

Allianse og metode



BÅDE OG Terapeuter må både sørge for en god allianse og jobbe spesifikt med de posttraumatiske stressplagene for å gi best mulig hjelp til traumatiserte barn og unge.

Foto: radoslawczarnecki0/Pixabay.com

God allianse er ikke tilstrekkelig i behandlingen av barn og unge. Terapeuter trenger også spesifikke metoder for å redusere barnas posttraumatiske stressplager.

TEKST

Silje Mørup Ormhaug

PUBLISERT 2. mai 2016

Som nyutdannet psykolog erfarte jeg at feltet var svært opptatt av den terapeutiske alliansen, spesielt i behandling av traumatiserte barn og unge. Denne gruppen har ofte opplevd mange svik og brutte relasjoner, og vil derfor være ekstra sårbare og vanskelige å engasjere i en ny relasjon. I tillegg vil en behandling med eksplisitt fokus på ungdommens traumatiske erfaringer kunne oppleves som krevende for en ungdom med høye symptomer på posttraumatisk stress (PTSS), derfor vil en god allianse være avgjørende for at de skal klare å engasjere seg i behandlingen. Men da jeg begynte å se på litteraturen, fant jeg bare én studie som hadde undersøkt dette empirisk. Og den var i tillegg mer enn 20 år gammel (Eltz, Shirk, & Sarlin, 1995). Det var overraskende at et så viktig klinisk spørsmål ikke var blitt mer studert, og det motiverte meg til å undersøke dette nærmere.

Vi vet at tallet på barn og unge som utsettes for potensielt traumatiserende hendelser som vold i hjemmet, seksuelle overgrep og grov mobbing i Norge, er høyt (Schou, Dyb & Graff-Iversen, 2007; Thoresen & Hjemdal, 2014). Vi vet også at disse barna utgjør en stor andel av dem som blir henvist til BUP (Ormhaug, Jensen, Hukkelberg, Holt, & Egeland, 2012), men da vi startet studien visste vi lite om hvilken behandling de fikk, og hvordan den virket. En metode som har vist veldig gode resultater for barn og unge som har opplevd mange ulike typer traumer, er traumefokusert kognitiv atferdsterapi (TF-CBT, Cohen, Mannarino, & Deblinger, 2006). Denne metoden har blitt undersøkt i mer enn 13 RCT-studier, men hovedvektene av disse studiene er fra USA, der behandlingen har blitt gjennomført ved spesialiserte traumeklinikker. Vi ønsket derfor å undersøke hvordan metoden ville fungere i en norsk kontekst, gjennomført av ordinære terapeuter, og med de barna og unge som vanligvis blir henvist til BUP.

«Terapeutene hadde en tendens til å undervurdere ungdommens opplevelse av alliansen»

I 2008 startet vi arbeidet med å utdanne terapeuter i TF-CBT ved åtte BUP-er rundt i landet, og med et randomisert kontroll-design ønsket vi å sammenligne TF-CBT med standard behandling («therapy as usual», TAU) (Jensen et al., 2013). Et sentralt spørsmål var: Hva utgjør viktige endringsprosesser i behandlingen? Den terapeutiske alliansen var en av de prosessvariablene vi kartla underveis.

Alliansens betydning

Et av spørsmålene vi ønsket å undersøke, var hvordan den terapeutiske alliansen forholder seg til utfall på tvers av behandlingsmetode. Da jeg startet på doktorgradsprosjektet, så jeg for meg at TF-CBT og TAU kunne vise seg å gi like gode resultater, og at det var kvaliteten på den terapeutiske alliansen som ville skille de deltakerne som ble bedre, fra dem som ikke ble det. Da vi så på resultatene, fant vi at dette ikke stemte. Behandlingsmetoden var den sterkeste prediktoren for utfall. Deltakerne i TF-CBT rapporterte om lavere symptomer på PTSS, depresjon og generelle vansker etter avsluttet behandling. Den terapeutiske alliansen var like god i begge gruppene, men det var bare i TF-CBT at alliansen målt etter sjetten time predikerte utfall ved avsluttet behandling. I TAU var det ingen sammenheng mellom kvaliteten på alliansen og bedring.

I TF-CBT jobber terapeutene med spesifikke komponenter som er utviklet for å redusere barnas posttraumatiske stresssymptomer og bearbeide eventuelle traumatiske feilattribusjoner. I TAU fikk vi inntrykk av at behandlingen var mer uspesifikk, og at den hadde mindre fokus på barnas traumatiske erfaringer. Da det så viste seg at en sterk allianse bare predikerte utfall i TF-CBT, tolker vi det slik at det er viktig å ha både en

sterk allianse og jobbe spesifikt med de posttraumatiske stressplagene for å gi best mulig hjelp til denne gruppen barn og unge.

Terapeutene bommer

Et annet aspekt vi ønsket å undersøke, var om det er ungdommens eller terapeutens vurdering av alliansen som best predikerer utfall. Det er vesentlig å vite dette, for terapeuters vurdering av alliansen kan være en rettesnor for hvilke valg og intervensjoner som blir tatt i timen. Hvis terapeuten for eksempel blir bekymret for at alliansen ikke er god, kan det føre til at han eller hun utsetter å introdusere en potensielt krevende oppgave, som traumenarrativ eller eksponering. Studien vår viste imidlertid at det bare var ungdommens perspektiv som predikerte utfall. Terapeutens vurdering var ikke relatert til utfall i seg selv, og det viste seg at terapeutene heller var ikke særlig gode til å vurdere ungdommens opplevelse av alliansen. Terapeutene hadde stort sett en tendens til å undervurdere ungdommens opplevelse av alliansen. Når terapeutene overvurderte, og rapporterte at alliansen var bedre enn det ungdommen selv syntes, var dette forbundet med et dårlig behandlingsresultat. Vi tenker at dette var et tegn på at terapeutene ikke tolket ungdommens signaler godt nok, og at dette kan ha hindret dem i å justere intervensjonene slik at de passet bedre.

Husk foreldrene

Til sist var vi opptatt av hvem som dropper ut av behandlingen, og hvorfor de gjør det. Her fant vi at ungdommene ser ut til å legge stor vekt på hvordan de opplever at *foreldrene* vurderer terapeuten og behandlingen. De ungdommene som rapporterte at de hadde inntrykk av at foreldrene ikke likte terapeuten, eller ikke hadde tro på at behandlingen ville være nyttig, hadde større risiko for å droppe ut. Dette funnet viser at det er viktig å huske på at foreldrene spiller en sentral rolle i behandlingen av barn og unge, og at denne strekker seg ut over det å bidra med praktisk hjelp i form av å følge til timene eller å motta foreldreveiledning. Foreldrene er også viktige premissleverandører som bidrar til å forme barna og ungdommenes vurdering av terapien. En forståelse av samspillet mellom foreldre og barn bør inkluderes i forståelsen av den terapeutiske alliansen i arbeidet med unge klienter.

Resultatene våre tyder på at det er viktig at terapeuter har tilstrekkelig traumekompetanse og har verktøy for å behandle posttraumatisk stress. Det blir også viktig å involvere foreldrene og snakke om hvorvidt de har tro på og anerkjenner behandlingen som barnet skal få. Som forskere er spørsmålene vi stiller oss nå: Hva skal til for å danne en god allianse med barn og unge? Hvordan kan terapeuten bedre fange opp og forstå barnas vurdering av alliansen? Dette er arbeid som vi allerede er i gang med, og vi gleder oss til å se mer på resultatene i tiden fremover.

Hovedfunn

- Mørup Ormhaug disputerte med doktorgraden *The therapeutic alliance in the treatment of traumatized youths. Relationship to outcome and dropout across rater perspective and therapeutic interventions* ved UIO i januar i år.
- 71 terapeuter deltok i studien, 26 av terapeutene fikk opplæring i traumefokusert kognitiv atferdsterapi (TF-CBT), mens resten jobbet som vanlig («therapy as usual», TAU).
- Til sammen 156 ungdommer i alderen 10-18 år deltok (gjennomsnittsalder 15 år).
- Deltakerne i TF-CBT-gruppen hadde signifikant lavere nivå av PTSS, depresjon og generelle vansker samt signifikant bedre daglig fungering sammenlignet med TAU, etter 15 timer. Den terapeutiske alliansen var like god i begge gruppene.
- Ungdommens vurdering av alliansen predikerte utfallet av behandlingen, men bare i TF-CBT gruppen, ikke i TAU.
- Terapeutenes vurdering av alliansen predikerte ikke utfallet av terapien, men utfallet var dårligere dersom terapeutene vurderte alliansen som mer positiv sammenlignet med ungdommens perspektiv
- Ungdom som ikke hadde foreldrene med til første time, som hadde en oppfatning av at foreldrene ikke støttet behandlingen, eller der terapeuten rapporterte en dårlig allianse, hadde størst risiko for å droppe ut av behandlingen.

Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 53, nummer 5, 2016, side 354-356

TEKST

Silje Mørup Ormhaug, psykologspesialist, PhD. Nasjonalkunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS)

KONTAKT: dossantos.nancyellen@gmail.com

+ Vis referanser

Referanseliste

Cohen, J. A., Mannarino, A. P., & Deblinger, E. (2006). Treating trauma and traumatic grief in children and adolescents. New York, NY: Guilford Press; US.

Eltz, M. J., Shirk, S. R., & Sarlin, N. (1995). Alliance formation and treatment outcome among maltreated adolescents. *Child Abuse & Neglect*, 19(4), 419-431.

Jensen, T. K., Holt, T., Ormhaug, S. M., Egeland, K., Granly, L. B., Hoaas, L. C., Hukkelberg, S.S., Indregard, T., Stormyren, S.D., Wentzel-Larsen, T. (2013). A randomized effectiveness study comparing Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy with therapy as usual for youth. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 43(3), 356-369. doi: 10.1080/15374416.2013.822307

Ormhaug, S.M. (2016). The therapeutic alliance in the treatment of traumatized youths. Relationship to outcome and dropout across rater perspective and therapeutic interventions. Avhandling til ph.d.-graden i psykologi, SV, UIO.

Ormhaug, S.M., Jensen, T.K., Hukkelberg, S.S., Holt, T., & Egeland, K. (2012). Traumer hos barn - blir de gjemt eller glemt? Kartlegging av traumatiske erfaringer hos barn og unge henvist til BUP. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 49, 234-240.

Schou, L., Dyb, G., & Graff-Iversen, S. (2007). Voldsutsatt ungdom i Norge. Resultater fra helseundersøkelser i seks fylker (Vol. 8). Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt

Thoresen, S., & Hjemdal, O.K. (2014). Vold og voldtekt i Norge. En nasjonal forekomststudie av vold i et livsløpsperspektiv (Vol. 1/2014): Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS).