

Aud Elisabeth Tande Degirmenci

Forståelse og behandling av angst hos barn.

En diskusjon av to modeller.

Hovedoppgave

Trondheim, juni 2010

Psykologisk Institutt

Fakultet for Samfunnsvitenskap og Teknologiledelse

Norges Teknisk- Naturvitenskapelige Universitet

Innhold

Forord	2
Sammendrag	3
Innledning	4
Angst hos barn	4
Ulike tilnæringer til angst hos barn	5
En Diskusjon av To Modeller	8
Emosjonsreguleringsmodellen	8
Fokus på barns utvikling av grunnfunksjoner	8
Mangler i emosjonsregulering hos barn med angst	9
Ulike faktorer i utviklingen av emosjonsregulering og angst hos barn	10
Funksjonell emosjonsregulering vises i vitalitet	12
Risikoen ved å utelate utviklingsperspektivet og fokuset på grunnfunksjoner	13
Den Kognitive Atferdsmodellen	15
En tilnærming til angst hos barn basert på symptomreduksjon	15
Den kognitive atferdsmodellens opphav	17
Holdepunkter for en manglende komponent i den kognitive atferdsmodellen	20
Symptomlette og positiv utvikling: to sider av samme sak?	24
Avsluttende Kommentar	25
Referanser	29

Forord

Parallelt med utviklingen fra svangerskapskvalme til glede og forventning i forbindelse med min første graviditet, har hovedoppgaven gått fra å være noe stort og uoverkommelig før jeg kom i gang, til å bli en prosess og et produkt jeg nå gleder meg over. For den siste av disse to forvandlingene vil jeg først og fremst rette en stor takk til min eminente veileder, professor Karl Jacobsen. Han har vært til uvurderlig hjelp gjennom hele arbeidet med hovedoppgaven. I tillegg til å sitte på en enorm klinisk kunnskap, har han en utrolig evne til å formidle kunnskapen på en måte som engasjerer og inspirerer. Jeg vil også takke venner og familie som har vist interesse for oppgaven og bidratt med korrekturlesning og gode tilbakemeldinger. En siste takk til mannen min som har støttet meg gjennom de utfordringene jeg har møtt gjennom både svangerskapet og skriveprosessen.

Aud Elisabeth Tande Degirmenci

Lillehammer, juni 2010

Sammendrag

Nyere forskning viser at angst er den vanligste formen for psykopatologi hos barn. Hensikten med denne oppgaven er å diskutere hvordan en psykolog bør møte et barn som henvises for angst. Problemstillingen blir forsøkt besvart gjennom å kontrastere og diskutere to hovedmodeller for angst hos barn: den kognitive atferdsmodellen og emosjonsreguleringsmodellen. Litteratur hovedsakelig fra det siste tiåret ble gjennomgått for å vurdere effektiviteten til nåtidens mest brukte modell, samt for å belyse emosjonsreguleringsens rolle i barndomsangst. Litteraturgjennomgangen indikerer et forbedringspotensial i nåtidens forståelse og behandling av barn med angst. Den gir også holdepunkter for et behov for større bevissthet rundt barns utvikling av grunnfunksjoner i modeller for angst hos barn. Det konkluderes med at psykologer, i tillegg til å sørge for symptomlette, må sikre at barns utvikling kommer inn i funksjonelle mønstre, for på den måten å redusere risikoen for vedvarende sårbarhet, angstrelaterte vansker og tilbakefall hos denne gruppen barn.

Innledning

Angst hos barn.

I følge Kring og Werner (2004) spiller emosjoner en sentral rolle i menneskers liv: "They help us to respond to problems and challenges in our environment; they help us to organize our thoughts and actions, both explicitly and implicitly; and they guide our behavior" (Kring & Werner, 2004, s. 360). Emosjoner anses som essensielle for mellommenneskelig fungering, men de er også involvert i et spekter av psykologiske vansker (Barrett, 2006). Mange former for frykt i barndommen er adaptive og nødvendige for normal utvikling (Barrett, 2000; Carr, 2006; Gullone, 2000; Kendall & Suveg, 2006). Å skille mellom psykopatologisk angst og alderstypisk frykt krever kunnskap om hva som er typisk ved ulike tidspunkt i barns utvikling, da fryktens natur og intensitet kan forventes å variere i takt med barns utvikling (Barrett, 2000). Eksempelvis er frykt for å skilles fra omsorgspersoner og frykt for mørke fremmede steder vanlig hos små barn, mens frykt hos ungdom i større grad omhandler sosiale og interpersonlige tema (Albano & Kendall, 2002; Barrett, 2000). Normal frykt blir til psykopatologisk angst når opplevelsen er overdreven og intens i forhold til hva kontekst skulle tilsi, og i tillegg forstyrrer barnets fungering (Kendall & Suveg, 2006). Barn med angst henvises til behandling når angsten hindrer dem i å fullføre utviklingsmessig passende oppgaver, som å gå på skolen eller være sammen med venner (Carr, 2006).

Opplevelsen av frykt er altså et vanlig fenomen i et barns utvikling, og selv om barndomsfrykter kan være nokså intense, vil de fleste av dem forsvinne like fort som de kom (Gullone, 2000). Til tross for at de er en vanlig del av normal oppvekst, utgjør de en alvorlig bekymring når varigheten og intensiteten påvirker barns fungering og utvikling negativt (Barrett, 2000; Kendall, 1994). Dessverre gjør de det relativt ofte, for med en prevalens på 5-10 % i den generelle populasjonen, er barndomsangst den vanligste formen for psykopatologi

hos barn (Herbert, 2006). I tillegg kan det forventes at en enda større andel barn opplever subkliniske former for angst (Field, Cartwright- Hatton, Reynolds, & Creswell, 2008).

Komorbiditeten blant ulike typer angst er nokså høy, og de fleste barn har flere typer angst samtidig eller andre typer vansker i tillegg til angst (Carr, 2006; King, Heyne & Ollendick, 2005). Det sammensatte bildet gjør det til en ekstra stor utfordring å utvikle gode forståelses- og behandlingsmodeller for angst hos barn.

Ulike tilnærminger til angst hos barn.

Target og Fonagy (2005) stiller seg kritiske til den hyppige antagelsen om at psykologiske vansker i barndommen er forbigående, og understreker at vedvarende angst hos barn kan forårsake gjennomgående og varige skader. Slik skiller angsten seg fra den alderstypiske frykten, som på sin side antas å ha en kort levetid (Gullone, 2000). I følge Carr (2006) gjør angst i barndommen barn mer utsatt for angst i voksen alder. I en undersøkelse (Hudson, Kendall, Coles, Robin, & Webb, 2002) kom det fram at angst som først hadde nådd et klinisk nivå i barndommen, ikke avtok av seg selv uten behandling. Muligheten for at angst hos barn kan få et kronisk forløp indikerer nødvendigheten av å utvikle en god forståelse og behandling av angst hos barn, som kan bidra til å reversere denne utviklingen. Ulike modeller er utviklet for dette formålet. Av disse er det den kognitive atferdsmodellen som i størst grad har vært gjenstand for forskning (James, Soler, & Weatherall, 2005; Southam- Gerow & Kendall, 2000; Target & Fonagy, 2005).

Den kognitive atferdsmodellen har sin opprinnelse fra modeller for angst hos voksne (Field et al., 2008). Den har som mål å lære barn strategier for angsthåndtering, for slik å gjøre de i bedre stand til å fungere i hverdagen (Kendall & Suveg, 2006). Fra et evidensbasert perspektiv er kognitiv atferdsterapi nå den anbefalte behandlingen mot flere typer angst hos

barn (Albano & Kendall, 2002; Compton, March, Brent, Albano, Weersing, & Curry, 2004; Ollendick & King, 1998). En betydelig evidensbase støtter effektiviteten til denne typen behandling for et mangfold av angsttyper hos barn og unge (Cartwright- Hatton, Roberts, Chitsabesan, Fothergill, & Harrington, 2004; Compton et al., 2004; Hudson, 2005; James et al., 2005; Kendall, 1994; King et al., 2005). Det er imidlertid funnet at så mange som en tredjedel til halvparten av barn med angst fortsatt er behandlingstrengende etter denne typen behandling (Cartwright- Hatton et al., 2004; Compton et al., 2004; Hudson, 2005; James et al., 2005). I tillegg indikerer resultater fra flere undersøkelser (Barrett, Duffy, Dadds, & Rapee, 2001; Hudson, 2005; Kendall, Safford, Flannery-Schroeder, & Webb, 2004; Manassis, Avery, Butalia, & Mendlowitz, 2004; Suveg, Sood, Comer, & Kendall, 2009) at flere av de som blir bedre fortsetter å ha angstrelaterte vansker i form av subkliniske angstnivå som forstyrrer en optimal fungering, eller andre emosjonelle vansker som kan påvirke deres livskvalitet på en negativ måte. At noen barn fortsetter å ha vansker over eller under en klinisk grense etter endt behandling, gir holdepunkt for at det er en viss risiko knyttet til behandlinger med utgangspunkt i denne modellen; en risiko for at barn fortsatt er behandlingstrengende etter endt behandling.

I emosjonsreguleringsmodellen for angst hos barn står utviklingsperspektivet sentralt; barns emosjonelle utvikling, samt hvordan individuelle og relasjonelle faktorer bidrar til utviklingen av angst hos barn. Rollen til emosjonsregulering i utviklingen av psykopatologi hos barn har fått mer oppmerksomhet den senere tiden (Barrett, 2006; Ehrenreich, Fairholme, Buzzella, Ellard, & Barlow, 2007; Gross, Richards, & John, 2006; Schore & Schore, 2008). Mangler i utviklingen av emosjonelle prosesser som emosjonsforståelse og emosjonsregulering, har gjentatte ganger blitt knyttet til angst hos barn, både gjennom diskusjon og empirisk dokumentasjon (Hannesdottir & Ollendick, 2007; Kendall & Suveg, 2006; Kring & Werner,

2004; Southam-Gerow & Kendall, 2000; Suveg & Zeman, 2004; Trost, Buzzella, Bennett, & Ehrenreich, 2009; Tyson, 2004). Emosjonsreguleringsmodellen vektlegger grunnfunksjoner i et barns utvikling, samt hvordan mangler i grunnfunksjoner kan hemme den videre utviklingen. Modellen har som mål å snu utviklingen fra en dysfunksjonell til en funksjonell emosjonsregulering, for slik å behandle angsten og samtidig tilse at grunnfunksjonene igjen er utviklingsmessig fungerende. Emosjonsreguleringsmodellen reduserer slik risikoen for at barn etter endt behandling fortsatt har mangler knyttet til utviklingen av grunnfunksjoner, som kan gjøre de sårbare for vedvarende vansker. Ved å inkludere emosjonsregulering og utviklingsperspektivet i forståelsen av angst hos barn bidrar modellen til å tydeliggjøre de prosessene som er involvert i utviklingen av angst, noe som kan tenkes å gjøre en reversering av vanskene lettere oppnåelig.

To modeller som kan oppfattes som hovedmodeller for angst hos barn vil i denne oppgaven bli kontrastert og diskutert ut ifra litteratur og forskning hovedsakelig fra det siste tiåret. Mangler i behandlingsresultater knyttet til anbefalte modeller indikerer et behov for bedre forståelses- og behandlingsmodeller i møte med barn med angst. Et kritisk blikk på ulike modellens forståelse og behandling av angst hos barn kan ses som et viktig skritt i retning av å utvikle mer effektive behandlingsprogram for denne gruppen. Ved å gripe inn tidlig i en dysfunksjonell utvikling, reduseres risikoen for at barn utvikler sårbarhet for utvikling av psykiske vansker som følge av at utviklingen av emosjonsregulering går senere eller stopper opp. Da angst, som nevnt tidligere, er den vanligste formen for psykologiske vansker hos barn, og konsekvensene av å la angsten forbli ubehandlet antas å kunne være alvorlige, blir dette et sentralt spørsmål: Hvordan bør en psykolog møte et barn som henvises til psykologisk behandling for angst? Ved å kontrastere to modeller og diskutere hvorvidt de representerer behandlinger som vil kunne redusere eller fjerne angsten, sette i gang en positiv utvikling,

samt redusere risikoen for tilbakefall og skeivutvikling, vil denne oppgaven forhåpentligvis kunne føre oss nærmere et svar på dette spørsmålet.

En Diskusjon av To Modeller

Emosjonsreguleringsmodellen

Fokus på barns utvikling av grunnfunksjoner.

Emosjonsreguleringsmodellen representerer en forståelse av angst hos barn der barns utvikling av grunnfunksjoner står sentralt og er selve grunnpilaren i modellen. Slik tilbyr den en alternativ tilnærming til barn med angst, der barns fungering vurderes ut ifra grunnleggende funksjoner som antas å ligge til grunn for en god utvikling og vitalitet.

Utviklingen antas videre å være et resultat av både individuelle og relasjonelle faktorer. Slik får konteksten der barns utvikling har funnet sted også en sentral rolle i denne forståelsesmodellen. Modellen er opptatt av hvordan mangler i grunnfunksjoner i barns utvikling kan være med og bidra til de vanskene de opplever, og har som mål å tilse at utviklingen endres fra dysfunksjonell til funksjonell. Ved å tilse at emosjonsreguleringen blir funksjonell, reduseres risikoen for at viktige mangler og sårbarhet i grunnleggende fungering overses i møte med barn med angst, som igjen reduserer risikoen for vedvarende vansker og behandlingsbehov (Campos, Frankel, & Camras, 2004; Sameroff & Fiese, 2000; Schore & Schore, 2008).

Emosjonsregulering er en grunnfunksjon som antas å være knyttet til psykologiske vansker generelt, og til angst hos barn spesielt (Gross et al., 2006; Hannesdottir & Ollendick, 2007; Kendall & Suveg, 2006; Kring & Werner, 2004; Southam-Gerow & Kendall, 2000; Suveg & Zeman, 2004; Trost et al., 2009; Tyson, 2004). Den kan forstås som "(...) the process of initiating, avoiding, inhibiting, maintaining, or modulating the occurrence, form, intensity, or

duration of internal feeling states, emotion- related physiological processes, emotion- related goals, and the behavioral concomitants of emotion, generally in the service of accomplishing one's goals" (Eisenberg, Spinrad, & Smith, 2004, s. 278). Sagt på en annen måte kan emosjonsregulering forstås som individers forsøk på å påvirke hvilke emosjoner de har, når de har dem, og hvordan emosjonene oppleves og uttrykkes (Gross et al., 2006). Campos et al. (2004) mener det blir kunstig å skille mellom emosjoner og emosjonsregulering, da den ene ikke kan opptre uten den andre. Begge er deler av den samme prosessen, og de "(...) interact at all phases of their generation, manifestation, and termination" (Campos et al., 2004, s. 380). Det tett sammenvevde forholdet mellom emosjoner og emosjonsregulering indikerer nødvendigheten av å inkludere emosjonsregulering i forståelsen og behandlingen av emosjonelle vansker som angst, hos barn.

Mangler i emosjonsregulering hos barn med angst.

Southam- Gerow og Kendall (2000) fant at barn med angst sammenlignet med barn uten angst, hadde en dårligere forståelse av emosjonsregulering, og færre og/eller mindre modne metoder for emosjonsregulering. En annen undersøkelse (Suveg & Stegall 2001; sitert i Suveg & Zeman, 2004) viste at barn med angst sammenlignet med barn uten angst, stolte mer på dysregulerte metoder enn på adaptive reguleringsstrategier i deres håndtering av negative emosjoner. Emosjonell dysregulering har blitt beskrevet som en begrenset evne til å regulere og modulere emosjoner på en slik måte at de tillater sunn og normal fungering (Hannesdottir & Ollendick, 2007). Beskrivelsen indikerer at emosjonsregulering som grunnfunksjon er en forutsetning for at en sunn og normal fungering skal kunne utvikles. Hvis behandlingen av barn med angst ikke tilser at emosjonsreguleringen kommer inn i funksjonelle mønstre, vil det altså kunne hindre barn i deres videre utvikling og fungering.

Kliniske kjennetegn ved barn med angst indikerer ikke bare vansker i håndteringen av angstrelaterte emosjoner, men også vansker i håndteringen av andre negative emosjoner (Kring & Werner, 2004; Southam- Gerow & Kendall, 2000; Suveg & Zeman, 2004). Flere forskere (Hannesdottir & Ollendick, 2007; Suveg & Zeman, 2004; Trosper et al., 2009) foreslår at barns vansker med å håndtere negative emosjoner peker på mangler i effektiv emosjonell mestring. En undersøkelse (Suveg & Zeman, 2004) sammenlignet emosjonsreguleringsprosesser hos barn med angst versus barn uten angst. Resultatene viste at barn med angst opplevde emosjoner mer intenst, manglet forståelse av endring i emosjoner, hadde liten tillit til egen evne til å endre og kontrollere emosjoner de opplevde, samt mindre tillit til egen evne til å håndtere situasjoner som kunne fremkalle negative emosjoner. Funnene indikerer at barn med angst har en mindre utviklet forståelse av egne emosjoner og hvordan de skal regulere eller modifisere de på en effektiv måte. Dette gir holdepunkter for at emosjonsregulering bør vurderes sentral i forståelsen og behandlingen av denne gruppen barn.

Ulike faktorer i utviklingen av emosjonsregulering og angst hos barn.

Transaksjonsmodellen for utvikling beskriver hvordan barns utvikling kan ses som et resultat av karakteristiske trekk både ved barnet og miljøet, slik de endrer seg over tid (Tetzchner, 2001). Modellen gir holdepunkt for at vansker med å regulere emosjoner kan være en funksjon av barnets disposisjoner samt omsorgsgivers trekk og fungering, men også egenskaper ved relasjonen barn- omsorgsgiver. Barns håndtering av emosjoner skiller seg på en vesentlig måte fra voksnes håndtering av emosjoner, ved at barn avhenger av andre i sin regulering av emosjoner (Sroufe, 1995). I følge Sameroff og Fiese (2000) skjer det en gradvis utvikling fra å søke beskyttelse og hjelp hos omsorgspersoner til å regulere den emosjonelle tilstanden selv. Omsorgsgiver tillater barnet autonomi samtidig som hun/han er tilgjengelig for å beskytte barnet for overveldende følelser. Autonom emosjonsregulering kan slik sies å

vokse fram fra omsorgsgiver-guidet selvregulering (Sroufe, 1995). Med utgangspunkt i dette er det ikke overraskende at mye av kilden til angst hos barn og unge er foreslått å stamme fra foreldrenes egen bekymring og engstelse (Herbert, 2006). Sammenhengen muliggjøres eksempelvis ved at omsorgsgiver modellerer dysfunksjonelle emosjonsreguleringsferdigheter, som gjør at barnets egen funksjonelle emosjonsregulering ikke utvikles og forårsaker angst eller forverring i angsten (Hannesdottir & Ollendick, 2007; Siqueland, Kendall, & Steinberg, 1996).

Utvikling består av sosiale prosesser. Den forekommer ikke i et vakuum, men er tett knyttet til den konteksten som den forekommer i (Carr, 2006; Ehrenreich et al., 2007). Barns samspillerfaringer lagres i indre arbeidsmodeller som antas å prege måten de regulerer emosjoner på (Schore & Schore, 2008). Eksempelvis har barn som er vant til å motta straff for å uttrykke emosjoner, en tendens til senere å oppleve økt kroppslig aktivering i situasjoner som fremkaller negative emosjoner, men uten at emosjonene de opplever er synlige for andre. De har lært seg å skjule emosjonene for andre, men opplever de likevel sterkt selv. De blir engstelige i situasjoner som utløser negative emosjoner, fordi de assosierer straff med det å vise slike emosjoner (Kring & Werner, 2004). Foreldrenes tanker og følelser om egne og barnets emosjoner er slik med på å forme barnets tidlige emosjonsregulering (Gross et al., 2006). Noen foreldre har en avvisningsstil der målet er å unngå og å minimere barnets emosjoner. Foreldre med en opplæringsstil derimot, vil lytte til og evaluere barnets emosjoner positivt, og lære barnet hvordan det best kan håndtere sine emosjoner (Gross et al., 2006). Når barn ikke får vise sine negative emosjoner, lærer de heller ikke å regulere dem, og de blir usikre i situasjoner der de kan forventes å forekomme (Tetzchner, 2001). Slike funn gir holdepunkter for viktigheten av å inkludere relasjonelle og kontekstuelle faktorer i forståelsen og behandlingen av angst hos barn.

Det er nødvendig med en god forståelse av årsaksfaktorene i utviklingen av angst hos barn for slik å få en helhetlig forståelse av vanskene, hvordan de har utviklet seg og hvordan de kan reverseres (Field et al., 2008). Angst er ikke nødvendigvis symptomer som skal reduseres, men kan selv være et symptom på at noe er dysfunksjonelt i relasjonelle eller kontekstuelle forhold. Hvis angsten er et symptom på en dårlig fungerende emosjonsregulering, som igjen skyldes et dårlig fungerende familiesystem, holder det ikke å kun behandle angstsymptomene. Emosjonsreguleringsmodellen vil finne ut hvilke faktorer som har bidratt til at utviklingen har stoppet opp og hvordan den kan settes i gang igjen. Målet er at barnets utvikling beveger seg i retning av å bli mer funksjonell. Det er da nødvendig å se på grunnfunksjonene til barnet samt den konteksten de har fått utvikle seg i, for å se hva som kan ha forårsaket vanskene barnet opplever.

Funksjonell emosjonsregulering vises i vitalitet.

Fokuset på grunnfunksjoner indikerer at symptomreduksjon ikke er et tilstrekkelig mål på behandlingseffekt, da symptomreduksjon ikke nødvendigvis er synonymt med barns gjenvinning av livskraft og vitalitet. Emosjonsreguleringsmodellen har som behandlingsmål at barn med angst oppnår de funksjonene de utviklingsmessig forventes å ha, og da særlig evnen til emosjonsregulering. Å utvikle mestring over egne emosjoner krever en kompetanse i å romme dem innen håndterlige grenser slik at de ikke disorganiserer og overvelder selvregulerende funksjoner (Eisenberg et al., 2004). Intervensjoner som bygger på utviklingsmessige prinsipper kan bidra til utviklingen av en slik emosjonell kompetanse ved å fokusere på utviklingen av en trygg tilknytning og en effektiv emosjonsregulering (Tyson, 2004). Effektiv emosjonshåndtering handler om en balanse mellom å være emosjonelt overkontrollert og underkontrollert (Eisenberg et al., 2004), og målet med emosjonsreguleringsmodellen er at barn får det Eisenberg et al. (2004) beskriver som:

(...) a capacity to respond to the varying demands of experience with a range of responses that are socially acceptable and sufficiently flexible to allow for spontaneity in behavior as well as the inhibition of spontaneous reactions as required in the given context (Eisenberg et al., 2004, s. 279-280).

Et kjennetegn på at barnets emosjonsregulering har kommet inn i funksjonelle mønstre er at barnets vitalitet og livskraft er tilbake. Hvis symptomnivået er redusert, men barnet fortsetter å streve med å håndtere emosjoner som følge av at emosjonsreguleringen fortsatt ikke er funksjonell, vil det kunne tappe barnet for vitalitet og livskraft. Monsens (1991) forklaring på begrepet "vitalitet" illustrerer hvor nært knyttet det er til en effektiv mestring av emosjoner. Han beskriver vitalitet som:

(...) et godt gjensidig forhold mellom hvordan en person *har det følelsesmessig* og hva han *gjør med følelsene opplevelsesmessig og ekspressivt*. Vitalitet betyr å leve slik at følelsene aktiveres i en viss bredde, samt å kunne integrere disse opplevelsene og uttrykke seg tydelig (Monsen, 1991, s. 150).

I følge emosjonsreguleringsmodellen bør en behandler ikke tillate seg å være fornøyd før barnet er fornøyd og viser det gjennom utviklingsmessig fungering og vitalitet.

Risikoen ved å utelate utviklingsperspektivet og fokuset på grunnfunksjoner.

Da emosjoner er et vitalt element i et barns liv (Monsen, 1991) og en dårlig fungerende emosjonsregulering gjentatte ganger har blitt knyttet til angst hos barn (Gross et al., 2006; Hannesdottir & Ollendick, 2007; Kendall & Suveg, 2006; Kring & Werner, 2004; Southam-Gerow & Kendall, 2000; Suveg & Zeman, 2004; Trost et al., 2009; Tyson, 2004), gir det

holdepunkter for nødvendigheten av å vektlegge emosjonsregulering i forståelsen og behandlingen av barn med angst. Sammenlignet med forskningsomfanget knyttet til den kognitive atferdsmodellen har det imidlertid hittil vært relativt få studier som har sett nærmere på hvordan denne kunnskapen kan overføres til forståelsen og behandlingen av barn med angst (Barrett, 2000; Ehrenreich et al., 2007; Suveg & Zeman, 2004; Trost et al., 2009). Barn med angst som også har underliggende mangler i emosjonsregulering, trenger hjelp til å utvikle evnen til å regulere emosjoner på mer fleksible og adaptive måter (Suveg & Zeman, 2004). Modeller for angst hos barn som ikke tilser at utviklingen av emosjonsregulering endres fra dysfunksjonell til funksjonell, risikerer å etterlate barn med vedvarende vansker som hindrer den videre utviklingen, og dette til tross for at symptomnivået kanskje er redusert.

Til tross for økt kunnskap om emosjonsreguleringens rolle i angst hos barn, samt økt oppmerksomhet rundt behovet for å vurdere utviklingsfaktorer og hvordan de relaterer til etiologien, målingen og behandlingen av angst hos barn, er det dessverre likevel ikke slik at utviklingsperspektivet alltid gis tilstrekkelig oppmerksomhet i møte med barn med angst (Barrett, 2000; Hudson et al., 2002). Et større fokus på utviklingsmessige mønstre vil kunne gi innsikt i barns potensielle sårbarheter og begrensninger, men også muligheter som eksisterer som en funksjon av det utviklingsstadium som barnet befinner seg i (Barrett, 2000). Selv om det nå er større og mer utbredt aksept for å vurdere ulike årsaksfaktorer i utviklingen av angst hos barn, blir behandlinger ofte satt i gang uten å vurdere hvordan angsten har utviklet seg. Det er typisk slik at barn med lignende vansker møtes med den samme teoretiske og praktiske tilnærmingen (Hudson et al., 2002), uavhengig av om de samme faktorene ligger til grunn for angsten eller ikke. Ved å møte alle med den samme tilnærmingen, øker risikoen for å overse viktige individuelle forskjeller i barns utvikling av angst. Mens noen barn kan dra

nytte av en generell tilnærming, vil andre kanskje komme til å falle igjennom fordi de har mangler på et mer grunnleggende nivå som ikke blir tatt hensyn til.

Den Kognitive Atferdsmodellen

En tilnærming til angst hos barn basert på symptomreduksjon.

Til tross for de alvorlige konsekvensene av angst hos barn som muligheten for et kronisk forløp hvis angsten forblir ubehandlet (Barrett, 2000; Carr, 2006; Field et al., 2008; Kendall & Suveg, 2006), har utviklingen av teorier og intervensjoner for angst i yngre populasjoner ligget bak utviklinger i det voksne feltet (Field et al., 2008; James et al., 2005). Det var lenge slik at kognitive atferdsmodeller for angst hos voksne ble brukt til å utvikle forståelses- og behandlingsmodeller for angst hos barn. Dette bød på problemer i form av dårlig tilpassede intervensjoner til barns utviklingsnivå (Barrett, 2000; Cartwright- Hatton & Murray, 2008; Field et al., 2008; Hudson et al., 2002), og intervensjonene viste kun ”moderate success” (Cartwright- Hatton og Murray, 2008, s. 749). Likevel er den kognitive atferdsmodellen blitt den mest brukte modellen i forsknings- og klinisk sammenheng for forståelsen og behandlingen av barn med angst (James et al., 2005). Kognitiv atferdsterapi har dessuten vist seg effektiv mot flere typer angst hos barn når den har blitt sammenlignet med ulike kontrollbetingelser (Barrett et al., 2001; Cartwright- Hatton et al., 2004; Compton et al., 2004; Hudson, 2005; James et al., 2005; Kendall, 1994; Kendall & Suveg, 2006; King et al., 2005). Betydelige og viktige endringer i barns symptomer og generell fungering har blitt observert og dokumentert etter intervensjoner som bygger på denne forståelsesmodellen. Kognitiv atferdsterapi har som følge av dette blitt kategorisert som en evidensbasert behandling mot angst hos barn (Albano & Kendall, 2002; Compton et al., 2004; Ollendick & King, 1998).

Cartwright- Hatton et al. (2004) fant i sin gjennomgang av 10 effektivitetsstudier av kognitiv atferdsterapi mot angst hos barn at behandlingen gjennomsnittlig var effektiv for 56,5 % av barn med angst. Bedringsraten i kontrollgruppen, der barn enten ikke mottok noen behandling eller mottok en inaktiv behandling, var 34,8 %, noe som tyder på at kognitiv atferdsterapi er en effektiv intervensjon mot angst hos barn. En annen systematisk gjennomgang av 13 studier viste lignende resultater, der barn med angst som mottok kognitiv atferdsterapi hadde en bedringsrate på 56 % mot 28,2 % hos kontrollgruppen, som enten stod på venteliste for behandling eller som kun mottok oppmerksomhet i form av for eksempel støtte (James et al., 2005). Med gjennomsnittlige effektrater på henholdsvis 56,5 % og 56 % i de ovenfornevnte studiene, er den kognitive atferdsmodellens intervensjoner populære i et medisinsk samfunn som verdsetter empirisk støttede, korte og problemfokuserede behandlingsformer (Compton et al., 2004). De samme bedringsratene som støtter modellens effektivitet, indikerer imidlertid også at en betydelig andel barn ikke får den hjelpen de trenger gjennom denne modellen og at det fortsatt er rom for forbedringer i modellens forståelse og behandling av barn med angst. Cartwright- Hatton et al. (2004) konkluderer i sin systematiske gjennomgang med at kognitiv atferdsterapi er en lovende intervensjon, men at behovet for oppfølgingsstudier, studier med yngre barn og sammenligninger med andre type behandlinger er nødvendig for å si noe mer om dens effektivitet.

Det finnes et mangfold av intervensjoner innenfor den kognitive atferdsmodellen, men de deler alle et felles sett av strategier for å oppnå endring i kognisjon og atferd hos barn med angst. Strategiene inkluderer psykoedukasjon, som gir korrektiv informasjon om angst og fryktstimuli; avslapningstrening, som har som hensikt å redusere fysiologisk aktivering og somatiske symptomer; kognitiv restrukturering, som har som hensikt å kontrollere negative selvutsagn, korrigere feilaktige antagelser, og bygge self- efficacy; systematisk og gradvis

hierarkisk eksponering til angst- provoserende situasjoner, for å adressere barnets unngåelse; og trening i tilbakefallsforhindring, for å håndtere mulige fremtidige utfordringer (Albano & Kendall, 2002; Kendall & Suveg, 2006; King et al., 2005). Det overordnede målet med behandlingsprogram av denne typen er i følge Kendall og Suveg (2006) å lære barn å gjenkjenne tegn på angstrelatert aktivering, og å la disse tegnene fungere som klarsignal for å ta i bruk strategier for angsthåndtering. Målet er altså å lære barn måter å takle angstsymptomene på, som skal gjøre de i bedre stand til å fungere i hverdagen. Oversikten over de ulike elementene i slike program, samt målet med behandlingen, indikerer en forståelse av angst der grunnleggende funksjoner som emosjonsregulering kommer i skyggen av strategier for å håndtere og redusere symptomene på angst. De to modellene har altså et nokså forskjellig fokus i deres møte med barn med angst.

Den kognitive atferdsmodellens opphav.

Den kognitive atferdsmodellen integrerer den demonstrerte effektiviteten til atferdstilnærminger med en tilføyd vektlegging av kognitiv informasjonsprosesserings faktorer (Bernstein, Borchardt, & Perwien, 1996; Kendall & Suveg, 2006). Historisk sett har atferdskomponenten i kognitiv atferdsterapi sitt opphav fra operant betinging, mens kognitive intervensjoner fikk en mer fremtredende rolle da det ble mer oppmerksomhet rundt hvordan person- miljø interaksjoner medieres av kognitive prosesser. Atferdskomponenten i modellen kan ses som "non-mediational", ved at den vektlegger situasjoners direkte innvirkning på atferd, mens den kognitive komponenten kan ses som "mediational", ved at den vektlegger tanker og følelser som årsak til atferd (Compton et al., 2004, s. 931). Samlet sett vektlegger kognitiv atferdsterapi den gjensidige påvirkningen mellom tanker og følelser på den ene siden og atferd på den andre siden, og indikerer på den måten at endring i en av komponentene muliggjøres ved endring i den andre.

Kognitive atferdsmodeller ble, som nevnt innledningsvis, først utviklet for angst hos voksne. Det finnes et mangfold av vellykkede voksenmodeller av denne typen, som både har hatt stor innvirkning på teorier om hvordan angst opprettholdes og i utviklingen av vellykkede intervensjoner for voksne med angst. Modellene har som utgangspunkt at voksne med angst har antakelser og skjemaer som bidrar til å opprettholde angsten, og at de ved å utfordre de opprettholdende faktorene kan hjelpes ut av angsten (Field et al., 2008). De samme modellene ble tidligere tatt i bruk med barn med angst med den villedende forestillingen om at barn er "little adults" og at barn i alle aldre vil kunne dra nytte av den samme behandlingstilnærmingen (Barrett, 2000, s. 481). Tilnavnet "maintenance models" (Field et al., 2008, s. 387) indikerer et manglende fokus i disse modellene på hvordan barn utvikler de antakelsene og skjemaene som bidrar til utviklingen av angst. Slik kan de samme modellene i møte med barn med angst risikere å overse grunnleggende faktorer i barns utvikling som kan ha bidratt til utviklingen av angst. Hos barn med angst versus voksne med angst er det større sannsynlighet for at de kausale faktorene fortsatt er virksomme og mulig å reversere, men da må de grunnleggende årsakene til angst vektlegges i større grad, ikke kun angsten i seg selv. Ved å kun hjelpe barn med å håndtere de opprettholdende faktorene, risikerer en slik modell kanskje å etterlate barn med de samme grunnleggende vanskene, bare bedre skjult bak lærte strategier for håndtering av symptomene.

Ved å anvende voksne modeller i møte med barn, tas det også for gitt at de kognitive og emosjonelle prosessene funnet i voksne med angst også finnes i barn med angst, selv om det i følge Field et al. (2008) foreløpig er uklart om dette faktisk er tilfelle. Mye av forskningen når det gjelder dette har dessuten fokusert på eldre barn og ungdom, men det er fortsatt veldig lite kunnskap når det gjelder disse prosessene i yngre barn (Cartwright-Hatton & Murray, 2008). Bernstein et al. (1996) og James et al. (2005) understreker at anvendelsen av kognitiv

atferdsterapi krever et visst nivå av kognitiv utvikling. Grave og Blissett (2004) stiller spørsmålsteget ved om den kognitive atferdsmodellen og dens forståelse og behandling av angst i det hele tatt er utviklingsmessig passende for unge barn, med tanke på Piagets teorier om unge barns begrensede evne til operasjonell tenkning. Få studier har blitt utført med barn mellom 2 og 7 år, barn i det såkalte preoperasjonelle stadiet, og i de studiene der utvalget har bestått av yngre barn, er det i følge Grave og Blissett (2004) holdepunkter for at disse gjør det mindre bra enn eldre barn og ungdom. I tråd med dette understreker Cartwright- Hatton et al. (2004) ut ifra sin gjennomgang av 10 studier der barn med angst mottok kognitiv atferdsterapi, at tradisjonell kognitiv atferdsterapi slik den nå praktiseres, kanskje aldri vil være passende for yngre barn med angst.

Barn i ulike aldre varierer betydelig i deres kognitive og emosjonelle utvikling. I tillegg kan man forvente store individuelle forskjeller innen samme aldersgruppe, som følge av både individuelle og miljømessige faktorer (Sroufe, 1995; Tetzchner, 2001). Barn er med andre ord en heterogen gruppe, men generelle barnebehandlinger tar ofte ikke hensyn til utviklingsmessige aspekter hos det enkelte barn (Hudson et al., 2002). Utviklingsspørsmål har imidlertid fått mer oppmerksomhet i den kognitive atferdsmodellens forståelse av angst hos barn den senere tiden, men til tross for at strategiene nå tilpasses til hvert enkelt barn og dets utviklingsnivå i større grad enn tidligere (Albano & Kendall, 2002; King et al., 2005), er det i følge flere (Barrett, 2000; Cartwright- Hatton & Murray, 2008; Grave & Blissett, 2004) fortsatt holdepunkter for at det er et stykke igjen til denne kunnskapen får prege behandlingsforskningen i tilstrekkelig grad.

Holdepunkter for en manglende komponent i den kognitive atferdsmodellen.

Støtten for effektiviteten til den kognitive atferdsmodellens behandling av barn med angst har økt, og signifikante behandlingseffekter har blitt observert for en stor andel barn med angst (Cartwright- Hatton et al., 2004; Compton et al, 2004; James et al., 2005; Kendall, 1994; Ollendick & King, 1998). Likevel er det ikke slik at alle barn får det bedre etter behandlinger basert på denne modellen, og studier viser at en betydelig andel barn fortsatt har angst etter endt behandling (Cartwright- Hatton et al., 2004; Compton et al., 2004; Hudson, 2005; James et al., 2005; Manassis et al., 2004). I Cartwright- Hatton et al. (2004) og James et al. (2005) sine systematiske gjennomganger av studier der barn med angst mottok kognitiv atferdsterapi, hadde henholdsvis 43,5 % og 44 % av utvalget fortsatt behandlingstrengende angst etter endt behandling. Dette gir holdepunkter for at en stor andel barn ikke får sine behov møtt med den kognitive atferdsmodellen som forståelses- og behandlingsmodell. Hvorfor denne modellen og dens intervensjoner ikke er effektive for en så stor andel barn med angst er usikkert, men en potensiell årsak kan være et manglende fokus på barns utvikling av viktige grunnfunksjoner, særlig med tanke på en mangelfull utvikling av emosjonsregulering som er blitt knyttet til angst hos barn gjentatte ganger (Gross et al., 2006; Hannesdottir & Ollendick, 2007; Kendall & Suveg, 2006; Kring & Werner, 2004; Southam- Gerow & Kendall, 2000; Suveg & Zeman, 2004; Trosper et al., 2009; Tyson, 2004).

Om det i noen tilfeller er tilstrekkelig å lære barn mestringsstrategier som gjør at de takler angstfremkallende situasjoner bedre, kan det i andre tilfeller være nødvendig å gi hjelp på et mer grunnleggende nivå for at barn skal få tilbake sin optimale fungering. Hvis barn med angst har en dysfunksjonell emosjonsregulering som ligger til grunn for de vanskene de opplever, vil symptomreduksjon risikere å bli en overfladisk og kortvarig løsning. Dersom det overlates til tilfeldighetene om en positiv utvikling kommer i gang igjen eller ikke etter endt

behandling, kan det medføre en risiko for barns videre utvikling og fungering, og åpne for at nye vansker får muligheten til å utvikle seg hos denne gruppen barn.

Emosjonsreguleringsmodellen tar det ikke for gitt at den underliggende utviklingen har kommet i gang igjen selv om symptomnivået er redusert. Modellen ønsker å se til at alle barn med angst får etablert de grunnleggende funksjonene som er nødvendige for en positiv videre utvikling.

Når det gjelder barns videre utvikling, understreker Compton et al., (2004) og Cartwright-Hatton et al. (2004) behovet for oppfølgingsstudier for å undersøke om intervensjoner i barndommen er effektive i å hindre utviklingen av nye psykologiske vansker. Selv om kognitiv atferdsterapi har vist seg å være effektiv i å produsere korttids symptomlette, er det i følge Manassis et al (2004) få studier som har sett på langtidseffektene (mer enn 1. år etter endt behandling) av den samme behandlingen. Manassis et al. (2004) undersøkte angstsymptomer, angstrelatert svekkelse, og behov for videre behandling i 43 ungdom som hadde mottatt kognitiv atferdsterapi mot angst 6-7 år tidligere (da de var 8-12 år). Ca 70 % av ungdommene hadde ikke hatt behov for videre behandling for angst eller andre psykiske vansker, men nesten samtlige av disse rapporterte angstrelatert svekkelse og angstsymptomer ved oppfølging. Denne rapporteringen indikerer at de 70 % som ikke hadde hatt behov for videre behandling likevel hadde en vedvarende sårbarhet for angstrelaterte vansker. 30 % av ungdommene i utvalget hadde hatt behov for videre behandling, og resultatene viste at behovet for videre behandling hadde vært størst hos de eldste i utvalget. Manassis et al. (2004) oppsummerer studien med å slå fast at engstelige tendenser ser ut til å ha vedvart hos utvalget, uten at det lenger var behov for klinisk oppmerksomhet i forhold til det hos 70 % av de behandlede deltakerne (Manassis et al., 2004). Når omtrent hele utvalget i undersøkelsen fortsatt hadde angstrelaterte svekkelse og angstsymptomer 6-7 år etter endt behandling, gir det

holdepunkt for at en god utvikling kanskje ikke har kommet i gang igjen hos store deler av utvalget, til tross for at 70 % av utvalgets vansker ikke lenger kvalifiserte som behandlingstrengende. Resultatene indikerer også at symptomreduksjon ikke nødvendigvis er et tilstrekkelig mål på om barns utvikling har kommet i gang igjen. Vitalitet og livskraft kan fortsatt mangle selv om barn har fått et større repertoar av strategier for å håndtere angstsymptomene mer effektivt. Det at et barn tilsynelatende *fungerer* bedre trenger ikke alltid være ensbetydende med at de faktisk *har* det bedre opplevelsesmessig og utviklingsmessig.

I to andre undersøkelser (Barrett et al., 2001; Kendall et al., 2004) ble barn som hadde mottatt kognitiv atferdsterapi mot angst fulgt opp henholdsvis 6 og 7,4 år etter endt behandling, og resultatene indikerer at behandlingsgevinsten hadde vedvart hos en betydelig andel av utvalgene. Behandlingene hadde imidlertid ingen langvarig effekt på forekomsten av depresjon hos ungdommene i disse undersøkelsene. Dette kan gi holdepunkter for at disse ungdommene fortsatt hadde emosjonelle vansker og mangler relatert til emosjonelle prosesser etter endt behandling. Med bakgrunn i studier som peker på mangler i emosjonsregulering hos barn med angst, understreker Kendall og Suveg (2006) behovet for intervensjoner som inkluderer et forsøk på å gi barn med angst bedre kunnskap om og evne til å regulere egne emosjoner. Flere (Hannesdottir & Ollendick, 2007; Kendall & Suveg, 2006; Troster et al., 2009) har foreslått at et innslag av emosjonsregulering i kognitive atferdsmodeller for angst hos barn kunne bedret behandlingsutfallene betydelig. Dette med tanke på den antatte sammenhengen mellom mangler i emosjonsregulering og angst hos barn. Til tross for at noen intervensjoner fra den kognitive atferdsmodellen inkluderer et fokus på angstrelaterte emosjoner, fokuserer de færreste på hvordan barn opplever andre emosjoner, som glede eller sinne. Selv om noen emosjoner får oppmerksomhet, er altså emosjonsregulering som helhet

sjelden et fokus i modellens forståelse og behandling av angst hos barn (Hannesdottir & Ollendick, 2007). Som følge av dette kan det kanskje forventes at barn med angst fortsatt har mangler relatert til regulering av ulike emosjoner etter endt behandling.

Suveg et al. (2009) undersøkte emosjonsrelatert fungering etter kognitiv atferdsterapi for 37 barn og unge med angst. Resultatene viste at utvalget etter endt behandling viste økt mestring og mindre emosjonell dysregulering i forhold til bekymring, men ikke i forhold til sinne og tristhet. Bedring i emosjonsregulering ble ikke generalisert til andre emosjoner enn bekymring, noe som indikerer at pasientene fortsatt hadde reguleringsvansker relatert til andre negative emosjoner. I Barrett et al. (2001) sin oppfølgingsstudie av ungdom som hadde mottatt kognitiv atferdsterapi mot angst 6 år tidligere, viste resultatene en tendens til at depresjonsnivåene hadde returnert til sine pre- nivå, til tross for at 85 % av ungdommene ikke lenger hadde angst. Et lignende funn ble gjort i Kendall et al. (2004) sin oppfølgingsstudie av ungdom som hadde mottatt kognitiv atferdsterapi mot angst 7,4 år tidligere. Også her viste undersøkelsen at majoriteten av ungdommene hadde bevart bedringen de oppnådde gjennom behandling. Resultatene viste imidlertid ingen signifikante forskjeller mellom de som ble bedre etter behandling og de som ikke ble bedre når det gjaldt forekomsten av depresjon i løpet av oppfølgingsintervallet (Kendall et al., 2004). Disse tre studiene gir holdepunkter for at barn fortsatt kan ha mangler i emosjonsregulering etter endt behandling, noe som indikerer at emosjonsregulering som grunnfunksjon ikke har fått tilstrekkelig fokus i denne typen forståelses- og behandlingsmodell for angst hos barn. Intervensjonene i studiene nevnt ovenfor viste seg effektive for det de var designet for å behandle, nemlig angsten, men risikerer å etterlate barn med reguleringsvansker relatert til andre emosjoner som kanskje ikke forårsaker skade i fungering, men som likevel kan oppleves frustrerende for individet. Gitt det signifikante forholdet mellom angst og depresjon (Kendall et al., 2004), som begge er

eksempler på emosjonelle vansker, vil det være fordelaktig for barn om behandlingen de får for én av disse vanskene er tilstrekkelig grunnleggende til å kunne forebygge den andre. Et større fokus på emosjonsregulering i sin helhet kan hjelpe barn med angst med å regulere hele spekteret av emosjoner på en mer funksjonell måte, slik at de med vitalitet og livskraft kan møte videre utviklingsoppgaver.

Symptomlette og positiv utvikling: to sider av samme sak?

Et sentralt spørsmål i en risikovurdering av den kognitive atferdsmodellen er: Hva består behandlingseffekten av, og innebærer den at en funksjonell utvikling er satt i gang igjen? En betydelig andel barn har vist seg å ikke ha en ønsket effekt av intervensjoner som bygger på den kognitive atferdsmodellen (Cartwright- Hatton et al., 2004; James et al., 2005), noe som kan skyldes et manglende fokus på mangler i emosjonsregulering (Hannesdottir & Ollendick, 2007; Trosper et al., 2009). Den andelen barn som derimot har en ønsket effekt av kognitiv atferdsterapi, har også vist seg å ha beskjedne, men vedvarende angstrelaterte vansker eller vansker med å regulere andre emosjoner etter endt behandling (Barrett et al., 2001; Kendall et al., 2004; Manassis et al., 2004; Suveg et al., 2009). Dette kan være et holdepunkt for at de til tross for symptomlette, fortsatt har mangler knyttet til grunnfunksjoner som vil kunne gjøre de sårbare for utvikling av nye behandlingskrevende vansker.

En betydelig evidensbase støtter effektiviteten til problemspesifikke kognitive atferdsintervensjoner for et mangfold av angsttyper hos barn og unge (Compton et al., 2004), men hvordan kan man være trygg på at en intervensjon har ført til at barnets utvikling er inne i funksjonelle mønstre? Hvis behandlingen har ført til at symptomnivået er kommet under en klinisk grense, kan den sies å ha vært effektiv i følge den gamle medisinske modellen, der symptomreduksjon er et mål i seg selv (Rutter et al., 2008). Et potensielt problem med denne

tenkningen er at den risikerer å overse vedvarende mangler i et barns utvikling, som til tross for symptomlette, kanskje fortsatt er dysfunksjonell. Det blir mangelfullt å behandle angsten hvis faktorene som bidro til utviklingen av den, det være seg individuelle eller relasjonelle, stadig er like virksomme. Målet med den kognitive atferdsmodellen er å lære barn å bruke angstsymptomer som hint for å ta i bruk lærte strategier for håndtering av angst (Kendall & Suveg, 2006). Hvis god fungering sluttet ut ifra at barn håndterer angsten bedre med lærte strategier, risikerer denne modellen muligens å si seg fornøyd med et behandlingsresultat uten å være sikker på at barnets funksjonelle og grunnleggende utvikling er satt i gang igjen. Barnet risikerer da å utad *fungere* bedre uten nødvendigvis å utviklingsmessig *ha* det bedre.

Avsluttende Kommentar

I tilnærmingen til spørsmålet om hvordan en psykolog bør møte et barn med angst, har vi sett at det i én modell er naturlig å diskutere angstsymptomer og regulering av disse, mens det i en annen modell er mer naturlig å diskutere emosjoner og utviklingen av en funksjonell regulering av disse. Hvilken tilnærming som er riktig avhenger imidlertid ikke av hvilken modell som foretrekkes av den enkelte psykolog, men av det enkelte barns behov. Den kognitive atferdsmodellen er den modellen som har fått mest oppmerksomhet i forbindelse med angst hos barn, og mange barn har fått redusert sine symptomnivå etter å ha blitt behandlet med kognitiv atferdsterapi (Cartwright- Hatton et al., 2004; Compton et al., 2004; James et al., 2005; Kendall, 1994; King et al., 2005; Ollendick & King, 1998). Undersøkelser viser også at majoriteten av disse barna opprettholder bedringen over tid (Barrett et al., 2001; Kendall et al., 2004). Den store andelen barn som ikke blir bedre (Cartwright- Hatton et al., 2004; Compton et al., 2004; Hudson, 2005; James et al., 2005); de subkliniske, men vedvarende angstrelaterte vanskene hos store andeler av de som faktisk blir bedre (Manassis et al., 2004); samt de vedvarende manglene i evnen til å regulere ulike typer emosjoner etter

endt behandling (Barrett et al., 2001; Kendall et al., 2004; Suveg et al., 2009), gir imidlertid holdepunkter for at det er en viss risiko knyttet til denne modellens forståelse og behandling av barn med angst. Modellen risikerer å overse grunnleggende mangler hos en betydelig andel barn med angst, som kan gjøre de sårbare for vedvarende angst og emosjonelle vansker etter endt behandling, til tross for redusert symptomnivå.

Det kan være flere årsaker til at en stor andel barn ikke får den hjelpen de trenger gjennom den kognitive atferdsmodellen. Modellen ble i utgangspunktet utviklet fra voksenmodeller for angst, og til tross for at de i større grad enn tidligere nå fokuserer på utviklingsmessige aspekter, gjenstår det kanskje ennå å la denne bevisstheten prege intervensjonsforskningen i tilstrekkelig grad (Barrett, 2000; Cartwright- Hatton & Murray, 2008; Field et al., 2008; Grave & Blissett, 2004). Det er også mulig at den kognitive atferdsmodellens forbedringspotensial ligger i at den ikke tar tilstrekkelig hensyn til emosjonsregulering og dens antatte rolle i angst hos barn (Gross et al., 2006; Hannesdottir & Ollendick, 2007; Kendall & Suveg, 2006; Kring & Werner, 2004; Southam- Gerow & Kendall, 2000; Suveg & Zeman, 2004; Trooper et al., 2009; Tyson, 2004). Et fokus på symptomreduksjon vil være nødvendig, men ikke tilstrekkelig i møte med barn med angst hvis angsten kun er et symptom på at noe mer grunnleggende i barnets utvikling ikke er etablert. Intervensjoner som anvendes i møte med barn med angst må, i tillegg til å redusere symptomnivået, se til at selvutviklingen når det gjelder emosjonsregulering, autonomi og vitalitet, kommer inn i funksjonalitet for barnets videre utvikling. En reduksjon i symptomnivå som følge av lærte strategier for håndtering av angst, betyr ikke nødvendigvis at barnet har dette på plass. Brukt som en generell modell risikerer den kognitive atferdsmodellen slik å overse viktige mangler i barns utvikling, som kan gjøre de sårbare for utviklingen av nye vansker.

Vektleggingen av kognitive- og atferdsfaktorer i forståelsen og behandlingen av angst hos barn har foreløpig ikke blitt matchet av et lignende fokus på mangler i emosjonsregulering hos barn med angst, men en litteraturløse på forholdet mellom emosjonsregulering og angst er nå i utvikling (Southam- Gerow & Kendall, 2000). Det er en stadig økende bevissthet rundt den viktige rollen emosjonsregulering spiller i utviklingen av angst hos barn, samt en økt oppmerksomhet knyttet til viktigheten av å inkludere emosjonsregulering i klinisk praksis. Litteraturen som er presentert i denne oppgaven peker på mangler i emosjonsregulering som sentralt hos barn med angst. Dette gir holdepunkter for at emosjonsreguleringsmodellen bør få en mer sentral rolle, ikke bare i forståelsen av og teoriene om angst hos barn, men også i behandlingstilnærmingene knyttet til angst hos barn. Å inkludere emosjonsregulering i sin helhet i behandlinger av barn med angst, vil kunne gjøre bedring i regulering generaliserbar til det spekteret av emosjoner som barn opplever, og ikke kun til angstrelaterte emosjoner. Videre må konteksten som barns utvikling finner sted i, inkluderes både i forståelsen og behandlingen av disse barna, da den spiller en sentral rolle i barns utvikling av grunnfunksjoner som emosjonsregulering. Barn og foreldre må hjelpes inn i funksjonelle mønstre samhandlingsmessig, slik at konteksten for en positiv utvikling etableres. Ved å sørge for at utviklingen kommer inn i funksjonelle mønstre for barnets utvikling, reduserer emosjonsreguleringsmodellen risikoen for vedvarende vansker og tilbakefall hos barn som har blitt behandlet for angst.

Studier referert til i denne oppgaven gir holdepunkter for at det ennå er rom for forbedringer i forståelsen og behandlingen av barn med angst. En generell tilnærming til barn med angst risikerer å overse individuelle forskjeller hos denne heterogene gruppen. I tillegg til å få redusert sitt symptomnivå, trenger mange barn hjelp til å reversere de årsakene som ligger til grunn for utviklingen av angst. En psykolog må kunne skille mellom hvilke barn med angst

som får tilstrekkelig hjelp gjennom en symptomfokuseret tilnærming, og hvilke som vil trenge hjelp til å få i gang en funksjonell utvikling og emosjonsregulering. Evnen til å skille mellom disse krever en bred kunnskapsbase om barns utvikling og mulige årsaker til angst hos barn, samt kunnskap om ulike modeller for forståelse og behandling av slike vansker hos barn. En slik kunnskap vil kunne bidra til at valg av behandling bestemmes ut ifra barnets ståsted, og ikke ut ifra psykologenes preferanser for tilnærming. Målet er at barnet skal få det bra, og det forutsetter at barnet er inne i funksjonelle mønstre utviklingsmessig. En god psykolog må kunne se utviklingsmessige mangler hvis de eksisterer, og tilse at barn hjelpes inn i funksjonelle mønstre for den videre utviklingen, i tillegg til å få redusert sitt symptomnivå.

Referanser

- Albano, A. M., & Kendall, P. C. (2002). Cognitive behavioural therapy for children and adolescents with anxiety disorders: Clinical research advances. *International Review of Psychiatry, 14*(2), 129-134. doi:10.1080/09540260220132644
- Barrett, L. F. (2006). Are emotions natural kinds? *Perspectives on Psychological Science, 1*(1), 28-58. doi:10.1111/j.1745-6916.2006.00003.x
- Barrett, P. M. (2000). Treatment of childhood anxiety: Developmental aspects. *Clinical Psychology Review, 20*(4), 479-494. doi:10.1016/S0272-7358(99)00038-0
- Barrett, P. M., Duffy, A. L., Dadds, M. R., & Rapee, R. M. (2001). Cognitive- behavioral treatment of anxiety disorders in children: Long- term (6-year) follow-up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 69*(1), 135-141. doi:10.1037//0022-006X.69.1.135
- Bernstein, G. A., Borchardt, C. M., & Perwien, A. R. (1996). Anxiety disorders in children and adolescents: A review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 35*(9), 1110-1119. Retrieved from <http://www.jaacap.com/>
- Campos, J. J., Frankel, C. B., & Camras, L. (2004). On the nature of emotion regulation. *Child Development, 75*(2), 377- 394. doi:10.1111/j.1467-8624.2004.00681.x
- Carr, A. (2006). *The handbook of child and adolescent clinical psychology: A contextual approach*. (2nd ed.). East Sussex, England: Routledge.

Cartwright- Hatton, S., & Murray, J. (2008). Cognitive therapy with children and families:

Treating internalizing disorders. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, *36*(6), 749-756. doi:10.1017/S1352465808004840

Cartwright- Hatton, S., Roberts, C., Chitsabesan, P., Fothergill, C., & Harrington, R. (2004).

Systematic review of the efficacy of cognitive behaviour therapies for childhood and adolescent anxiety disorders. *The British Journal of Clinical Psychology*, *43*, 421-436.

Retrieved from <http://www.bpsjournals.co.uk/journals/bjcp/>

Compton, S. N., March, J. S., Brent, D., Albano, A. M., Weersing, V. R., & Curry, J. (2004).

Cognitive- behavioral psychotherapy for anxiety and depressive disorders in children and adolescents: An evidence- based medicine review. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *43*(8), 930-959.

doi:10.1097/01.chi.0000127589.57468.bf

Ehrenreich, J. T., Fairholme, C. P., Buzzella, B. A., Ellard, K. K., & Barlow, S. H. (2007).

The role of emotion in psychological therapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *14*(4), 422-428. doi:10.1111/j.1468-2850.2007.00102.x

Eisenberg, N., Spinrad, T. L., & Smith, C. L. (2004). Emotion- related regulation: It's

conceptualization, relations to social functioning, and socialization. In P. Philippot & R.

S. Feldman (Eds.). *The regulation of emotion*. (pp. 277-306). New Jersey, USA:

Lawrence Erlbaum Associates.

- Field, A. P., Cartwright- Hatton, S. Reynolds, S., & Creswell, C. (2008). Future directions for child anxiety theory and treatment. *Cognition and Emotion*, 22(3), 385-394.
doi:10.1080/02699930701842270
- Grave, J., & Blissett, J. (2004). Is cognitive behavior therapy developmentally appropriate for young children? A critical review of the evidence. *Clinical Psychology Review*, 24(4), 399-420. doi:10.1016/j.cpr.2004.03.002
- Gross, J. J., Richards, J. M., & John, O. P. (2006). Emotion regulation in everyday life. In D. K. Snyder, J. A. Simpson, & J. N. Hughes (Eds.). *Emotion regulation in couples and families: Pathways to dysfunction and health*. (pp. 13-35). Washington, DC: American Psychological Association.
- Gullone, E. (2000). The development of normal fear: A century of research. *Clinical Psychology Review*, 20(4), 429-451. doi:10.1016/S0272-7358(99)00034-3
- Hannesdottir, D. K., & Ollendick, T. H. (2007). The role of emotion regulation in the treatment of child anxiety disorders. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 10(3), 275-293. doi:10.1007/s10567-007-0024-6
- Herbert, M. (2006). *Clinical child and adolescent psychology: From theory to practice*. (3rd ed.). West Sussex, England: John Wiley & Sons.

- Hudson, J. L. (2005). Efficacy of cognitive- behavioral therapy for children and adolescents with anxiety disorders. *Behaviour Change*, 22(2), 55-70. Retrieved from http://www.australianacademicpress.com.au/Publications/Journals/Behaviour_Change/bhavechange.htm
- Hudson, J. L., Kendall, P. C., Coles, M. E., Robin, J. A., & Webb, A. (2002). The other side of the coin: Using intervention research in child anxiety disorder to inform developmental psychopathology. *Development and Psychopathology*, 14(4), 819-841. doi:10.1017.S095457940200408X
- James, A., Soler, A., & Weatherall, R. (2005). Cognitive behavioural therapy for anxiety disorders in children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005, Issue 4. Art. No.: CD004690. doi:10.1002/14651858.CD004690.pub2.
- Kendall, P. C. (1994). Treating anxiety disorders in children: Results of a randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62(1), 100-110. doi:10.1037/0022-006X.62.1.100
- Kendall, P. C., Safford, S., Flannery- Schroeder, E., & Webb, A. (2004). Child anxiety treatment: Outcomes in adolescence and impact on substance use and depression at 7,4-year follow-up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(2), 276-287. doi:10.1037/0022-006X.72.2.276

- Kendall, P. C., & Suveg, C. (2006). Treating anxiety disorders in youth. In P. C. Kendall (Ed.). *Child and adolescent therapy: Cognitive- behavioral procedures*. (3rd ed.) (pp. 243-294). New York, NY: The Guilford Press.
- King, N. J., Heyne, D., & Ollendick, T. H. (2005). Cognitive- behavioral treatments for anxiety and phobic disorders in children and adolescents: A review. *Behavioral Disorders*, 30(3), 241-257. Retrieved from <http://www.ccbd.net/behavioraldisorders/index.cfm>
- Kring, A. M., & Werner, K. H. (2004). Emotion regulation and psychopathology. In P. Philippot & R. S. Feldman (Eds.). *The regulation of emotion*. (pp. 359-385). New Jersey, USA: Lawrence Erlbaum Associates.
- Manassis, K., Avery, D., Butalia, S., & Mendlowitz, S. (2004). Cognitive- behavioral therapy with childhood anxiety disorders: Functioning in adolescence. *Depression and Anxiety*, 19(4), 209-216. doi:10.1002/da.10133
- Monsen, J. (1991). *Vitalitet, psykiske forstyrrelser og psykoterapi*. Otta: Engers Boktrykkeri A/S.
- Ollendick, T. H., & King, N. J. (1998). Empirically supported treatments for children with phobic and anxiety disorders: Current status. *Journal of Clinical Child Psychology*, 27(2), 156-167. doi:10.1207/s15374424jccp2702_3

Rutter, M., Bishop, D. V. M., Pine, D. S., Scott, S., Stevenson, J., Taylor, E., & Thapar, A. (Eds.). (2008). *Rutter's child and adolescent psychiatry*. (5th ed.). Oxford: Blackwell.

Sameroff, A. J., & Fiese, B. H. (2000). Transactional regulation: The developmental ecology of early intervention. In S. J. Meisels & J. P. Shonkoff (Eds.). *Handbook of early childhood intervention*. (2nd ed.) (pp. 135-159). Cambridge: Cambridge University Press.

Schore, J. R., & Schore, A. N. (2008). Modern attachment theory: The central role of affect regulation in development and treatment. *Clinical Social Work Journal*, 36(1), 9-20.
doi:10.1007/s10615-007-0111-7

Siqueland, L., Kendall, P. C., & Steinberg, L. (1996). Anxiety in children: Perceived family environments and observed family interaction. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 25(2), 225-237. doi:10.1207/s15374424jccp2502_12

Southam- Gerow, M. A., & Kendall, P. C. (2000). A preliminary study of the emotion understanding of youths referred for treatment of anxiety disorders. *Journal of Clinical Child Psychology*, 29(3), 319-327. doi:10.1207/S15374424JCCP2903_3

Sroufe, L. A. (1995). *Emotional development. The organization of emotional life in the early years*. Cambridge: Cambridge University Press.

- Suveg, C., & Zeman, J. (2004). Emotion regulation in children with anxiety disorders. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 33*(4), 750-759.
doi:10.1207/s15374424jccp3304_10
- Suveg, C., Sood, E., Comer, J. S., & Kendall, P. C. (2009). Changes in emotion regulation following cognitive- behavioural therapy for anxious youth. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 38*(3), 390-401. doi:10.1080/15374410902851721
- Target, M., & Fonagy, P. (2005). The psychological treatment of child and adolescent psychiatric disorders. In A. Roth & P. Fonagy (Eds.). *What works for whom? A Critical Review of Psychotherapy Research*. (2nd ed.) (pp. 385-446). New York, NY: The Guilford Press.
- Tetzchner, S. (2001). *Utviklingspsykologi: Barne- og ungdomsalderen*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Trosper, S. E., Buzzella, B. A., Bennett, S. M., & Ehrenreich, J. T. (2009). Emotion regulation in youth with emotional disorders: Implications for a unified treatment approach. *Clinical Child and Family Psychology Review, 12*(3), 234-254. doi:10.1007/s10567-009-0043-6
- Tyson, P. (2004). Affects, agency, and self- regulation: Complexity theory in the treatment of children with anxiety and disruptive behavior disorders. *Journal of the American Psychoanalytic Association, 53*(1), 159-187. doi:10.1177/00030651050530012201