

Tics-kontrollerende trening (HRT) eller Eksponering og Responsprevensjon (ERP)?



Bernhard Weidle

Bernhard Weidle er overlege og spesialist i barnesykdommer og barne- og ungdomspsykiatri med bred erfaring innenfor utredning og behandling av barn og unge med Tourettes syndrom. Han har i mange år vært leder av nevroteamet ved Barne- og ungdomspsykiatrisk klinikk ved St. Olavs Hospital i Trondheim. Han har også deltatt i forskning, hovedsakelig om tvangslidelser (OCD) og autismespekterforstyrrelser hos barn og ungdom.

Av: Bernhard Weidle

Fra utviklingen av tics-kontrollerende trening (HRT) på 1970 tallet (Azrin & Nunn, 1973) har det vært en lang vei å gå for å gjøre denne behandlingen allment tilgjengelig. Professor John T. Walkup fra Weill Cornell Medical College i New York er en internasjonalt anerkjent ekspert på Tourettes syndrom med mer enn 20 års forskningserfaring.

Allerede for 10 år siden, i et inlegg på Kongressen til det amerikanske Akademiet for Barne- og ungdomspsykiatri i Chicago i 2008, argumenterte han at tiden var moden for et paradigmeskifte innen behandling av tics: Tidligere råd til pasientene der medikasjon var anbefalt som første valg for behandling av tics burde revurderes, basert på resultatene av empiriske studier om tics-kontrollerende trening fra de senere årene. I dagens retningslinjer for behandling av tics er tics-kontrollerende trening og liknende atferds-orientert behandling for å redusere tics anbefalt som første valg dersom tics vurderes som behandlingstrengende (Murphy et al., 2013; C. Verdellen, van de Griendt, Hartmann, Murphy, & Group, 2011). Tics-kontrollerende trening har blitt evaluert i en rekke oversiktsartikler. For eksempel konkluderte en meta-analyse som omfattet åtte randomiserte og kontrollerte studier med til sammen 438 pasienter (McGuire et al., 2014) med middels til stor effekt for denne behandlingen. Likedan konkluderte en omfattende evaluering av effektivitet og pasientperspektiver av ulike behandlingsstrategier for tics hos barn og unge med at man har klar evidens for

at HRT bedrer tics i klinisk betydningsfull grad (Hollis et al., 2016).

Per i dag har man to forskjellige evidensbaserte atferds-orienterte behandlingsmetoder for tics, Habit Reversal Training (HRT) og Eksponering og Responsprevensjon (ERP). De aller fleste empiriske studier har evaluert HRT, mens en studie (C. W. Verdellen, Keijsers, Cath, & Hoogduin, 2004) vurderte behandlingseffekt av ERP versus HRT. Deltakerne i ERP gruppen hadde en tendens til litt større reduksjon av tics, men resultatet var ikke signifikant.

Den neurobiologiske atferdsmodellen som ligger til grunn for begge metodene går ut på at avspenningen som inntreffer etter at et tic er utført har en sterk belønnings- og læringseffekt. Man ønsker å bryte sirkelen der pasienten opplever at den ubehagelige trangten til et tic avløses av en følelse av lettelse (belønning) når man har utført ticet. På denne måten forsterkes kretsløpene i sentralnervesystemet som regulerer denne type atferd.

For å stoppe denne sirkelen lærer pasienten å motstå trangen til å utføre tics. Pasienten opplever at trangen («urge») til å utføre ticet går over, selv om ticet ikke ble gjennomført. Dette kan på sikt føre til en tilvenning («habituering») til eller sletting av de ubehagelige forvarselsfølelser. På denne måten forsøker man å bryte den automatiske kjedereaksjonen av hendelser som ligger bak trangen til å utføre et tic.

I HRT arbeider man vanligvis først med et eller noen få tics om gangen og trener på en motbevegelse som gjør tics fysisk umulig («competing response»). Tilsvarende fokuserer hjemmeøvelsene på å trene på å kontrollere et eller noen få tics med hjelp av «competing response»-teknikken på avtalte tidsperioder hver dag.

I ERP blir derimot pasienten bedt om å undertrykke alle tics på en gang, først i et veldig kort og deretter gradvis økende tidsrom. I første trening skal vedkommende lære å holde ut ubehaget fra ticstrangen samt å holde alle tics tilbake i kort tid til tross for lysten til å ticse. Treningen tar utgangspunkt i 5 sekunder, med påfølgende trening i et økende antall sekunder 10, 15 sek. osv. Deretter utvides treningstiden gradvis, for eksempel med å oppfordre barnet til å slå egen rekordtid uten tics. Også her er gjennomføring av hjemmeøvelsene etter samme prinsipp avgjørende, i treningen gjelder det om å konkurrere med seg selv hver dag og om å forsøke å slå sine egne rekorder.

Det er en utbredt forestilling at tics forverres etter at de har blitt undertrykt. Mange foreldre har observert at barn har forverring av tics når de kommer hjem fra skolen, etter at de har holdt tilbake tics gjennom skoletiden. Det er mulig at det foreligger andre faktorer i omgivelsen som trigger tics i slike situasjoner. I systematiske empiriske undersøkelser finner man nemlig ingen slik «rebound effekt»

dvs. ingen forverring av tics etter en periode der man har undertrykt tics. Verken frekvens eller styrke av tics økte etter at pasientene (både barn og unge voksne) undertrykte tics i ulike perioder (Himle & Woods, 2005; C. W. Verdellen, Hoogduin, & Keijsers, 2007).

Det er forskjell på viljestyrt undertrykkelse av tics og atferds-orientert behandling.

At mange mennesker med tics kan undertrykke ticsene over en kortere eller lengre periode betyr ikke nødvendigvis at de vil kunne kontrollere tics hele tiden. Viljestyrt undertrykkelse av tics fungerer oftest best over kortere tidsintervall, og mange opplever at de blir slitne og trette av det.

Ved atferds-orientert behandling lærer man ikke å undertrykke tics med vilje, men å praktisere en metode som bidrar til å redusere trangen til å utføre tics. Når man gjennomfører metodene på en fokusert måte i en behandlingssammenheng, blir trangen til å ticse vanligvis svakere, pasientene føler seg bedre og opplever at de får mer kontroll. I begynnelsen kan det allikevel kreve mye anstrengelse og konsentrasjon, men med tilstrekkelig øving kan både barn og voksne lære å praktisere teknikkene og samtidig delta i vanlige daglige aktiviteter.

Dersom man har mange forskjellige og kontinuerlige tics, har ERP blitt anbefalt som første behandling (van de Griendt, Verdellen, van Dijk, & Verbraak, 2013), mens HRT velges, dersom barnet ikke har så mange tics i timen, fordi ERP er mer avhengig av direkte øvelse enn HRT som man kan gi instruksjonen i timen, men trene hjemme. Imidlertid kan det være enklere å motivere barn og unge for HRT, hvor teknikken med en motbevegelse («competing response») gir barnet et redskap som kan gjøre det lettere å ta opp kampen mot tics enn bare å stå imot ticstrangen. I klinisk praksis vil nok pasientens preferanse og terapeutens erfaring være avgjørende for behandlingsvalget.

En dansk forskergruppe har i 2018 gitt ut en manual (J. B. Nissen, 2018) som kombinerer disse to behandlingsmetodene. På bakgrunn av de ovenfor beskrevne forskjeller i anvendelsen av teknikkene samt at pasienter kan ha ulike preferanser, gir det mening å instruere og trene pasienten i begge teknikker og finne ut hva som fungerer best hos hver enkelt, HRT, ERP eller en kombinasjon av begge. En annen stor styrke i manualen er at den kan anvendes både på individuell basis, men også i et gruppeformat. Deltakelsen i en gruppe kan bidra til tilleggs-gevinster som større motivasjon for behandling, bedre selvtillit ved å dele problemene med andre og dermed relativere dem og å gi og få sosial støtte fra gruppen. Manualen bærer preg av at den er skrevet av terapeuter som har mye erfaring med denne type behandling. Det praksisnære perspektivet vil forhåpentligvis hjelpe flere terapeuter til å lære seg disse metodene. I tillegg har

forskerne gjennomført en empirisk studie (Judith B. Nissen, Kaergaard, Laursen, Parner, & Thomsen, 2018) som evaluerer effekt av individuell versus gruppebehandling. I alt 67 % av de 59 deltakerne (alder 9 –17 år) ble vurdert som respondere. Effekt av behandlingen ble målt med Yale Global Tics Severity Scale (YGTTTS), som er et svært anerkjent og i forskning hyppig brukt mål for alvorlighetsgrad av tics. Behandlingsrespons var definert som minst 25 % reduksjon av total tic - skår i YGTTTS. Behandlingen var like effektiv gitt som individualbehandling eller i gruppe.

I Norge, og i verden for øvrig, er det fortsatt et stort problem for både barn, unge og voksne å få tilgang til kompetente terapeuter som kan gi denne type behandling. Man kan håpe på at denne manualen vil bidra til at mange flere barn og unge med tics vil få god behandling, symptomlettelse og bedre livskvalitet.

Niks til tics. Terapeutens manual

af **Judith Becker Nissen**

Niks til tics er en behandlermanual skrevet til terapeuter, der arbejder med børn og unge, som er belastede af tics. Forfatterne har solid erfaring med behandling af tics. Med denne manual tilbyder de en konkret trin for trin-guide til et terapiforløb for børn og unge fra 9-års alderen.

Manualen er den første på dansk, der præsenterer de to tilgange Habit Reversal Training (HRT) og eksponering og responsindhindring (ERP), der har vist sig særdeles effektive til reduktion af tics og i forhold til barnenes generelle trivsel. En kombination af de to metoder giver børn og unge et bredere repertoire af redskaber. En metode kan være hensigtsmæssig i situationer med mindre mulighed for koncentration, for eksempel i skolen, og en anden kan være mest velegnet, når de er hjemme.

Til terapiforløbet hører desuden *Niks til tics - arbejdsbog*, som er henvendt til børn og unge med tics.



Niks til tics. Arbejdsbog

af **Judith Becker Nissen**

Niks til tics er en bog til dig, der vil lære at bestemme over dine tics.

Mange børn og unge med tics prøver at skjule dem i skolen, og når de er sammen med deres venner. Men tit gør det ticene endnu værre. Denne bog giver dig konkrete ideer og metoder til at vinde kampen over dine tics. Med arbejdsark og skemaer kan du følge med i, hvordan dine tics bliver færre og færre.

Bogens øvelser er en støtte for dig, der er i Niks til tics-behandling. De hjælper dig til at øve dig derhjemme på det, du har lært i terapien. Men du kan også arbejde med øvelserne på egen hånd med støtte fra en voksen.

< Læs mindre

Softcover



Figur x: Nissen, J. B. (2018). Niks til tics - Terapeutens manual Akademisk Forlag.

Referanser:

- Azrin, N. H., & Nunn, R. G. (1973). Habit-reversal: a method of eliminating nervous habits and tics. *Behaviour research and therapy*, 11(4), 619-628.
- Himle, M. B., & Woods, D. W. (2005). An experimental evaluation of tic suppression and the tic rebound effect. *Behaviour research and therapy*, 43(11), 1443-1451. doi:10.1016/j.brat.2004.11.002
- Hollis, C., Pennant, M., Cuenca, J., Glazebrook, C., Kendall, T., Whittington, C., . . . Stern, J. (2016). Clinical effectiveness and patient perspectives of different treatment strategies for tics in children and adolescents with Tourette syndrome: a systematic review and qualitative analysis. *Health Technology Assessment*, 20(4). doi:10.3310/hta20040
- McGuire, J. F., Piacentini, J., Brennan, E. A., Lewin, A. B., Murphy, T. K., Small, B. J., & Storch, E. A. (2014). A meta-analysis of behavior therapy for Tourette Syndrome. *Journal of psychiatric research*, 50, 106-112. doi:10.1016/j.jpsychires.2013.12.009
- Murphy, T. K., Lewin, A. B., Storch, E. A., Stock, S., American Academy of, C., & Adolescent Psychiatry Committee on Quality, I. (2013). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with tic disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 52(12), 1341-1359. doi:10.1016/j.jaac.2013.09.015
- Nissen, J. B. (2018). *Niks til tics - Terapeutens manual* Akademisk Forlag.
- Nissen, J. B., Kaergaard, M., Laursen, L., Parner, E., & Thomsen, P. H. (2018). Combined habit reversal training and exposure response prevention in a group setting compared to individual training: a randomized controlled clinical trial. *European child & adolescent psychiatry*. doi:10.1007/s00787-018-1187-z
- van de Griendt, J. M., Verdellen, C. W., van Dijk, M. K., & Verbraak, M. J. (2013). Behavioural treatment of tics: habit reversal and exposure with response prevention. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 37(6), 1172-1177. doi:10.1016/j.neubiorev.2012.10.007
- Verdellen, C., van de Griendt, J., Hartmann, A., Murphy, T., & Group, E. G. (2011). European clinical guidelines for Tourette syndrome and other tic disorders. Part III: behavioural and psychosocial interventions. *European child & adolescent psychiatry*, 20(4), 197-207. doi:10.1007/s00787-011-0167-3
- Verdellen, C. W., Hoogduin, C. A., & Keijsers, G. P. (2007). Tic suppression in the treatment of Tourette's syndrome with exposure therapy: the rebound phenomenon reconsidered. *Movement disorders : official journal of the Movement Disorder Society*, 22(11), 1601-1606. doi:10.1002/mds.21577
- Verdellen, C. W., Keijsers, G. P., Cath, D. C., & Hoogduin, C. A. (2004). Exposure with response prevention versus habit reversal in Tourettes's syndrome: a controlled study. *Behaviour research and therapy*, 42(5), 501-511. doi:10.1016/S0005-7967(03)00154-2
- Weidle, B. (2011). Adfærdskontrollerende træning ved tics. In P. H. Thomsen & K. J. Plessen (Eds.), *Tics, grimasser og sære ord. En bok om Tourettes syndrom* (pp. 141-161): Dansk Psykologisk Forlag.
- Woods, D. W., Piacentini, J. C., Chang, S. W., Deckersbach, T., Ginsburg, G. S., Peterson, A. L., . . . Wilhelm, S. (2008). *Tourettes syndrom. Tics-kontrollerende trening: en atferdsintervensjon for barn og voksne: Manual for behandlere* Oslo: Nasjonalt kompetansesenter for AD/HD, Tourettes syndrom og narkolepsi.
-