N= 19 Ålder: 6- 42 år, Medelålder 18 år. Systematisk sökning via databaser. Vidare sökning i tidskrifter och referenslistor i de inkluderade artiklar som identifierats. Kompletterande handsökning av artiklar januari-september 2009. Data:ERIC, MEDLINE, Behavioral Sciences collections, PsychINFO. Ingen begränsning avseende publiceringsår. Inklusionskriterier: a. Med fingrar eller föremål orsaka skada på sig själv (dra, riva, genomborra, räffla, urholka). b. Interventionen ska innehålla beteendeterapeutisk behandling. Exkluderade: a. Studier som enbart innehåller bedömning, beskrivningar och frekvens av skin-picking. b. Studier där enbart medicinsk be-</p>	<p>Att systematiskt granska vetenskaplig litteratur ang. metoder som kan användas för behandling av skin-picking hos personer med intellektuell funktionsnedsättning.</p>	<p>Intervention inkluderade olika former av förstärkning, föremål och aktiviteter som personerna föredrog, klädsel som skyddar t.ex. hjälm, handskar, avbryter, avledning, bestraffning och utsläckning. Funktionella bedömningar gjordes t.ex. via funktionell analys vid direkt observation och/eller intervjuer. Vanligast förekommande funktion var enligt analyser, automatisk förstärkning. Förbättring av beteendet rapporteras i alla studierna. Evidens bedömdes 13 studier ha för behandlingseffekt och angiven intervention.</p>



<p>28. Lotan, M., &amp; Gold, C. (2009). Meta-analysis of the effectiveness of individual intervention in the controlled multi-sensory environment (Snoezelen®) for individuals with intellectual disability. <i>Journal of Intellectual and Developmental Disability, 34</i> (3), 207-215.</p>	<p>Metaanalys av 28 lästa studier (men 10 inkluderade?) med sammanlagt 111 individer.</p>	<p>Sker någon minskning av maladaptivt beteende respektive ökning av adaptivt beteende efter Snoezelenintervention hos personer med intellektuell funktionsnedsättning?</p>	<p>I texten ges olika uppgifter om hur många studier som ingår, viss oklarhet alltså. Sannolikt baseras analysen på tio studier med sammanlagt 111 individer. Emellertid är studiernas karaktär skiftande och antalet litet. Resultatet tolkas som att det finns ett visst preliminärt stöd för att Snoezelenbehandling minskar problemskapande beteende. Ytterligare forskning krävs.</p>
<p>29. Marquis J.G., Horner, R.H., Carr, E.G., Turnbull, A.P., Thompson, M., Behrens, G.A., Magito-McLaughlin, D., McAtee M.L., Smith, C.E., Anderson-Ryan, K., &amp; Doolabh, A. (2000). A Meta-Analysis of Positive Behavior Support. In Gersten, R., Schiller, E.P., &amp; Vaughn, S. (Eds.). (2000). <i>Contemporary special education research: syntheses of the knowledge base on critical instructional issues</i> (pp. 125–161). Lawrence Erlbaum associates Inc.</p>	<p>Child Development Abstracts and Bibliography, Psychological Abstracts, PsychINFO, PsychLIT, PsychSCAN/MR, Social Science Citation index. Målgrupp: Personer med intellektuell funktionsnedsättning och problembeteende. Beteenden: Aggression, självskadebeteende, utbrott och vad gäller att förstöra saker i sin omgivning. Positive behavioral support.</p>	<p>1 Är PBS effektivt för att minska risken för problembeteende. 2 Spelar person karakteristika in för effektiviteten av PBS. 3 Spelar interventionen roll för effektiviteten av PBS. 4 Spelar de olika undersökningarnas egenheter in på den förväntade effektiviteten av PBS.</p>	<p>1. Slutsatsen är att PBS är ett effektivt sätt att behandla personer med intellektuell funktionsnedsättning och problembeteende, Både vad gäller aggression, självskadebeteende, utbrott och vad gäller att förstöra saker i sin omgivning. 2. Man visar att kön eller ålder i denna studie inte verkar påverka resultaten. Men graden av intellektuell funktionsnedsättning påverkar resultaten. PBS visar sig vara effektivt vid de i studien undersökta problemskapande beteendena men är extra verkansfullt vid aggression. 3. Här visar man på att förebyggande och tydliggörande strategier tillsammans med förstärkningsbaserade interventioner fungerade bäst. Dock anser man att data mängden är otillräcklig för att man ska kunna ge något entydigt svar. 4. Fungerar bäst när en funktionsanalys är genomförd.</p>
<p>30. McClintock, K., Hall, S., &amp; Oliver, C. (2003). Risk markers associated with challenging behaviours in people with intellectual disabilities; a meta-analytic study. <i>Journal of Intellectual Disability Research, Vol 47</i> (6), 405-416.</p>	<p>Systematisk litteratursöversikt med metaanalys av 86 ingående studier, publicerade under 1968 – 1997.</p>	<p>I studien undersöks om några riskfaktorer kan påvisas som har samband med intellektuell funktionsnedsättning.</p>	<p>I resultatet dras slutsatsen att svår intellektuell funktionsnedsättning, diagnosen autism, och brister i kommunikation är de främsta riskfaktorerna för uppkomst av beteendeproblem.</p>

<p>31. McKenzie, K. (2011). Providing services in the United Kingdom to people with an intellectual disability who present behaviour which challenges: a review of the literature. <i>Research in Developmental Disabilities</i> 32 (2): 395-403.</p>	<p>Litteraturöversikt. Sju studier ingår, det framgår inte totala n-talet. Översikt över brittisk forskning.</p>	<p>Vad säger utvärderingarna av vård och omsorg för personer med intellektuell funktionsnedsättning och utmanande om bästa behandling för denna klientgrupp?</p>	<p>Få utvärderingar är gjorda. Mer forskning behövs. Man menar sig ändå kunna säga att individualisering, starka relationer personal/brukare, fortbildning/handledning till personal, delaktighet, samverkan krävs för att skapa en "möjliggörande" miljö. Det finns visst belägg för att högre specialiserad vård använder sig av mer restriktiva insatser som medicinering och fasthållning och att dessa har begränsad behandlingseffekt på utmanande beteende.</p>
<p>32. Mirenda, P. (1997). Supporting individuals with challenging behaviour through functional communication training and ACC: research review. <i>Augmentative and Alternative Communication</i>, 13 (4), 207-225.</p>	<p>Systematisk litteraturöversikt omfattande 21 fallstudier med totalt 52 deltagare, 30 män och 22 kvinnor. Åldern varierade från 1:3 till 36 år. 41 deltagare (79 %) hade grav till måttlig intellektuell funktionsnedsättning. Övriga funktionsnedsättningar var autism, Down syndrom, cerebral pares, epilepsi, syn- och hörselnedsättningar. Över 50 % hade ett självskadande beteende och 42 % av deltagarna hade ett aggressivt utagerande beteende.</p>	<p>Syftet var att sammanfatta den forskning som finns om funktionell kommunikationsträning och att identifiera framtida forskningsbehov inom området.</p>	<p>I resultatet dras slutsatsen att funktionell kommunikation och alternativ kommunikation bör vara bland de första interventionerna för många personer med intellektuell funktionsnedsättning och problemskapande beteenden.</p> <p>I slutsatserna poängteras att det nya kommunikativa beteendet måste ha samma funktion som problemskapande beteendet för att minska problemskapande beteendet. När personen lär sig det nya beteendet är det viktigt att direkt uppmärksamma, förstärka beteendet varje gång, beteendet skall vara lätta att göra och effektivt, andra skall lätt kunna förstå vad beteendet betyder. För att beteendet skall bibehållas är det viktigt att det används hela tiden i naturliga sammanhang, kontinuerlig träning och att personen skall kunna välja och ha kontroll i sitt liv.</p> <p>Forskning presenteras främst inom det beteendevetenskapliga området. Yrkesföreträdare inom det kommunikativa fältet behöver närma sig området för vidare utveckling och forskning.</p>
<p>33. Petscher, E.S., Rey, C., &amp; Bailey, J.S. (2009). A review of empirical support for differential reinforcement of alternative behavior. <i>Research in Developmental Disabilities</i> 30 (3), 409-425.</p>	<p>Systematisk litteraturöversikt. Antal inkl. studier: 116, N=336 Ålder: 82,4 % barn, 17,6% vuxna Målgrupp: 64,1 % med intellektuell funktionsnedsättning, individer med</p>	<p>Demonstrera empiriskt stöd för differentiell förstärkning av alternativa beteenden (DRA) som innebär att beteenden som kan fylla samma funktion som ett definierat problembeteende lärs in och förstärks, medan ett pro-</p>	<p>DRA är en effektiv metod när det gäller minskning av problembeteende hos individer med intellektuella funktionsnedsättningar.</p> <p>DRA fungerar lika bra på små beteendevikelser som stora livshotande beteende-</p>

	<p>AST analyserat separat Beteende: Aggression, SIB, skadegörelse Task Force granskat</p>	<p>blembeteende släcks ut genom att det inte ges förstärkning.</p>	<p>problem. I 85 % av studier gjordes en funktionell analys innan insatsen sattes igång. 70 % av studier hade Funktionell kommunikationsträning som alternativt beteende DRA + utsläckning= bra evidens "väletablerad metod enligt Task Force" gällande både barn och vuxna för destruktiva beteenden och matvägran DRA utan utsläckning= väletablerad metod för destruktiva beteenden.</p>
<p>34. Scotti, J.R., Evans, I.M., Meyer, L.H., &amp; Walker, P. (1991). A Meta-Analysis of Intervention Research with Problem Behaviour: Treatment Validity and Standards of Practice. <i>American Journal on Mental Retardation</i> 96 (3), 233-256.</p>	<p>Systematisk litteraturstudie med meta-analys av 318 studier, N= 403 Litteratursökning: åren 1976-1987 (publicerad 1991 och ingår därför i föreliggande sammanställning). Vid urvalet sökte man systematiskt igenom utvalda tidskrifter. Målgrupp: Personer med intellektuella funktionsnedsättningar.</p>	<p>Utvärdera omfattande systematiska standarder för praxis och studera behandlingsresultat i studier som handlar om behandling av olika problemskapande beteenden hos personer med intellektuella funktionsnedsättningar.</p>	<p>Man fann bara marginellt stöd för att mer intrusiva interventioner skulle vara effektivare. Positiva approacher kan vara lika potenta. I övrigt efterfrågas bättre kvalitet på studier med interventioner valda efter beteendeanalys, rapportering av deltagarkaraktäristika, uppföljning, mm.</p>
<p>35. Shogren, K.A., Fagella-Luby, M.N., Jik Bae, S., &amp; Wehmeyer, M.L. (2004). The Effect of Choice-Making as an Intervention for Problem Behaviour. A Meta-Analysis. <i>Journal of Positive Behaviour Interventions</i>, 6 (4), 228-237.</p>	<p>Metaanalys med 13 ingående studier som omfattade totalt 30 individer.</p>	<p>Har interventioner rörande valmöjlighet någon behandlingseffekt på problemskapande beteende för personer med intellektuell funktionsnedsättning?</p>	<p>Interventioner som syftar till att ge individer med intellektuell funktionsnedsättning valmöjligheter är fördelaktiga., särskilt vad gäller livskvalité och problemskapande beteende. Statistiskt signifikant gällande pojkar och män. Faktorer som diagnos, föregående funktionella analys och typ av problembeteende hade ingen påverkan på behandlingseffekten.</p>
<p>36. Turner, W., Macdonald, G., &amp; Dennis, J.A. (2007). Behavioural and cognitive behavioural training interventions for assisting foster carers in the management of difficult behaviour. <i>Cochrane Database of Systematic Reviews</i>, Issue 1. Art. No.: CD003760. DOI: 10.1002/14651858.CD003760.pub3.</p>	<p>Systematisk litteraturoversikt. Cochrane. Sex studier med sammanlagt 463 fosterföräldrar inkluderades. Studien undersöker barn i allmänhet: <u>ej</u> specifikt barn med intellektuell funktionsnedsättning. Studier som jämförde KBT-interventioner med ingen träning eller väntelista inkluderades. Deltagarna var fosterföräldrar till barn upp till 18 år. Utbildningen/träningen skedde</p>	<p>För att bedöma effekten av KBT interventioner för att förbättra a) familjehemsplacerade barns beteende och relationsproblem, b) fosterföräldrarnas psykiska välbefinnande c) fosterfamiljens fungerande, d) främja myndigheternas resultat.</p>	<p>Det finns för närvarande få bevis om effekten av beteendemässiga eller kognitiv beteendeterapi utbildning och intervention för fosterföräldrar. Att utbilda fosterföräldrar var tänkt att förbättra vård attityder och färdigheter, hjälpa fosterföräldrarna att mer effektivt hantera fosterbarnens beteende och minska omsättningen av föräldrar. Även om utbildningsprogrammen ökat, har det varit minimal utvärdering och forskning för att avgöra om de är effektiva. Denna</p>

	antingen i grupp eller enskilt. De inkluderade studierna var från USA eller GBR.		översyn försökte fastställa effektiviteten av KBT-utbildning. Denna review fann inget stöd för att utbildning av fosterföräldrar i KBT har signifikant effekt på barnens psykologiska, beteendemässiga eller interpersonella fungerande. Utifrån detta vet man dock inte om fosterföräldrarna tillämpat den utbildning de fått eller inte. Det går därmed inte att säga något om effekt av KBT i sig, bara att dessa utbildningar inte visat på resultat.
37. Wehmeyer, M.L. (1995). Intra-individual factors influencing efficacy of interventions for stereotyped behaviours: a meta-analysis. <i>Journal of Intellectual Disability Research</i> , 39 (3), 205-214.	Metaanalys, av 33 ingående studier om behandling av stereotypa beteenden publicerade i 23 olika journaler över en 20 års period.	Frågeställning om individuella faktorer påverkar effekt vid behandling av stereotypa beteenden hos personer med intellektuell funktionsnedsättning. Med individuella faktorer avses ålder, kön, utvecklingsnivå och beteendets topografi.	I resultatet framgår allmänt att stereotypa beteenden hos personer med intellektuell funktionsnedsättning är behandlingsbara. Behandlingsmetodik är inom området för beteendelinäring. Behandlingsframgång mäts i förhållande till baslinje. 47.1 % av stereotypa beteenden är behandlingsbara. Angående individuella faktorer presenteras att utagerande beteende är mera svårbehandlat än introverta beteenden.

