

Kognitiv atferdsterapi med barn og unge

Familiens rolle ved behandling av tvangslidelse



Bente Storm Mowatt Haugland
bente.haugland@uni.no

Kitty Dahl
kitty.dahl@r-bup.no

Björg Grova

Familiearbeidet er avgjørende når man behandler barn, også ved med tvangslidelser, sier John Piacentini. Forskergruppen hans ved UCLA har utviklet en intensiv familiebehandling. Målet er å hjelpe foreldrene til å ta mindre del i barnets symptomer.



ILLUSTRASJON: YAY MICRO/ARNE OLAV L. HAGEBERG

Det er september, og John Piacentini er i Norge for å holde kurs på Ullevål Sykehus om behandling av Tourettes syndrom. Piacentini er en foregangsperson innen kognitiv atferdsterapi for barn og unge, så vi benytter anledningen til å intervjuer ham som et bidrag til dette temanummeret. Gruppen hans ved University of California, Los Angeles (UCLA) er spesielt opptatt av hvordan en best inkluderer familier i kognitiv atferdsterapeutisk arbeid med barn.

Involverte familier

– Familiearbeidet er avgjørende ved behandling av barn med alle typer diagnoser, sier Piacentini.



Når foreldrene er mye involvert i barnas symptomer, utvikler det seg ofte en maktkamp mellom foreldre og barn hvor de slåss om kontroll, også over familien

– Vår familiebaserte kognitiv-atferdsterapeutiske tilnærming er imidlertid hovedsakelig utviklet for barn og unge med tvangslidelse. Familiene er nesten alltid involvert i barnas symptomer, tvangstanker og ritualer, forteller Piacentini.

Familiemedlemmer deltar enten aktivt i barnas ritualer, eller indirekte ved å gi bekreftelser som et forsøk på å dempe barnets angst. Dette bidrar imidlertid til å opprettholde symptomene. Tvangslidelse hos barn vil som regel forstyrre familierutiner, og kan ha svært negativ innflytelse på dynamikken og relasjonene i familien.

– Å prøve å behandle barnet uten å forholde seg til dette, er svært vanskelig og vil sannsynligvis ikke gi samme positive utfall som når familien inkluderes i behandlingen, sier professoren.

Ulike tilnærminger

Det er flere måter å tilnærme seg slike familier på. Noen behandlere involverer foreldre direkte i behandlingen ved at de deltar aktivt som terapeutens hjelpere. Piacentini foretrekker derimot en modell hvor man isteden prøver til å få til en viss grad av avstand mellom foreldre og barn.

– Familier med tvangslidelse har en tendens til å utvikle mye konflikt og sinne. I vårt program jobber vi med foreldrene for å hjelpe dem å utvikle mer positive måter å nærme seg barnets problemer. Tilsvarende lærer vi barna å håndtere sine symptomer uten at de involverer andre familiemedlemmer i tvangshandlinger, forklarer han.

– Vår tilnærming er bygget på erfaringer med familier som har vært preget av konflikt og sinne. Når foreldrene er mye involvert i barnas symptomer, utvikler det seg ofte en maktkamp mellom foreldre og barn hvor de slåss om kontroll, også over familien. Maktkampene, konfliktene og de negative følelsene mellom barn og foreldre overskygger behandlingen. I disse situasjoner har vi funnet at det er bedre å skape en viss avstand mellom foreldre og barn. Dersom foreldre skal fungere som medterapeuter i behandlingen og foreldre–barn-relasjonen er preget av negative følelser, vil dette ha en uheldig innvirkning på barnets innstilling til behandlingen.

Piacentini påpeker at de også arbeider med mange familier som de anser som sunne, med positive foreldre–barn-relasjoner, og hvor foreldrene kan være viktige ressurspersoner i behandlingen.

Må slutte å hjelpe

– Hvilke forskjeller ser du ved behandling av familier med sunnere relasjoner kontra de mer dysfunksjonelle?

– Fordi familien i så stor grad involveres i barnas tvangslidelse-symptomer, må en alltid til en viss grad involvere familien i behandlingen. Om behandlingen skal lykkes, må foreldrene slutte å hjelpe barna med ritualene. For noen foreldre er dette vanskelig. Vår erfaring er at de foreldrene som strever mest med dette, er de som selv er engstelige eller hvor det er mye negative følelser mellom familiemedlemmene. Disse familiene kan ha en tendens til å anklage eller straffe barna for deres symptomer, noe som bidrar til å øke barnas angstnivå og gjøre tvangslidelsesymptomene verre. Inkonsistens eller straff vil hindre barna i å få utbytte av behandlingen, understreker Piacentini.

For familier med høyt konfliktnivå og høy deltagelse i ritualene har de utviklet en mer intensiv familiebehandling hvor målsettingen er å gjøre det lettere for foreldrene å være mindre delaktige i symptomene. Det første målet i denne familiebehandlingen er å skape en sunnere relasjon mellom foreldre og barn, blant annet gjennom å lære foreldrene som selv er engstelige, å håndtere sin egen angst og sine emosjonelle reaksjoner før de kan hjelpe barna.



God hjelp ved moderate lidelser

Barn fra familier med høy dysfunksjon relatert til tvangslidelse har vist seg å ha de dårligste behandlingsresultatene, forteller Piacentini. Barn fra moderate eller godt fungerende familier gjør det svært bra ved kognitiv atferdsterapeutisk behandling av tvangslidelse.

– De dårlige behandlingsresultatene for barn fra dysfunksjonelle familier fikk oss til å utvikle en mer intensiv familiebehandling. Foreløpige data tyder på at denne intensive familiebehandlingen fungerer svært bra, hevder professoren.

– *Hvilke komponenter inngår i den intensive familiebehandlingen?*

– Målet er å redusere i hvor stor grad familien legger til rette for og hjelper barnet med å utføre tvangshandlingene. Vi ønsker at familien skal være involvert i barnets responsprevensjon, og prøver å få familien til å eksternalisere tvangslidelse og rette de negative følelsene mot lidelsen og ikke mot barnet.

Piacentini forteller også om en rekke teknikker som de bruker for å styrke positive følelsesmessige reaksjoner og redusere negative følelser mellom familiemedlemmer.

– Vi oppmuntrer også familiemedlemmene til å være modeller for adekvat atferd, det vil si å vise modig atferd og atferd som ikke er forenelig med tvangslidelse.

Aktiv reformulering

– Vi jobber mye med å identifisere familieholdninger, attribusjoner og forestillinger om barnet og barnets problemer, som vi tror bidrar til tvangslidelse-problematikken, sier Piacentini, og forteller at foreldrene ofte uttrykker negative tanker om barnet og tror at tvangssymptomene er viljestyrt.

– Vi benytter reformuleringsteknikker hvor vi som et ledd i psykoedukasjonen setter nye begreper på problemene. Vi gjør det tydelig at dette ikke handler om å være en dårlig forelder eller et dårlig barn, men et problem mellom familien og en ytre hendelse eller lidelse. Dette kan bidra til å redusere barnets angst og de negative følelsene i familien.

I behandlingen inngår også kognitive atferdsteknikker for å identifisere feilslutninger og negative forestillinger hos familiemedlemmer, for så å jobbe med dem for å finne sunnere og mer positive måter å tenke i ulike situasjoner. Også affektregulering er viktig, ved at foreldrene legger merke til sine egne følelsesreaksjoner og bruker strategier til å håndtere følelsene mer hensiktsmessig.

Programmet består av 12 timer individuell behandling av barnet med bruk av eksponering og responsprevensjon. Den intensive familiebehandlingen omfatter 6 timer spredt utover de ukene barnets eksponeringsterapi foregår.

Foreldre med tvangslidelse

– *Hvordan hjelper dere familier hvor foreldrene har egne tvangslidelse-symptomer?*

– Det er ganske vanlig at foreldrene selv har et visst nivå av tvangslidelse. I de tilfellene hvor foreldrene har relativt alvorlige symptomer, vil vi oppmuntre dem til selv å søke behandling og hjelpe dem med henvisning. Foreldre med begrensede symptomer kan dra nytte av psykoedukasjon som inngår tidlig i barnets behandling. Der forklarer vi rasjonalet for behandlingen og hvordan familien



best kan støtte barnet. Når vi går gjennom eksponeringsøvelser med barnet, foreslår vi at foreldrene prøver ut noen av disse teknikkene selv. Vi kartlegger hvordan foreldrenes egne tvangslidelse-symptomer hindrer dem i å hjelpe barna. Hvis foreldrene blir engstelige i visse situasjoner grunnet egen tvangslidelse, ber vi dem trekke seg tilbake og roe seg før de prøver å hjelpe barna med deres eksponeringsøvelser.

Utfordringen kan være enda større dersom foreldrene har andre alvorlige problemer, som for eksempel alkoholmisbruk eller personlighetsforstyrrelser. Dette gjør det svært vanskelig å gi effektiv behandling til barna.

– Det hender at vi anbefaler foreldrene å søke egen behandling. Vi er ikke i posisjon til selv å gi behandling til disse foreldrene. Problemet er at foreldre med stor grad av patologi sjelden følger opp våre anbefalinger eller er i stand til å fullføre behandlingen. Vi må derfor ofte fokusere vår innsats på den friskeste av foreldrene og lære familien strategier for bedre mestring av familiedynamikken, forklarer Piacentini.

Noen ganger blir også eldre tenåringer opplært i strategier for å mestre foreldrene og den vanskelige familiesituasjonen.

Aldersforskjeller og kjønnsforskjeller

– *Hvilke forskjeller er det i å jobbe med familier med yngre barn kontra familier med tenåringer?*

– Yngre barn trenger mer foreldreinvolvering. Foreldre til barn under 8–9 år må hjelpe barna til å følge behandlingsopplegget, blant annet ved å se til at barna gjør øvelsene hjemme som de lærer i terapien. Det er imidlertid viktig at dette gjøres på måter som ivaretar en positiv foreldre–barn-relasjon. Hvis foreldrene blir sinte når barna ikke gjør eksponeringsøvelsene, kan barna miste motivasjon for behandling. En bør derfor heller ikke gi de yngste barnas foreldre for mye ansvar i behandlingen. Foreldre til eldre barn har vanligvis en mindre sentral rolle i behandlingen.

– *Ser dere forskjeller på mødrenes og fedrenes roller?*

– Det mest typiske mønster er at mødrene er mer involvert i barnas symptomer enn fedrene. Fedrene har en tendens til ikke å legge merke til tvangslidelse-symptomene i like stor grad som mødrene. Det virker som om mødrene bærer mye av belastningene ved barnas lidelse. Dette kan skyldes at mødrene ofte har større omsorgsansvar. Ofte ser vi at det er uenighet mellom foreldrene i synet på alvorligheten av barnets problemer. Dette kan også komme av at barnet oppfører seg forskjellig når det er med mor enn med far.

Som regel er det kun mødrene som kommer til familiebehandlingstimene. Piacentini forteller at det er nødt til å sette det som et krav og arbeide veldig hardt for å få begge foreldrene til å komme. I den intensive familiebehandlingen er dette avgjørende, noe som har resultert i at cirka 90 prosent av familiene som får denne behandlingen, møter opp med begge foreldrene.

Identifisering av hindringer

Professoren understreker betydningen av at behandlere identifiserer barrierer i familien som hindrer varige endringer. Disse kan skyldes feiloppfatninger hos både barn og foreldre, for eksempel om hvem som er skyld i problemet.

– Vi prøver å forstå hvor disse holdningene og oppfatningene stammer fra, om de bunner i foreldrenes psykopatologi, eller om deres egen angst kan ha opphav i egen oppvekst eller kultur. Engstelige foreldre blir ofte overkontrollerende. Vi forhandler også med foreldre og barn om atferdskontrakter. Når vi forhandler med begge parter, øker sjansen for å lykkes, for da vil de dele oppfatninger av hvilken atferd som må endres for å få til de varige endringene.

- Fortsetter dere behandlingen til dere ser endringer i atferd?
- Alt må «oversettes» til atferdsnivået. Det er ikke nok med endring i holdninger, kognisjoner og følelser, det må omsettes i ny atferd. Det er som i angstbehandling; man kan endre kognisjoner, men eksponering må til for å bli kvitt angsten.
- *Hvordan vurderer du betydningen av ikke-spesifikke faktorer i kognitiv atferdsterapi med barn og familier?*
- De er meget viktige, særlig i arbeid med barn. For å lykkes i behandlingen er det nødvendig å ta barnets utviklingsnivå i betraktning. I vår opplæringsklinikk jobber vi intenst for å trene medarbeiderne til å snakke med barn på deres nivå og forstå hvordan de resonnerer.



Fleksibilitet

Behandlerne må også lære å være fleksible, understreker Piacentini.

Vi *må* forholde oss til hver familie og deres spesielle behov. Konseptualisering av familiens og barnets problemer er utgangspunktet. Dette gjør det mulig å individualisere og tilpasse behandlingen. Vi bruker manualen som veiledende. Teknikkene må imidlertid tilpasses den enkelte familie. Prinsippene i behandlingen er de samme, men både sekvensen og tempoet kan variere, avslutter Piacentini, som er i ferd med å ferdigstille en artikkel som gir konkrete beskrivelser av hvordan de, i tillegg til den individuelle kognitive atferdsterapien med barnet, gjennomfører den intensive familiebehandlingen. I

JOHN PIACENTINI



- Professor i psykologi ved University of California, Los Angeles (UCLA)
- Har arbeidet med kognitiv atferdsterapeutisk behandling av barn med ulike tilstander, deriblant tvangslidelse, Tourette Syndrom og generelle angstlidelser
- Har deltatt i en rekke forskningsprosjekter innen behandlingsforskning med kognitiv atferdsterapi for barn og unge, og er en fremtredende fagperson innen utviklingen av familiebasert kognitiv atferdsterapi ved tvangslidelse hos barn og unge