

Metoder for å avhjelpe atferdsforstyrrelser hos barn og unge med ADHD

Av Atferdssenteret og De Utrolige Årene, Regionalt kunnskapssenter for barn og unge, RKBU NORD

Nyere metastudier (Fabiano GA et al, 2009; Kaiser NM et al, 2008) viser at atferdsmodifiserende behandling forbedrer den sosiale fungeringen hos barn med ADHD, og det er sterk støtte for å kombinere medisiner og atferdsintervensjoner overfor barn med denne diagnosen.

Familiebaserte metoder som også inneholder atferdsmodifiserende tilnærminger, er godt dokumentert i litteraturen for å avhjelpe alvorlige atferdsvansker hos barn og unge, inkludert barn med ADHD (Drugli MB et al, 2010; Ogden T et al, 2008). I Norge er det gjennom de siste ti år blitt utprøvd flere familiebaserte metoder rettet mot denne målgruppen, så som Parent Management Training – Oregonmodellen (PMTO), De utrolige Årene (DuÅ/IY), Funksjonell familieterapi (FFT), Multisystemisk terapi (MST), og Multidimensjonell terapi med behandlingsfosterhjem (MTFC).

Parent Management Training-Oregonmodellen (PMTO) er en empirisk støttet behandlingsmetode for familier som har barn med alvorlige atferdsvansker (4-12 år). Metoden inneholder noen sentrale foreldreferdigheter som skal overføres og innøves på handlingsnivå i en bestemt rekkefølge (Patterson RG et al, 2010). For å oppnå positivt behandlingsutfall hos barnet, må noen terapeutiske virkemidler være til stede slik at foreldre engasjeres og motiveres til å ta i bruk disse foreldreferdighetene i møte med sitt barn (Askeland E et al, 2010). Målsettingen er å endre et negativt og fastlåst samspillmønster mellom familiemedlemmene og utløse problemløsende ressurser dem imellom. Teorien bak er at disse alternative foreldreferdighetene sørger for å fremme positiv atferd og stoppe eller redusere problematferd hos barnet. Bakgrunnen for behandlingsmodellen er basert på en analyse av negative samspillmønstre som lett utvikler seg rundt barn med atferdsvansker og som utilsiktet forsterker negativ atferd og hemmer utviklingen av nye positive ferdigheter. De alternative foreldreverktøyene dreier seg om oppmuntring til samarbeid og ny læring, tilsyn/oppfølging, grensesetting, problemløsning og positiv involvering. Endring av kontekstuelle forhold som har innvirkning på disse, inngår også i denne tilnærmingen.

I PMTO varer hver sesjon ca. 60 minutter og går over 25-30 ganger, avhengig av problemets omfang og alvorlighetsgrad. I møtene introduseres foreldrene til nye tema gjennom dialog, problemløsning og rollespill. I tillegg gis det øvelser i form av hjemmeoppgaver, og erfaringene fra disse gjennomgås den påfølgende timen. Behandlingen er prinsippstyrt, og selv om det er faste tema som gjennomgås, tilpasses innhold og materiell til hver enkelt familie. Barnet deltar i varierende grad avhengig av foreldrenes og terapeutens vurderinger og behov.

En norsk effektstudie har dokumentert god effekt av PMTO, spesielt for barn under 8 år (Ogden T et al, 2008). I denne undersøkelsen deltok også barn med diagnosen ADHD, og disse barna viste reduksjon i atferdsvansker etter avsluttet terapi. Det ser derfor ut som om PMTO også avhjelper utagering og grenseutprøving hos barn med diagnosen ADHD eller ved komorbide atferdsforstyrrelser og ADHD. Disse behandlingsprogrammene er imidlertid ikke primært utviklet for barn og unge med ADHD, og ADHD er en faktor som modererer effekten av denne type terapi.

Med utgangspunkt i prinsippene og tilnærmingene i PMTO er det også utviklet flere kortvarige og forebyggende intervensjoner, bl.a. foreldre-gruppebehandling, kortvarig foreldrerådgiving, sosial ferdighetstrening gitt til barna og konsultasjon rettet mot barnehage og skole. Sammen med tilbud om individuell PMTO-behandling, utgjør disse intervensjonene en programpakke; Tidlig innsats for barn i risiko (TIBIR), som er ment som et helhetlig kommunalt hjelpetilbud til barn med atferdsvansker. Pr. i dag er TIBIR helt eller delvis implementert i vel 50 kommuner, og dette antallet vil øke i årene som kommer. Sannsynligvis vil barn med mindre alvorlig ADHD-problematikk også kunne nytte seg enkelte av disse intervensjonene.

Behandlingsprogrammet De utrolige årene (DuÅ) har samme teoretiske forankring og anvender mange av grunnprinsippene i PMTO. Foruten et omfattende foreldregruppetilbud, tilbys barna i tillegg gruppebasert trening i utvikling av sosiale ferdigheter. Det er også egne opplæringer rettet mot ansatte i barnehage og skole, slik at tilbudene utgjør en helhetlig innsats for denne målgruppen mellom 3-8 år (Groenman AP et al, 2013).

Behandlingsprogrammet DuÅ er utviklet av Carolyn Webster-Stratton (Webster-Stratton C, 2012). Programmet er teoretisk forankret i sosial læringsteori, utviklingspsykologisk kunnskap, samt elementer fra kognitiv psykologi og teorier om tilknytning. Det er i utgangspunktet utviklet for behandling av atferdsvansker hos barn og kan av den grunn tilbys som behandlingsmetode for barn med ADHD med komorbid atferdsforstyrrelse. Flere studier har dokumentert effekten av programmet i å redusere atferdsvansker, blant annet i en norsk studie (Larsson B et al, 2009). Programmets effekt på kjernesymptomene i ADHD er også dokumentert i studier som viser reduksjon i oppmerksomhetssvikt og økning i konsentrasjon hos barn med primær ADHD- diagnose (Webster-Stratton CH et al, 2011). Programmene tilbys i spesialisthelsetjenesten og kommuner over store deler av landet. Som klinisk intervensjon skal programmet tilbys som ukentlige møter i minimum 18 uker. DuÅ tilbyr behandling i grupper; til foreldre, barn og pedagogisk personale. Det finnes ulike foreldreprogram som er tilpasset barn i alderen 0 -12 år. For barn med ADHD vil programmene være relevante i alderen mellom 3 og 12 år.

Målsetting med å gi DuÅ som et foreldreveiledningstilbud er å hjelpe foreldre med å utvikle ferdigheter som er hensiktsmessige i forhold til samspill med et urolig, impulsivt og ukonsentrert barn. God utviklingsstøtte fra nære voksne kan forebygge utvikling av negative samspill og atferdsvansker hos barnet på lengre sikt. I tillegg til programmets relasjonsbyggende og grensesettende komponenter vektlegges det hvordan foreldre kan støtte utviklingen av barnas evne til emosjonell regulering, god sosial fungering og problem løsning. Det øves også på å bedre impuls kontroll, eksempelvis det å kunne vente, - ta tur, og det å konsentrere seg om oppgaver og aktiviteter over tid. Disse intervensjonene er rettet mot kjernesymptomene hos barn med ADHD.

DuÅs behandlingsprogram for barn (Dinosaurskolen) har fokus på utvikling av emosjonskompetanse, det vil si gjenkjenne og forstå følelser hos seg selv og andre, evne til selvregulering, utvikling av sosiale ferdigheter og evne til problemløsning. Det øves også her på å bedre impuls kontroll, eksempelvis det å kunne vente, ta tur, og det å konsentrere seg om oppgaver og aktiviteter over tid. Disse intervensjonene er rettet mot kjernesymptomene hos barn med ADHD. Programmet kan gis som en klinisk intervensjon i liten gruppe, eller som en forebyggende versjon i barnehager og skoler.

DuÅs skole- og barnehageprogram er rettet mot pedagogisk personale.

Programmet har fokus på å styrke personalets kompetanse for å forebygge og håndtere atferdsvansker, bruk av proaktive læringsstrategier og ledelse av større barnegrupper.

Disse DuÅ-programmene for foreldre, barn og pedagogisk personale, utgjør derfor en helhetlig innsats for denne målgruppen.

Funksjonell familierterapi (FFT), Multisystemisk terapi (MST), og Multidimensjonell terapi med behandlingsfosterhjem (MTFC) er behandlingsmetoder for ungdom i alderen 12-18 år med alvorlige atferdsproblemer. ADHD forekommer ofte sammen med atferdsproblemer hos ungdom.

Nyere forskning viser at det er mest virksomt å arbeide med familien for å endre risikofaktorene som bidrar til å utvikle og opprettholde atferdsproblemer, og disse tre behandlingsmetodene er derfor familiebasert. Foreldrene får tilbud om systematisk hjelp med å styrke sine ferdigheter slik at de kan endre samspillet med ungdommen. Fokus er hvordan atferden utspiller seg i ungdommens naturlige miljø, i og med at de viktigste risiko- og beskyttelsesfaktorene finnes i familien og miljøet rundt ungdommen. Metodene benytter forskjellige terapeutiske fremgangsmåter for å redusere risikofaktorene og styrke beskyttelses faktorene. De har likevel en rekke kjernekomponenter til felles: motivasjon og samarbeid, foreldreferdigheter, hensyn til ungdommens individuelle utviklingsbehov, og involvering av de viktigste sosiale systemene utenfor familien, som venner, skole og fritidsaktiviteter. Studier viser at det gir best resultater å rette behandlingen mot å styrke foreldrenes og skolens ferdigheter i samspillet med ungdommen, i kombinasjon med medikamentell behandling (The MTA cooperative group, 1999).

I FFT (Alexander J et al, 1982) ses ungdommens atferd i sammenheng med hvordan alle i familien gjensidig påvirker hverandre som en helhet. Metoden fokuserer på å bedre familiens samspill, kommunikasjon og problemløsningsferdigheter, samt å endre eventuelle uheldige oppdragsstrategier. I FFT møter terapeuten hele familien enten på kontoret eller hjemme hos familien. Behandlingen vil for de fleste familiene ha et omfang på 8-12 møter over en periode på 3 måneder med mulighet for forlengelse inntil 6 måneder.

Fordi det er den samlede effekten av risikofaktorer som vil påvirke ungdommens utvikling, er både familien og systemene utenfor familien «klienten» i MST (Henggeler SW et al, 2009). Terapien tar utgangspunkt i foreldrene og fokuserer på å styrke foreldrenes ferdigheter til å skape endringer i samspillet med ungdommen. Gjennom å hjelpe foreldrene til å være eksplisitte på hvilke forventninger de har til ungdommen, tydeliggjøre regler og konsekvenser i hjemmet og ha et aktivt tilsyn med hva ungdommen gjør og hvem de er sammen med, skapes det forutsigbarhet i samspillet mellom foreldre og ungdom. Terapeuten og foreldrene samarbeider med andre systemer for å få til endringer i de faktorer utenfor familien, som påvirker de problemene ungdommen er henvist for (for eksempel skole, venner og fritid). Terapeuten vil hjelpe foreldrene til å involvere ungdommen i terapien. I MST møter terapeuten familien hjemme på tidspunkter som passer for familien. Foreldrene har mulighet til å ta kontakt med terapeuten hvis de har behov for det, 24 timer i døgnet, syv dager i uken. Behandlingen er intensiv med mange møter i uken og varer vanligvis fra tre til fem måneder.

I MTFC (Chamberlain P, 2003) vil situasjonen i familien være så vanskelig at ungdommen for en periode på inntil ett år flytter til et behandlingsfosterhjem. Målet er at ungdommen skal flytte hjem igjen til sin opprinnelsesfamilie i løpet av behandlingen. Til forskjell fra FFT og MST bruker MTFC flere terapeuter for å øke intensiteten i behandlingsarbeidet med å endre risikofaktorer. Det er et team bestående av et behandlingsfosterhjem, en fosterhjemkonsulent, en familierapeut, en individualterapeut og en ferdighetstrener, som alle arbeider sammen for å endre de problemene ungdommen og familien har. Behandlingen varer fra 9-12 måneder.

Referanser

Alexander J, Parsons BV. Functional family therapy. Monterey, Calif.: Brooks/Cole; 1982.

Askeland E, Christiansen T. Landsdekkende implementering av behandlingsmetoden Parent Management Training: fokus på kvalitetssikring. I: Befring E, Frønes I, Sørli M-A, red. Sårbare unge: nye perspektiver og tilnærminger. Oslo: Gyldendal akademisk; 2010. s. 182-97.

Chamberlain P. Treating chronic juvenile offenders: advances made through the Oregon multidimensional treatment foster care model. Washington, DC: American Psychological Association; 2003. Law and public policy.

Drugli MB, Larsson B, Fossum S, Mørch WT. Five- to six-year outcome and its prediction for children with ODD/CD treated with parent training. *J Child Psychol Psychiatry* 2010;51(5):559-66.

Fabiano GA, Pelham WE, Jr., Coles EK, Gnagy EM, Chronis-Tuscano A, O'Connor BC. A meta-analysis of behavioral treatments for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Clin Psychol Rev* 2009;29(2):129-40.

Groenman AP, Oosterlaan J, Rommelse NN, Franke B, Greven CU, Hoekstra PJ, Hartman CA, Luman M, Roeyers H, Oades RD, Sergeant JA, Buitelaar JK, Faraone SV. Stimulant treatment for attention-deficit hyperactivity disorder and risk of developing substance use disorder. *Br J Psychiatry* 2013;203(2):112-9.

Henggeler SW, Schoenwald SK, Borduin CM, Rowland MD, Cunningham PB. Multisystemic therapy for antisocial behavior in children and adolescents. 2 utg. New York: Guilford Press; 2009.

Kaiser NM, Hoza B, Hurt EA. Multimodal treatment for childhood attention-deficit/ hyperactivity disorder. *Expert Rev Neurother* 2008;8(10):1573-83.

Larsson B, Fossum S, Clifford G, Drugli MB, Handegård BH, Mørch WT. Treatment of oppositional defiant and conduct problems in young Norwegian children : results of a randomized controlled trial. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2009 Jan;18(1):42-52.

Ogden T, Hagen KA. Treatment effectiveness of Parent Management Training in Norway: a randomized controlled trial of children with conduct problems. *J Consult Clin Psychol* 2008;76(4):607-21.

Patterson RG, Forgatch MS. Ny kunnskap om hvorfor det er så vanskelig å endre negative samhandlingsmønstre i familier. I: Befring E, Frønes I, Sørli M-A, red. Sårbare unge: nye perspektiver og tilnærminger. Oslo: Gyldendal akademisk; 2010. s. 168-81.

The MTA Cooperative Group. Multimodal Treatment Study of Children with ADHD. A 14-month randomized clinical trial of treatment strategies for attention-deficit/ hyperactivity disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1999;56(12):1073-86.

Webster-Stratton C. Collaborating with Parents to Reduce Children's Behavior Problems: A Book for Therapists Using the Incredible Years Programs. Incredible Years 2012

Webster-Stratton CH, Reid MJ, Beauchaine T. Combining parent and child training for young children with ADHD. *J Clin Child Adolesc Psychol* 2011;40(2):191-203.