

En utviklingssensitiv tilnærming til kognitiv atferdsterapi med barn og ungdom

Bente Storm Mowatt Haugland

En utviklingssensitiv tilnærming til kognitiv atferdsterapi med barn og ungdom

Ved anvendelse av kognitiv atferdsterapi må en ta i betraktning relevant kunnskap om barns utvikling. Det er ikke tilstrekkelig å anvende enkle tilpasninger av modeller og intervensjoner fra voksenfeltet og anta at samme metodikk eller forståelsesmodell også kan benyttes for barn og unge på ulike utviklingsnivåer.

Illustrasjon: Jill Moursund



Både profesjonsutøvere så vel som samfunnet mer generelt kan ha en tendens til å betrakte barn og unge på ulike alderstrinn som mer like enn forskjellige («the developmental uniformity myth», Kendall ref. i Ollendick, Grills & King, 2001). Denne holdningen står i motsetning til sentrale prinsipper i utviklingspsykologi og utviklingspsykopatologi som viser til at samme underliggende patologi uttrykkes forskjellig på ulike utviklingstrinn (heterotypisk kontinuitet), og at kvalitative

endringer finner sted i barns biologiske, kognitive, emosjonelle, atferdsmessige og sosiale fungering i løpet av oppveksten.

Å tilstrebe en utviklingssensitiv tilnærming har betydning for beslutningstaking i alle faser av en behandling

Foreliggende artikkel drøfter hva det innebærer at en behandling er utviklingssensitiv og hvorfor det er særlig viktig at en tar hensyn til barns utviklingsnivå innenfor kognitiv atferdsterapi (KAT). Det gis også forslag til hvordan kognitiv atferdsterapi kan tilpasses barn og unge på ulike utviklingstrinn.

Utviklingssensitiv behandling

Holmbeck, Greenley og Franks (2004) definerer utviklingsnivå som «...a snapshot at one point in time of the accumulation of predictable age-related changes that occur in an individual's biological, cognitive, emotional, and social functioning» (s. 28). I kognitiv atferdsterapi fokuseres det ofte på individets kognitive utvikling, ut fra antagelsen om at endringer i kognisjon avspeiler tilsvarende endringer i de øvrige utviklingsområdene. Dette trenger imidlertid ikke alltid være tilfellet. Barn kan for eksempel modnes kroppslig og intellektuelt uten at de til enhver tid har nådd et tilsvarende utviklingsnivå emosjonelt og/eller sosialt. Biologisk, emosjonell og sosial fungering bør derfor også tas i betraktning, både som bakgrunn for å forstå barnets problemer og ved utforming av behandlingen. I mangel av andre enkle og brukervennlige metoder for å vurdere utviklingsnivå benyttes imidlertid ofte alder som indikator. Da barn på samme aldersnivå kan være dramatisk forskjellige utviklingsmessig, vil dette aldri kunne være mer enn en grov indikator.

Å tilstrebe en utviklingssensitiv tilnærming har betydning for beslutningstaking i alle faser av en behandling: ved oppstart, kartlegging, diagnostikk, samt ved gjennomføring, avslutning og evaluering. Beslutninger om hvorvidt det presenterte problemet skal behandles, bør baseres på hva vi vet om risikofaktorer, og hvorvidt barnets atferd er dysfunksjonell sett i forhold til kunnskap om milepæler og normativ atferd hos barn på dette utviklingstrinnet. Fokus og målsettinger i behandlingen bør likeledes bygge på kunnskap om hva som er atypisk eller adaptivt med hensyn til frekvens og intensitet, sett i lys av barnets utviklingstrinn. Hyppig og nær kontakt med eldre ungdommer regnes for eksempel som en større risiko for avvikende utvikling i tenårene enn moderat nivå av foreldre–barn-konflikter (Weisz & Hawley, 2002). Ved avslutning må en vurdere hvorvidt

barnet er tilbake i normalt utviklingsspor i forhold til sentrale utviklingsoppgaver for hans/hennes alderstrinn (om hun/han for eksempel går på skolen, har venner, deltar i fritidsaktiviteter).

Utviklingssensitivitet – en forutsetning for god KAT?

Kognitiv atferdsterapi innebærer som regel direkte terapeutisk kontakt med barnet. Terapeuten tilstreber å skape en relasjon som er likeverdig og hvor barnet er en aktiv partner som i størst mulig grad deltar i beslutninger omkring valg av behandlingsmål og metoder. Ved hjelp av psykoedukasjon prøver terapeuten å få barnet til å forstå rasjonale bak behandlings-teknikker (for eksempel hvorfor og hvordan drive eksponering med responsprevensjon ved OCD). I KAT inviteres barnet med som aktiv deltaker for å lære å identifisere og utforske egne tanker, følelser og atferd, teste og utfordre egen tenkning og trene på teknikker for selvregulering og problemløsning (se tabell 1). Dette utfordrer barnets evne til å identifisere og reflektere over sammensatte følelser og forestillinger og krever komplekse kognitive prosesser for å generere, vurdere og evaluere ulike løsninger og hypoteser (Ollendick et al., 2001). Ikke uventet reiser det spørsmål om hvordan kognitiv atferdsterapi kan tilpasses barn og unge på ulike utviklingsnivåer, og hvorvidt utviklingsmessige hensyn i tilstrekkelig grad tas i betraktning i KAT teori og praksis.

Tabell 1. Sentrale intervensjoner og teknikker i kognitiv atferdsterapi med barn og unge

Etablering av terapeutisk samarbeidsrelasjon

Valg av mål og delmål

Kasusformulering
Psykoedukasjon

Atferd	Emosjoner	Kognisjon
-Identifisere/monitorere atferd	-Identifisere/monitorere følelser	-Identifisere/monitorere tanker
-Sette mål og delmål	-Affektiv trening/læring	-Identifisere kognitive mangler og feiltolkninger
-Lære ny atferd / nye ferdigheter, problemløsning (vha. rollespill, modellæring, positiv forsterkning, selv-belønning)	-Økt regulering av følelser (f.eks. sinnemestring)	-Utvikling av nye kognitive ferdigheter (f.eks. positive selvinstruksjoner, bruk av mestringstanker)
-Gradvis eksponering/ responsprevensjon -Atferdseksperiment		-Evaluerer og korrigerer av tanker (kognitiv restrukturering)

Tabell 1. Sentrale intervensjoner og teknikker i kognitiv atferdsterapi med barn og unge

Forebygge tilbakefall NOTE: Utformet på bakgrunn av Stallard (2002a, 2002b), Friedberg og McClure (2002) og Spence (1994).

Den kognitive tradisjonen er i stor grad influert av behandlings- og forståelsesmodeller fra voksenfeltet. Disse kan ikke uten videre anvendes ved behandling av barn og ungdom. En rekke fenomener som betraktes som irrasjonell tenkning og prosesseringsfeil hos voksne, vil være normale fenomener hos barn. For eksempel blir egosentrisk tenkning, som regnes som del av tilstandsbildet hos deprimerte voksne, ansett som normal fungering hos førskolebarn. På samme vis ansees «alt eller intet»-tenkning og overgeneralisering å være feiltolkninger hos voksne, men er normale tankemønstre hos 5–7-åringer (Grave & Blissett, 2004).

Det reiser spørsmål om hvordan kognitiv atferdsterapi kan tilpasses barn og unge på ulike utviklingsnivåer, og hvorvidt utviklingsmessige hensyn i tilstrekkelig grad tas i betraktning

Det er også mer overordnede forskjeller i forståelsen av psykopatologi hos barn og voksne. Mens deler av den kognitive tradisjonen på voksenfeltet vektlegger betydningen av individets feiltolkninger («distortions») (Clark, 2005), forstås avvik hos barn og unge som delvis utviklet og/eller opprettholdt av mangel på ferdigheter («deficits») (Spence, 1994). For eksempel finner Spence, Donovan og Brechman-Toussaint (2000) at barn med sosial fobi har dårligere sosiale ferdigheter enn andre barn (mangel). Disse barna har blant annet større vansker med å identifisere andres følelser og å kommunisere egne følelser (Rapee & Spence, 2004). Hvorvidt problemer er knyttet til manglende ferdigheter eller kognitive feiltolkninger, er avgjørende for valg av behandlingsstrategi. Barn som mangler ferdigheter, trenger instruksjon og trening; barn som har feiltolkninger, trenger hjelp til å endre sine tanker og forestillinger. Ikke sjelden finner en imidlertid at barn har både mangler/forsinket utvikling og feiltolkninger. Ved sosial angst kan barnet for eksempel feiltolke andres responser («alle ser på meg, jeg har dummet meg ut, ingen liker meg») og samtidig mangle ferdigheter som for eksempel regulering av sosial distanse, blikkontakt og konversasjonsferdigheter, gjerne delvis som konsekvens av unngåelse av sosiale aktiviteter. Disse barna trenger å trene opp nødvendige ferdigheter før eventuell behandling med eksponering eller atferdseksperiment kan lykkes.

Det er rimelig å reise spørsmål om begrensninger i effekt av KAT sett i lys av barns funksjons- og utviklingsnivå. Barn med store mangler på grunn av forsinket eller forstyrret utvikling, for eksempel Asperger syndrom, har vist seg å kunne nyttiggjøre seg tilpasset versjon av KAT i

behandling av komorbide lidelser (for mer utfyllende drøfting se Bjåstad, 2011). Uansett hvor mye og hvordan en tilrettelegger KAT-teknikker og presentasjonsform, er det imidlertid ikke forventet at en oppnår generalisert behandlingseffekt dersom ferdighetene som skal læres eller teknikkene som anvendes, krever en modenhet som i for stor grad overstiger barnets aktuelle utviklingsnivå.

En metaanalyse av Durlak, Fuhrman og Lampman (1991) inkluderer 64 studier av KAT for barn og unge, med hovedvekt på behandling av eksternaliserende problemer. Resultatene viser klar positiv sammenheng mellom barns alder og effekten av kognitiv basert terapi. Ungdom (> 11 år) viste betydelig bedre utbytte av KAT enn yngre barn. Interessant nok ble det ikke funnet forskjeller mellom førskolebarn (5–7 år) og skolebarn (7–11 år). Resultatene tolkes i retning av at eldre barn, på grunn av økt kognitiv kapasitet, har større utbytte av KAT. Ifølge Grave og Blissett (2004) er effekten av KAT svakere for yngre barn, fordi behandlingen i større grad krever at barna må lære ferdigheter de mangler, mens utfordringen er mindre krevende for ungdom som i større grad må korrigere og endre allerede eksisterende strategier.

Durlak et al.s (1991) metaanalyse er av eldre dato. I ettertid er det utviklet mange nye behandlingsprogrammer tilpasset barn på ulike alderstrinn, og gjennomført en rekke behandlingsstudier. Det er nødvendig med ny, oppdatert gjennomgang av effekten av KAT for barn i ulike aldersgrupper, hvor studier av både eksternaliserende og internaliserende lidelser inkluderes. En rekke behandlingsstudier ekskluderer barn under 6–8 år ut fra at de yngste barna ofte trenger særlig tilrettelagte programmer. Beklageligvis bidrar dette til at vi har liten kunnskap om nytten av KAT for de yngste barna.

Hvordan tilpasse KAT til barn på ulike utviklingsnivå?

En rekke KAT-metoder anvendes uavhengig av barns utviklingsnivå. Dette gjelder for eksempel å lage behandlingsmål, endringsregistrering, kasusformulering, strukturering av behandlingstimer og behandlingsforløp, her-og-nå-fokus, målrettet og tidsavgrenset forløp, involvering av sentrale aktører i barnets liv, bruk av positiv forsterkning, vektlegging av en aktiv, samarbeidende terapeut–klient-relasjon og strategier for å forebygge tilbakefall. Hvor godt disse strategiene virker, og hvordan de anvendes, avhenger imidlertid av barnas utviklingsnivå. For en skjematisk oversikt over sentrale KAT-metoder i arbeid med barn og unge se tabell 1.

En rekke fenomener som betraktes som irrasjonell tenkning og prosesseringsfeil hos voksne, vil være normale fenomener hos barn

I det følgende vil valg av behandlingsfokus og hvem som deltar i behandlingen drøftes i lys av barns utvikling.

Foreldreinvolvering. Den teoretiske KAT-modellen er interaksjonell. Det vil si at både barnets indre og ytre miljø ansees som sentralt behandlingsfokus (Krain & Kendall, 1999). Dette tosidige fokus, på indre kognitive prosesser så vel som på pågående familieinteraksjon, er mer karakteristisk for KAT med barn enn for KAT med voksne (Shirk, 2001). Inkludering av barnets ytre miljø begrunnes ut fra at barnets vansker kan være direkte relatert til, influert av og innvirke på familien og nære relasjoner. Dette nødvendiggjør en analyse av barnets atferd i relasjon til hans/hennes situasjonelle, familiemessige og kulturelle kontekst. Et bredt og systemisk fokus i utforming av kasusformulering, så vel som ved valg av behandlingsfokus og metodikk, ansees som en sentral del av utviklingssensitiv KAT med barn og unge (Friedberg & McClure, 2002; Weisz & Havwley, 2002).

I hvor stor grad og hvordan foreldre, søsken, skolen eller venner involveres i behandlingen, avhenger av hvor problemene utspiller seg, hvem som eier problemet, og hvilke faktorer som bidrar til utvikling og/eller opprettholdelse av problemene. Barmish og Kendall (2005) peker på barnets alder og diagnose, og på tilstedeværelse av psykopatologi hos foreldre, som viktige faktorer ved vurdering av hvor mye foreldre involveres i behandlingen. Erfaringsmessig øker sannsynligheten for at behandlingsmålene oppnås, opprettholdes og generaliseres når foreldre, skole og andre voksne i barnas nettverk involveres i behandlingen. Dette gjelder spesielt for de yngste barna.

Betegnelsene foreldreinvolvering og familiebasert KAT rommer mange varianter av behandlingsopplegg med ulikt innhold, omfang og format (gruppe/individuell). Foreldre kan inviteres med i behandlingen som konsulenter (som formidler informasjon og gir tilbakemeldinger), som ko-terapeuter (som hjelper barnet å anvende ferdigheter fra behandlingen utenfor terapirommet) og/eller som klienter (som trenger hjelp til å mestre egne vansker også for å bli bedre modeller og omsorgspersoner for barnet). Innholdet i foreldreinvolveringen vil variere og kan omfatte ulike elementer som psykoedukasjon, trening i bruk av positiv forsterkning og planlagt ignorering, trening i problemløsnings- og kommunikasjonsferdigheter og/eller restrukturering av egen tenkning. Foreldreinvolvering står sentralt ved behandling av atferdsforstyrrelser hos yngre barn, med opplæring og trening i positiv foreldreatferd og grensesetting (Webster-Stratton & Reid, 2003). Forskningsresultatene er mer tvetydige i forhold til effekt av foreldreinvolvering ved behandling av

barn med angstforstyrrelser (Barmish & Kendall, 2005). Enkeltstående undersøkelser tyder imidlertid på at involvering av foreldre kan øke effekten av KAT ved behandling av angstforstyrrelser hos yngre (7–10 år), men ikke eldre barn (11–14 år) (Barrett, Dadds & Rapee, 1996).

Barn med depressive symptomer har mer av tanker om personlig mislykkethet og tap, mens barn med atferdsvansker har mer av fiendtlige tanker og tanker om hevn

Innhold i familieinvolvering må imidlertid tilpasses barnets utviklingsnivå, ofte i retning av større vekt på balanse mellom foreldres autoritet og barnets behov for autonomi for ungdom. For å ivareta ungdommers autonomi og sikre at behandlingen blir deres eget prosjekt, nedtones ofte foreldrenes tilstedeværelse, dersom dette er tilrådelig ut fra barnets problematikk. Ungdommer involveres gjerne også mer i beslutninger om hvilke temaer som tas opp når foreldrene er til stede. En annen forskjell på barn og ungdom er at det kan være mer aktuelt å inkludere venner i behandlingen når en jobber med ungdom.

Å aktivt involvere foreldre i behandlingen kan enkelte ganger være både arbeidskrevende og vanskelig. Terapeuten kan måtte forholde seg til foreldre- og systemkonflikter, uhensiktsmessige kognisjoner hos de voksne og eventuell patologi hos foreldre eller andre støttepersoner. KAT-terapeuter kan derfor med fordel komplettere sin kompetanse ved å inkludere familiepsykologi og -terapi som del av sitt repertoar.

Behandlingsmotivasjon og valg av behandlingsmål. Barns utviklingsnivå kan representere en utfordring i forhold til behandlingsmotivasjon (Holmbeck, Greenley & Franks, 2003). Yngre barn er ofte preget av et her-og-nå-fokus og trenger hyppige forsterkere underveis i behandlingsforløpet for å opprettholde motivasjon. Løfter om reduserte symptomer i fremtiden vil ikke være tilstrekkelig for barn som kanskje verken forstår hvorfor de er i behandling og heller ikke møter på eget initiativ. Utstrakt bruk av positiv forsterkning, ros og belønning, samt det å gjøre behandlingen spennende og lekpreget, vil derfor være særlig viktig i forhold til de yngste barna. Sviktende behandlingsmotivasjon kan imidlertid også være et problem hos eldre barn. Ved behandling av en motvillig ungdomsklient bør en være ekstra nøye med å inkludere ham/henne i beslutninger som tas, gjerne ved å presentere flere alternativer eller varianter av oppgaver og intervensjoner han/hun kan velge mellom (Stallard, 2002).

For å sikre motivasjon og godt samarbeid er det viktig at terapeuten identifiserer behandlingsmål som barnet eller ungdommen selv anser som ønskelige. Kunnskap om vanlige utviklingsoppgaver for barn på ulike alderstrinn kan være til hjelp i søkingen etter positive og

realistiske mål som motiverer barnet for behandling (f.eks. å overnatte hos venner blant barn i barneskolealder).

Valg av KAT teknikker

Atferdsterapeutiske versus kognitive teknikker. Gjennomgående anbefales det å legge vekt på atferdsintervensjoner i behandling av barn i førskolealder og også for barn i tidlig skolealder (ca. 6–9 år) (Friedberg & McClure, 2002; Ronen, 1998; Shirk, 2001). Dette begrunnes ut fra barnas kognitive umodenhet. Barn i førskolealder og tidlig skolealder har begrensede kognitive ferdigheter i sosial perspektivtaking og empati. De har språklige begrensninger, lavere kapasitet til oppmerksomhet og hukommelse og mindre utviklet logisk tenkning, evne til abstraksjon, kausal tenkning og metakognisjon (evne til å tenke om egen tenkning). Ut fra behandling av barn med eksternaliserende problemer i aldersgruppen 2–7 år konkluderer Durlak, Rubin og Kahn (2001): «Accordingly, behavioral techniques such as contingent reinforcement, modeling and coaching, which carry low demands on language and conceptual learning, may be much more effective for these young children» (s.191). Tilsvarende viser Holmbeck et al. (2003) til at mens atferdsterapeutiske teknikker har effekt ved atferdsvansker hos førskolebarn, vil kognitive strategier og trening av selvkontroll være mer effektivt overfor atferdsvanskelige tenåringer. Også ved angstbehandling anbefales bruk av handlingsrettede aktiviteter for de yngste barna. Direkte eksponering i forhold til det objektet eller den situasjonen som barnet er redd for (in vivo) ansees blant annet som bedre enn forestilte farer (in vitro), ut fra at mindre barn har vansker med å danne tilstrekkelig detaljerte forestillingsbilder til å kunne gjennomføre denne type eksponering (Ollendick et al., 2001).

Enkle versus mer krevende kognitive teknikker. Det er imidlertid ønskelig å også kunne anvende kognitive intervensjoner overfor yngre barn. Å identifisere uhensiktsmessige tanker som kan bidra til dårlig regulering av emosjoner, er et viktig mål i kognitiv terapi, også i forhold til barn (Shirk, 2001). På samme vis som voksne har barn uhensiktsmessige kognisjoner assosiert med ulike tilstandsbilder («the cognitive content-specificity hypothesis») (Schniering & Rapee, 2004). Barn med depressive symptomer har for eksempel mer av tanker om personlig mislykkethet og tap, mens barn med atferdsvansker har mer av fiendtlige tanker og tanker om hevn.

For å endre uhensiktsmessige tanker kreves det at barnet har utviklet en rekke kognitive ferdigheter, deriblant evne til å identifisere egne tanker, forstå sammenheng mellom tanker, atferd

og følelser og å reflektere over hvilke alternative tanker som kan være hensiktsmessige i en situasjon hvor han/hun er følelsesmessig aktivert. Utviklingspsykologisk forskning viser at barn varierer med hensyn til evne til å identifisere egne tanker og å gjenkjenne og skille mellom ulike typer følelser (Piacentini & Bergman, 2001). For å identifisere egne tanker kreves begynnende evne til metakognisjon. Metakognisjon forutsetter at abstrakt tenkning er utviklet, noe som antas å skje mot slutten av barneskolen, for så å videreutvikles i tenårene (Shirk, 2001). Også forståelse av sammenheng mellom tanker og følelser kan være vanskelig for barn. Yngre barn attribuerer i stor grad følelser og atferd til ytre hendelser som sammenfaller i tid og rom. De kan ha vansker med å forstå at indre psykologiske prosesser (måten vi snakker til oss selv på eller tenker om hendelser) har betydning for hvordan vi føler eller handler (Grave & Blissett, 2004).

Disse og andre begrensninger i barns kognitive utvikling viser betydningen av at kognitive teknikker tilpasses barnets utviklingsnivå. I praksis innebærer det at en velger enklere kognitive teknikker, for eksempel bruk av positive selvinstruksjoner og innlæring av mestringstanker, overfor de yngste barna, mens mer krevende teknikker som forutsetter rasjonell analyse, abstrakt tenkning og evne til perspektivtaking, forbeholdes eldre barn og ungdom (Friedberg & McClure, 2002; Holmbeck et al., 2003; Ollendick et al., 2001).

Men også enklere kognitive intervensjoner, som å lære barn positive selv-instruksjoner og mestringstanker bør tilpasses barnets alder. Ifølge Ollendick et al (2001) nyttiggjør yngre barn seg best enkle selvinstruksjoner som er nær knyttet til de konkrete oppgavene de skal løse («Jeg er modig når jeg tør gå forbi hunder på gaten»), mens skolebarn med fordel kan lære mer generaliserte selvinstruksjoner («Jeg er en person som ikke gir meg så lett»), eventuelt i kombinasjon med spesifikke, oppgaveorienterte instruksjoner («Jeg er sjef over mine egne følelser. Jeg kan velge å uttrykke sinnet mitt på måter som ikke skaper trøbbel for meg»).

Sokratisk spørring er en terapeutisk dialog som har til hensikt å identifisere, utforske og utfordre tanker og forestillinger. Sokratiske spørring står sentralt i KAT. Ifølge Stallard (2002b) kan den sokratiske dialogen inndeles i ulike trinn av selv-oppdagelse, forståelse, vurdering og re-evaluering. Ulike type spørsmål benyttes på de ulike trinnene. De enkleste stadiene i sokratiske spørring består av enkle og konkrete spørsmål som skal etablere fakta. Dette nivået består av deskriptive hukommelsesspørsmål (f.eks. når skjedde det?, hva gjorde du?). Neste nivå av spørsmål har til hensikt å utforske hvilken mening barnet tillegger en hendelse, dernest hvilke sammenhenger barnet ser mellom ulike fenomener eller hendelser. De sokratiske spørsmålene på dette nivået hjelper

barn å identifisere og se sammenhenger mellom tanker, følelser, atferd og situasjoner. De mer krevende nivåene av den sokratiske dialogen (analyse-, syntese- og evalueringsspørsmål) har som mål å utfordre barnets tenkning og fortolkning (f.eks.: hvilke bevis har du for denne tanken? hvilke andre forklaringer kommer du på?). Dette er spørsmål som bør forbeholdes ungdom. Hvorvidt en ungdom har kapasitet til å profitere på denne type kognitiv restrukturering, er imidlertid ikke alltid lett å forutse. Weisz og Hawley (2002) foreslår at terapeuten prøver seg frem og nøye observerer ungdommens respons. Sensitive terapeuter vil raskt finne ut om en ungdom er «falt av lasset» og den sokratiske dialogen har utviklet seg til en uhensiktsmessig monolog.

Utforming av KAT- intervensjoner

Utviklingssensitiv bruk av kognitive metoder avhenger ikke bare av hvilke eller hvor komplekse teknikker man anvender, men også av teknikkenes form. De vesentligste strategiene for å kompensere for barns manglende eller begrensede evne til abstrakt, logisk tenkning og metakognisjon er: a) å knytte begreper, temaer og fenomener til barnets hverdagslige erfaringer og interessesfære, b) å benytte spørsmål, ord og setningsoppbygging tilpasset barnets språklige fungeringsnivå, og c) å konkretisere og levendegjøre abstrakte begreper og prinsipper ved bruk av objekter, analogier/metaforer, spill, kreative aktiviteter og lek.

Språklig tilpassing ved valg av ord, spørsmål, kompleksitet og setningslengde må ta hensyn til barnas utviklingsnivå. Det er like uheldig å snakke over hodet på mindre barn som å bli for barnslig overfor tenåringsklienter. I psykoedukasjon for barn med angstlidelser kan de yngste barna med fordel gis enkle forklaringer på eksponeringsbehandling («det er nødvendig å trene på det man er redd for, om man skal klare det, på samme måte som du må trene for å lære å sykle»). Ungdom kan på sin side sette pris på mer detaljerte beskrivelser og til og med tekniske diskusjoner og fagbegreper (hierarki, habituering, etc..) knyttet til eksponeringen (Kendall et al., 2005).

Det er viktig å bruke eksempler fra barnas hverdagsliv og interessesfære (skole, hobbyer, etc.). Grave og Blissett (2004) viser til skillet mellom formal resonnering og hverdagsresonnering. Mens formalresonnering er abstrakt og regelstyrt, er hverdagsresonnering knyttet til kjent informasjon fra individets dagligdagse kontekst. Hverdagsresonnering med tema og spørsmål knyttet til kjent informasjon og kontekst øker barns evne til å forstå oppgaver og instruksjoner. Tema og informasjon hentet fra hverdagslivet og egne interesser kan imidlertid også være sentralt i behandling av ungdom,

ikke nødvendigvis for å fremme resonnering eller evne til abstraksjon, men for å opprettholde motivasjon og engasjement.

I KAT-litteraturen finnes et utall av ideer og forslag til hvordan en kan konkretisere og gjøre KAT-prinsipper og -intervensjoner levende for barn og ungdom (f.eks. Barrett, 2008a; 2008b; Friedberg, McClure & Garcia, 2009; Kendall, & Martinsen, 2010; March & Mulle, 2003; Raknes, 2010a, 2010b; Stallard, 2002a; 2002b). Kreative terapeuter anvender gjerne nonverbale hjelpemidler som tegneseriefigurer, tankebobler, bilder og metaforer for å gjøre KAT tilgjengelig og interessant. Kjernetemaer som uhensiktmessige versus hjelpsomme tanker benevnes blant annet som «røde og grønne tanker» (Barrett, 2008a; 2008b) eller «larvetanker og sommerfugltanker» (Friedman & McClure, 2002). Identifisering av følelser gjøres ved rollespill hvor terapeut og barn gjetter hvilken følelse den andre uttrykker, og ved å finne illustrasjoner av ulike følelser i blader, tegneserier og filmer (Kendall, Martinsen & Neumer, 2006).

Ifølge Piaget-tradisjonen evner ikke barn å skille mellom tanker og følelser før de nærmer seg tenårene. Piaget blir imidlertid kritisert for å undervurdere barns kognitive utvikling, blant annet gjennom å overse skillet mellom hva barn presterer i eksperimentelle situasjoner med ukjent materiale og kontekst, og hva de faktisk forstår. Quakley, Reynolds og Coker (2004) viser at 4–7-åringer som får konkrete hjelpemidler (dukker og esker til å putte lapper med løsningsalternativer i), diskriminerer signifikant bedre mellom tanker, følelser og atferd enn barn uten denne konkrete støtten. Ved hjelp av enkle, praktiske hjelpemidler kan således førskolebarns evne til å nyttiggjøre seg sentrale KAT-prinsipper øke.

Kognitive intervensjoner avhenger av at en får tilgang til barns tanker. På direkte spørsmål om hva barn tenker, er det ikke uvanlig å bli møtt med taushet eller «vet ikke». Alternative innfallsvinkler kan være nyttige: tegneserier hvor barnet foreslår hva aktørene tenker; utforskning av hva barnet tror andre barn i lignende situasjon tenker; lek hvor dukker forteller hva de tenker, eller ved at terapeuten blir «tankefanger» av hvilke tanker barnet uttrykker spontant i løpet av samtalen (Stallard, 2002a).

Type aktivitet i behandlingstimene (verbal dialog versus lek) er sentralt når en arbeider med yngre barn. Kognitive teknikker for forebygging av angst og depresjon blir benyttet for barn helt ned i 4–5-årsalderen. For de yngste barna er det imidlertid nødvendig med mer fleksibilitet, pauser underveis i timen og at alle læringsaktivitetene skjer i form av lek.

Kunnskap fra utviklingspsykologi, spesielt relatert til kognitiv og sosial utvikling, samt utvikling av emosjonsregulering, har i for liten grad vært innarbeidet i kognitiv atferdsterapi

Bruk av analogier, metaforer og akronymer florerer i KAT med barn. Spence (1994) benytter metaforen om barnet som «tankedetektiv» som leter etter bevis for og imot en tanke for så å beslutte om den er realistisk eller ikke. Andre bruker termometre for å rangere intensiteten av følelser («følelsetermometer») eller hvor mye en tror på en tanke («tanketermometer») (Stallard, 2002a). Hvilke analogier og metaforer som utvikles, kan med fordel være inspirert av barnets interesser. Introduksjon av terapi som en lagkamp med barnet som spiller, terapeuten som trener og foreldre som heilagjeng kan være nyttig for motivasjon og forståelse av roller i behandling, spesielt for barn som er interessert i lagsport. Introduksjon av figurer fra PC-spill, tegneserier eller filmer kan også virke engasjerende. Terapeutens utfordring er å være kreativ og treffe barnets interesser og utviklingsnivå. Pippi Langstrømpe kan for eksempel fungere som en modig, kreativ og problemløsningsorientert helt for jenter i 6–7-årsalderen, men vil være ubrukelig for eldre jenter.

Gjennom historier, helter og metaforer kan abstrakte prosesser eksternaliseres og gis konkret form. Utforskning av negative tanker kan skje gjennom «å identifisere fiendens lumske verbale angrep i klatreekspedisjonen mot å nå målet på toppen av fjellet». Seieren feires når målet er nådd og barnet «står på fjelltoppen og skuer ut over fjellheimen». En spennende historie med dramatisering av utfordringer underveis øker barnets motivasjon og utholdenhet. Metaforene åpner også for at barnet kan forholde seg til kompliserte temaer som ambivalens, negative tanker, tilbakefall, sviktende motivasjon og oppnåelse av delmål. Med utgangspunkt i denne type behandling foreslås det at barnefokusert KAT videreutvikles i retning av en mer narrativ og konstruktivistisk tradisjon (Grave & Blissett, 2004).

Konklusjon

Barndom er ikke en homogen kategori. Endring er det mest gjennomgående trekk ved barn og unge. Det er derfor ikke tilstrekkelig å skille mellom kognitiv atferdsterapi for barn og voksne. KAT-terapeuter må være sensitive for utviklingsmessige forskjeller mellom barn på ulike aldersnivåer. Adekvat tilpasning av behandlingsmetoder til barns utviklingsnivå vil med stor sannsynlighet øke barnas motivasjon og engasjement, så vel som effekt og etterlevelse av behandlingen. Uansett

hvilke tilpasninger en gjør, vil barnets modenhets- og funksjonsnivå sette begrensinger for hvilke teknikker og behandlingsmål som kan anvendes. Vi vet imidlertid ikke nok om hvordan og når en gitt behandling bør endres for å tilpasses ulike utviklingsnivåer. Dette skyldes delvis at kunnskap fra utviklingspsykologi, spesielt relatert til kognitiv og sosial utvikling, samt utvikling av emosjonsregulering, i for liten grad har vært innarbeidet i kognitiv atferdsterapi.

Pågående behandlingsstudier, også i norske forskningsmiljøer, søker å teste om KAT har effekt for barn med ulike lidelser. Videre arbeid for å tilpasse behandlingsprogrammene til barn på ulike utviklingsnivåer ansees som sentralt i arbeidet med å øke effekten av KAT for barn og unge. I

Referanser

- Barmish, A. J. & Kendall, P. C. (2005). Should parents be co-clients in cognitive-behavioral therapy for anxious youth? *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 34, 569–581.
- Barrett, P. M., Dadds, M. R. & Rapee, R. M. (1996). Family treatment of childhood anxiety: A controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 333–342.
- Barrett, P. (2008a). *Friends for life: Terapeutmanual for barn*. Norsk oversettelse: J.F. Bjåstad, K. Martinsen, M. Aalberg, S. P. Neumer & E. Heiervang. Prosjekt «Kartlegging og behandling – angst hos barn og voksne», Innovest AS, Bergen, Norge.
- Barrett, P. (2008b). *Friends for life: Terapeutmanual for ungdom*. Norsk oversettelse: J. F. Bjåstad, M. Aalberg, K. Martinsen & S. P. Neumer. Prosjekt «Kartlegging og behandling – angst hos barn og voksne». Bergen: Innovest AS.
- Bjåstad, J. F. (2011). Kan barn og ungdom med Asperger syndrom / høytfungerende autisme ha nytte av kognitiv atferdsterapi? *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 48.
- Clark, D. M. (2005). A cognitive perspective on social phobia. I W.R. Crozier & L.E. Alden (red.), *The Essential Handbook of Social Anxiety for Clinicians*. Chichester: John Wiley & Sons Ltd.
- Durlak, J. A., Fuhrman, T. & Lampman, C. (1991). Effectiveness of cognitive-behavior therapy for maladapting children: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 110, 204–214.
- Durlak, J. A., Rubin, L. A. & Kahn, R. D. (2001). Cognitive behavioural therapy for children and adolescents with externalizing problems. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 15, 183–194.
- Friedberg, R. D. & McClure, J. M. (2002). *Clinical practice of cognitive therapy with children and adolescents. The nuts and bolts*. New York: The Guilford Press.

- Friedberg, R. D., McClure, J. M. & Garcia, J. H. (2009). *Cognitive therapy techniques for children and adolescents. Tools for enhancing practice*. New York: The Guilford Press.
- Grave, J. & Blissett, J. (2004). Is cognitive behaviour therapy developmentally appropriate for young children? A critical review of the evidence. *Clinical Psychology Review*, 24, 399–420.
- Holmbeck, G. N., Greenley, R. N. & Franks, E. A. (2003). Developmental issues and considerations in research and practice. I A. E. Kazdin & J. R. Weisz (red.) *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents* (s. 21–41). New York: The Guilford Press.
- Holmbeck, G. N., Greenley, R. N. & Franks, E. A. (2004). Developmental issues in evidence-based practice. I P. Barrett & T. H. Ollendick (red.). *Handbook of interventions that work with children and adolescents. Prevention and treatment*. (s. 27–48). Chichester: John Wiley & Sons.
- Kendall, P. C., Martinsen, K. D. & Neumer, S.-P. (2006). *Mestringskatten (Coping Cat). Kognitiv atferdsterapi for barn med angst. Terapeutmanual*. Oslo. Universitetsforlaget.
- Kendall, P. C., & Martinsen, K. D. (2010). *Mestringskassen (Coping kit). KAT-verktøy for terapeutisk arbeid med barn og unge*. Oslo. Universitetsforlaget
- Kendall, P. C., Robin, J. A., Hedtke, K. A., Suveg, C., Flannery-Schroeder, E. & Gosch, E. (2005). Considering CBT with anxious youth? Think exposure. *Cognitive and Behavioral practice*, 12, 136–150.
- Krain, A. L. & Kendall, P. C. (1999). Cognitive-behavioral therapy. I S. W. Russ & T. H. Ollendick (red.). *Handbook of psychotherapies with children and families* (s. 121–135). New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- March, J. S. & Mulle, K. (2003). *Tvangslidelser hos barn og unge. En kognitiv-atferdsterapeutisk behandlingsmanual*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Ollendick, T. H., Grills, A. E. & King, N. J. (2001). Applying developmental theory to the assessment and treatment of childhood disorders: Does it make a difference? *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 8, 304–314.
- Piacentini, J. & Bergman, R. L. (2001). Developmental issues in cognitive therapy for childhood anxiety disorders. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 15, 165–178.

- Quakley, S., Reynolds, S. & Coker, S. (2004). The effect of cues on young children's abilities to discriminate among thoughts, feelings and behaviours. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 343–56.
- Raknes, S. (2010a). *Psykologisk Førstehjelp. Barn*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Raknes, S. (2010b). *Psykologisk Førstehjelp. Ungdom*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Rapee, R. M. & Spence, S. H. (2004). The etiology of social phobia. Empirical evidence and an initial model. *Clinical Psychology Review*, 24, 737–767.
- Ronen, T. (1998). Linking developmental and emotional elements into child and family cognitive-behavioural therapy. I P. Graham (red.) *Cognitive-behaviour therapy for children and families* (s.1–17). Cambridge: Cambridge University Press.
- Schniering, C. A. & Rapee, R. M. (2004). The relationship between automatic thoughts and negative emotions in children and adolescents: A test of the cognitive content-specificity hypothesis. *Journal of Abnormal Psychology*, 113, 464–470.
- Shirk, S. (2001). Development and cognitive therapy. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 15, 155–163.
- Spence, S. H. (1994). Practitioner review: Cognitive therapy with children and adolescents: From theory to practice. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 35, 1191–1228.
- Spence, S. H., Donovan, C. & Brechman-Toussaint, M. (2000). Social skills, social outcomes, and cognitive features of childhood social phobia. *Journal of Abnormal Psychology*, 108, 211–221.
- Stallard, P. (2002a). *Think Good – Feel Good. A cognitive behaviour therapy workbook for children and young people*. Chichester: John Wiley & Sons, Ltd.
- Stallard, P. (2002b). *A clinician's Guide to Think Good – Feel Good. Using CBT with children and young people*. Chichester: John Wiley & Sons, Ltd.
- Webster-Stratton, C. & Reid, M. J. (2003). The incredible years parents, teachers, and children training series. I A. E. Kazdin & J. R. Weisz (red.) *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents* (s. 224–240). New York: The Guilford Press.
- Weisz, J. R. & Hawley, K. M. (2002). Developmental factors in the treatment of adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 21–43.