



## BBC 104: KAN VI IKKE BARE SLUTTE MED DET VI SIER AT VI VIL SLUTTE MED?

Folk har alltid hatt uvaner, alt fra småting til handlinger som er skadelige for seg selv og andre, og som er for alvorlige til bare å kalles uvaner, eller «ugjerder», som det heter på indre Østlandet. Samfunnet endrer seg. Nye ting som vi ikke bør drive med, har oppstått som følge av nye normer, levesett og teknologier. Nye typer gambling, og spilleavhengighet, har kommet til. Vi har fått flere rusmidler. Folk er mer bekymret for kropp og utseende. Tilgang på mat, og fedme, har økt. Flere er sinte, og flere er seksuelt utsvevende. Flere sitter mye i ro. Flere er hjemme, og får ytelser. Jeg tenker på problemer hos intellektuelt normalt fungerende mennesker. Mange av problemene inngår i diagnoser i ICD–10 (ICD–11 om noen år).

Noen misliker ikke så mye å oppføre seg slik. Atferden er altså relativt lite i konflikt med deres mål og verdier. De ønsker ikke endring så sterkt, og må eventuelt *sendes* til behandling. Men mange misliker å oppføre seg slik, misliker konsekvensene av det, og har verdier og mål som er lite forenlige med atferden. De ønsker endring, og oppsøker behandling hvis de ikke klarer å ordne opp selv. Stadig flere går til lege, psykolog, helsesøster, sykepleier, sosionom og andre behandlere – tilbudet av behandlere har økt sterkt. Generelt er det selvfølgelig en sammenheng mellom oppvekst, moralutvikling og generelle ressurser på den ene siden, og mål og verdier på den andre. Også genetikk spiller selvfølgelig inn.



I alle fall i noen situasjoner er det *bare å stoppe*, og de fleste av oss klarer det faktisk, det vil si at vi *gjør* det. Boten for ikke å stoppe er flere tusen kroner. Kanskje det også skulle ha vært bøter for ikke å stoppe en del annen atferd? (Det hadde kanskje blitt *litt* mye politistat...)

Innenfor atferdsanalyse har større og mindre uvaner vært kalt «excessive behaviors». Også på norsk snakker vi om eksesser, det vil si overdrivelser, men i norske atferdsanalytiske kretser har det ofte hett «overskuddsatferd». Noen slike atferder er positivt forsterket, noen er negativt forsterket, og noen er begge deler. Hva som opprettholder atferd, har ingenting å si for om den er en eksess. På de årlige ABAI-konferansene har jeg vært på mange forelesninger som har handlet om dette generelle temaet. Et gjennomgående poeng har vært at hvis målet er

å slutte med noe, eller å dempe det til et akseptabelt nivå, må behandlingen nødvendigvis ha vesentlige fellestrekk fra atferd til atferd. Å slutte er i prinsippet å slutte, enten det er å klø seg i åpne sår, bruke rusmidler eller hva som helst.



Norsk Tidsskrift for Atferdsanalyse, årgang 34 (2007), nr 3, 145–159

## Kor nødvendig er det å erstatta problematferd med alternativ eller annan atferd?

Børge Holden

Habiliteringstjenesten i Hedmark

### Resymé

Val av strategiar i behandling av problematferd er bestemt av kva som er effektivt, men òg av kva som er populært og vert rekna som etisk og juridisk forsvarleg. I mange år har hovudstrategien i atferdsanalytisk behandling av problematferd gått ut på å prøva å erstatta problematferd med annan atferd. Dette kan vera atferd som er direkte alternativ til problematferden, altså atferd som har same funksjon som problematferden, eller annan atferd meir generelt, altså atferd som ikkje treng å ha same funksjon som problematferden. Eit vesentleg spørsmål er kor sterk posisjon strategien bør ha. Artikkelen drøftar sterke og svake sider ved behandling der ein prøver å erstatta problematferd. Samtidig som tilnærminga er både effektiv, nødvendig og etisk i mange situasjonar, kan tilnærminga òg vera ineffektiv og unødvendig, og dermed mindre etisk. Eit avgjerande spørsmål ved val av strategi er kva atferd personen spontant viser i staden, når problematferd vert redusert.

Stikkord: Alternativ atferd; Annen atferd; Erstatning; DRA; DRO; Ekstinksjon; Straff

Tittel og resymé på en artikkel jeg har skrevet om å erstatte atferd med annen atferd, som denne BBC-en delvis handler om.

Særlig et par faktorer påvirker imidlertid hvor omfattende og vanskelig behandlingen blir. En faktor er hvor sterk motivasjonen og forsterkningen for atferden er. Noen atferder er lettere enn andre å slutte med slik sett. Men det betyr også at avgrensede atferder, for eksempel overspising eller røyking, kan være like vanskelige å slutte med som mer dominerende atferder, for eksempel avhengighet av rus, pengespill og dataspill. En annen faktor er hvor lett det er å erstatte atferden. Sluttes vi med noe, må vi nødvendigvis gjøre noe annet i stedet – det er vanskelig å gjøre ingenting. Sitter vi mindre «på ræva», må vi være mer oppreist, eller bevege oss mer (hvis vi ikke legger oss). Dess mer dominerende atferden er, ikke minst tidsmessig, dess mer atferd må naturligvis erstattes. Spørsmålet er om erstatning skjer spontant, eller om personen trenger hjelp til å finne på noe mer fornuftig, og til å gjøre det fornuftige. Når det gjelder avgrenset atferd, er «erstatningsjobben» relativt enkel – det skal ikke mye til å erstatte atferd som samlet sett tar svært liten tid. Den korte tiden får man, om så var, glane ut i luften. Det er selvfølgelig verre å erstatte dominerende atferd. Men mange som

skal slutte, også med dominerende atferd, har ressurser i fleng, og har ingen problemer med å erstatte atferden. Andre har mindre evne til å erstatte atferd, og trenger mer hjelp. Men vansker, inkludert uheldig genetikk, er til for å overvinnes, for å være litt offensiv.

Ellers ynder noen å si at «Vi skal ikke slutte med noe, men begynne med noe». Det skal vel lyde mer behagelig og «positivt», men er snikksnakk. Vi må slutte med noe for å begynne med noe annet, ellers er det ofte vanskelig. Å slutte med noe, og å begynne med noe annet, er altså to sider av samme sak. Fra en oppfordring om å begynne med noe kan vi selvfølgelig også slutte, eller «derivere», en oppfordring om å slutte med noe. Men de som ønsker det, må for all del få snakke kun om å begynne med noe.

Jeg har ikke sett noen tall for det, men mye atferdsendring skjer i privat regi. Hvis jeg skal gjette, skjer det oftere privat enn som følge av behandling. Folk slutter å røyke i hopetall, uten annen hjelp enn røykeloven, prispolitikk, ønske om bedre helse og en kald skulder fra omgivelsene. Noe av det samme gjelder rus, spilling, overspising og stillesitting. Mange «tar skjeen i en annen hånd», og endrer livsstil. Noen som «sliter» med å få til endringer selv, mobiliserer nettverket for å støtte seg, eller inngår veddemål. I den grad folk endrer seg som følge av behandling, er det like gjerne som følge av enkel behandling, for eksempel en «formaning» fra fastlege, som av samtalebehandling eller innleggelse. Atferdsavtaler kan være et hjelpemiddel, særlig for folk som har et apparat rundt seg, og kan sikkert brukes mer. I USA brukes det mye for å få folk til å slutte med rus. Dokumentasjonen for effekt er faktisk god, men kanskje nordmenn er for «avanserte» for slik behandling, og forventer noe mer? En spesiell variant av atferdsavtaler er nettstedet [stick.com](http://stick.com) (se BBC 32). Der går det an å legge inn det som i praksis er atferdsavtaler, som ikke minst går ut på å lage sine egne bøter for ikke å holde avtalen. Ikke mye snakk om å «begynne med noe annet» der! Nettstedets motto er for øvrig «Stick to your commitments».

All atferd skjer i en sammenheng der det er mulig å gjøre noe annet. Det er kjernen i såkalt matchingteori, som er en atferdsanalytisk måte å studere valg på. Delvis med unntak av svaktfungerende personer som knapt har alternativer, kan all atferd til sjuende og sist forstås som valg. Den som virkelig ikke vil gjøre noe, kan la være, i alle fall delvis, og gjøre noe annet i stedet. Tics er kalt «frivillige, men uimotståelige», og det kan nok gjelde mange atferder som vi snakker om her, mer eller mindre. Verdier og mål påvirker om vi går inn for noe. Dess mer vi prøver, dess mer lykkes vi. Den ressurssterke klarer seg ofte selv, her som ellers. Noen går knapt inn for å slutte. Da kan vi spørre om hvor mye det betyr for personen, og hvilken bakgrunn personen har for at det skal bety noe. Noen gir inntrykk av større vilje, og evne, til å slutte enn det som er reelt. Behandlere kan gå for langt i å tro at alle har «riktige» verdier og mål, og i å forutsette at personen virkelig vil slutte – det er ikke kjekt å si at «Jeg tror ikke på deg». Den som har prøvd halvhjertet, og mislyktes, kan komme med fraser som «Jeg prøvde, men klarte det ikke» eller «Det gikk ikke nå heller». Det går selvfølgelig også an å kombinere tilsynelatende vilje med mer eller mindre skjult begrunnelse (reason giving), det vil si at personen har «grunner» for å måtte gjøre det som personen angivelig vil slutte med. Noen behandlere biter på, og «forstår» hvorfor det er så vanskelig selv om personen «egentlig» vil. Da kan behandler og pasient havne i et villniss som de kanskje ikke kommer ut av, og fokuset på målet om å slutte svekkes. Å slutte med noe er selvfølgelig vanskeligere dess mer omfattende atferden er, og dess mer som skal erstattes, men også da går det an å slutte for den som virkelig vil. De fleste har ressurser til det. Noen som må hjelpes med erstatning, har så store og generelle problemer at de trenger hjelp til å fylle livet med noe meningsfullt, enten de skal slutte med noe spesielt eller ikke. Folk skal hjelpes ut av traurige kår, men uansett kan de slutte, i alle fall delvis. Elendighet må ikke bli en unnskyldning for ikke å gjøre noen ting. Da skal det stå *veldig* elendig til. Så lenge det er atferd, er det håp, som det heter blant oss atferdsanalytikere.

Innenfor ACT er man opptatt av at tilsynelatende vilje kan være mer ord enn handling, og tar høyde for det i kasusformulering, det vil si i vurderinger før eventuell behandling. Det spørres ikke bare om verdier og mål, men også om *erfaringer med å nå mål*. Det hjelper lite å «spille behandlingsmotivert», eller å snakke i fraser. Slik kasusformulering siler nok ut noen som «egentlig» vil, men som ikke får det til. Ikke alle som driver med behandling, går pasienten så mye inn på klingen, men jatter mer med. Selv er jeg så «kynisk», eller rettere sagt realistisk, at jeg mer en gang har sagt rett ut at personens manglende «meritter» har gjort meg skeptisk til gjennomføringsevnen og -viljen. Når folk gjentatte ganger sier at de skal «skjerpe seg», spør jeg gjerne om hvorfor de ikke har gjort det før, og sier at de har hatt sine sjanser, i alle fall for en stund. Amerikanerne sier at «If you want something done, ask a busy person». Hvis vi vil, ser vi hvem som gjør noe og ikke. Noen ganger må nok både behandler og pasient innse at atferden vil vedvare.

– Gjelsvik glemmer at vi alle er individer med en unik historie. Rusmisbruk er en sykdom. Jeg jobbet ti år i oljebransjen, men måtte søke til parken når myndighetene ikke kunne hjelpe meg med mine angstproblemer. Dette er ikke noe jeg gjør av fri vilje. Folk ruser seg ikke for å ha det gøy, for å si det sånn, sier han. Hvor mener du at vi skal gjøre av narkomane, Gjelsvik?

– Det viktigste er å få dem ut av Parken. Denne nydelige parken burde vært for allmennheten der blant annet barnefamilier kan hygge seg. Hva som skjer med dem etter dette, driter jeg i. For meg kan de finne seg hvert sitt hull. De har selv satt seg i den situasjonen de er i, sier Gjelsvik.

Utsagnene gjør ikke forfatteren særlig populær i Nygårdsparken. Idet vi er i ferd med å forlate Parken, blir det noen konfrontasjoner.

– Ditt usle krek, skriker en mann opp i fjeset til skribenten.

– Ha deg vekk, gå og forsett med å drepe deg selv, repliserer Gjelsvik.

Mishagsytringene hagler, uten at det virker som det bekymrer frittalende Gjelsvik nevneverdig.

– Noe annet hadde jeg ikke forventet for den kanten, forklarer han.

For noen år siden klaget narkomane i Nygårdsparken i Bergen på at det var fælt å være narkoman. Forfatteren Erling Gjelsvik spurte hvorfor de da ikke sluttet. Da han møtte noen av dem, oppsto den ordvekslingen som er gjengitt ovenfor. Ikke alle jatter med, heldigvis. Ellers kan det høres litt rart ut å «måtte søke til parken». De narkomane kunne tydeligvis formulere seg, eller begrunne sin atferd.

Den amerikanske komikeren Bob Newhart (1929–), alias «Dr. Switzer», tillater seg å harselere med hvorfor folk ikke bare slutter med alt mulig rart som de søker behandling for å slutte med. Følgende samtale mellom «terapeut og pasient» er ordrett hentet fra et klipp som er lett å finne på nettet:

KATHERINE: Dr. Switzer?

DR. SWITZER: Yes, come in. I'm just washing my hands.

KATHERINE: I'm Katherine Bigmans. Janet Carlisle referred me.

DR. SWITZER: Oh, yes. You dream about being buried alive in a box.

KATHERINE: Yes, that's me. Should I lay down?

DR. SWITZER: No, we don't do that anymore. Just have a seat and let me tell you a bit about our billing. I charge five dollars for the first five minutes, and then absolutely nothing after that. How does that sound?

KATHERINE: That sounds great. Too good to be true as a matter of fact.

DR. SWITZER: Well, I can almost guarantee you that our session won't last the full five minutes. Now, we don't do any insurance billing, so you would either have to pay in cash or by check.

KATHERINE: Wow. Okay.

DR. SWITZER: And I don't make change.

KATHERINE: All right.

DR. SWITZER: Go.

KATHERINE: Go?

DR. SWITZER: Tell me about the problem that you wish to address.

KATHERINE: Oh, okay. Well, I have this fear of being buried alive in a box. I just start thinking about being buried alive and I begin to panic.

DR. SWITZER: Has anyone ever tried to bury you alive in a box?

KATHERINE: No. No, but truly thinking about it does make my life horrible. I mean, I can't go through tunnels or be in an elevator or in a house, anything boxy.

DR. SWITZER: So, what you are saying is you are claustrophobic?

KATHERINE: Yes, yes, that's it.

DR. SWITZER: All right. Well, let's go, Katherine. I'm going to say two words to you right now. I want you to listen to them very, very carefully. Then I want you to take them out of the office with you and incorporate them into your life.

KATHERINE: Shall I write them down?

DR. SWITZER: No. If it makes you comfortable. It's just two words. We find most people can remember them.

KATHERINE: Okay.

DR. SWITZER: You ready?

KATHERINE: Yes.

DR. SWITZER: Okay. Here they are. Stop it!

KATHERINE: I'm sorry?

DR. SWITZER: Stop it!

KATHERINE: Stop it?

DR. SWITZER: Yes. S-T-O-P, new word, I-T.

KATHERINE: So, what are you saying?

DR. SWITZER: You know, it's funny, I say two simple words and I cannot tell you the amount of people who say exactly the same thing you are saying. I mean, you know, this is not Yiddish, Katherine. This is English. Stop it.

KATHERINE: So I should just stop it?

DR. SWITZER: There you go. I mean, you don't want to go through life being scared of being buried alive in a box, do you? I mean, that sounds frightening.

KATHERINE: It is.

DR. SWITZER: Then stop it.

KATHERINE: I can't. I mean it's —

DR. SWITZER: No, no, no. We don't go there. Just stop it.

KATHERINE: So, I should just stop being afraid of being buried alive in a box?

DR. SWITZER: You got it. Good girl. Well, it's only been three minutes, so that will be three dollars.

KATHERINE: Actually, I only have five so —

DR. SWITZER: Well, I don't make change.

KATHERINE: Then I guess I'll take the full five minutes.

DR. SWITZER: Fine. All right. What other problems would you like to address?

KATHERINE: I'm bulimic. I stick my fingers down my throat.

DR. SWITZER: Stop it! Are you a nut of some kind? Don't do that.

KATHERINE: But I'm compelled to. My mom used to call —

DR. SWITZER: No, no. We don't go there.

KATHERINE: But I —

DR. SWITZER: No, we don't go there either.

KATHERINE: But my horoscope did say —

DR. SWITZER: We definitely don't go there. Just stop it. What else?

KATHERINE: Well, I have self-destructive relationships with men.

DR. SWITZER: Stop it! You want to be with a man, don't you?

KATHERINE: Mm-hmm. Mm-hmm, yes.

DR. SWITZER: Well, then, stop it. Don't be such a big baby.

KATHERINE: I wash my hands a lot.

DR. SWITZER: That's all right.

KATHERINE: It is?

DR. SWITZER: I wash my hands all the time. There's a lot of germs out there. Don't worry about that one.

KATHERINE: I'm afraid to drive.

DR. SWITZER: Well stop it. How are you going to get around? Get in the car and drive you, you kook. Stop it.

KATHERINE: You stop it. You stop it.

DR. SWITZER: What's the problem, Katherine?

KATHERINE: I don't like this. I don't like this therapy at all. You are just telling me to stop it.

DR. SWITZER: And you don't like that?

KATHERINE: No, I don't.

DR. SWITZER: So you think we are moving too fast, is that it?

KATHERINE: Yes. Yes, I do.

DR. SWITZER: All right. Then let me give you ten words that I think will clear everything up for you. You want to get a pad and a pencil for this one?

KATHERINE: All right.

DR. SWITZER: Are you ready?

KATHERINE: Mm-hmm.

DR. SWITZER: All right. Here are the ten words: Stop it or I'll bury you alive in a box!

Newhart setter det selvfølgelig på spissen, men med fare for å støte de som «sliter med å slutte» med noe, mener jeg at han har et poeng. Det enkleste er ofte det beste, pleier vi å si.

Lokallaget har altså heldagsseminar om utfordrende atferd 22. mars, på Oppstad samfunnshus litt nord for Skarnes. Program er ute, og det er bare å melde seg på. Det blir nok framlegg om å slutte med noe! Gå ikke glipp av denne glimrende anledningen til å få faglig påfyll for en rimelig penge.

14. februar 2019

Børge Holden



Det kommer seg på den lune Grytsetra, der det blir mer og mer senvinterstemning for hver dag som går. Vi kan så smått begynne å drømme om rauting og lokking, og smør og rømme, atter en gang.