


Willy-Tore Mørch

 Det helsevitenskapelige fakultet, Universitetet i Tromsø
 Regionsenter for barn og unges psykiske helse – Region Nord

 Kontakt: Tlf. 77 64 58 54
 E-post willy-tore.morch@uit.no

Kognitiv atferdsterapi for barn med atferdsvansker

Kognitiv atferdsterapi viser seg velegnet også overfor barn og unge med atferdsvansker. Norsk forskning viser at to tredjedeler av barna ikke oppfyller kriteriene for atferdsvansker ett år etter behandling, og at effektene holder seg etter fem år.

Tidligere ble atferdsvansker ofte assosiert med institusjonsplassering, fosterhjem eller spesialskoler. Selv om optimismen rådde på 1950- og 1960-tallet, viste det seg å være vanskelig å få gode behandlingsre-

sultater med slike miljøtiltak (Ogden, 2010). I dag gir hjemmebaserte og kognitivt atferdsterapeutisk orienterte metoder i større grad håp om et normalt liv for mange.

Kognitiv atferdsterapi kan sees som en «paraply» heller enn en klart avgrenset faglig retning (Graham, 2005). Metoder som er utviklet innenfor en mer atferdsorientert tradisjon, som Parent Management Training, Oregonmodellen (PMTO), Multi Systemic Therapy (MST) og De utrolige årene (DUÅ), kan sies å høre inn under denne «paraplyen», selv om fokus i programmene er endret atferd heller enn direkte arbeid med å endre barns kognisjoner. I terapi med barn og ungdom, og spesielt i arbeid med de yngste barna, vektlegger alle KAT-modeller arbeid med atferdsendringer. Endring av foreldrenes holdninger til barnet med atferdsvansker inngår som en viktig del av programmene på samme måte som i KAT. I fortsettelsen vil uttrykk som kognitivt atferdsterapeutisk orienterte eller inspirerte behandlingsprogrammer derfor bli brukt.

Atferdsforstyrrelser hos barn og unge er et av de mest utbredte psykososiale problemer vi har. Atferdsforstyrrelser deles

ABSTRACT

Cognitive behavioural therapy for children with conduct disorder

Children with early onset of conduct problems are in risk of a life in criminality and substance abuse. Cognitive behaviour therapy (CBT) represents a substantial improvement in therapy for this group of children and youths. Approximately 65% of the children score below clinical cut-off after treatment, and recent research shows that the results are maintained at long-term follow-up measures. The etiological factors are a combination of biological vulnerability and social learning. In most children with conduct problems and their parents, a characteristic coercive interactional process influences the parent-child relationship

toward an accumulating on-going conflict that prohibits any limit-setting and disciplinary strategies. CBT programs for this group therefore aim at conflict reduction, introducing positive relationship-building components using child-directed play as the arena for change, before targeting the behaviour problems with positive limit-setting techniques. This paper describes the basic principles of child-directed play, positive relationship-building and limit-setting strategies. In the conclusion, some perspectives on the value of an effective treatment program and future research are presented.

Keywords: cognitive behavior therapy; conduct disorder; children; parent training.

inn i to grupper. Ifølge WHO's diagnose-manual ICD-10 debuterer den ene tidlig i barneårene og karakteriseres av opposisjon og ulydighet (Opposisjonell atferdsforstyrrelse), mens den andre sjelden opptrer før 7–8 års alder og har innslag av vold og alvorlig utagering (Atferdsforstyrrelse). Når et barn debuterer med atferdsproblemer i førskole- eller tidlig skolealder er det risiko for at barnet kan få en svært negativ utvikling i oppvekst og ungdomsalder (Loeber, Wung, Keenan, Giroux & Stouthamer-Loeber, 2003). Det er derfor av vital betydning at hjelpeapparatet kommer inn med effektive tiltak som kan avbryte denne karrieren så tidlig som mulig.

I en norsk normeringsstudie (n = 3000) av Eyberg Child Behavior Inventory (ECBI) ligger gjennomsnittsskåren for atferdsvansker i barnebefolkningen mellom 4 og 12 år på ca. 3–4 % (Reedtz, Bertelsen, Lurie, Handegård, Clifford & Mørch, 2008). Amerikanske undersøkelser viser en forekomst på ca. 5–7 %. Med utgangspunkt i de norske beregningene vil det i gjennomsnitt være ett barn i hver skoleklasse som har så store atferdsproblemer at det vil trenge profesjonell hjelp.

I en metaanalyse av 33 internasjonale studier om effekten av foreldretreningsprogrammet overfor barn og unge med atferdsforstyrrelser (Fossum, Handegård, Martinussen & Mørch, 2007) var effektstørrelsen positiv for alle studier med ubehandlet kontrollgruppe og varierte mellom ES = 0,16 (liten effekt) til ES = 1,90 (meget høy effekt) målt med standardiserte og normerte instrumenter før og etter behandling. Gjennomsnittlig effektstørrelse var ES = 0,65, som er en moderat effekt.

I en norsk studie (Larsson, Fossum, Clifford Drugli, Handegård & Mørch, 2009) hadde alle barna (n = 127) diagnosen Opposisjonell atferdsforstyrrelse og ca. 19 % Atferdsforstyrrelse i tillegg. 35 % oppfylte også kriteriene for ADHD vurdert med K-SADS-PL (Kaufman et al., 1997) før behandling. K-SADS-PL er et

Å redde ett barn fra en kriminell karriere utgjør en betydelig verdi både menneskelig og samfunnsøkonomisk

diagnostisk intervju med foreldre som informanter. Gjennomsnittlig effektstørrelse på de instrumentene som måler atferdsproblematikk, var ES = 0,60, altså en moderat effekt og på linje med den gjennomsnittlige effektstørrelsen fra metaanalysen (Fossum et al., 2007). Antall barn med Opposisjonell atferdsforstyrrelse gikk ned fra 100 % til 30 % etter behandling. Barn med diagnosen Atferdsforstyrrelse gikk ned fra 19 % til 3 % etter behandling og antall barn med ADHD diagnose gikk ned fra 35 % til 22 % etter behandling. I en nylig publisert 5–6 års oppfølging vedvarer resultatene ved at 17 % av de opposisjonelle barna fremdeles hadde diagnosen, 5 % av barna hadde atferdsforstyrrelser og 27 % av barna hadde ADHD-diagnose (Drugli, Fossum, Larsen & Mørch, 2010).

Denne artikkelen beskriver årsakene til utviklingen av atferdsforstyrrelser hos barn, den teoretiske rasjonalen for behandlingen og hvordan man med KAT-inspirerte metoder behandler denne tilstanden.

Årsaker til utvikling av atferdsforstyrrelser hos barn

Tvangssirkelen. I samspillet mellom foreldre og barn utvikles emosjonelle bindinger, trygghet og tillit. Gjennom denne tilknytningsprosessen skapes positive relasjoner som utgjør basis for en oppdragsprosessen der barnet lærer kulturelle normer, regler og forventninger. Noen ganger forstyrres prosessen, enten ved at barnets temperament eller foreldrenes oppdragspraksis setter samspillet ut av balanse. Gerald Patterson og medarbeidere (1992) har kalt denne ubalansen «the coercive process» (den tvingende prosessen), noe som indikerer at både foreldre og barn tvinges inn i et samspillmønster som systematisk bryter ned de positive

relasjonene som måtte være bygget opp mellom dem. Konflikten kan være så intens at begge parter avviser hverandre. Konflikten i denne sammenheng innebærer at begge parter påfører hverandre ubehag, foreldrene ved å stille krav til barnet, barnet ved å protestere mot kravet. Denne maktkampen kan utvikle seg til å gjelde alle dagens gjøremål og skaper et klima preget av gjensidig aggresjon. Den tvingende prosessen kan eskalere til høyder med ingredienser av fysisk avstraffelse fra foreldrene og voldelige reaksjoner fra barnet. Dette konflikthulle samspillet har rimelvis innflytelse på hvordan begge parter tenker om hverandre. Et konstant ulydig barn fremmer negative tanker om barnet hos foreldrene. Straffende foreldre fremmer negative tanker om foreldrene hos barnet. Noen ganger sier foreldre som har førskolebarn med atferdsvansker, at de hater barnet sitt, utvilsomt som skjuler kraftig sinne og fortvilelse. Disse foreldrene har mistet foreldreværdigheten, mistet troen på seg selv som foreldre, og mange av dem har mistet selvspekten på andre områder av livet også. Det å ha et vanskelig barn kan føre til at hele familien blir avvist i nabolaget og i fellesskapet. Å ha et vanskelig barn tærer på overskudd og humør og kan ha konsekvenser for arbeidslivet og ekteskapet. Det skaper angst og bekymring for barnets framtid og kan utløse psykiske problemer som depresjon og angst hos foreldrene. Bekymringen er dessverre berettiget. Tidlig debut av atferdsproblemer er en dokumentert risikofaktor for emosjonelle problemer, kriminalitet og rus i ungdom og voksen alder (Loeber et al. 1993). For å komme i posisjon til å hjelpe disse foreldrene må terapeuten bekrefte foreldrenes situasjon, tilkjenne at man forstår angsten og sinnet, og vise interesse og empati for den personlige krisen

Kognitiv atferdsterapi kan sees som en «paraply» heller enn en klart avgrenset faglig retning

som disse foreldrene ofte er kommet i. En god behandlingsprotokoll må derfor ha bygget inn forebyggende tiltak mot avbrudd av behandlingen, for eksempel barnevaktordninger, mat og transporttilbud. De praktiske eksemplene i denne artikkelen er hentet fra Carolyn Webster-Strattons De utrolige årene (Webster-Stratton 2008), men både den teoretiske rasjonale og den metodiske oppbyggingen er langt på vei felles også for andre kognitivt atferdsterapeutisk orienterte behandlingsprogrammer, for eksempel Marte Meo og ICDP med Pnina S. Klein som teoretisk inspirator.

Teoretisk rasjonale. Ethvert forsøk på å forandre barnets opposisjon og aggressivitet vil mislykkes hvis det foreligger så kraftige konflikter mellom foreldre og barn som beskrevet ovenfor. Enhver grensesetting, om den i utgangspunktet er aldri så fornuftig, vil føre til motreaksjon hos barnet. Den første terapeutiske oppgaven vil derfor være å starte en snuoperasjon der den konfliktfylte relasjonen mellom foreldrene og barnet snus til en gradvis mer positiv relasjon. Den teoretiske rasjonalen er hentet fra flere teori-modeller. Forståelse av læringsprosessen hos barn er hentet fra anvendt atferdsanalyse (Baer, 1968) og sosial læringsteori (Bandura, 1977, 1989) der utgangspunktet er at atferd læres og opprettholdes gjennom samspillet med andre mennesker. Sosial læringsteori baserer seg i tillegg på at barn lærer ved å observere andre. Kendall (1992) demonstrerer for eksempel at engstelige barn oftere har engstelige foreldre enn trygge barn har. Aggressive barn synes likedan å ha foreldre som bruker mer straffende oppdragelsesmetoder enn foreldre til ikke-aggressive barn (Patterson & Capaldi, 1991). Terapiformer som bygger på disse teoribasene, har et system for samspill mellom foreldre, lærere og

barn der de voksne systematisk gir oppmerksomhet og positive konsekvenser på barnets prososiale atferd og handler som gode rollemodeller i konfliktsituasjoner.

Flere kognitivt orienterte terapiformer tar utgangspunkt i barnestyrt lek (child-directed play) for å bygge opp relasjonell kompetanse og affektregulering (Eyberg, Funderburk, Hembree-Kigin, McNeil, Querido & Hood, 2009; Webster-Stratton & Reid, 2009). Noen kognitive atferdsterapeutiske terapiformer trekker inn relasjonsteoretiske modeller som grunnlag for utvikling av relasjonell kompetanse og emosjonell regulering i barnestyrt lek som et mål i seg selv. Webster-Stratton begrunner dette slik: «Social learning and behavioral theory suggests that a more positive parent-child relationship will occur when parents and teachers use child-directed and coaching skills with children because their use of attention and praise makes them more reinforcing. However, we believe that using child-directed play and coaching strategies with children influences the affective and relational aspects of adult-child interactions, as separate from behavioral management. Within a relational focus as exposed by Axline (Axline, 1969), child-directed play is seen as a way to promote positive parenting and adult-child bonding or attachment and is a goal in itself» (Webster-Stratton & Reid, 2009, s. 250).

Behandlingskomponenter

Barnestyrt lek. Barnestyrt lek er en strategi for å snu det konfliktfylte klimaet mellom foreldre, lærere og barn. I denne formen for lek skal den voksne unngå å engasjere barnet i konkurranse- og regelpregede leker. I stedet skal de følge barnets initiativ og la barnet få lov til å fantasere og lede leken. De voksne har rollen som den gode lytter og interesserte

observatør og unngår med dette å stille krav til barnet. På denne måten erfarer barnet å kunne lykkes, og leken bidrar til å utvikle selvtillit og trygghet i samspillet med de voksne (Hanf & Kling, 1973). Barnestyrt lek hjelper foreldre og lærere til å komme i posisjon til å hjelpe barnet med utvikling av viktige kognitive og emosjonelle funksjoner. De lærer å gi beskrivende kommentarer på barnets lek, ved å beskrive hva barnet gjør, hvordan det gjør det, og hvilke leker det bruker. På denne måten viser foreldrene at de er opptatt av barnets lek, er «til stede», og at man setter pris på både at barnet leker og hvordan det leker. Små barn med atferdsforstyrrelser er ofte forsinket i kognitiv og emosjonell utvikling. Gjennom beskrivende kommentarer kan de rette sine kommentarer inn mot de spesielle behovene disse barna har. Noen barn har forsinket språkutvikling og kan nyttiggjøre seg at den voksne kommenterer språkrelaterte egenskaper ved leken (academic coaching). Den voksne setter navn på barnets handlinger (du setter klossene oppe på hverandre), egenskaper ved lekene (der har du en rød kloss, der kom bilen ut av garasjen). Barnet lærer navnet på egenskapene ved lekene. De voksne lærer også å kommentere konsentrasjons- og utholdenhetsegenskaper hos barnet (persistence coaching). Impulsive og hyperaktive barn trenger hjelp til å slappe av, roe seg ned, konsentrere seg og være utholdende i konsentrasjonsaktiviteter. Mange leker har et konsentrasjonsaspekt ved seg, for eksempel bygging av tårn og puslespill. De voksne gir kommentarer på disse egenskapene selv om de fremdeles er lite utviklet og forekommer sjelden (Jeg kan se at du konsentrerer deg veldig nå, det var vanskelig å finne den rette plassen til den brikken, men du greide det). Kommentarene gjør barnet oppmerksomt på at det konsentrerer seg, og at den voksne viser oppmerksomhet på denne egenskapen gjennom kommentaren. Over tid vil dette fokuset føre til at

barnet blir flinkere til å konsentrere seg og til å bli mer utholdende. Disse barna trenger å lære å regulere følelsene sine og sette ord på dem. De vil da lettere kunne uttrykke hvilke følelser de har, og de vil også lettere kunne gjenkjenne følelser hos andre mennesker. Voksne kan hjelpe dem med dette ved å kommentere følelsene når de oppstår (glad, spent, frustrert, trygg, overrasket, nysgjerrig, stolt). Sosiale ferdigheter som å dele, vente på tur, hjelpe, gi komplementer osv. er avgjørende for å bli akseptert av andre barn og for å kunne få et positivt sosialt nettverk. De voksne gir beskrivende kommentarer på sosiale ferdigheter når disse oppstår under leken. Ved å rette oppmerksomhet mot sosiale ferdigheter vil barnet gjenta dem og etter hvert få større sosial kompetanse som utløser positive reaksjoner fra andre. For barn som gjør mye galt, er det meste av reaksjonene fra omgivelsene av negativ karakter. Når man bare får reaksjoner på feil, utvikles det langsomt et selvbilde der man framstår som mislykket i egne øyne. Utvikling av sosiale ferdigheter bidrar til at barnet opplever å lykkes, og vil over tid gi det et mer positivt selvbilde. Barnestyrt lek med beskrivende kommentarer fra de voksne ansees som så viktig at den opptar mer enn halvdelen av behandlingstiden i De utrolige årene (Webster-Stratton, 1994, 2008).

Å motivere barn. Foreldrene og lærere til barn med atferdsvansker skal fortsette å leke med barnet og gi beskrivende kommentarer gjennom hele behandlingsprosessen. Halvveis ute i behandlingsforløpet introduseres ros og belønningssystemer. Mange av disse barna avviser ros. Barn som har fått et negativt selvbilde, vil ikke kjenne seg igjen i den rosen de nå får. Men et positivt selvbilde kan bare utvikles ved at barnet får opplevelse av å lykkes formidlet gjennom ros og oppmuntring. Før eller senere vil det mest gjenstridige barn lære å sette pris på ros. Men rosen må gis på riktig måte. Foreldre og lærere får trening i å gi beskri-

vende ros (det var flotte farger i den tegningen, jeg satte pris på at du hjalp meg med å vaske opp). Beskrivelsen forteller barnet hva som var bra, og man unngår å rette rosen mot barnets selvpoppfattning, for eksempel ved å si «Så flink du er til å tegne». Ros følges opp av å sette i gang klistremerkesystemer som brukes for å motivere barnet til å utføre van-

ingen av dem. En beskjed skal gis på en rolig og høflig måte, og beskjeden skal beskrive hva barnet skal gjøre, for eksempel: «Jeg vil at du skal legge lekene dine i lekekassa nå.» Ved å redusere antall beskjeder kraftig, kombinert med å gi korrekte beskjeder på et par utvalgte handlinger i et positivt sosialt klima, øker man sannsynligheten for at beskjeden blir fulgt. Sene-

I dag gir hjemmebaserte og kognitivt atferdsterapeutisk orienterte metoder i større grad håp om et normalt liv for mange

skelige oppgaver. Klistremerkesystemer er kortvarige hjelpemidler for å komme over motivasjonsvanskene.

Grensesetting. Så langt i prosessen har hele det terapeutiske arbeidet vært rettet mot å etablere positive relasjoner mellom foreldre, lærere og barnet gjennom barnestyrt lek, ros og belønningssystemer. I noen programmer vil dette dreie seg om 6–8 uker. Mye av samspillet mellom foreldre/lærere og barnet er nå av positiv karakter, og relasjonsbyggingen er i gang i de fleste familier, en forutsetning for å kunne begynne å arbeide med grensesetting. Ofte er det kommet et følbart gjennombrudd. Foreldre og lærere kan fortelle om roligere forhold, konfliktnivået er redusert slik at mange situasjoner som tidligere var forbundet med konflikt, nå er konfliktfrie. Likevel har både foreldre og lærere behov for redskaper når barnet eksponerer atferdsproblemer. I de fleste KAT-programmer er disse redskapene: a) gi beskjeder på hensiktsmessige måter, b) ignorering av masing og opposisjon, c) tenkepause (eller pausetid) for voldelig atferd og ulydighet, og d) problemløsning. I denne artikkelen skal disse redskapene bare kort nevnes, siden de er kjent for de fleste.

Beskjeder. Forskning viser at foreldre til barn med atferdsproblemer gir mellom 40 til 50 beskjeder i løpet av en halv time (Webster-Stratton, 2009), og barnet følger

re i programmet knyttes ulydighet opp til tenkepause for å lære barnet å gjøre gode valg og følge beskjeder.

Ignorering. Med utgangspunkt i atferdsanalytisk teori antas det at barns masing og opposisjon blir opprettholdt gjennom den oppmerksomhet masingen får. Noen ganger er det derfor hensiktsmessig å overse denne type atferd. Hvis dette gjøres riktig, vil masingen først intensiveres og deretter avta. Utfordringen for de voksne er å holde ut intensitetsøkningen uten å «sprekke», siden en «sprekk» i denne fasen av ignoreringen lærer barnet utholdenhet.

Tenkepause. Tenkepause brukes når barnet utøver vold eller annen alvorlig utagering. I De utrolige årene brukes tenkepause også når barnet ikke følger riktig avgitte beskjeder om å utføre viktige handlinger. Tenkepause er det norske ordet for «Time out from reinforcement» (fravær av forsterkning). Forsterkning er en prosedyre der det formidles konsekvenser som forsterker sannsynligheten for gjentagelse av en handling. Tenkepause er altså et utvidet form for ignorering. Det er en stor utfordring for foreldre og lærere å reagere på vold eller alvorlig utagering uten å komme i konflikt med barnet. Massiv oppmerksomhet mot en voldelig handling vil bidra til at barnet fortsetter å være voldelig, selv om oppmerksomheten er av negativ karakter. I

Resultatene fra KAT-inspirert behandling av barn og unge med atferdsforstyrrelser viser at vi lykkes med ca. 65 % av barna, og at effekten av behandlingen vedvarer over tid

tillegg vil den voksne være rollemodell for hvordan man handler i en krisesituasjon, og straff fra den voksne kan legitimere bruk av straff når barnet er i en konfliktsituasjon med andre barn. Negative reaksjoner fra en voksen vil også høyst sannsynlig iverksette en ny konflikt med barnet. Både verbale og fysiske straffereaksjoner kan utløse angst og innebære ubehag for barnet. Hvis tenkepause brukes riktig, vil man unngå disse uheldige virkningene. Tenkepause innebærer at de voksne reagerer på en voldshandling ved å gå bort til barnet og si rolig: «Du har brutt husregelen her om at ingen skal slå hverandre. Du må til tenkepause.» Tenkepausestedet kan være et bestemt sted i det samme rommet eller i et annet rom som ikke inneholder spennende leker, for eksempel et gjesterom eller i gangen. Her skal barnet oppholde seg i like mange minutter som barnets alder, eller maksimum 5 minutter. Barnet skal ikke ha oppmerksomhet i denne tiden. De voksne skal ikke fysisk bringe barnet til tenkepausestedet. Hvis barnet nekter å gå, skal den voksne gi tilleggsminutter ved å si: «Hvis du ikke går til tenkepause nå, blir det 6 minutter tenkepause». Det telles opp til maksimum ni minutter hvis barnet fortsetter å nekte. Hvis barnet går til tenkepause i løpet av opptellingen, får barnet det antallet minutter som da var oppgitt. Hvis barnet etter opptellingen ikke går til tenkepause, fjernes et privilegium. De voksne sier rolig: «Hvis du nå ikke går til tenkepause, låser jeg inn sykkelen din i to timer». De voksne skal på forhånd ha planlagt hvilke privilegier som kan tas bort hvis prosessen går så langt. Privilegiet som tas bort, skal være et vanlig gode som barnet normalt har tilgang til. Hvis man analyserer denne metoden, vil man finne at barnet blir oppfordret til å fatte et valg mellom to

alternativer (gå til tenkepause eller ikke) hele seks ganger. Tenkepause er altså en øvelse i å fatte valg. Barn lærer raskt og vil forstå etter ganske få ganger at det beste valget er å gå til tenkepause. Når tenkepausetiden er over og barnet er rolig, inviteres barnet umiddelbart til en positiv aktivitet med den voksne.

En annen mulig forklaring på den gode virkningen av tenkepause kan være barnets opplevelse av forskjellen i den voksnes atferd, fra å være preget av sinne og kaos til ro og sikkerhet.

Problemløsning. Dette er trolig den mest utfordrende metoden, både for den voksne og for barnet. Problemløsning kan brukes når barnet er i konflikt med et annet barn. Kjernekomponenten i problemløsning er at barnet inviteres til å finne en god løsning på problemet. Barnet skal lære å vurdere om den nye løsningen tilfredsstillende tre krav. Er løsningen rettferdig? Er den gjennomførbar? Har begge parter gode følelser i forhold til løsningen. Den voksne vier barnet full oppmerksomhet når det skal berette om problemet (for eksempel at kameraten tok sykkelen uten lov og de begynte å slåss), bekrefter barnets følelser: (det var dumt gjort, og jeg forstår godt at du er sint), inviterer barnet til å vurdere hvordan det gikk med kameraten (han fikk vondt i armen), invitere barnet til å prøve å finne en løsning på konflikten (slutte å bruke sykkelen når kameraten er ute og leker). Barnet inviteres nå til å vurdere om dette er en rettferdig, gjennomførbar og følelsesmessig god løsning (trolig verken rettferdig, gjennomførbar eller følelsesmessig god). Barnet blir bedt om å finne en annen løsning (han kan låne den litt en gang iblant). Denne løsningen tilfredsstillende i høyere grad alle kriteriene, og den voksne berømmer barnet for å

lage gode løsninger. De voksne er hele tiden inviterende overfor barnet til å finne bedre løsninger inntil det finner en som er god. De voksne skal ikke løse problemet for barnet. Når barnet greier å løse problemet selv, får det et eiendomsforhold til løsningen, og det opplever å ha løst et vanskelig dilemma selv. Barn med lav selvtillit gir fort opp i slike situasjoner, overlater problemløsningen til andre og sitter nok engang igjen med opplevelsen av å ha mislyktes.

De voksnes rolle. KAT-behandling av barn og unge med psykososiale problemer har størst effekt når man arbeider gjennom barnas viktigste omsorgspersoner. Når man forandrer samspillet mellom de voksne og barnet, gis man tilgang til større påvirkningsflate enn ved individuell behandling av terapeut. De voksne må derfor oppleve forholdet mellom seg og terapeuten som et samarbeid. Foreldre og lærere har unik kompetanse når det gjelder barnets utvikling, egenskaper, interesser og svakheter. De kjenner til sin egen oppdragelsesfilosofi og erfaringene med denne. Terapeuten har prinsipiell kunnskap om behandlingsmetoden, utviklingspsykologi, læringsprosesser og annen teoretisk og klinisk erfaring. Til sammen skal de to partene finne fram til individuelle løsninger for barnet og familien. Terapeuten blir i stor grad en kvalitetssikrer overfor de løsningene som de voksne foreslår. Når behandlingen foregår i gruppeformat, vil terapeutene ha et stort register av vurderinger og løsningsforslag å spille på. I De utrolige årene, som er et gruppebasert program, tar den terapeutiske prosessen utgangspunkt i ferdig innspilte videovignetter om et tema, for eksempel lek, som gruppen diskuterer. Vignettene er som regel tvetydige, og foreldrene inviteres til å finne fram til andre og bedre måter å leke på enn det som vises på filmen. Terapeutene leder denne diskusjonen fram til prinsipper, for eksempel «La barnet lede leken» eller «Lek med barnet i barnets eget tempo». Dis-

se prinsippene øves gjennom rollespill, og de får i hjemmeoppgave å prøve dem ut på barnet. Neste gruppemøte begynner med å gjennomgå erfaringene med hjemmeoppgavene. Terapeutene bruker de samme metodene overfor foreldrene som foreldrene lærer å bruke overfor barnet sitt. De får ros og beskjeder gitt på riktig måte, og de får klistremærker for å ha deltatt i et rollespill. Når en lærer uttrykker skepsis til en av metodene, eller når en forelder bryter ut i gråt i fortvilelse over barnet sitt, anvendes problemløsningsmetodene slik at den voksne føler seg forstått og godt ivaretatt og at de kommer fram til en løsning som de kan leve med. En mislykket håndtering av slike situasjoner kan føre til at forelderen avbryter behandlingen. På denne måten blir terapeutene gode rollemodeller for foreldrene, og foreldrene får erfaring med de metodene som de selv skal bruke overfor barna.

Konklusjon

Atferdsproblemer er en hyppig tilstand og er invalidiserende for både barn og familie og påvirker barnets skoleprestasjoner. Nyere forskning viser at både atferdsmodifiserende og relasjonsbyggende metoder er viktige både som forutsetninger for hverandre, men også som selvstendige målsettinger. Resultatene fra KAT-inspirert behandling av barn og unge med atferdsforstyrrelser viser at vi lykkes med ca. 65 % av barna, og at effekten av behandlingen vedvarer over tid. Å redde ett barn fra en kriminell karriere utgjør en betydelig verdi både menneskelig og samfunnsøkonomisk. Utfordringene framover er å avklare hvorfor disse metodene virker, og hvordan man kan hjelpe de siste 35 % som ikke får like stor framgang, på en bedre måte. ●

Referanser

- Axline, V. (1969). *Play Therapy*. New York: Ballantine Books.
- Baer, D. M., Wolf, M. M. & Risely, T. R. (1968). Some current dimensions of applied behavior analyses. *Journal of Applied Behavior Analyses* 1, 91–97.
- Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall.
- Bandura, A. (1989). Regulation of cognitive processes through perceived self-efficacy. *Developmental Psychology*, 25, 729–735.
- Drugli, M. B., Fossum, S., Larsson, B., Mørch, W.-T. (2010). Five to six year outcome and its prediction for children with ODD/CD treated with Parent Training. *Journal of Child and Adolescent Psychiatry and allied disciplines*. 51(5), 59–566.
- Eyberg, S. M., Funderburk, B. W., Hembree-Kigin, T. L., McNeil, C. B., Querido, J. G. & Hood, K. K. (2001). Parent-child interaction therapy with behavior problem children: One and two year maintenance of treatment effects in the family. *Child and Family Behavior Therapy* 23(4), 1–20.
- Fossum, S., Handegård, B. H., Marinussen. M. & Mørch, W.-T. (2007). Psychosocial Interventions for Disruptive and Aggressive Behavior in Children and Adolescents, A Meta-Analysis. *European Child and Adolescent Psychiatry*. 17(7), 375–451.
- Graham, P. (red.) (2005). *Cognitive Behaviour Therapy for Children and Families* (2. utg.) Cambridge: Cambridge University Press.
- Hanf, E. & Kling, J. (1973) *Facilitating parent-child interactions: A two-stage training model*. Eugene, OR: University of Oregon Medical School.
- Kendall, P. C. (1992). Childhood coping: Avoiding a lifetime of anxiety. *Behavioral Change*, 9, 1–8.
- Kaufman, J., Mirmaher, B., Brent, D. Rao, U. (1997). Schedule for affective disorders and schizophrenia for school-age children-present and lifetime version (K-SADS-PL): initial reliability and validity data. *J. Am Academy of Child Adolescent Psychiatry* 36, 980–988.
- Lahey, B. B., Miller, T. L., Gordon, R. A. & Riley, A.W. (1999). Developmental epidemiology of the disruptive behaviour disorders. I Quay, H. C. & Hogan, A. E. (red), *Handbook of disruptive behaviour disorders*. (s. 23–48). New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers
- Larsson, B., Fossum, S., Clifford., G., Drugli, M. B., Handegård, B. H. & Mørch, W.-T. (2008). Treatment of Oppositional Defiant and Conduct Problems in Young Norwegian Children. Results from a Randomized Controlled Trial. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 18(1), 42–52.
- Loeber, R., Wung, P., Keenan, K., Giroux, B., Stouthamer-Loeber, M. (1993). Developmental pathways in disruptive child behavior. *Developmental Psychopathology*, 5, 103–133.
- Ogden, T. (2010). *Familiebasert behandling av alvorlige atferdsproblemer blant barn og ungdom. Evaluering og implementering av evidensbaserte behandlingsprogrammer i Norge*. Doktoravhandling ved Universitetet i Bergen.
- Patterson, G. R. & Capaldi, D. (1991). Antisocial parents: Unskilled and vulnerable. I P. Cowan & M. Hertherington (red.), *Family transitions* (s. 195–218). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Patterson, G., Reid, J. & Dishion, T. (1992). *Antisocial boys: A social interaction approach* (volum 4). Eugene, OR: Castalia Publishing.
- Reedtz, C., Bertelsen, B., Lurie, J., Handegård, B. H., Clifford, G. & Mørch, W. T. (2008). Eyberg child behavior inventory (ECBI): Norwegian norms to identify conduct problems in children. *Scandinavian Journal of Psychology*, 49, 31–38.
- Webster-Stratton, C. & Herbert, M. (1994). *Troubled Families – problem children. Working with parents. A collaborative process*. Chichester: Wiley & Son.
- Webster-Stratton, C. (2008). *De utrolige årene. En foreldreveileder*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Webster-Stratton, C., Reid & M. J. (2009). Parents, Teachers, and Therapists Using Child-directed Play Therapy And Coaching Skills to Promote Children's Social and Emotional Competence and Build Positive Relationships. I C.E. Schaefer, (red), *Play therapy for preschool children*. (s. 245–273). Washington, DC: American Psychological Association.