

Kognitiv atferdsterapi med små barn

Kognitiv atferdsterapi med barn er en nyttig behandlingsform da mange av de problemene vi ser hos barn, er knyttet til mangelfull evne til å regulere tanker, følelser og handlinger.

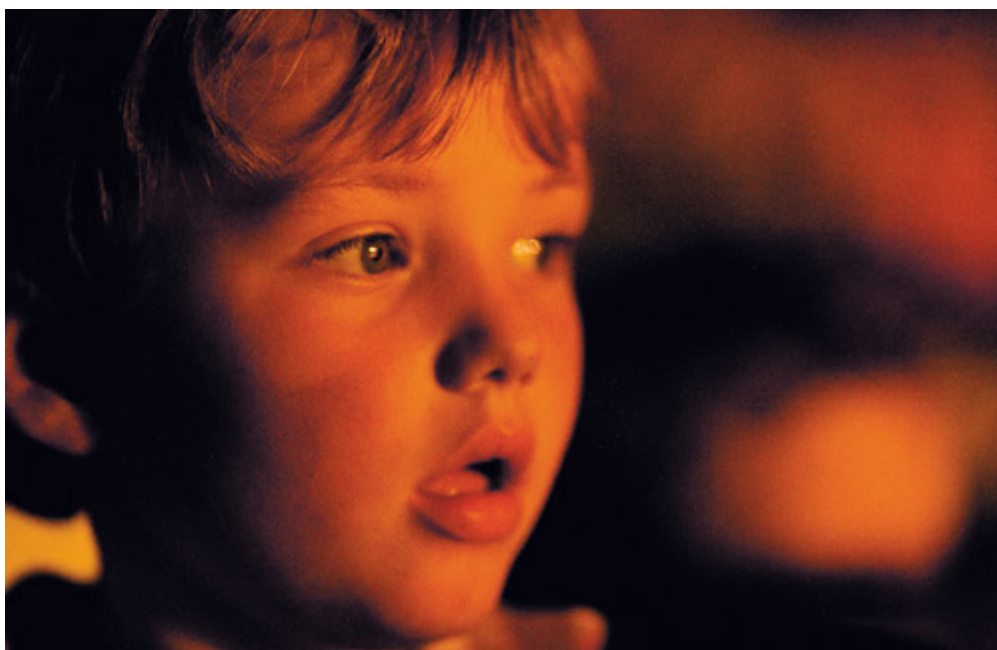
TEKST

Annelise Fredriksen

Jon og Tore Aarseth

Tore Aune

PUBLISERT 5. januar 2011



EGENSTØTTE FRA UNG ALDER: Barn kan fra sen førskolealder av artikulere egne tanker og forstå begreper som «å snakke med seg selv». Dette gjør at de også kan bruke enkle kognitive strategier som positive selvinstruksjoner. Foto: Flickr/Thomas Hawk

Vi skal avgrense oss til å vise hvordan en kan hjelpe barn i førskolealder og tidlig skolealder til å identifisere sammenheng mellom situasjon, tanke og følelser, og hvordan selvinstruksjoner kan støtte barnets selvregulering og mestring. For en mer utfyllende versjon av tema henviser vi til Fredriksen, Aune og Aarseth (2008).

Rammen rundt barnet og utforming av kasusformulering

I arbeidet med barn må behandlingstilnærmingen ta hensyn til barns utviklingsmessige forutsetninger, og at barn er del av en familie og et sosialt nettverk. Tiltak må altså sees i sammenheng med de utviklingsoppgavene som barnet skal mestre (Grova, 2007) og de utfordringene som omgivelsene utgjør for hvert enkelt barn. En forutsetning for å prioritere og fastsette realistiske behandlingsmål er derfor kartlegging av både individuelle og kontekstuelle faktorer. Når en arbeider med små barn, blir kasusformuleringen som regel mer omfattende enn med voksne pasienter. I saker der det dreier som om sammensatte utfordringer, er det nyttig å lage en helhetlig kasusformulering av både predisponerende, opprettholdende, utløsende og beskyttende faktorer som påvirker barnets psykiske problemer (Carr, 2006).

«Det er vanlig at barn kan bli opptatt av temaer som ligger utenfor agendaen. Å bli *for* opptatt av strukturen og målsettingen kan da hemme samarbeidsprosessen med barnet»

I samtalene *med* et barn blir kasusformuleringen nødvendigvis forenklet og mer konkretisert, slik at barnet kan forstå den. Den mer utdypende kasusformuleringen anvendes i samarbeid med foreldre, behandlingsteam og samarbeidspartnere. Det kan gjøre det lettere å skape felles forståelse av barnets fungering som grunnlag for planlegging av behandlingsmål og tiltak (Fredriksen, Aune og Aarseth, 2008). Tiltak som inkluderer barnets psykososiale betingelser, er ofte avgjørende for et positivt resultat, og er i mange tilfeller en forutsetning for at barnet skal kunne nyttiggjøre seg en individuell tilnærming som KAT (Graham, 2005).

Samarbeid og terapeutisk allianse både med barnet selv, med foreldrene og eventuelt med andre er en selvsagt forutsetning for at KAT med barnet skal fungere. Dette kan i mange tilfeller være mer utfordrende enn bruken av de terapeutiske teknikkene i seg selv. I arbeid med små barn er det også utfordrende å holde fast ved strukturen som inngår i KAT-modellen. Det er vanlig at barn kan bli opptatt av temaer som ligger utenfor agendaen eller det hovedfokuset som er avtalt i tidligere møter. Å bli *for* opptatt av strukturen og målsettingen kan da hemme samarbeidsprosessen med barnet. KAT med barn forutsetter en fleksibel terapeut som kan gjenskape felles fokus når dette brister. Bruk av metaforer, både verbale og ved hjelp av tegning eller lignende, kan styrke barnets oppmerksomhet og gi forståelse av hva vi skal gjøre sammen. Slik kan man konkretisere prosessen som skal føre barnet fram mot et terapeutisk mål. For eksempel kan delmålene i angstmestring illustreres ved å tegne en stige eller trapp på en tavle. I samarbeid med barnet kan vi da bli enige om hva hvert av trinnene skal inneholde av utfordringer som barnet skal forsøke å mestre.

Affekt- og selvregulering

Små barn bearbejder informasjon ut fra sine kognitive forutsetninger og skaper aktivt mening ved seleksjon, innkoding og forklaring av hendelser som angår dem selv og andre. Tidligere internaliserte erfaringer (skjemaer) har betydning for hvordan barnet forstår seg selv og sitt forhold til andre eller den andres forhold til barnet. Negative selv- og selv/andre-bilder (maladaptive skjemaer) kan forstyrre utviklingen av barnets selvregulerende kapasitet og gjøre det mer sårbart for utvikling av emosjonelle og atferdsmessige vansker (Bradley, 2000, Young, 2003).

«Det overordnede målet for terapien er å støtte barnet i dets utvikling av hensiktsmessige mentale og atferdsmessige strategier»

Terapi innebærer å hjelpe pasienten til å regulere følelser, tanker og handlinger. I kognitiv terapi med voksne er intervensjonene vanligvis rettet mot personens bruk av allerede etablerte mentale ressurser for selvregulering. For barn, som fortsatt er i utvikling, er det overordnede målet for terapien å støtte barnet i dets utvikling av hensiktsmessige mentale og atferdsmessige strategier. Nettopp utvikling av selvregulerende kapasitet hos barn har i de siste årene blitt stadig mer vektlagt (Fonagy, Schore, Stern og Sørensen, 2007), og forskning viser at det er en sammenheng mellom barnets evne til affektregulering og utvikling av psykiske vansker (Bradley, 2000).

I kognitiv terapi med barn vil de psykologiske prosessene som inngår i selvregulering, være fokus for påvirkning (Bronson, 2000). Selvregulering er avhengig av psykologiske funksjoner som oppmerksomhetsprosesser, tolkning av hendelser, innkoding av indre signaler på følelsesmessig aktivering, tilgang til mestringsressurser og valg av handlingsalternativer. I tillegg er den kontekstuelle sammenhengen og miljøets krav til regulering avgjørende for å forstå de utfordringene barnet står overfor (Greenberg, Kusche og Speltz, 1992). Evnen til selvregulering øker betydelig i fem- til syvårsalderen, og fra tidlig skolealder vil barnet i større grad mestre bevisst selvkontroll (Bronson, 2000). Bruk av språket får økt betydning, noe som blant annet viser seg i problemløsning, hvor det skjer et skifte fra å snakke høyt med seg selv til en indre samtale. Strategiene endres også fra å være emosjonelle til en større grad av problemfokusering og løsningsorientering, og regelstyring har en sentral funksjon i denne alderen. Etter hvert som de metakognitive funksjonene styrkes, kan barnet i større grad reflektere over sin egen og andres atferd. Dette gir barnet større forståelse for andres perspektiv, noe som er avgjørende for utvikling av evne til å se sammenhenger og konsekvenser av handlinger. Videre blir bevissthet om ens egen og andres følelsesmessige tilstand tydeligere. Det skjer også en betydelig endring av kognitive funksjoner som oppmerksomhet, konsentrasjon og hukommelse. Barnets evne til sekvensiell tenkning blir bedre, og det mestrer i større grad å organisere sin

atferd målrettet og ved valg mellom handlingsalternativer. Barnet begynner å regulere seg selv med referanse til indre standarder, og erfaringer av å kunne regulere seg selv virker motiverende og styrker barnets selvfølelse.

Studier viser at barn fra sen førskolealder av er i stand til å artikulere sine tanker og forstå begreper som «å snakke med seg selv», og at de kan bruke enkle kognitive strategier som positive selvinstruksjoner (Stallard, 2005). De vil imidlertid ha vansker med kognitiv restrukturering, utforskning og hypotesetesting. Fra syvårsalderen er barnet i stand til å reflektere over sine egne kognitive prosesser (Salmon og Bryant, 2002; Spence, Donovan og Brechman-Toussaint, 2000; Williams, Salkovskis, Forrester og Allsopp, 2002). Mens metoder for endring av barnets atferd har vært mest vektlagt når det gjelder KAT med den yngste aldersgruppen, er det utviklingspsykologisk mulig med kognitiv terapi fra skolestart – forutsatt at barnets utvikling er i samsvar med alderen. Ofte vil de barna som har behov for psykologisk behandling, ha hatt ugunstige utviklingsbetingelser og/eller medfødte forutsetninger som kan disponere for en skjevutvikling. Da er det nødvendig å tilpasse terapimodellen til barnets faktiske utviklingspsykologiske fungering. Hvis barnet i liten grad er i stand til å gjenkjenne og sette ord på følelser, har det for eksempel lite for seg å starte med ABC-registrering. Det første målet vil da være å hjelpe barnet til å kunne gjenkjenne, sette ord på uttrykke ulike følelser.

Identifisering av følelser

Det å kunne identifisere følelser hos seg selv og hos andre har i seg selv en regulerende funksjon. Mange av barna vi møter i behandling, kan ha vansker med å identifisere og begrepssette følelser, selv om de ut fra sin alder skulle forventes å mestre det. Hvis dette er tilfellet, er målet i første omgang å styrke barnets evne til identifisering av følelser.

«I kognitiv terapi med barn vil de psykologiske prosessene som inngår i selvregulering, være fokus for påvirkning»

Identifisering av følelser inngår i flere av de manualiserte behandlingene, for eksempel «Mestringskatten» (Kendall, Martinsen og Neumer, 2006), som benyttes overfor barn og da ved hjelp av ferdig trykte ansiktsfigurer som forestiller ulike følelser. Selv tegner vi ansiktene sammen med barnet med utgangspunkt i fire ansikter som uttrykker å være glad, trist, sint og redd. Det å engasjere barnet i å lage ansiktene styrker ofte felles fokus, gir en opplevelse av samskaping, og materialet (følelsesansiktene) blir også barnets eiendom. I terapeutisk arbeid med barn vil vanligvis det å skape noe sammen med barnet virke mindre utfordrende for barnet, da fokus er på det som det samarbeides om, og ikke direkte på barnet eller relasjonen.

Følelsesansiktene vi har tegnet sammen med barnet, brukes som referanse på spørsmål om hvilket ansikt barnet kjenner mest igjen hos seg selv. Barnet velger som oftest ett

eller to ansikter. For å nyansere og tydeliggjøre at følelsestilstander varierer, spør vi om barnet også kan kjenne seg igjen i de øvrige følelsesansiktene. Selv om barnet er i stand til å kjenne igjen følelsesansiktene, er det ikke sikkert at barnet har kunnskap om hvordan ulike følelser kjennes ut. Dette utforskes ved at vi tegner en kropp til ansiktene, og at vi forklarer at følelsene merkes i kroppen. Med henvisning til følelsesansiktene spør vi barnet om hvordan de ulike følelsene kjennes i kroppen. Beskrivelsene barnet gir, avhenger blant annet av barnets alder. De yngste viser vanligvis til en kroppsdel, og negative følelser blir beskrevet som vondt i magen eller i hodet. De eldste i denne aldersgruppen kan gi mer nyanserte beskrivelser, ofte i metaforiske uttrykk, som en stor svart klump i brystet, det snører seg i halsen, eller eksplosjon i hodet. Videre kan vi måle følelsenes styrke slik barnet gjenkjenner disse hos seg selv. Styrken blir illustrert med en streklinje fra 0 til 10 eller konkretisert billedlig hvis barnet ikke har tilstrekkelig tallforståelse.

Deretter kan vi bygge på med spørsmål om i hvilke situasjoner de kan kjenne igjen ulike følelser. Det å se sammenhengen mellom ulike følelsestilstander og hva som kan lede opp til følelsen og hva som påvirker variasjon i følelsen, stimulerer barnets metakognisjon. Den reflekterende prosessen kan i seg selv virke regulerende. Følelsesansiktene gir et godt utgangspunkt for å snakke med barnet om hva det ønsker skal bli annerledes, og hva det ønsker hjelp til. Vi bruker følelsesansiktene i oppstart av hver terapitime, og det hjelper barnet til å fortelle om hvordan hun/han har hatt det, og om det er endringer som har skjedd siden forrige samtale. Det gir vanligvis et godt utgangspunkt for å bestemme dagens tema.

Situasjon, tanker, følelser og handlinger

Det kan være vanskelig å forklare barn sammenhengen mellom tanker og følelser, da det forutsetter evne til å observere og skille mellom egne indre tilstander (følelser, ønsker, tanker osv.). Ved hjelp av tegninger, bilder, tankebobler, tegneserier og historier er det mulig for barnet å forstå at det vi tenker om hendelser, har betydning for hvordan vi opplever det som skjer. Det finnes også selvhjelps bøker om vanlige problemer hos barn som kan illustrere paralleller til eget liv og som slik kan gi refleksjoner og ideer til mestringsstrategier (Jackson, 2008; Mundy, 2001; Mundy, 2002; Mundy, 2007; Wigand, 2003). «Verktøyskrin» som *Psykologisk førstehjelp* (Raknes, 2010) og *Mestringskassen* (Kendall og Martinsen, 2010) er andre gode hjelpemidler.

Fra 6–7-årsalderen pleier barn å forstå sammenhengen mellom følelser og tanker når vi forklarer dette på en konkret måte. Vi snakker med barna om at vi skal hjelpe dem med tankene, «det en sier inne i seg» eller «tankeboblene». Vi bruker også begreper som «hjelpsomme tanker» og «ikke hjelpsomme tanker» (Barett, 2008; Kendall, 2002).

Når en arbeider med angst og frykt hos barn, kan en bruke begreper som skumle tanker og handlingstanke, hvor en handlingstanke er en tanke som gjør at en tør å prøve selv om en er redd (Aune og Stiles, 2009)

Når vi først har sørget for at barnet forstår modellen, er det vanligvis enklere å hjelpe barnet til å se sammenhengen mellom situasjon, tanker, følelser og handlinger i

hendelser barnet selv har vært involvert i. Registrering gjennom nedtegnelser mellom timene er aktuelt for de eldste, men vanskelig for de yngste barna. Her må registrering hjemme involvere foreldrene, og er da vanligvis i form av atferdsregistrering. Hvis systematisk registrering ikke er gjort mellom terapitimene, vil vi med utgangspunkt i de opplysningene vi ellers får fra barnet eller foreldrene, rekonstruere sammenhengen mellom hendelser, tanker, følelser og handling. Under slik rekonstruksjon bruker vi tavle hvor vi tegner og skriver opp det barnet forteller. Hovedfiguren med tankebobler og følelser som kjennes i kroppen, går igjen. Barnet blir etter hvert godt vant med å beskrive tankene og følelsene sine på denne måten, og vi får fram eksempler på hva barnet pleier å gjøre i situasjoner der ubehagelige følelser blir aktivert. Dette gir et utgangspunkt for å snakke om hva barnet tenker eller gjør som kan bidra til at det blir mindre redd, trist eller sint.

Selvinstruksjoner

Endring av selvinstruksjoner egner seg godt i terapi med barn. Med de yngste barna kan målet være å etablere hensiktsmessig «selvsnakk» og «regler» som kan lede barnet gjennom følelsesmessige vanskelige situasjoner. Selvinstruksjonen omfatter tre ledd: akseptere følelsen, plan for mestring, og rose seg selv for å forsøke.

Hensiktsmessige indre dialoger er en naturlig mestringsstrategi for barn i tidlig skolealder. Sammenlignet med eldre barn og ungdommer evaluerer de ikke dialogen med motforestillinger, og de tar lettere i bruk alternativer som den voksne foreslår. Det kan være nødvendig å skrive huskelapper om det barnet skal trene på å si til seg selv. Huskelappen kan barnet ha med seg og ta fram hvis det er behov for det. Andre ganger kan symboler for hjelpetankene brukes i stedet for huskelapp, for eksempel en liten leke barnet har i lommen som de kjenner på i vanskelige situasjoner, og som minner barnet på hva hun/han skal si til seg selv. Terapi med Marte, 8 år, kan illustrere metoden:

Marte ble henvist fordi hun begynte å vegre seg mot å gå på skolen, og fordi hun klagde mye over hode- og magesmerter, noe som var blitt undersøkt medisinsk uten at det ble funnet grunn for plagene. Kartlegging konkluderte med separasjonsangst og spesifikk fobi. Tidlig utvikling hadde forløpt uten spesielle vansker, og det var heller ingen spesiell bekymring knyttet til de psykososiale forholdene. Både foreldrene og Marte selv ønsket hjelp. Etter innledende samtale med Marte og foreldrene der Martes eget fokus var på hode- og magesmertene, ble det mulig å undersøke om det kunne være andre grunner til smertene enn fysisk sykdom. Da vi startet med å tegne følelsesansiktene, tok Marte raskt del i dette, og tegnet i tillegg et ansikt som representerte å ikke forstå. Dette ansiktet og redd-ansiktet var det hun selv kjente seg mest igjen i. Styrken på «ikke-forstå»-følelsesansiktet var omtrent like sterkt hele tiden, mens redd-følelsesansiktet varierte. Hvis hun var hjemme sammen med foreldrene, var intensiteten lavest, men bare hvis hun klarte «å la være å tenke». Slik begynte Marte selv å utforske sammenhengen mellom tankene og følelsene. Hun tenkte mye på en alvorlig hendelse da hun

var 5–6 år der hun var i fare for å bli utsatt for overgrep. Tankeboblene som vi tegnet inn, omhandlet omfattende bekymringstanker om at vedkommende person skulle oppsøke henne på ulike steder, blant annet på skolen. Selv om hun visste at denne personen var langt borte, og at han ikke hadde noen kjennskap til hennes identitet, var hun sikker på at han ville klare å finne ut av hvor hun var. Marte hadde ikke vært opptatt av denne hendelsen siden den skjedde, og foreldrenes vurdering var at hun i etterkant raskt var tilbake til vanlig fungering etter lette tilpasningsproblemer med søvn og spising. Situasjonen som hadde utløst nåværende reaksjon, var at det på skolen var blitt snakket om en lignende hendelse, og barn og foreldre var blitt informert om å ta visse forholdsregler. «Ikke-forstå» ble beskrevet som en uspesifikk negativ følelse («ekkel følelse»), og i tankeboblene var det spørsmål som «hvorfor gjorde han det?» og «hva ville ha skjedd hvis...?».

Samtalene med Marte handlet blant annet om å hjelpe henne til en mer realistisk vurdering av faresituasjonen i nåtid og hvordan hun kunne ta i bruk mer «hjelpsomme tankebobler» («han vet ikke hvor jeg bor, hvilken skole jeg går på, han bor ikke lenger i landet», «jeg er trygg nå») for å mestre å forlate hjemmet. I begynnelsen hadde hun liten tro på at det ville hjelpe, og hun hadde stadig nye innvendinger i form av «ja,men...» og «tenk hvis....». Vi ble likevel enige om å eksperimentere med disse nye tankeboblene, og foreldrene, som var med under samtalene, støttet opp om dette. Da hun etter hvert opplevde at angsten endret seg, magesmertene ble borte, og hun kunne gå på skolen uten at foreldrene var med henne, reagerte hun med sinne for det som hadde hendt, og det ga mulighet til å arbeide med hennes følelser og tanker som var knyttet til den opprinnelige hendelsen. I denne fasen ble det også arbeidet med å hjelpe henne til å forstå hendelsen ut fra sine forutsetninger og på en slik måte at det virket støttende for hennes selvforståelse. Sinne hjalp henne til å se at det var hans feil og ansvar, noe som hun også tydeliggjorde i lek og fantasi.

Kognitiv atferdsterapi med barn kan være en hensiktsmessig behandlingsform fordi mange av de problemene vi ser hos barn, er knyttet til mangelfull evne til å regulere tanker, følelser og handlinger. Å erfare og reflektere over sammenhengen mellom situasjon, tanke, følelse og handling er grunnleggende for affektregulering og impuls kontroll. En bevisstgjøring på denne sammenhengen hvor en samtidig utforsker barnets muligheter til andre måter å tenke og handle på, kan styrke barnets evne til selvregulering og opplevelse av å være aktør i eget liv. Tilnærmingen handler imidlertid ikke bare om å lære barnet noen teknikker, men vel så mye om å støtte barnets utvikling av metakognisjon for slik å styrke barnets «psykiske selvstendighet». 1

Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 48, nummer 1, 2011, side 75-79

TEKST

Annelise Fredriksen

KONTAKT: al-fred@online.no

Jon og Tore Aarseth

Tore Aune

KONTAKT: tore.aune@svt.ntnu.no

+ **Vis referanser**

Referanser

- Aune, T. & Stiles, T. (2009). The effects of depression and stressful life events on the development and maintenance of syndromal social anxiety: Sex and age differences. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 38, 501-512.
- Barret, P. (2008). *Friends for life*. Norsk oversettelse: J. F. Bjåstad, K. Martinsen, M. Aalberg & S. P. Neumer. Prosjekt Kartlegging og behandling – angst hos barn og voksne. Bergen: Innovest.
- Bradley, S. (2000). *Affect regulation and the development of psychopathology*. New York: Guilford Press.
- Bronson, M. (2000). *Self-regulation in early childhood*. New York: Guilford Press.
- Carr, A. (2006). *The handbook of child and adolescents clinical psychology. A contextual approach*. London: Routledge.
- Fonagy, P., Schore, A. N., Stern, D. N. & Sørensen, J. H. (2006). *Affektregulering i utvikling og psykoterapi*. København: Hans Reitzels forlag.
- Fredriksen, A., Aune, T. og Aarseth, J. (2008). *Kognitiv terapi for barn og unge*. I Berge, T. og Repål, A. (red.): *Håndbok i kognitiv terapi*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Graham, P. (red.), (2005). *Cognitive behavioural therapy for children and families*. U.K.: University Press.
- Greenberg, M., Kusche, C. & Speltz, M. (1992). Emotional regulation, self-control, and psychopathology: The role of relationship in early childhood. I D. Cicchetti & S. Toth (red.), *Rochester symposium on developmental psychopathology: Vol 2: Internalizing and externalizing expressions of dysfunction* (s. 21-55). Hillsdale: Erlbaum.
- Grova, B. (2007). *Kognitive metoder i terapi med barn og ungdom*. I H. Haavind & H. Øvreeide (red.), *Barn og unge i psykoterapi* (s. 196-224). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Jackson, J. S. (2008). *Det er lov å være sjenert. Selvhjelp for barn*. Oslo: Libretto.
- Kendall, P. C., Choudhury, M. A., Hudson, J. & Webb, A. (2002). *The C.A.T. Project Manual*. Ardmore, PA: Workbook Publishing.
- Kendall, P. C., Martinsen K. D. & Neumer, S.-P. (2006). *Mestringskatten (Coping Cat)*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Kendall, P. C., Martinsen K. D. (2010). *Mestringskassen (Coping Kit)*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Mundy, M. (2001). *Det er lov å bli lei seg. Selvhjelp for barn*. Oslo: Libretto.
- Mundy, M. (2002). *Skolen kan bli helt ok. Selvhjelp for barn*. Oslo: Libretto.
- Mundy, M. (2007). *Det er lov å bli sint. Selvhjelp for barn*. Oslo: Libretto.
- Raknes, S. (2010). *Psykologisk førstehjelp. Barn*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Salmon, K. & Bryant, R. (2002). Posttraumatic stress disorder in children: the influence of developmental factors. *Clinical Psychology Review*, 22, 163-188.
- Spence, S., Donovan, C. & Brechman-Toussaint, M. (2000). The treatment of childhood social phobia: the effectiveness of a social skills training-based cognitive behavioural intervention with and without parental involvement. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41, 713-726.
- Stallard, P. (2005). *Cognitive behavioural therapy for prepubertal children*. I: Graham, P. (red.). *Cognitive behavioural therapy for children and families*. U.K.: University Press.

Wigand, M. (2003). Det er lov å være redd. Selvhjelp for barn. Oslo: Libretto.

Williams, T., Salkovskis, P., Forrester, E. & Allsopp, M. (2002). Changes in symptoms of OCD and appraisal of responsibility during cognitive behavioural treatment: a pilot study. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 30, 69-78.

Young, J. E., Klosko, J. S., Weishaar, M. E. (2003). *Schema Therapy. A practitioner's guide*. N.Y.: Guilford Press.