

Kognitiv atferdsterapi som behandlingsmetode hos barn med leddgikt og angst

- EN KASUSPRESENTASJON

Av Kati Langhaug



*Kati Langhaug er ergoterapispesialist i barns helse og arbeider ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF, Nevrologi-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken, Ergoterapi, logopedi og sosio-nomseksjon.
e-post kati.langhaug@unn.no*

Sammendrag

Ergoterapeuter har ulike redskaper i sin terapeutiske verktøykasse for å kunne gi best mulig behandling til sine pasienter. Å velge hensiktsmessig tilnærming krever at terapeuten har et repertoar å velge ut fra. Jeg ønsker med denne artikkelen å bidra til å utvide ergoterapeutenes kjennskap til kognitiv atferdsterapi (KAT) og beskrive hvordan det kan brukes som behandlingsmetode for å oppnå ønskede endringer hos pasienten. Hensikten med denne artikkelen er todelt. Den ene er å beskrive ved hjelp av et kasus hvordan kognitiv atferdsterapi kan brukes som behandlingsmetode og relevant ergoterapifaglig intervensjon av en ergoterapeut ved somatiskorienterte helsetjenester. Den andre er å få frem viktigheten av å forstå symptomer i en større sammenheng for å kunne gi mer treffsikker behandling. Jeg presenterer et kasus av en ti år gammel gutt jeg møtte i min jobb i spesialisthelsetjenesten. Jeg velger å kalle ham Kai. Han hadde fått diagnostisert juvenil idiopatisk artritt (JIA), polyartikulær type, to år tidligere, altså barneleddgikt med flere affiserte ledd. (Se infoboks neste side.) Kai var henvist til ergoterapeut for funksjonsvurdering på grunn av uttalte plager med smerter og kvalme samt svært nedsatt funksjon i hverdagen.

Nøkkelord: barneleddgikt, angst, kognitiv atferdsterapi, ergoterapi, barn

Det er ingen interessekonflikter knyttet til denne artikkelen.

Detektivarbeid i det første møtet

Jeg møtte Kai og hans mor poliklinisk rett før sommerferien. For å kartlegge Kais funksjonsnivå og problemområder snakket jeg med Kai og mor og observerte han under konsultasjonen. I et semistrukturert intervju snakket vi oss gjennom Kais døgn og uke samt hans deltakelse i ulike aktiviteter (søvn, måltider, personlig hygiene, skole, fritidsaktiviteter, sosialt) for å finne ut hvilke begrensinger han opplevde for deltakelse. Kai var en sosial gutt med flere gode venner, mange ressurser og gode egenskaper. Han var aktiv med håndball. Etter sykdomsdebut av barneleddgikt, JIA, opplevde han store begrensinger i hverdagen sin, og til tross for omfattende hjelpetiltak hadde ikke Kai opplevd bedring av plagene sine. Han hadde mye smerter, var uttalt sliten, var ofte kvalm og hadde etter hvert utviklet massivt skolefravær der han var borte flere dager i uken enn han var til stede på skolen. Han var skolefaglig sterk, men skulle utredes for spesifikke lærevansker i matematikk.

I det kommunale hjelpeapparatet var det satt i gang mange hensiktsmessige tiltak i henhold til JIA. Kai fikk behandling hos fysioterapeut to ganger i uken. Ergoterapeut hadde bistått i å tilrettelegge de fysiske omgivelsene både hjemme og på skolen med en rekke tekniske hjelpemidler, blant annet en rullestol, krykker og sykkel med hjelpemotor samt mange småhjelpemidler til bruk på kjøkkenet. På skolen hadde han fått tilpasset en stol og pult i klasserommet, saccosekk og varmevifte på et grupperom for å kunne trekke seg ut av klasserommet for hvile, samt to sett skolebøker for å unngå belastning

av nakke og rygg ved bæring av bøker. Han hadde fått innvilget drosje til og fra skolen, men brukte dette sjelden.

Under kartleggingen ble det tydelig for meg at Kais uttalte plager kunne ha flere forklaringer. Hans egne tanker rundt årsaken til vansker med å delta i bestemte aktiviteter var ikke i samsvar med funksjonsnivået hans på andre arenaer. For eksempel kunne han ikke overnatte hos bestemor, fordi leiligheten hennes på ett plan ikke var tilrettelagt for ham. Samtidig kunne han hoppe på trampoliner, delta på håndballturneringer og bevege seg fritt i sykehuset. Ved nærmere spørsmål viste det seg at Kai hadde en del redsler, heller enn smerter, forbundet med disse situasjonene. Også atferden og reaksjonsmønsteret hans i utfordrende situasjoner styrket mistanken min om andre årsaker til utfordringene enn leddgikt. Basert på familiens beskrivelser av situasjonen var min vurdering at Kai hadde, i tillegg til leddgikt, utviklet symptomer på angst,

dog uten å være diagnostisert med det (se tabell 1 neste side). Når jeg snakket med familien, ble ikke ordet angst brukt, men uttrykk som å være «engstelig» eller «redd». Kai var ofte kvalm og hadde smerter om morgenen, begge vanlige symptomer ved JIA og bivirkninger på medisiner. Angst kan komme til uttrykk på samme måten og hadde her, slik jeg tolker det, utviklet seg uoppdaget, kamuflert av symptomer av JIA. Angstlidelser er den vanligste psykiske lidelsen hos barn og unge i Norge, og cirka 20 prosent vil få en angstlidelse før voksen alder (Mykletun, Knudsen & Mathiesen, 2009). Utløsende faktor for angstsymptomer syntes å være sykdomsdebut med JIA, og ifølge mor hadde symptomene økt gradvis.

Både Kai og mor ønsket hjelp og var svært motiverte til å gjøre en innsats for å få til en endring i situasjonen. Kai virket lettet av å få fortelle om de redselsfulle tankene sine. Han hadde brukt mye energi på å holde vanskene

JUVENIL IDIOPATISK ARTRITT (JIA)

Ifølge International League Against Rheumatism (ILAR) er barneleddgikt, eller juvenil idiopatisk artritt (JIA), en autoimmun sykdom som forårsaker betennelse i ledd (artritt), varer over seks uker og inntreffer før fylte 16 år. Annen årsak til artritt må være utelukket. De to vanligste typene er oligoartikulær JIA (fåleddstype med inntil fire affiserte ledd), som utgjør cirka 50 prosent av tilfellene, og polyartikulær JIA (flerleddstype med fem eller flere affiserte ledd), som utgjør cirka 25–40 prosent av tilfellene. Vanlige symptomer er smerter, hevelse og stivhet i affiserte ledd samt fatigue. Sykdommen kan ha svingende forløp der formen varierer fra dag til dag. Barnet kan i lange perioder være symptomfritt. Sykdommen behandles med betennelsesdempende, smertestillende midler (NSAIDs i tablettform, for eksempel Ibux), kortikosteroider (tablett eller sprøyte), cellegift (MTX) eller biologiske midler (anti-TNF, for eksempel Enbrel). De vanligste bivirkningene av NSAIDs er mageplager, og ved MTX mageproblemer, kvalme samt økning av leververdier. For å minske bivirkningene kombineres ofte behandlingen med folsyre. Bruk av anti-TNF kan føre til økt risiko for infeksjoner, og langvarig kortisonbruk øker risikoen for veksthemming og benskjørhet (Songstad, Nordal & Rygg, 2018).



Kai hadde symptomer på spesifikke fobier. Blant annet dusjet han kun når mor hadde tid til å stå ved siden av ham.

Illustrasjonsfoto: Colourbox

sine skjult for venner og til dels familien. Mor var overrasket over Kais avsløringer, men samtidig falt brikkene på plass for henne, og hun fikk forklaring på og forståelse for hvorfor de beskrevne situasjonene var så vanskelige for Kai.

Uhensiktsmessige strategier og bjørnetjenester

Kai hadde utviklet uhensiktsmessige strategier (unngåelse og sikringsatferd) for å håndtere situasjoner i hverdagen. Unngåelse ansees som betydelig opprettholdende faktor ved angst og fobier (Martinsen & Neumer, 2012). Mor hadde mye ansvar alene og ble mer og mer sliten i mangel på egentid. Dette påvirket også hennes jobbsituasjon, da hun hadde fått mye fravær, noe som igjen bidro til å øke stressnivået hennes. Foreldrenes og likeså skolens

tiltak for å hjelpe endte med å bli bjørnetjenester, støttet oppunder unngåelse og opprettholdt derfor angstsymptomene. Lærer hadde forståelse for at skoledagen måtte tilrettelegges utfra Kais behov med JIA. Læreren var forsiktig med å presse Kai for ikke å bidra til forverring av sykdomstilstanden hans. Dermed slapp Kai unna i situasjoner der han burde ha deltatt, og fikk ikke mulighet til å utfordre og utvikle seg.

Det lokale hjelpeapparatet med ergoterapeut, fysioterapeut og lege hadde forsøkt å løse problemene ved å tilrettelegge med økt fysisk behandling og flere hjelpemidler. Medisinering av JIA var justert flere ganger uten at man hadde stilt spørsmål om symptomene kunne ha en annen forklaring. Tiltakene bidro dermed til å opprettholde angstsymp-

tomene. Alle involverte trengte veiledning om hvordan de kunne støtte Kai mer hensiktsmessig. Det var god dialog med fagpersonene, som var åpne for innspill for å endre håndteringen sin av situasjonen.

NÅR REDESEL STYRER HVERDAGEN

Kai hadde symptomer på separasjonsangst. Han kunne for eksempel ikke være alene hjemme eller besøke bestemor, og var redd for at det skulle skje noe med mor. Separasjonsangst bidro sterkt til skolefraværet hans. De dagene han var på skolen, gjemte han seg flere ganger om dagen på toalettet for å ringe mor. Kai fikk bli hjemme sammen med mor når han hadde smerter eller var kvalm, og trengte da ikke uroe seg for henne. Symptomene bidro

Vanlige symptomer ved juvenil idiopatisk artritt	Vanlige symptomer ved angst
<ul style="list-style-type: none"> • Smerter i ledd • Hevelse i ledd • Stive ledd (spesielt morgenstivhet) • Slitenhet eller utmattelse • Humørsvingninger • Kvalme (som bivirkning av medisiner) • Magesmerter (som bivirkning av medisiner) • Svingende forløp der dagsformen kan variere fra gode dager uten symptomer til dager med mye symptomer og nedsatt funksjonsevne 	<ul style="list-style-type: none"> • Smerter (for eksempel magesmerter, hodepine) • Muskelspenninger/anspenthet • Økt slitenhet/trettbarhet • Irritabilitet • Kvalme • Skjelving • Hjerterbank • Svette • Uro (kroppslig og mental) • Søvnvansker • Konsentrasjonsvansker

Tabell 1. Symptomer ved barneleddgikt og angst kan ligne på hverandre. Uten næyere kartlegging av symptomene kan den ene tilstanden kamuflere den andre. Dette skjer ofte uten at pasienten selv er klar over dette. For å kunne sette i gang riktige tiltak må årsaken til symptomene være kartlagt. Manglende bedring (effekt av tiltak) kan antyde at årsaken til symptomer kan være mer sammensatt. (Basert på Martinsen & Neumer, 2012 og Songstad, Nordal & Rygg, 2018.)



Figur 1. Det er sammenheng mellom tanker, følelser, kroppslige reaksjoner og atferd i en gitt situasjon. De ulike elementene påvirker hverandre, og uhensiktsmessige mønstre kan føre til en ond sirkel. Ved å endre på ett eller flere av elementene kan man få til endring i hele systemet. Ved å puste kontrollert blir man for eksempel roligere, mindre ansent og mindre engstelig. (Basert på Dummett, 2013.)

dermed til å opprettholde angstproblematikken.

Kai hadde også symptomer på spesifikke fobier, da han blant annet var svært mørkeredd, ikke kunne dusje alene og var redd for å kaste opp. Både separasjonsangst og fobier reduserte Kais deltakelse i aldersadekvate aktiviteter og begrenset dermed betydelig hans funksjon i det daglige. Dette hindret ham for eksempel i å besøke venner om ettermiddagene, da han ikke turte å gå over veien til nabohusene når det var mørkt, til tross for gatelys. Han dusjet kun når mor hadde tid til å stå ved siden av ham. Han kunne heller ikke være med på

svømming. Han var i tillegg redd for å kaste opp. I og med at han var kvalm nesten daglig, var han også svært engstelig store deler av tiden.

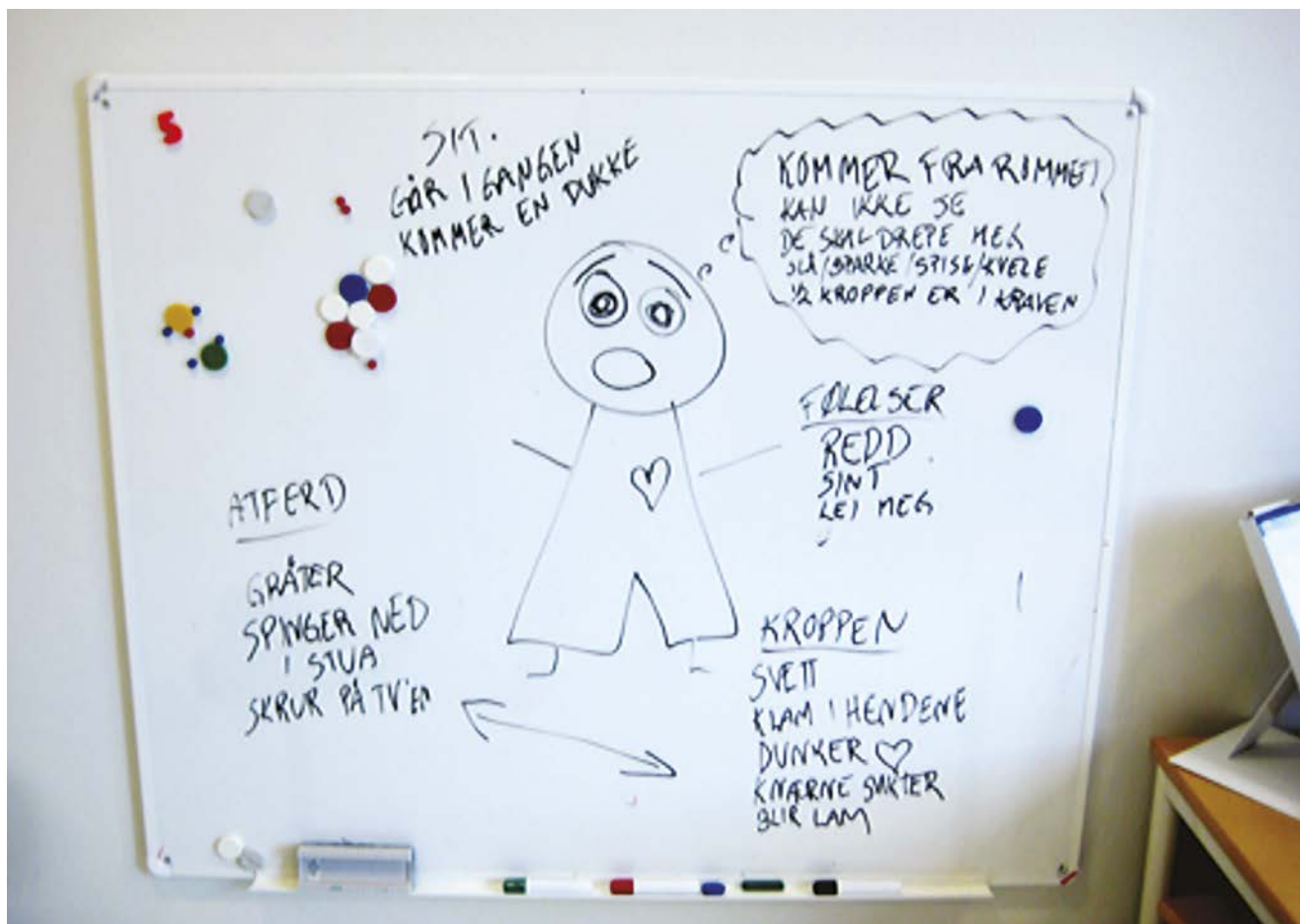
VALG AV BEHANDLINGSMODALITET

Behandelnde lege bestemte at Kai skulle innlegges i fem dager etter sommerferien for intensivt treningsopphold hos fysioterapeut og ergoterapeut. Mens han var innlagt, skulle Kai gå på skole for Sosiale og Medisinske Institusjoner (SMI-skole). Jeg mente at håndtering av angstsymptomer ville føre til størst forbedring i Kais funksjonsnivå i dagliglivet.

Jeg valgte derfor å bruke kognitiv atferdsterapi (KAT) som tilnæringsmetode i mitt arbeid med Kai. KAT har i metaanalyser vist seg å være en evidensbasert og effektiv behandlingsmetode for en del angstlidelser (Solomando, Kendall & Whittington, 2008; Edmunds, O'Neil & Kendall, 2011; Ishikawa, Okajima, Matsuoka & Sakano, 2007).

BEHANDLING MED KOGNITIV ATFERDSTERAPI

Behandlingsplanen gikk ut på ved hjelp av psykoedukasjon å øke forståelsen for årsakssammenhenger og Kais reaksjonsmønstre samt å veilede til en mer hensikts-



Behandlingen med Kai startet vi med at han fikk sette ord på hva som skjedde i gitte konkrete situasjoner.

messig måte å møte utfordringene hans på. Behandlingsmetoden er basert på forståelsen for at tanker, følelser, atferd og kroppslige reaksjoner er knyttet til og påvirker hverandre (Martinsen & Neumer, 2012) (se figur 1). Intervensjoner innen KAT kombinerer spesifikke teknikker som fokuserer på kognitive, emosjonelle og atferdsmessige domener (Stallard, 2013). Barnets utviklingsnivå, heller enn kronologisk alder, er med på å gi retning på hvorvidt man har fokus på kognitive prosesser eller atferd, samt i hvilken grad foreldrene skal involveres (Martinsen & Hagen, 2012). Samarbeidet mellom behandleren, barnet og foreldre er åpent (Stallard, 2013). Mor var med under hver konsultasjon og fikk dermed den samme

psykoedukasjonen som Kai. Mor ga adekvat støtte underveis og hjalp til med å motivere Kai.

Mot kognitiv restrukturering

Behandlingen inneholder elementer av ulike atferdsintervensjoner (for eksempel eksponering), kognitive mestringsstrategier, affektiv opplæring og øving av ferdigheter for å håndtere fysiologiske reaksjoner (Martinsen & Neumer, 2012). Vi arbeidet mot ny forståelse og endrede tanke-mønstre (kognitiv restrukturering) ut fra både Kais atferd og tanke-mønstrene hans, men benyttet lite metakognitive metoder, som egner seg mer for ungdommer (Haugland, 2011; Friedberg & McClure, 2002; Martinsen &

Hagen, 2012). Kai var dyktig i å beskrive hendelser han hadde opplevd som skremmende. Min oppgave var da å systematisere inntrykk og hans uttrykk, slik at vi kunne differensiere spesielt hans tanker og følelser og hvordan dette påvirket hans atferd. Vi brukte metaforer og eksempler fra hans interesseområde innen ballspill og StarWars (Friedberg & McClure, 2002; Stallard, 2013).

Tanker, følelser, atferd og kroppslige symptomer

Ofte starter man behandlingen med å monitorere tanker for å få frem dysfunksjonelle tankemønstre (Stallard, 2013). Med Kai startet vi med at han fikk sette ord på hva som skjedde i gitte konkrete situasjoner (se bilde). Hos barn

med angst er engstelige tanker ofte forbundet med trussel og fare (Stallard, 2013). Kai var redd for blant annet at noe skulle skje mor, at en levende dukke skulle ta ham, at han skulle kaste opp, at han skulle ramle i dusjen og få vondt, eller at noen skulle komme opp gjennom sluket. Kunnskap om følelser fasiliterer utviklingen av det emosjonelle vokabularet samt bevissthet i ulike signaler knyttet til emosjoner (Stallard, 2013). Hos Kai førte gjennomgang av emosjoner til at foreldrene rapporterte at han begynte å snakke mer om følelsene sine hjemme. Han fikk større vokabular og register til å beskrive hvordan han har det, også utenfor terapirommet. Kai fikk psykoedukasjon om hva som skjer i kroppen (fysiologiske endringer), og hvorfor mennesket kan reagere emosjonelt slik han gjorde. For barn med angst er det viktig å forklare slike forhold for å utvikle en forståelse for angstreaksjoner og hvordan barnet kan ta kontroll over disse (Martinsen & Neumer, 2012; Stallard, 2013).

Avspenning

Avspenning er en måte å ta kontroll over kroppslige symptomer. Kai prøvde progressiv muskelavspenning, som ifølge Gosch et al (2006) er den mest brukte teknikken (Martinsen & Neumer, 2012). Dette var tydelig vanskelig for Kai å få til og ville krevd mer øving. Kai fikk også prøve noen utvalgte meditasjonsøvelser med mindfulness som er rettet mot barn. Øvelsene skal hjelpe barnet til å bli kjent med sine urolige tanker og å finne ro både i tankene og i kroppen (Snel, 2012). Kai opplevde at det var lettere for ham å få til meditasjonsøvelsene enn progressiv muskelavspenning.

Han fortsatte å bruke meditasjon hjemme ved leggetid og rapporterte at det hjalp ham med å roe seg.

Gradvis endring av det utfordrende

Det å sove alene var en stor utfordring for Kai. Dette hadde begynt kort tid etter sykdomsdebut. Kai sov sammen med mor, mens far sov på hans rom. Mor måtte legge seg samtidig med Kai. Han syntes det var flaut ikke å klare å sove alene som tiåring. Han kunne heller ikke sove hos venner, noe han hadde likt å gjøre tidligere, og som er vanlig i hans alder. Ut fra min vurdering var det en kombinasjon av komponenter av både spesifikke fobier (redd for mørke, masker og dukker) og separasjonsangst som ble representert i dette. I utgangspunktet veiledet jeg Kai til gradvis å øke tiden alene i mors seng, for deretter steg for steg å kunne gå over til å sove i egen seng på eget rom. Mellom første konsultasjon og innleggelse gjorde familien selv flere tiltak, blant annet med å endre innredningen på Kais soverom slik at de fjernet det som kunne virke skremmende i mørket. Da Kai ble innlagt etter sommerferien, hadde han klart å starte flere netter med å sove i egen seng på eget rom, men gikk fortsatt over i foreldrenes seng i løpet av natten. For å klare resten av jobben fikk mor veiledning og støtte (handlingsplan) til å kunne stå i situasjoner der hun måtte returnere Kai til barnerommet midt på natten.

Handlingsplan som hjelp

Barnets tankemønstre og reaksjonsmåter kan evalueres objektivt ved hjelp av spørsmålsteknikker og atferdseksperimenter, der antakelsene systematisk vurderes

og testes (Stallard, 2013). Vi utforsket sammen hvilke reaksjoner og tanker ulike situasjoner kunne vekke, og hva som kunne hjelpe Kai i disse situasjonene. Kai skrev ned tankene sine og vurderte hvor sanne de var. Han var fra starten av klar over at noen av tankene var urealistiske: «Jeg vet at det ikke finnes levende dukker, men jeg er redd allikevel.» Han skrev ned andre konkrete, mer hjelpsomme tanker som han kunne erstatte de uhensiktsmessige tankene med. Listen med hjelpsomme tanker vedrørende dusjing inneholdt også en handlingsplan der både mors og Kais oppgaver ble definert. I formuleringen unngikk vi å beskrive hva som ikke skal gjøres, med fokus på hva som skal gjøres. For eksempel skulle mamma repetere handlingsplanen med Kai først. Hun skulle være i stua (ikke stå i eller utenfor baderommet) når Kai dusjet. Kai skulle tenke sine definerte hjelpsomme tanker og handle etter planen (ikke rope på mamma), deriblant lukte på en dusjsåpe for å skape gode assosiasjoner, lage egen blanding av ulike shampo, noe han syntes var artig. Kai var engasjert i å finne anvendelige forslag til handling. De aller fleste handlingsalternativene foreslo Kai selv og fikk dermed også bekreftet at han kunne mestre å finne mer hensiktsmessige måter å håndtere utfordrende situasjoner på.

Angsthierarki

Vi laget angsthierarki der Kai skrev ned ulike situasjoner som var utfordrende for ham. Angsthierarki skaper oversikt, både for barnet og for behandleren, over hvilke situasjoner som skaper angst, og hvor intens reaksjonen til barnet er i disse situasjonene (Martinsen & Neumer, 2012). Kai

graderte, på en skala fra 0–10, hvor ubehagelige bestemte situasjoner kunne være. Disse tallene er lette og forståelige å forholde seg til, også for barn. Angsthierarki gir en pekepinn for å finne riktig nivå for eksponeringen. Eksponeringen vil ikke ha noen effekt hvis den er for lett (0–3) og kan være vanskelig eller umulig å gjennomføre hvis den er for krevende (8–10) (Martinsen & Neumer, 2012).

Eksposering og atferdsekspesimenter

Behandlingen av angstlidelser skiller seg noe fra behandlingen av spesifikke fobier. Den vanligste teknikken for å behandle fobier er eksponering. Ved eksponering møter man det fobiske objektet planlagt og systematisk, for så å habitueres ved at angsten går ned og ikke eskalerer i det uendelige (Berge & Repål, 2013). Bare det å snakke om det fobiske objektet kan skape ubehag og være en del av eksponeringen (Martinsen & Neumer, 2012). Også psykoedukasjon, belønning, modellering og andre kognitive strategier er i bruk. Manualbaserte behandlinger av andre angstlidelser involverer alltid eksponering, psykoedukasjon, kognitive strategier og selvmonitorering. Ofte er også belønning, avspenning, foreldrepsykoedukasjon og foreldrestrategier en del av behandlingen (Chorpita, 2007). Eksposering og psykoedukasjon er altså en vesentlig del av behandlingen av både ulike angstlidelser og spesifikke fobier.

Ved planlegging av eksponering kunne jeg dra nytte av min fagspesifikke kompetanse som ergoterapeut. Ergoterapeuter er vant til å gradere og tilpasse aktiviteter, som brukes både som middel og mål i behandlingen.

I aktivitetsanalyse, som brukes kontinuerlig i hele den ergoterapeutiske arbeidsprosessen, reflekteres det over hvordan aktiviteten kan utføres og brytes i mindre sekvenser (delkomponenter). Aktivitetsanalyse ansees som en grunnleggende ferdighet hos ergoterapeuter (Bundgaard & von Bülow, 2013) og er et redskap for å finne riktig nivå for det man skal gjøre eller øve på. Dermed faller det naturlig for en ergoterapeut å planlegge, tilpasse og gjennomføre eksponering, også som en del av KAT-behandling.

Kai gjennomførte atferdsekspesimenter og eksponering der han gradvis fikk oppleve mestring i utfordrende situasjoner han forbandt med sterkt ubehag. Denne strukturerte fremgangsmåten tilbyr ny informasjon, som igjen gir mulighet til å utfordre eksisterende antakelser (Stallard, 2013). Imaginært (in vitro) eksponering fikk Kai gjennomført når han for eksempel skulle lage en handlingsplan for å dusje alene i forbindelse med bassengtrening på sykehuset. Dette ble også gjennomført i virkeligheten (in vivo), først på sykehuset og senere hjemme.

Mens Kai var innlagt, gikk han på SMI-skolen utenom treningstid hos fysioterapeut og ergoterapeut. De to første dagene var han der sammen med mor. Den tredje dagen fikk Kai gjennomført in vivo-eksponering der han skulle være på skolen mens mor skulle vente utenfor. Det var også et element av responsprevensjon (stoppe uhensiktsmessig sikringssatferd), da han ikke fikk lov til å ringe mor med mobilen i løpet av skoletiden (jfr. Martinsen & Neumer, 2012). Kai klarte å være på skolen alene og sendte mor bort fra gangen allerede ved første

forsøk. Mestring av denne situasjonen dannet et viktig erfaringsgrunnlag med tanke på overføring til skolen hans. Videre arbeid med å øke skoletilstedeværelse beskrives senere i artikkelen.

Atferdsekspesimenter gir en mulighet til å prøve ut i praksis hvorvidt negative antakelser stemmer. Man kan teste ut nye handlingsalternativer eller sjekke ut katastrofetanker for om det fryktede virkelig skjer (Berge & Repål, 2013). Kai var som regel kvalm når han kom til timene, og var redd for å kaste opp. Kvalme er en vanlig bivirkning av medisiner ved JIA (Songstad, Nordal & Rygg, 2018). Siden Kai sannsynligvis ikke blir kvitt kvalmen, er det viktig å finne strategier for å håndtere den. Kvalmen ble validert i begynnelsen av timen. Deretter oppfordret jeg Kai til å bli i timen og fokusere på dagens tema i stedet for å gå tilbake til rommet og vente til kvalmen skulle gå over. I slutten av timen diskuterte vi hva som hadde skjedd med kvalmen. Ideelt sett burde han også prøvd ut å gå på rommet og vente, for så å kunne trekke konklusjoner basert på egne erfaringer. Kai erfarte at kvalmen kunne gå over eller at han ikke hadde viet mye oppmerksomhet til den i løpet av timen. Han var allikevel ikke helt overbevist om at fokusendringen hjalp. Årsaken kan være at atferdsekspesimentet ikke ble gjennomført grundig nok (begge alternativene bør erfares). Kai ble videre veiledet, i stedet for å «kjenne etter» hvordan han har det om morgenen, til heller å rette oppmerksomheten mot konkrete gjøremål som ventet, ting han gledet seg til (for eksempel kanonball i friminuttene eller håndballturnering til helgen), for så å dra til skolen.

Øke tilstedeværelse på skolen

Når tiden er begrenset, må man noen ganger finne alternative tilnæringsmåter. Kai hadde mange objekter i angsthierarkiet sitt, og vi hadde få dager. Jeg tok en avgjørelse, basert på Kais egne prioriteringer på hva han ønsket hjelp til, og fokuserte i timene på mestring av kvalme, dusjing og å være alene hjemme. Jeg vurderte at skolevegring var en vesentlig opprettholdende faktor for separasjonsangst, men som Kai ikke var så motivert til å jobbe med. Ordet skolevegring ble ikke brukt med Kai, da jeg valgte å ha fokus på det å mestre og komme seg til samt være på skolen. Som en snarvei innførte jeg en resept på skoletilstedeværelse. Kai hadde en positiv assosiasjon til blåresept på medisiner som hjalp ham. Allikevel aktiverte bare tanken på å innføre en skoleresept mange negative automatiske tanker hos Kai: «*Det kommer ikke til å gå. Det blir helt forferdelig. Jeg klarer det ikke.*». Dette ga oss en anledning til å jobbe med hans uhensiktsmessige tankemønstre i timen. På skoleresepten ble det definert tre gyldige grunner (for eksempel kraftig oppkast) til å være hjemme fra skolen. Det ble også nevnt eksempler på ugyldig fravær (kvalme). I første omgang tillot resepten ham å være hjemme én dag i uken, noe jeg tror var viktig for å imøtekomme Kais vegring. Skoleresepten hadde utløpsdato på lik linje med blåresepter. Siden det nærmet seg høstferie, var det naturlig å la resepten være gyldig til og med høstferien. Dette for at tidsspennet (2 ½ uker) skulle oppleves som overkommelig. Hvis Kai ville klare å være til stede på skolen, ville han få en god mestringssopplevelse. Hvis han ikke

skulle klare det, ville jeg ha justert ned resepten etter høstferien. Metoder beskrevet i litteraturen legger opp til en mer gradvis økning av tilstedeværelse på skolen (for eksempel Kearney, Lemos & Silverman, 2006) enn hva jeg la opp til med resepten. Jeg hadde telefonisk kontakt med mor rett før høstferien og fikk høre at Kai ikke hadde hatt noe fravær. Han hadde til og med dratt til skolen med en vond fot en dag. Jeg skrev en ny skoleresept som skulle være gyldig fra høstferien til juleferien, men uten mulighet til å være hjemme én dag i uken. Den nye resepten ble sendt hjem til Kai slik at han mottok den i løpet av høstferien.

Reseptordning viste seg å fungere godt med Kai. Han hadde ikke fravær etter innføringen av skoleresepten. Ved kontroll rett før jul ba Kai selv om å få en ny resept, som skulle være gyldig til og med sommerferien. Han var svært stolt over å mestre skolegangen. Skolen hadde tidligere hatt en mistanke om spesifikke vansker i matematikk, noe Kai skulle utredes for. Det viste seg at når han var tilstede på skolen, fikk han med seg undervisningen og fikk fulle poeng i flere matteprøver. Uoppdaget og ubehandlet angstproblematikk kan føre til ikke bare unødvendige medisinske undersøkelser, men også unødvendige kartlegginger og støttetiltak på skolen.

TILBAKEFALLSFOREBYGGING OG BEHANDLINGSEFFEKT

I den siste fasen av kognitiv restrukturering assimileres den nye informasjonen, og mer balanserte og funksjonelle kognisjoner utvikles. Det skjer øking og utvikling av ferdigheter i både de emosjonelle og de atferdsmessige

domener (Stallard, 2013). Både Kai og mor fikk en økt forståelse for sammenhengen mellom tanker, følelser, kroppslige reaksjoner og handlinger i gitte situasjoner. Begge fikk mestringssopplevelser i utfordrende situasjoner. De endret sine atferdsmønstre før, under og etter utfordrende situasjoner, samt øvde videre med å implementere disse nye ferdighetene i hverdagen (Stallard, 2013). En direkte konsekvens av disse endringene var at Kai fikk mindre skolefravær.

Målet med KAT er ikke å bli kvitt all angst eller ubehag, men å gi barnet ferdigheter som gjør at det klarer å stå i utfordrende situasjoner. Barnet skal også lære seg mer hensiktsmessige måter å håndtere eventuelle nye utfordringer det kan møte i livet sitt på. Det er derfor viktig at barnet etter endt intervensjon ikke unngår situasjoner det har fryktet, men fortsetter å eksponere seg og aktivt bruker de nyervervede ferdighetene sine (Berge & Repål, 2013). I dette tilfellet fungerte intensivert behandling (en poliklinisk konsultasjon før og etter samt en fem dagers innleggelse med daglige konsultasjoner) utmerket. Det var ikke nødvendig med et langt behandlingsforløp. Vi hadde én poliklinisk konsultasjon med kort repetisjon av de viktigste elementene etter jul for å sikre den gode utviklingen. I tillegg hadde jeg telefonkontakt med mor.

Fem måneder etter den siste konsultasjonen var Kai mindre plaget av smerter og kvalme. Han hadde ingen skolefravær og ingen skolefaglige vansker. Mor kjørte Kai til skolen, og han kom hjem i drosje. Han dusjet alene uten hjelpestrategier. Han sov alene på rommet sitt, kom noen ganger til mor om natten, men aksepterte å bli returnert til sitt eget rom. Han

hadde overnattet hos en kompis to ganger og kunne være alene hjemme på ettermiddagen i opptil to timer. Han hadde ikke lenger behov for å ringe mor fra skolen eller når han var alene hjemme. Mor hadde begynt å trene to ganger i uken, noe som ga henne både egentid og overskudd i hverdagen. Dette igjen bidro til at hun hadde krefter til å være konsekvent i grensesettingssituasjoner. Med mors egne ord: «Vi har fått et nytt liv!»

To år etter forteller mor at angstproblematikken er borte. Det har vært et tilbakefall med økt skolefravær ved overgangen til ungdomsskolen. Da hadde foreldre, Kai og skolen en god dialog. De hentet frem det som fungerte tidligere, og klarte å snu situasjonen. Hvis mor aner noen «mørke tanker» hos Kai, snakker de åpent om det, og Kai klarer å styre seg selv på mer hensiktsmessige baner i både tanker og handlinger. Kai får medisiner for sin JIA og behandling hos fysioterapeut en gang i uken. Han er nå keeper på håndballaget og fungerer fint i den rollen.

OPPSUMMERING

Å kunne oppdage og behandle sammensatte utfordringer hos barn og unge krever kompetanse hos ergoterapeuten. Jeg har i denne artikkelen beskrevet hvordan jeg har brukt kognitiv atferdsterapi som behandlingsmetode hos barn i somatisk orientert spesialisthelsetjeneste. Behandlingsmetoden kunne like godt ha vært implementert i kommunehelsetjenesten. Jeg har også forsøkt å få frem gevinsten av å se symptomer i en større sammenheng for å få til mer treffsikker behandling. Når barnets symptomer dekker over for

eksempel angstproblematikk, vil dette kunne føre til unødvendige undersøkelser og overmedisinering, noe som gir en kostnad for både samfunnet og for barnet det gjelder. I verste fall får ikke barnet den hjelpen det trenger.

Jeg håper jeg har klart å inspirere flere ergoterapeuter til å utvide sin terapeutiske verktøykasse, slik at en kan velge de best egnede redskaper i behandling i klinisk hverdag.

Jeg vil rette en stor takk til Kai med foreldre for samarbeidet og for å ha fått lov til å dele denne historien med flere. Jeg vil også takke Annelise Fredriksen, universitetslektor og spesialist i klinisk psykologi, for oppmuntring og veiledning i det kliniske arbeidet, og Cathrine Arntzen, førsteamanuensis og ergoterapeut, for veiledning og hjelp underveis i artikkelskrivningen.

Litteraturliste

- Berge, T. & Repål, A. (2013). *Den indre samtalen. Lær deg kognitiv terapi* (3. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Bundgaard, K.M. og von Bülow, C. (2013). Aktivitetsanalyse i ergoterapi. I Brandt, Å., Madsen, A.J. og Peoples, H. (red.), *Basisbog i ergoterapi* (3. utg., s. 197-212). København: Munksgaard.
- Chorpita, B.F. (2007). *Modular Cognitive-Behavioural Therapy for Childhood Anxiety Disorders*. New York: The Guildford Press.
- Dummet, N. (2013). Formulation: a systemic approach in cognitive behaviour therapy. I Graham, P. & Reynolds, S. (edit.), *Cognitive Behaviour Therapy for Children and Families* (3. utg., s. 69-88). Cambridge: Cambridge University Press.
- Edmunds, J.M., O'Neil, K.A., & Kendall, P.C. (2011). Current status and future directions. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 48, 26-33.
- Friedberg, R.D. & McClure, J.M. (2002). *Clinical Practice of Cognitive Theory with Children and Adolescents – The Nuts and Bolts*. New York: The Guilford Press.
- Haugland, B.S.M. (2011). En utviklings-sensitiv tilnærming til kognitiv atferdsterapi med barn og ungdom. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 48, 5-11.
- Ishikawa, S., Okajima, I., Matsuoka, H., & Sakano, Y. (2007). Cognitive behavioural therapy for anxiety disorders in children and adolescents: A meta-analysis. *Child and Adolescents Mental Health*, 12, 164-172.
- Kearney, C.A., Lemos, A. og Silverman, J. (2006). School Refusal Behaviour. I Menunuti, R. et al. (red.), *Cognitive-behavioural interventions in educational settings* (s. 89-105). Routledge. Taylor & Francis Group.
- Martinsen, K. & Hagen, R. (2012). Introduksjon i kognitiv atferdsterapi. I Martinsen, K. & Hagen, R. (red.), *Kognitiv atferdsterapi i behandling av barn og unge* (s. 15-46). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Martinsen, K. & Neumer, S-P. (2012). Angst hos barn. I Martinsen, K. & Hagen, R. (red.), *Kognitiv atferdsterapi i behandling av barn og unge* (s. 48-85). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Mykletun, A., Knudsen, A.K., & Mathiesen, K.S. (2009). *Psykiske lidelser i Norge: et folkehelseperspektiv* (bind 2009: 8). Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt.
- Snel, E. (2012). *Rolig og oppmerksom som en frosk*. Oslo: Arneberg forlag.
- Solomando, A.M., Kendall, T., & Whittington, C.J. (2008). Cognitive behavioural therapy for children and adolescents. *Current Opinion in Psychiatry*, 21, 332-337.
- Songstad, N.T., Nordal, E. & Rygg, M. (2018, den 6. mai). 4.2 Juvenil idiopatisk artritt – JIA. Hentet fra <http://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/pediatri/revmatologi-ortopedi/juvenil-idiopatisk-artritt>
- Stallard, P. (2013). Adapting cognitive behaviour therapy for children and adolescents. I Graham, P. & Reynolds, S. (edit.), *Cognitive Behaviour Therapy for Children and Families* (3. utg., s. 22-33). Cambridge: Cambridge University Press.