

Eksternalisering som metode i direkte arbeid med små barn

Ved eksternalisering beskrives enkoprese-problemet som et eget vesen med egen vilje. Det er ikke barnet som er problemet, bare problemet er problemet, og barnet inspireres til å ta opp kampen.

TEKST

Elisabeth Gerhardsen

PUBLISERT 1. juni 2006

ABSTRACT:

Externalization: A relevant treatment strategy for small children?

Externalization can be modifying and simplifying so as to be more relevant in the treatment of very small children. Three to five years olds, displaying problems related to encopresis, have in fact very quickly overcome their problems after taking part in therapy based on externalization. Most importantly, the therapist must keep the child's attention while helping it to change its original perception of the problem. The problem is perceived not as an enemy, but as an ignorant friend (i.e. the belly) whom the child is encouraged to train. The article includes a step-by-step description of the method.

EMNER

Eksternalisering

barn

psykoterapi

Helsevesenet

Innledning

Som psykolog knyttet til helsestasjonene i Bærum fikk jeg en rekke henvendelser fra foreldre som slet med fastlåste samspill med sine småbarn rundt ikke-organisk enkoprese, eller gjentatte tilfeller av at avføring kom på upassende steder. I de fleste tilfellene var barna mellom tre og et halvt og fem år gamle, og de hadde, ifølge foreldrene, hatt full kontroll over bekkenbunnsmuskulaturen i fra et halvt til halvannet år, men insisterte fortsatt å bruke bleie fremfor å gå på do. Fikk de ikke en bleie, holdt de igjen avføring eller lot den gå i buksa.

«Problemet reformuleres til å handle om «magen» som ikke kan eller vet hvordan man skal gå på do»

På grunn av barnas alder falt det naturlig i den første tiden å jobbe indirekte, i den forstand at det var kun foreldrene som kom til samtaler. Tiltakene som ble gitt foreldrene, var tradisjonelle, som etablering av rutiner, ignorering og enkle belønningssystemer, desensitivitetstrening i forhold til doen eller andre former for angstdependende tiltak, i tillegg til forsøk på å bedre kommunikasjonen mellom foreldre og barn. Det gikk imidlertid ofte lang tid før slike tiltak virket tilfredsstillende. Jeg begynte derfor å involvere barna direkte, etter inspirasjon fra litteratur om eksternalisering brukte overfor barn med enkoprese (Marner, 1994; White, 1991). Tiltakene slik de sto beskrevet, krever en viss grad av analytiske evner og språklige ferdigheter, det var derfor nødvendig med en tilpasning. I en modifisert form fikk jeg meget gode resultater med barn helt nede i tre til fire års alder, da problemet for om lag 80 % ble løst etter to eller tre konsultasjoner, og behandlingstiden gikk ned fra fire til seks måneder til en til to måneder.

Eksternalisering i psykoterapi

Et vesentlig trekk ved denne terapiformen er å skille person og problem ved å snakke som om problemet har en eksistens uavhengig av individet. Problemet beskrives bokstavelig talt som et eget vesen med egen vilje, og terapeuten oppfordrer gjerne klienten til å lete etter karakteristika ved problemets intensjoner og atferdsmønstre. I arbeid med barn understrekes dette ved at problemet gis et navn, og barnet utfordres til å studere og måle krefter med problemet. Hovedbudskapet til klienten er at «Det er ikke du som er problemet, det er problemet som er problemet» (Marner, 1994; White & Epston, 1990).

Et kjent eksempel er Whites «Sneaky Poo», et begrep han bruker i behandling av barn med enkoprese, eller det han kaller pseudoenkoprese, da han, som han hevder, ikke kjenner seg igjen i beskrivelser av patologiske familiesamspill rundt enkoprese (White, 1991). I Whites utforming av terapien oppfordres barnet, og familien, til å tenke som om den «feilplasserte» avføringen er et eget vesen, som har sin måte å sørge for å gjøre seg gjeldende på: et vesen som man kan utforske atferden til, for dermed å kunne overliste det, eller på andre måter spille det ut over sidelinjen.

Eksternalisering er beskrevet brukt overfor barn med en rekke forskjellige problemer, eksempelvis raserianfall, søvnproblemer, nasking, selektiv mutisme og tvangshandlinger (Marner, 1994). Metoden er brukt overfor ungdom med rusmisbruk og voksne med panikkangst, depresjon og psykoser (Larsen & Thune, 1991). En fellesnevner ser ut til å være at eksternaliseringen brukes for å fremme ikke-moraliserende utforskning av problemer og væremåter, samtidig som opplevelsen av eget ansvar i forhold til å arbeide for en endring ikke minker (Freeman, Epston & Lobovits, 1997). Klienten kan lettere betrakte sitt problem utenfra, se dets påvirkning på eget liv, la seg inspirere til å ta opp kampen, og dermed få en økt opplevelse av å være agent i eget liv (White 1989).

Det å velge en måte å snakke om problemet på så fjernt fra den allmenne oppfatning av hvordan problemer skal forstås, og dermed løses, er et terapeutisk håndgrep som

kanskje nettopp gjør tilnærmingen så potent. Det å tillate seg, sammen med klienten, å leke med eller utfordre hans eller hennes oppfatning av hva som er virkeligheten, kjenner man fra andre terapeuter, som Insoo Kim Berg og Steve de Shazers løsningsfokuserte arbeid ved hjelp av «magiske» spørsmål (Berg & Miller, 1992; de Shazer, 1994).

Historisk sett aner man en desentrering i forståelse og løsningsforsøk overfor psykiske problemer. Fra å fokusere på individets egen utviklingshistorie, personlighet og tankemønstre har man sett psykiske problemer som samspillsfenomener, for med dette å snakke om problemer som noe som har sin separate, nesten individuelle eksistens. En slik utvikling i forståelse er også beskrevet av Anderson og Goolishian (1992). Det kan se ut som vi beveger oss i sirkel, da eksternaliseringsidéen minner om besettelsesideer, en forståelse av psykiske lidelser som noe som rammer deg utenfra, ved at noe tar bolig i deg. Dette er en forståelsesform som er vesentlig eldre enn å se psykiske problemer som betinget av individets egne arveanlegg eller opplevelser. En viktig nyanse er at man som terapeut nøye opprettholder et lekende, imaginært eller «tenk som om»-preg på ens eksternaliserende omtale av problemet. Andre som har sett denne parallellen, peker på en vesentlig endring fra tradisjonelt «utdrivelsesarbeid» ved at man nå lar makten og kompetansen befinne seg hos «den besatte» (Marner, 1994).

Ikke-organisk enkoprese hos småbarn

Målgruppa for min form for eksternaliserende tilnærming er barn som aldersmessig forventes å være renslige, i forståelsen gå på toalettet, som har full kontroll over muskulaturen i bekkenbunnen, men som nekter å gå på do, og holder igjen avføring eller lar den gå i buksa dersom de ikke får bruke bleier. Med bruk av ICD-10 får disse barna diagnosen F98.1 Ikke-organisk enkoprese. Andre betegnelser er funksjonell enkoprese, ikke-organisk inkontinens av avføring eller psykogen enkoprese. I motsetning til eldre barn med enkoprese, der enkopresen gjerne sees sekundært til obstipasjon, og der barnet selv ser ut til å ha lite kontroll over egen avføring (Berge & Diseth, 1993), ser mange av disse barna ut til å ha et normalt tømningmønster med full egenkontroll såfremt de får bruke bleier fremfor toalettet.

De barna jeg fikk henvist som falt inn under denne kategorien, var fra tre og et halvt til fem år, med et gjennomsnitt på vel fire år. Det var barn av begge kjønn, men ca. tre ganger så mange gutter som jenter. De var henvist fra helsesøster eller helsestasjonslege, de var etnisk norske, sosioøkonomisk fra middelklassen. Jeg fikk henvist om lag 20 barn, hvorav ti til tolv ble henvist etter at jeg begynte å ta i bruk en eksternaliserende tilnærming.

Problem utvikling

Foreldrenes beskrivelser av hvordan problemene hadde utviklet seg, viste seg å ha mange likhetstrekk. De fleste av barna hadde sluttet å gå med bleie om dagen, men ba om bleie når de kjente trang til å ha avføring. Før eller senere opplevde foreldrene dette som en uvane, begynte å sette krav til barnet om å bruke doen, og nektet å sette bleier

på det. En del av ungene reagerte da med å la det gå i buksa, mens andre holdt igjen avføring i flere dager, noen i flere uker. De sistnevnte ble, ifølge foreldrene, plaget av ubehag, kvalme, noen ble slappe, andre urolige og ukonsentrerte. De frøs lett, fikk feber, og sto i stor fare for å utvikle en kraftig forstoppelse. Svært mange av foreldrene hadde da, i samråd med helsepersonell, tatt i bruk lette former for klyster, eller avførende medikamenter. Noen brukte medikamenter for å holde avføringen myk. Bruk av klyster førte som regel til meget sterke reaksjoner hos barnet, med voldsomme hyl og protester. De fleste foreldrene beskrev at barnet reagerte slik at det følte som de utsatt han/henne for et overgrep, noe som både skremte og plaget foreldrene.

Alle foreldrene hadde over tid prøvd flere forskjellige strategier for å løse dette. Nesten alle hadde i perioder prøvd å ikke vie problemet oppmerksomhet, ved at de lot barnet få bleie uten innvendinger, og/eller lot være å si ifra når de så på barnet at det var på tide å gå på toalettet. Alle hadde prøvd med overtalelser eller lokking, og de aller fleste hadde prøvd med materielle belønninger. De fleste hadde prøvd med ulike former for trusler, eller påpeking av negative konsekvenser, som at barnet kunne bli ertet, ville virke yngre enn det var, og at de voksne ville bli sinte. Mange hadde prøvd regelmessige do-/pottetider, og mange hadde forsøkt fysisk tvang for å få gjennomført treningen, men hadde kommet til kort fordi barna ikke samarbeidet. De nektet å sitte på do, protesterte heftig og holdt igjen avføringen hvis de ble tvunget med makt til å sitte.

Konsekvensene for foreldrene, og nok også for barna, besto av opplevelser preget av skyld, skam, sinne og resignasjon. Foreldrene jeg kom i kontakt med, opplevde situasjonen som fastlåst og svært belastende. Mange beskrev at det i perioder var daglige krangler rundt dette.

I tillegg til den praktiske belastningen opplevde foreldrene en stor grad av usikkerhet på hvordan håndtere og forstå problemet. Det var vanlig med stadige endringer i løsningsstrategier, ofte utført på en slik måte at foreldrene opplevde seg som skiftende og inkonsekvente. Å oppleve at barnet «vant», ga næring til følelser som mislykkethet og maktesløshet som foreldre.

Konsekvensene for barna fikk jeg mest indirekte tilgang til. I tillegg til det fysiske ubehaget de bar preg av, ga de inntrykk av å oppleve det som ydmykende når andre barn eller voksne oppdaget at de brukte bleie, eller lot avføringen gå i buksa. Mye av opplevelsene så ut til å være preget av ambivalens. De opplevde en umiddelbar seier over foreldrene ved at de fikk viljen sin, men samtidig var deres atferd kilde til mange konflikter i hjemmet. De posisjonerte seg i egne og andres øyne som små ved ikke å følge «normal» progresjon i sin utvikling mot å bli stor gutt/jente.

Foreldrenes beskrivelse av barnas umiddelbare stolthet og lettelse når de fikk bukt med problemet indikerte at også barna hadde opplevde dette som et stort problem. Foreldrene ble ofte overrasket når de så denne lettelsen, en lettelse de tolket som at barnet hadde opplevd dette som atskillig mer vanskelig enn han/hun hadde gitt inntrykk av mens det sto på.

Foreldrene har tradisjonelt fått tre hovedkategorier av råd fra helsepersonell: Overse og avvente, gjennomføre trening av barnet med faste dotider, eller endre samspillet og/eller barnets psyke slik at hans/hennes behov for å trasse blir mindre. Min erfaring er at problemene løser seg raskt bare barnet selv blir motivert til å prøve å bruke doen. De fleste trengte ikke trening, men motivasjon til å begynne. Problemet hos disse yngste barna med enkoprese kan derfor i mange tilfelle betraktes primært som et motivasjonsproblem, mer enn et medisinsk eller modenhetsmessig problem. Dette utelukker selvsagt ikke at man kan ha ulike psykologiske forklaringsmodeller for hvorfor en slik manglende motivasjon oppstår.

Det er viktig å minne om at disse erfaringene gjelder de yngste barna. Barn i skolealder med enkoprese ser oftere ut til å ha mere sammensatte problemer, der obstipasjon og manglende egenkontroll virker å være mere utbredt (Berge & Diseth, 1993), noe som igjen får konsekvenser for behandlingen.

Praktisk utforming av metoden

Innledningsvis har jeg alltid en eller flere kartleggende samtaler med foreldrene for å få oversikt over problemomfanget, eventuelle tilleggsproblemer, historikk på symptomene og hvilke løsningsstrategier som er prøvd. Det er viktig å kartlegge om det faktisk dreier seg om en viljestyrt handling fra barnets side, og få gjort en vurdering av om foreldrene har realistiske krav til barnets fysiske og intellektuelle modenhetsnivå. Barnet skal ha vært igjennom en medisinsk undersøkelse for å utelukke obstipasjon, matvareallergier, fysiologiske anomaliteter eller andre lidelser som kan påvirke tarmfunksjonene. Dersom konklusjonen på utredningen er at barnet har tilfredsstillende kontroll over sine tarmfunksjoner, og det ikke er indikasjoner på patologi hverken medisinsk, utviklingsmessig eller i samspillet, blir en eksternerende tilnærming valgt.

Foreldrene får først en detaljert beskrivelse av metoden. Utformingen av tiltakene og samtalen der barnet skal være til stede, planlegges grundig sammen med foreldrene. Dette for å få justert opplegget ut fra deres hverdag og deres kjennskap til barnet, og for å forberede og motivere dem. Å skape en god allianse med foreldrene før man starter, er vesentlig for et vellykket resultat. En ønsket tilleggseffekt av å involvere foreldrene detaljert i utformingen av terapien er å formidle tiltro til foreldrenes kompetanse. Det er i prinsippet ingenting i veien for at foreldrene prøver ut dette på egen hånd, og det finnes en beskrivelse beregnet på «hjemmebruk» (Gerhardsen, 2002).

Samtalen med barnet

Etter utredning og planlegging med foreldrene har jeg en samtale der barnet er til stede sammen med foreldrene. Overfor barnet presenterer jeg meg som en foreldrene har søkt råd hos, og fremholder det som et uttrykk for foreldrenes velvilje og handlekraft, i motsetning til å la det fremstå som et uttrykk for rådløshet eller hjelpeløshet. Det er særlig viktig ved disse problemene der maktkamp og hjelpeløshet er fremtredende aspekter. Jeg dweler lite ved negative følelser og opplevelser rundt problemene, selv om

jeg på en kortfattet måte prøver å skape en allianse med barnet ved å vise at jeg vet at dette er vanskelig.

I samtalen med barnet er målet å få en endret forståelse av selve problemet, og å motivere barnet til å bruke doen. For å understreke at dette er en annen måte å tenke rundt problemet på, har det vist seg nyttig å legge an en optimistisk, gjerne humoristisk tone. Å snakke om disse tingene uten at samtalen preges av sinne, bebreidelser eller fortvilelse, blir en viktig intervensjon i seg selv.

Magen som ikke vet bedre

Problemet reformuleres til å handle om «magen» som ikke kan eller vet hvordan man skal gå på do. «Magen» omtales i tredjeperson, slik at det er «magen» og ikke barnet som ikke vet, eller hittil ikke har lært, hvordan doen skal brukes. Pessimistiske følelser og opplevelser av å være avvikende blir imøtegått ved å reformulere dette til å være et ledd i alle menneskers utvikling, med en udiskutabel prognose: «Alle startet med bleier her i livet, og alle ender uten!» Det er kun et spørsmål om tid. Tidspunktet fremholdes avhengig av tilfeldigheter og «magens» modning, men jeg avslører at dette kan påvirkes og fremskyndes ved trening. Bruk av formuleringer som at det er «magen» som skal hjelpes, kan være nyttig også overfor eldre barn med enkoprese, og da ikke nødvendigvis knyttet til en eksternaliserende tilnærming (Berge & Diseth, 1993).

Tegne og fortelle

For å illustrere mine poenger tegner jeg samtidig som jeg snakker. Dette for å hjelpe barnet til å fastholde oppmerksomheten, samt å bedre hukommelsen ved at flere sansemodaliteter tas i bruk. Jeg tegner opp fordøyelsessystemet, samtidig som jeg snakker litt om magen som må trenes opp. Deretter går jeg over til å beskrive treningsprosedyren. Nå fungerer tegningene som en form for visualiseringsteknikk, som er ment å øke sannsynligheten for at treningen blir gjennomført. Jeg tegner da familiens hus, tegner inn baderommet, og tegner barnet som sitter på doen og trener. For å øke effekten av visualiseringen tegner jeg inn flest mulig detaljer i omgivelser og i hendelsesforløpet.

Barnet blir hele tiden trukket inn i utformingen av tegningen ved at jeg spør henne/han hvordan det ser ut på familiens bad, hvilken etasje det ligger i, hvor er vasken, hvor er doen, hvilken farge er det på dusjforhenget, osv. Deretter visualiseres selve handlingsforløpet i treningen ved at jeg spør om, og tegner inn, hvilken av foreldrene som skal være med inn på badet, hvor den voksne skal sitte, om barnet har lyst til å ha med CD-spiller, i så fall hvilken CD? Jeg spør om den voksne skal lese for han/henne, hvilken bok, osv. Denne måten å spørre på gir barnet opplevelse av delaktighet og medbestemmelse i utformingen av løsningen. Medbestemmelse er noe disse barna ser ut til å være særlig opptatt av. Nokså umerkelig blir spørsmålet om barnet i det hele tatt ønsker å trene, unngått. Bordet fanger ved at barnet bruker så lang tid på å planlegge løsningen at om det skal forsøke å løse problemet, blir et premiss som ikke er oppe til diskusjon.

Loggføring

Avslutningsvis anbefaler jeg tidspunkter for treningen, som regel 15 til 20 minutter etter frokost og middag, men tilpasset det jeg vet fra før om barnets tømmingsmønster og familiens hverdag. Foreldre og barn får i oppdrag å kjøpe en liten notisbok, der barnet skal lime inn én type klistremerker for å markere hederlige forsøk (gjennomførte øvinger), og en annen type for vellykkede forsøk. Det avtales en ny time om to uker, der barnet skal komme igjen for å fortelle hvordan det har gått, og vise meg boka.

Klistremerkene er en form for loggføring, ikke en belønning. Ved at barnet oppfordres til å rapportere til meg, antas det å være med på å snu opplevelsen av at det er «barnet mot foreldrene». Jeg forsøker å fremme en opplevelse av «barnet mot (eller med?) magen», med foreldrene som hjelpetrener og meg som instruktør.

Mats

Mats er et typisk eksempel på en gutt med denne typen problemer. Han var fire år og to måneder da jeg hadde første samtale med foreldrene. De fortalte at han ikke ville gå på do, og at han prøvde å holde seg. Etter et par dager greide han som regel ikke mer, da fikk han bleie, eller det kom i buksa. I barnehagen kommenterte andre barn på bleia, det fikk han til å føle seg utenfor. For øvrig var han i følge foreldrene aktiv og upåfallende på alle måter.

Foreldrene hadde prøvd å snakke med han om problemet uten å komme noen vei. De oppfattet han som redd, og han sa selv at han var redd for krabber i do. Han sto imidlertid og tisset i do. Foreldrene hadde prøvd belønninger, men ingenting fristet. De hadde sagt han skulle få gå på sirkus hvis han klarte å gå på do fem ganger, uten at de fikk napp. De ønsket i første omgang råd, uten å trekke Mats direkte inn i behandlingen. Jeg foreslo blant annet en form for desensitivisering eller tilvenning, ved at de skulle prøve å få han til å være på badet når han hadde på bleia, selv om han ikke satt på doen.

Ved neste samtale fortalte foreldrene at det ikke hadde ført frem, og de ønsket mer hjelp. Da Mats var fire år og tre måneder, hadde jeg en samtale med han og begge foreldrene etter den modellen jeg har beskrevet ovenfor. Han virket noe springende i konsentrasjonen, og fremsto som litt umoden. Jeg ble i løpet av samtalen litt usikker på om han egentlig grep ideen om å skulle «øve magen», men tok likevel sjansen på å instruere han i å gjøre det. Han skulle øve hver morgen og kveld i ti minutter, og fortsatt bruke bleie utenom øvingstidene.

Neste samtale var to uker senere. De hadde begynt å øve med én gang, selv om han hadde protestert første kvelden. Etter tre gangers øving fikk det resultater, og siden hadde det stort sett gått uten uhell. Han hadde sluttet med bleier med én gang, vært meget stolt, og spurt mye etter meg og når de skulle hit. Da de kom på oppfølgingssamtalen viste han stolt frem klistremerkeboka med de ulike merkene. Han var blid, og ville gjerne tegne. Han virket generelt mer konsentrert og samlet enn ved den første samtalen.

Forventet behandlingstid

Erfaringene så langt med denne tilnærmingen er at problemet ofte blir løst i god tid før andre samtale med barnet. Noen har iherdig og godt motivert gått i gang med å øve, disse har som regel løst hele problemet på et par dager. Andre har som Mats protestert når de skal starte å øve, men har blitt overtalt. Andre igjen har måttet ha en oppfølgingssamtale for å øke motivasjonen ytterligere, slik som Simen, som blir beskrevet senere. Svært få barn har trengt mer enn to samtaler før problemet har vært løst. Dette har stått i skarp kontrast til alle månedene, og iblant årene, foreldrene har slitt i forkant, og den tiden det tok for meg tidligere å få til endring ved mer tradisjonelt arbeid.

Her må det minnes om at det gjerne er tatt flere samtaler med foreldrene i forkant, og at det blir foretatt en del utsiling innledningsvis. Barn som var for små, eller der det var tilleggspolproblemer hos barnet eller i familien, fikk som regel et annet eller mer omfattende tilbud. Tilleggspolproblemer er imidlertid ikke i seg selv et eksklusjonskriterium for å bruke en eksternaliserende tilnærming som en del av behandlingen.

Når magen har skjont det

Tilbakemeldingene fra foreldrene var at barna ble meget stolte etter å ha fått løst problemet. Barn som tidligere blånektet å bruke doen, ringte stolt til slektninger og fortalte at de nå hadde sluttet med bleie. Foreldrene beskrev ofte barna som generelt gladere og merkbart lettere til sinns. Barnet fremsto i sin væremåte ofte som mer modent, nærmest «over natten», og lek og interessefelt endret seg raskt. Tidligere hadde gjerne anale temaer gått igjen i rollelek og dukkelek, eller barnet var veldig opptatt av tilsvarende kraftord og humor, mens det etter behandling ikke lenger var et leketema, og merkbart mindre et tema i hva barnet snakket om.

Simen

Simen er et eksempel på en gutt med mer sammensatte problemer, der det var nødvendig å jobbe med flere problemområder parallelt. Han var fire år og én måned da jeg hadde første samtale med moren hans, som fortalte at Simen var renslig for urin, men ikke for avføring. Han hadde i tillegg problemer med et voldsomt temperament, uro og konsentrasjon. Han var stille og beskjeden i barnehagen, men brølte og kastet rundt seg hjemme. I forhold til rensligheten hadde de prøvd premiering ved å love han en tråbil hvis han sluttet med bleier. Han hadde da gått én gang på do, med godt hell, men trakk seg fra avtalen da han oppfattet at det måtte være en permanent endring. Mor ønsket å avvente å trekke Simen direkte inn i behandlingen. Familien drev for øvrig med en større ombygging av huset sitt.

«Ved neste samtale fortalte mor at han fortsatt nektet å gå på do,

men hentet bleie selv og stilte seg i en krok»

I tillegg til å jobbe med hvordan de kunne håndtere atferden hans, snakket vi om å gi anerkjennelse for forbedringer og enkelte episoder, for å unngå at kravene ble så alt-eller-intet eller nyttårsforsettaktig. Vi snakket også en del rundt det å besvare kommentarer på bleiebruk på en slik måte at han bevarte et selvbilde som stor gutt.

Ved neste samtale fortalte mor at han fortsatt nektet å gå på do, men hentet bleie selv og stilte seg i en krok. Foreldrene ønsket nå en samtale med Simen til stede, som ble gjennomført da han var fire år og fem måneder. Under samtalen var Simen rolig, fulgte godt med, og hadde ikke flere avledninger enn det som er vanlig, alderen tatt i betraktning. Jeg opplevde at vi fikk god kontakt, men jeg var litt usikker mot slutten av timen om motiveringsarbeidet mitt hadde vært effektivt nok, da han ga inntrykk av litt lite kampglød.

En drøy uke etterpå ringte mor og fortalte at det hadde gått veldig bra hos mormor da hun passet han første helgen, men at det ikke gikk så bra hjemme. Hun hadde også fått vite at han hadde gått på do på ordinært vis i barnehagen «i lange tider». Foreldrene hadde derfor tatt sjansen på å «glemme» bleiene da de skulle på hytta en langhelg. Det ble et mareritt, ifølge mor. Gutten holdt seg i tre-fire dager, før foreldrene ga seg, og kjørte for å kjøpe bleier. Mor hadde kommet til at han koste seg med å ha på bleie, og hun lurte på om den kosen kanskje var viktig for han. Familiens hus sto nå på hodet, og gutten bodde hos mormor.

Foreldrene opplevde han også som veldig kommanderende for tiden. Han hadde eksempelvis ropt på faren en dag han satt foran tv'en, og bedt han holde en brødkive for seg mens han spiste den. Jeg hadde en samtale alene med foreldrene om hvordan de kunne møte denne kommanderingen på en måte som begrenset den, men samtidig ivaretok behovet for å beholde en positiv tone familiemedlemmene i mellom.

Da Simen var fire år og seks måneder, hadde jeg en ny samtale med han, der jeg repeterte noe av forrige samtale. Jeg fremholdt så seirene hans, selv om de var nokså få, og la ytterligere detaljer inn i planleggingen av å øve. I stedet for å fokusere på hans mangelfulle antall suksesser prøvde jeg å endre perspektivet ved å fremholde, og tegne, antall doer han hadde greid å gå på, nemlig den i barnehagen, den hos mormor, og én do på McDonalds. Dette var mange flere enn det antall doer han ikke hadde klart å gå på, nemlig den ene hjemme. Doen på hytta ble behendig uteglemt. Jeg vektla også at han skulle kose seg mens han øvde. Jeg lot meg avslutningsvis imponere over foreldrenes beskrivelse av hvor raskt beina hans hadde latt seg øve opp, til både å sykle på tohjuls sykkel og til å hoppe, og hvor raskt hendene hans hadde lært å tegne og bruke gaffel.

To uker etterpå kom familien til en ny samtale hos meg. Han hadde begynt å gå på doen hjemme uten problemer fra dagen etter siste samtale. Jeg fant frem arket med doer og tegnet inn doen hjemme, og den nye doen han fortalte de hadde fått i barnehagen. På

vei ut, da Simen var utenfor hørehold, fortalte mor at hun etter forrige samtale ikke hadde trodd det ville virke, og at hun selv hadde blitt overrasket over at det gikk så greit.

Sammenlikning med Whites utforming av metoden

I mitt arbeid har jeg brukt ideen om eksternalisering, inspirert av White (White 1989, 1991; White & Epston 1990), men jeg følger ikke hans beskrivelser av egen arbeidsmåte i detalj. Min modifisering er i hovedsak at jeg ikke eksternaliserer avføringen, eller omtaler avføringen som problemet. Det er den manglende *ferdigheten* som er problemet, og eksternaliseringen er i forhold til hvem eller hva som mangler disse ferdighetene. *Magen* kan ikke, vet ikke, *magen* må øve.

Jeg har også forenklet metoden, ved at jeg overhodet ikke spør rundt hvordan problemet kan ha fått så mye makt, og ved at jeg ikke, mens barnet er til stede, kartlegger omfanget av problemet eller problemets innvirkning på familiens hverdag. Jeg er ikke så detaljert i min kartlegging av problemets innvirkning på familiens gjøremål, relasjoner og fremtidsutsikter. Det er mulig det ville vært nødvendig dersom barna var eldre og problemene ytterligere fastlåst.

Jeg spør vanligvis heller ikke etter unntakshistorier, noe White beskriver blir gjort for å fremme mestringsopplevelse og gi optimisme. Dette utelater jeg fordi det ofte ikke foreligger unntakshistorier, og ikke minst fordi de i den grad de finnes sjelden er knyttet til opplevelse av mestring. Det dreier seg heller om historier om å bli holdt fast med makt på do til et resultat foreligger, eller at barnet har fått klyster og derfor ikke har greid å holde igjen. Kartleggingen foregår med foreldrene på forhånd, og bare udelt positive unntak fremholdes overfor barnet.

Diskusjon

Man kan tenke seg ulike, men ikke nødvendigvis gjensidig utelukkende, psykologiske forklaringsmodeller for å forstå utviklingen av slike problemer. Man kan se det som et resultat av emosjonelle vansker hos barnet, som manifesterer seg ved et stort kontrollbehov, ved et behov for å vinne over sine foreldre, eller et uttrykk for tvangsmessige handlinger. Noen vil beskrive dette fenomenet som en fastlåsthet i, eventuelt regresjon til, det anale stadiet i den psykoseksuelle utvikling. Man kan ha ulike teorier om slike emosjonelle problemers opphav, og bruke terminologi som mangelfullt, uheldig eller direkte patologisk samspill, se det som et uttrykk for tilknytningsproblemer eller i verste fall som et resultat av omsorgssvikt, mishandling eller overgrep.

Man kan beskrive utviklingen av problemet i atferdsterapeutiske termer, enten man forstår dette som en aversiv reaksjon eller som en atferd som er forsterket frem ved foreldrenes ettergivenhet. En aversiv reaksjon kan være forårsaket av negative erfaringer knyttet til dobruk, enten det dreier seg om å ha hatt smerter i forbindelse med avføring, eller at foreldrenes atferd som sinne, kjefting og tvang har gitt negative assosiasjoner som har fått det til å «låse» seg.

Man kan forstå dette som en ren unnlåtelsessynd, ved å hevde at foreldrene ikke har tatt seg nok tid til å gjøre renslighetstreningen regelmessig og konsekvent, og at barnet dermed har utviklet uhensiktsmessige vaner. Man kan se det som et resultat av fysisk eller psykisk umodenhet hos barnet, og/eller som et utslag av et gjenstridig temperament.

Hvordan løse problemet

Når man som terapeut får henvist slike problemer, blir ett av valgene om man vil jobbe direkte mot symptomreduksjon, eller om man vil utrede og prøve å behandle det man finner av bakenforliggende problemer. Man kan velge en terapeutisk tilnærming der man leter etter, og prøver å avhjelpe, medvirkende eller utløsende faktorer hos barnet eller i samspillet. Det kan være faktorer av nevrologisk eller psykologisk karakter, for eksempel kognitiv umodenhet, angst, søskensjalousi, høyt konfliktnivå i familien eller tegn på at barnet har blitt utsatt for omsorgssvikt eller overgrep. Man kan alternativt velge å jobbe tilnærmet «rent» mot symptomreduksjon, ved kun å se på hvordan problemene viser seg, og forsøke å endre foreldrenes håndtering av disse.

«I mitt arbeid med enkoprese hos småbarn fant jeg ingen tegn til problemforverring på andre områder etter at symptomene ble fjernet»

Da enkoprese kan være ett av symptomene på en rekke fysiske og psykiske lidelser, er den innledende kartleggingen av barnets helsetilstand og øvrige sosiale og emosjonelle fungering av stor betydning. Dersom man finner store avvik i barnets omsorgssituasjon, eller andre betydelige problemer hos barnet, må man vurdere form på, og grad av, intervensjon. En symptomrettet eller løsningsfokuseret behandling utelukker imidlertid ikke at man samtidig skjeler til andre faktorer, som samspillet mellom foreldre og barn, barnets selvfølelse og selvoppfatning. Ved å bryte en negativ samspillsirkel der barnets atferd tolkes som trass, vil man til en viss grad kunne forebygge at liknende negative sirkler oppstår igjen i samspillet. I og med at begge foreldrene er til stede ved samtalen med barnet, kan man også håpe på en viss modellæringseffekt i det å kommunisere om vanskelige temaer med såpass små barn.

En behandling som primært retter seg mot symptomer, er gjerne en behandling som tar utgangspunkt i hva den enkelte klient selv, eller i disse tilfellene klientens foreldre, opplever at de ønsker å endre på, uten nødvendigvis å problematisere i særlig grad om klienten har valgt ut det som sett fra terapeutens side er det viktigste området å jobbe med. Løsningsorienterte terapeuter har her et dilemma. På den ene siden vil og bør man vise respekt for klientens rett til å velge hva han/hun ønsker å få hjelp til. Klienten har også rett til, og sikkert ofte behov for, å prøve ut terapeuten med enklere problemer før han/hun eventuelt kommer med det som trykker mer. På den andre siden har man

som fagperson et eget ansvar for å vurdere hva som er faglig og etisk riktig behandlingsform, og dermed et ansvar for å si ifra dersom man antar at klienten ikke selv har mulighet til å vurdere hva som er best, på kort eller lang sikt.

I mitt arbeid med enkoprese hos småbarn fant jeg ingen tegn til problemforverring på andre områder etter at symptomene ble fjernet. Tvert imot ble det som nevnt beskrevet en rekke tegn på positiv utvikling hos barnet etter behandlingen. Tilsvarende erfaring har også andre gjort, med arbeid med eldre barn med enkoprese (Berge & Diseth, 1993). Å jobbe mot symptomreduksjon er derfor ikke nødvendigvis å skyve de største problemene under matta, men en måte å sette i gang gode sirkler på. Ideelt sett vil en mestringsopplevelse hos foreldrene i forhold til ett problem virke som ringer i vann, og gjøre at de håndterer andre konflikter bedre.

Dersom man har klienter der man tenker at en symptombehandling ikke vil endre problemets kjerne, kan metoden fortsatt ha sin berettigelse. Når man raskt får fjernet så vidt belastende problemer som slike symptomer utgjør, blir metoden egnet til å skape tillit hos foreldrene til en selv som terapeut, noe som igjen vil skape et godt grunnlag for å gå videre med andre problemer.

Avslutning

Denne artikkelen beskriver de første skrittene på vei mot en alternativ måte å møte enkoprese hos de yngste barna på. Den bygger nærmest på en samling kasus-studier mer enn på systematisert forskning. Det gjenstår å prøve dette ut i større sammenhenger, måle resultatene mer systematisk og sammenholde den med erfaringer fra andre tilnærminger overfor samme målgruppe. Metoden har imidlertid vist seg såpass lovende at det vil være spennende å utviklet den videre.

Den mest iøynefallende effekten er at den raskt får bukt med det henviste problemet, og dermed vesentlig forkorter behandlingstiden. Sett i forhold til tradisjonelle råd fra førstelinjen i helsevesenet, som stort sett har foreskrevet faste rammer rundt dotrening uten å bekymre seg om barnets motivasjon for å delta, er denne metoden behageligere for hele familien, da de unngår at treningen foregår med tvang, hyl og skrik. Dermed unngår man også psykologisk sett uheldige, og kanskje traumatiske opplevelser med utøving av fysisk makt rundt kroppsfunksjoner. En vesentlig del av selvstendighetstreningen og løsrivelsesutviklingen er at barnet lærer å kjenne igjen egne behov og uttrykke disse. Det å oppnå, og få lov til selv å ha, kontroll over egne kroppsfunksjoner er viktig i forhold til autonomiutviklingen.

En annen vesentlig effekt av denne metoden er at den snur perspektivet fra å være barnet mot foreldrene til å bli *hele familien mot problemet*. Avhjelpingen av symptomene skjer på en måte som er egnet til å fremme opplevelse av mestring og kontroll hos både barnet og foreldre, over eget liv og væremåte.

Elisabeth Gerhardsen

BUP-Karasjok

Pb. 4, 9730 Karasjok

Tlf 78 46 95 50

E-post Elisabeth.Gerhardsen@helse-finnmark.no

Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 43, nummer 6, 2006, side 588-594

TEKST

Elisabeth Gerhardsen

+ [Vis referanser](#)

Referanser

Anderson, H., & Goolishian, H. A. (1992). Från påverkan till medverkan. Terapi med språkssystemisk synsätt. Stockholm: Mareld.

Berg, I. K., & Miller S. D. (1992). Working with the problem drinker. A solution-focused approach. New York: W. W. Norton.

Berge, T., & Diseth, T. H. (1993). Enkoprese i et barnpsykiatrisk behandlingsopplegg. Tidsskrift for Den norske lægeforening, 113, 3345-3348.

De Shazer, S. (1994). Words were originally magic. New York: W. W. Norton.

Freeman, J., Epston, D., & Lobovits, D. (1997). Playful approaches to serious problems: Narrative therapy with children and their families. New York: W. W. Norton.

Gerhardsen, E. (2002). Gode knep for småbarnsforeldre. Vollen: Tell forlag.

Larsen, P. O., & Thune, Å. (1991). Eksternalisering av problemet - en metode i psykiatrisk behandling. Tidsskrift for Den norske lægeforening, 111, 3183-3185.

Marnier, T. (1994). Kom - lad os snyde problemet. Eksternalisering i familierapi efter Michael White og David Epstons metode. København: Hans Reitzels Forlag.

White, M. (1989). Selected papers. Australia: Dulwich Centre Publications.

White, M. (1991). Nya vägar inom den systemiska terapin. Stockholm: Mareld Kooperativa Bokförlag.

White, M. & Epston, D. (1990). Narrative means to therapeutic ends. New York: W. W. Norton.