

Manualbasert terapi: erfaringer, muligheter og utfordringer

Manualbasert terapi er effektiv hjelp som trygger barnet. Men det krever fleksibel tilpasning, og at terapeutene får oppfølging og veiledning også etter introduksjonskurset.

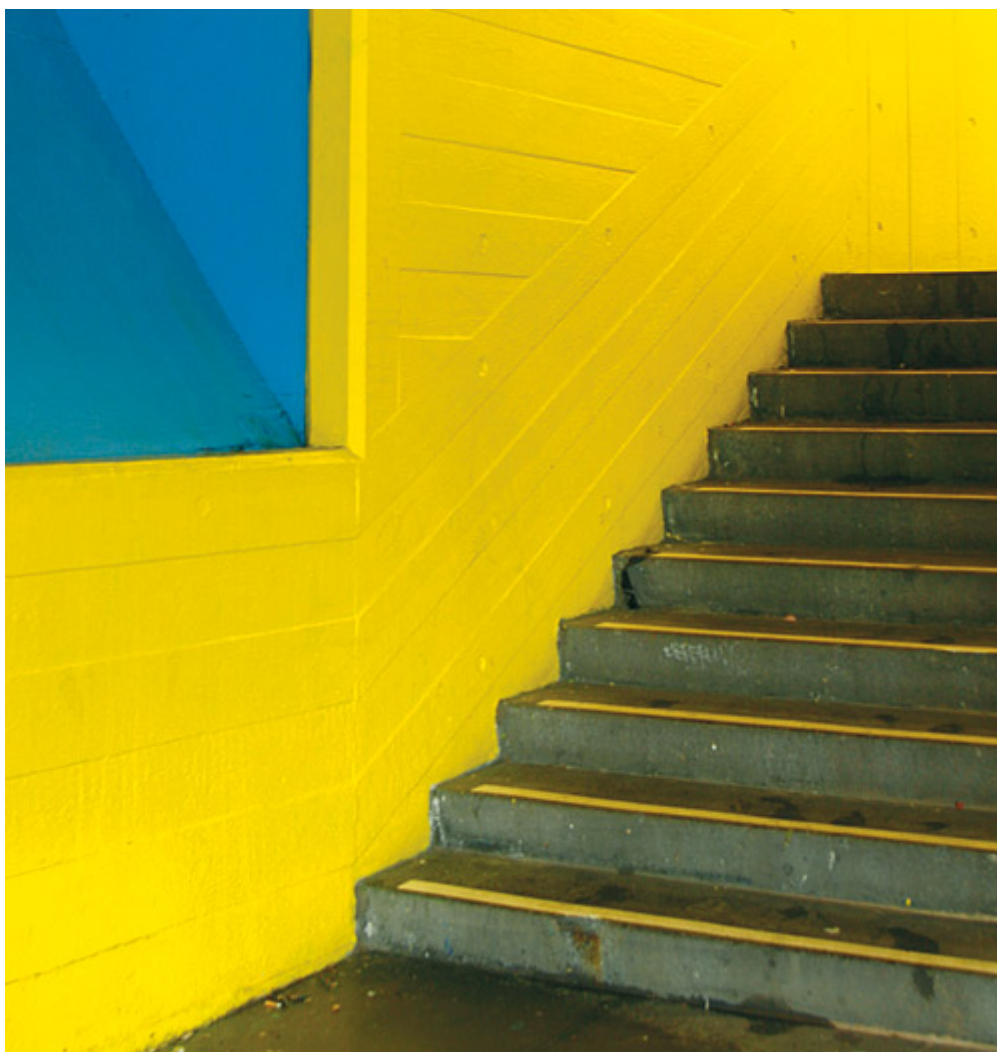
TEKST

Laila Kristin Stafset

Joana Eugenia Vilas Gomes og

Kasper Arnberg

PUBLISERT 5. oktober 2011



STEG FOR STEG: Manualen gir retning og struktur til behandlingen, og minner oss om de tingene det er viktig å utforske sammen med og lære bort til barnet. Foto: Flickr / Alan Cleaver

Forfatterene er alle psykologer som har anvendt behandlingsmanualen *Mestringskatten* (Kendall, Martinsen & Neumer, 2006) i vårt arbeid ved BUP Grorud. To av oss har også deltatt i en effektstudie av manualen brukt i vanlig poliklinisk behandling. Studiet er i regi av R-BUP Øst/sør. Dette skriftlige arbeidet er muliggjort ved stipend fra R-BUP.

Kvalitetssikring av arbeidet i psykisk helsevern gir økte krav om standardiserte prosedyrer for utredning, diagnostisering og behandling. Dette har gitt en mengde strukturerte og diagnosespesifikke manualbaserte behandlingstilnærminger, og de siste 20 år har det blitt utviklet en rekke behandlingsmanualer basert på kognitiv atferdsterapi. Atskillig forskning dokumenterer etter hvert også disse metodenes effekt overfor en rekke ulike lidelser (Manassis, 2009).

«Fleksibel bruk av manualen er avgjørende for å få til både en god relasjon til pasientene og endringer i deres angsttilstand»

Manualbaserte metoder har på bakgrunn av de gode forskningsresultatene gjerne blitt sett som standarden for evidensbasert behandling, noe som også har vekket kritikk. Behandlingsmanualer blir sett som detaljerte prosedyrer for den tekniske gjennomføringen av terapien, prosedyrer som skal følges nøye og i riktig rekkefølge (Ekeland, 1999). Videre blir det hevdet at manualene er utviklet til forskning og derfor er lite egnet til «vanlige pasienter», behandlet av «vanlige terapeuter», i «vanlig klinisk praksis» (Persons & Silberschatz, 1998; Wilson, 1998). Det advares også om at vi kan miste den menneskelige mangetydigheten og dybden av synet da standardiserte og evidensbaserte metoder blir for endimensjonale (Løkke, 2009). Vårt inntrykk er at mange mener at manualer forenkler oppfattelsen av barnet, og at man da mister en helhetlig tenkning rundt barn med vansker. Videre antas det at terapeutene da blir mindre kreative, sensitive og utforskende, og at relasjonen mellom terapeut og pasient påvirkes negativt.

Men etter to års bruk av den manualbaserte metoden *Mestringskatten* i en barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk har vi fått en mer nyansert forståelse for manualens fordeler og begrensninger. Det er disse erfaringene og refleksjonene vi ønsker å dele her.

Manualen gir retning og struktur

Den største fordelen med en manual er at den gir retning og struktur til behandlingen. Hovedmomentene man skal arbeide med, presenteres i en naturlig rekkefølge, og dette gir en ramme å forholde seg til, noe som bidrar til en mer fokusert tilnærming. Manualen blir et hjelpemiddel i en travel hverdag og minner oss om faktorer som det er viktig at barnet lærer om, eller som man skal utforske sammen med barnet.

Gjennom gjentatte erfaringer med metoden har det også blitt tydeligere for oss hvilken funksjon enkeltelementene har, og hvorfor de er nødvendige. Når vi systematisk går igjennom ulike aspekter ved angsten, får vi for eksempel mulighet til å avdekke på

hvilket område det enkelte barnet strever. Dette hjelper oss til å lage gode individuelle tilpasninger videre i terapien. For barna strever på ulike områder. Et barn kan ha vansker med å gjenkjenne de fysiske symptomene ved angst, mens andre er svært oppmerksomme på disse, men trenger å hente frem, utforske og utfordre de engstelige tankene som følger med. Andre barn igjen trenger å lære hvordan de kan roe ned kroppslige reaksjoner som anspenning og hyperventilering før de vil være i stand til å dra nytte av andre mestringsstrategier. Da må man starte med avslapningsøvelsene. Et av elementene i manualen retter seg mot problemløsningsstrategier. Målet er å øve seg på problemløsningsferdigheter for å øke barnets evne til å se andre muligheter i (tilsynelatende) låste situasjoner. I *Mestringskatten* øver vi på dette ved å lete frem til ulike måter å møte et gitt problem på, for så å la barnet være med på å vurdere hvor gode løsninger dette er. I begynnelsen skjønnte vi ikke nytten av dette elementet, men etter hvert har vi sett at mange barn i denne øvelsen anvender uhensiktsmessige løsninger i form av unngåelsesatferd. Det er helt avgjørende å hente frem disse og la barna aktivt vurdere atferden, slik at de kan hjelpes til å forstå at denne løsningen ikke er god på sikt. I det videre kan man så utforske alternative måter å håndtere de vanskelige situasjoner på, noe Johanne på 11 år er et godt eksempel på.

Johanne hadde primærdiagnosen separasjonsangst og klarte blant annet ikke å sove uten foreldrene til stede i rommet. I timene opptrådte hun motivert og målrettet, og hun fortalte om øvelser i hjemmet der hun både utfordret seg selv og klarte å holde ut situasjoner hvor hun var svært engstelig. Når vi gikk igjennom hvordan hun hadde mestret dette, kom det frem at hun hadde ligget og bitt på neglene sine så hun fikk så vondt at hun ikke klarte å tenke på noe annet. Dette kom frem mens vi satt i en gruppeterapi, og et annet barn klarte med utgangspunkt i egne erfaringer og i nydelige vendinger å gjøre det klart for Johanne at dette jo nettopp var en måte å unngå det som var vanskelig på, en måte å holde de vonde tankene unna på. Johanne ble klar over at hun måtte tørre å la de redde tankene sine slippe til hvis hun skulle kunne ta tak i dem. Men for å komme dit var det nødvendig å ta et steg tilbake og finne øvelser på et enklere trinn hvor følelsene ikke ble fullt så overveldende.

Mestringskatten systematiserer også *foreldresamarbeidet* ved å omfatte to egne foreldretimer, etter behandlingens 3. og 6. time. I tillegg åpner manualen for å ta med foreldrene i siste del av barnas terapitimer, noe vi har praktisert. Vår erfaring er at dette er ekstra nyttig i arbeidet med å kartlegge mulige unngåelsesstrategier og gir oss mulighet til å komme med forslag til hvordan forandre dette. Dessuten gir det kontinuitet i samarbeidet med foreldrene, og bidrar til at vi har holdt oss oppdatert på hvordan de erfarer endringer i barnets tilstand.

Kritikken mot manualbasert behandling antyder at man ikke er åpen for barnets tema i terapien, og at barna nærmest «overkjøres» med de manualbaserte tiltakene terapeutene presenterer for dem. Vi deler ikke dette synet, men opplever at faktorer

som klare rammer, en tydelig plan, psykoedukasjon og styrt diskusjon i grupper snarere skaper en trygghet som gjør det mulig for dem å gå inn i vanskelige temaer. Hvis man derimot bare har fokus på barnets opplevelse, er vår frykt at man verken klarer å lage en trygg ramme for barnet eller bidra til å normalisere barnets opplevelser.

Fleksibilitet og kreativitet

Det er stilt spørsmål ved hvor fleksible manualer faktisk er (Wilson, 1996). For Kendall og medarbeidere (2008) er manualen til *Mestringskatten* et rammeverk som angir hvilke hovedmomenter som skal gjennomgås i hvilken rekkefølge. Men de sier også at riktig anvendelse av manualen forutsetter fleksibel tilpasning til pasientens behov, enten det gjelder tilpasning til kognitivt nivå, komorbide tilstander eller individuelle egenskaper. Fleksibilitet er derfor et nøkkelord i anvendelsen, og vår erfaring er da også at fleksibel bruk av manualen er avgjørende både for å skape en god relasjon til pasientene og for å skape endringer i deres angsttilstand.

I vår anvendelse av *Mestringskatten* står vi stadig overfor dilemmaer som krever tilpasninger, uten at vi går bort fra de grunnleggende prinsippene metoden bygger på. Kreativ tilpasning til den enkelte pasient er derfor sentralt, som med Marie, en syv år gammel jente med separasjonsangst.

Marie slet med å beskrive sine kroppslige reaksjoner i angstvekkende situasjoner. Vi prøvde flere tilnærminger til dette; rollespill, tegne kroppen, historier om andre barn, men uten at vi klarte å hjelpe Marie. Til slutt tok vi i bruk en liten bamse som hun alltid hadde med til terapien. Gjennom rollespill med bamsen fikk vi satt ord på de kroppslige signalene Marie fikk når hun var redd.

På ulikt vis tilpasser vi altså metoder, øvelser og eksempler til barnets alder, interesser og egne innspill, og dette bidrar til å holde både motivasjon og mestringsopplevelser oppe hos barnet.

En fleksibel tilnærming speiles også i egen faglighet. Til tross for en grundig opplæring i en manual med røtter i kognitiv atferdsterapi opplever vi oss likevel stadig som eklektikere, der vi anvender elementer fra metoder vi tidligere har lært og praktisert, i vår bruk av *Mestringskatten*. Kanskje brukes elementer fra narrativ tenkning i presentasjoner av barns historie, eller vi bruker eksternalisering når barnets fysiske symptomer er for påtrengende, eller vi opplever nytten av metaforer når vi skal tydeliggjøre sammenhenger for barnet. Og i foreldresamtaler og oppsummeringene hvor barnet er til stede, bruker vi naturlig nok elementer fra familierapifeltet. Dette opplever vi helt uproblematisk innenfor den fleksibiliteten metoden åpner for.

Terapeutferdigheter

Mange synes å mene at manualbasert terapi er enklere og mindre krevende terapeutisk enn bruk av andre metoder; at dette er noe «alle» kan gjøre; at man kan lese seg til «oppskriften» i manualen. Men manualen slår fast at en behandlingsmanual ikke

erstatter vanlige terapeutegenskaper, men at disse egenskapene må forutsettes å være til stede (Kendall, Martinsen & Neumer, 2006). I tillegg til å ha kunnskap om utviklingsteori og terapi med barn må altså terapeuten ha kliniske ferdigheter som evne til å oppnå tillit, kommunisere godt og bygge allianser. Evne til å forstå det enkelte barns forutsetninger, til å skape en god relasjon til både barn og foreldre, til å se og ivareta barnet i de ulike settingene man arbeider i, og til å være oppmerksom på samhandlingsmønstre man erfarer og observerer i møtet med barnet og foreldrene, er altså like avgjørende i arbeidet med manualbasert terapi som i hvilken som helst annen terapi.

Ikke minst i arbeid med barns angst er det viktig å være sensitive og ha sterkt fokus på å trygge barnet, samtidig som vi tar en aktiv og synlig rolle overfor barnet. Så selv om manualen gir en ramme for behandlingen, kreves det solide terapeutegenskaper, grundig opplæring og veiledning. Det er bare mot en slik bakgrunn vi klarer å tilpasse behandlingen til den konkrete situasjonen, noe som er helt avgjørende for å få til endring i terapi.



TRYGG: Kritikere hevder at manualbaserte tiltak overkjører barna, mens forfatterens erfaring er at klare rammer og en tydelig plan skaper den nødvendige tryggheten for at barna skal våge å gå inn i vanskelige tema. Foto: Flickr / D. Sharon Pruitt

Begrensninger

Tid er en utfordring. Vår erfaring tilsier at hvis det først er problemer det tar tid å avdekke, så tar det også lengre tid å arbeide med dem. I andre tilfeller igjen har det vært helt nødvendig å utvide foreldretilbudet. Begge disse forholdene er uproblematisk *gitt en fleksibel bruk av manualen*. Det er derfor viktig at man på helsepolitisk hold ikke binder seg opp til bestemte antall behandlingstimer på bakgrunn av forskningsresultater knyttet til slike manualer. For det er utfordrende å finne frem til de områdene et barn spesielt strever på, og som det derfor trenger at vi bruker tid på, enten det er for å avdekke eller behandle temaet.

En annen utfordring er barn med flere samtidige problemer. Det er relativt få barn som kommer til oss med rene angsttilstander, selv om man gjennom grundige utredninger forsøker å holde et klart fokus på angst som primærvanske. Vi møter derfor barn som strever med forhold som påvirker og forstyrrer angstbehandlingen i så stor grad at det har vært vanskelig, og i noen tilfeller umulig, å gjennomføre terapien. Dette kan være problemer som utvikles underveis i behandlingsløpet, eller det skyldes forhold vi ikke fanget opp under utredningen. Manualen kunne med fordel omtalt hvordan vi i slike tilfeller avgjør når terapi bør avbrytes eller fokus skiftes.

Vi savner også at manualen gir flere eksempler på de dilemmaene terapeuten ofte møter i angstbehandling av barn. Fokuset er på teknikkene man skal benytte, mens det gis færre innspill til hvordan man jobber med allianse og motivasjon. Den kunne for eksempel inneholdt flere tips om hvordan en kan møte vanlige unngåelsesstrategier hos barn. Manualen kunne også gitt flere eksempler på gode eksponeringsøvelser for de forskjellige angstdiagnosene.

Vår deltagelse i forskningsprosjektet har vist oss nytten av individuell opplæring og veiledning. Vi mener at slik veiledning er helt essensielt for å ta metoden i bruk på en mer helhetlig måte, og skal manualer få innpass i kliniske settinger, er man etter vår mening avhengig av at terapeutene får oppfølging og veiledning i bruk utover et introduksjonskurs.

Videre perspektiv

Det er flere forhold fremtidens behandlingsmanualer bør ta inn over seg. En ting handler om hvordan man kan utvikle manualer som bedre treffer de komplekse problembildene man møter i psykisk helsearbeid. Hvordan kan vi adressere problembilder som også innebærer for eksempel familiekonflikter, rus, tilknytningsvansker og skoleproblematikk? Krever dette mer spesifikke manualer som

tar hensyn til de konkrete vanskene, eller er løsningen mer generelle manualer, som gir mer rom for fleksibilitet?

Vår bakgrunn fra BUP Grorud gjør det også naturlig å spørre seg hvor godt disse manualene treffer ulike etniske grupper. Manualene forutsetter en bestemt (vestlig) måte å tenke rundt sine problemer på, men gir få råd omkring hvordan man kan tilpasse manualene andre kulturer og deres måter å tenke om psykiske lidelser på. Et første steg er ganske enkelt å få manualen oversatt til flere språk, for slik å få mer erfaringer med hvordan man eventuelt bør tilpasse den til hver kulturs særegenheter.

Manualer er et positivt tilskudd i behandling for psykiske lidelser hos barn, men de er ikke godt nok implementert i eller tilpasset til den kliniske hverdagen mange befinner seg i. Manualutvikling må forankres mer i klinisk praksis og mindre i universitetsforskning, en kritikk som også har vært rettet mot andre forskningsbaserte metoder. Kritikken reflekterer at forbindelsen mellom behandlingsforskning og det kliniske liv ikke er god nok, og det er å håpe at vi vil se at mer av forskningen på behandlingsmetoder gjøres ute i klinikkene fremfor ved amerikanske forskningsentre. Dette forutsetter at man på forsknings- og helsepolitisk hold ser verdien av dette, men også at vi som terapeuter bruker mer tid på å tydeliggjøre og måle det vi holder på med i det daglige. Dette siste er noe vi har erfart som utfordrende, men også svært lærerikt. 1

FAKTA OM MESTRINGSKATTEN:

- *Mestringskatten* er en manualbasert kognitiv atferdsterapeutisk behandlingsmetode utviklet av Phillip Kendall.
- Flere internasjonale studier har dokumentert behandlingens effekt (se James, Soler & Weaterall, 2005).
- Behandlingen retter seg mot barn i aldersgruppen 7-12 år som lider av separasjonsangst, sosial angst og generalisert angstlidelse. Man søker å dempe angsten gjennom å endre dysfunksjonelle tankemønstre.
- Behandlingen kan gis både som gruppeterapi eller individualterapi. I begge tilfeller strekker behandlingsløpet seg over 12 timer, med to foreldretimer i tillegg til dette.

Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 48, nummer 10, 2011, side 994-997

TEKST

Laila Kristin Stafset

Joana Eugenia Vilas Gomes og

Kasper Arnberg

KONTAKT: laila.kristin.stafset@ahus.no

Referanser:

- Barmish, A. J & Kendall, P. C. (1995). Should Parents Be Co-Clients in Cognitive-Behavioral Therapy for Anxious Youth? *Journal of Child and Adolescent Psychology*, 34 (3): 569-581.
- Ekeland, T. J. (1999). Evidensbasert behandling: kvalitetssikring eller instrumentalistisk mistak. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 36, 1036-1047.
- James A, Soler A., Weatherall R. (2005). Cognitive behavioural therapy for anxiety disorders in children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 4. Art. No.: CD004690. DOI: 10.1002/14651858.CD004690.pub2.
- Kendall, P. C., Gosch, E., Furr, J. N., Sood, E. (2008). Flexibility within Fidelity. *American Academy and Child and Adolescent Psychiatry*, 47 (9), 987-993.
- 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., Suveg, C. (2006). Treating anxiety Disorders in Youth. I P. C. Kendall (red): *Child and Adolescent Therapy. Cognitive-Behavioral Procedures* (s. 243-294). New York: The Guilford Press.
- Klein, R. J & Pine, D. S. I Cicetti, D & Cohen, D. J. (red). (2006). *Developmental Psychopathology*, sec. Ed. Vol.3. Risk, Disorders and Adaption. New York: John Wiley & Sons. Inc.
- Løkke, P. A. (2009). Lavterskel på anbud - psykoanalysens korrektiv. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 46 (7), 670-673.
- Manassis, K. (2009). *Cognitive behavioral therapy with children-a guide for the community practitioner*. New York: Routledge.
- Persons J., Silberschatz G. (1998). Are results of randomized controlled trials useful to psychotherapists? *Journal of Consulting and Clinical psychology*, 66,126-135.
- Wilson, G. T. (1996). Manual based treatments: clinical application of research findings. *Behaviour research and therapy*, 34 (4), 295-314.
- Wilson, G.T. (1998). Manual-based treatment and clinical practice. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 5, 363-375.