

Kognitiv atferdsterapi – også for ergoterapeuter ved somatiske helsetjenester

Av Kati Langhaug



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

Sammendrag

Kognitiv atferdsterapi (KAT) har vist seg å være en effektiv behandlingsmetode på flere ulike tilstander hos barn og unge (Berge & Repål, 2013; Graham & Reynolds, 2013; Grova, 2011). Kognitiv atferdsterapi brukes blant annet ved Barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker (BUP) i de fleste sykehus, men er etter min erfaring mindre utbredt i somatikken. Jeg tok videreutdanning i «Kognitiv atferdsterapi for barn og unge i spesialisthelsetjenesten» ved Universitetet i Tromsø – Norges arktiske universitet (UiT) og har erfart tilnærmingen som svært nyttig i arbeidet mitt i somatisk sykehus. Jeg ønsker i denne artikkelen å beskrive hva kognitiv terapi er, og hvorvidt det er et hensiktsmessig og nyttig redskap for ergoterapeuter. Artikkelen er basert på sluttoppgaven min ved ovennevnte videreutdanning. Metodisk har jeg benyttet meg av relevant litteratur kombinert med egen klinisk erfaring. Litteraturen som er benyttet i denne artikkelen, har jeg kommet frem til ved å bruke databaser jeg har hatt tilgang til via universitetsbiblioteket, i tillegg til pensumlitteratur til videreutdanningen. Jeg har prioritert norske bøker og artikler der det har vært tilgjengelig. Jeg har valgt å bruke både betegnelsen «barn» og «pasienten» i artikkelen, men kunne like gjerne ha brukt ordet ungdom eller klient. Det meste som omtales i artikkelen vil også være gjeldende for voksne.

Nøkkelord: kognitiv atferdsterapi, ergoterapi, barn og unge, somatikk

Det er ingen interessekonflikter knyttet til denne artikkelen.

Hva er kognitiv atferdsterapi?

Kognitiv terapi som tilnæringsmetode ble dannet av Aaron Beck tidlig på 1960-tallet for å bli brukt med deprimerte pasienter. Metoden er blitt utviklet videre av flere behandlere og er tatt i bruk ved en rekke ulike tilstander (Beck, 2011). Behandlingsmetodene er basert på forståelsen for at tanker, følelser, atferd og kroppslige reaksjoner er knyttet til og påvirker hverandre (Martinsen & Neumer, 2012). Målet med behandlingen er vedvarende emosjonell og atferdsmessig endring hos pasienten ved å endre dennes dysfunksjonelle tankemønstre (Beck, 2011). Dette kalles kognitiv restrukturering. 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 både i emosjonelle og atferdsmessige domener (Stallard, 2013). Det vil si at pasienten får en økt forståelse for sammenhengen mellom tanker, følelser, kroppslige reaksjoner og handlinger i gitte situasjoner. Pasienten skal også ha fått mestringsopplevelser i utfordrende situasjoner og vil endre sitt atferdsmønster før, under og etter utfordrende situasjoner. De nye ferdighetene må implementeres i hverdagen (Stallard, 2013).

Målet med kognitiv atferdsterapi er ikke å bli kvitt alt ubehag eller løse alle problemer, men å gi pasienten ferdigheter som gjør at han eller hun klarer å stå i utfordrende situasjoner. Pasienten skal også lære seg mer hensiktsmessige måter å håndtere eventuelle nye utfordringer de kan møte i sitt liv på. Pasienten blir på en måte sin egen terapeut og lærer å hjelpe seg selv (Beck, 2011).

BEHANDLINGSFORLØP

Behandlingen starter med kartlegging, som følges av behandlingsperiode og fortløpende evaluering. Behandlingens varighet varierer fra korte intensive forløp på noen få dager (for eksempel behandling av fobier) til ett til to år lange behandlingsforløp (for eksempel traumefokusert kognitiv atferdsterapi). En behandlingstime varer vanligvis 45 minutter, men dette kan variere. Behandlingstimene er strukturerte og innebærer humørsjekk, gjennomgang av hjemmeoppgave, plan for timen, jobbing med dagens tema, ny hjemmeoppgave, oppsummering og tilbakemelding (Beck, 2011). Før avslutning av terapien jobbes det med tilbakefallsforebygging. Noen ganger er det hensiktsmessig med en eller flere «booster sessions» etter endt behandlingsperiode for å forsterke behandlingseffekten (Beck, 2011).

KARTLEGGING OG KASUSFORMULERING

Kartlegging av barnets utfordringer skjer ved hjelp av intervju (barn, foreldre og for eksempel lærer), observasjon og eventuelt ulike tester. I kognitiv atferdsterapi brukes kasusformulering som redskap for å organisere og systematisere informasjon fra kartleggingen. Kasusformulering er en samling av informasjon om barnets situasjon og ansees å være et grunnleggende premiss for å kunne utøve god kognitiv atferdsterapi (Martinsen & Hagen, 2012). Kasusformuleringen gir en samlet oversikt over informasjon om barnet og dets omgivelser samt funnene i kartleggingen. Den gir terapeuten retning og et utgangspunkt for å kunne gå videre i det terapeutiske arbeidet (Friedberg & McClure, 2002; Skjerve, 2011). I arbeidet med pasienten bruker jeg som terapeut kasusformuleringen til å skaffe oversikt over kontekstuelle (blant annet kultur), predisponerende (for eksempel forsinket utvikling), utløsende (en spesifikk hendelse eller belastning over tid), opprettholdende (for eksempel unngåelse) og beskyttende (for eksempel trygg tilknytning, gode vennerelasjoner) faktorer hos pasienten og i dens nettverk (Jensen, Granly, Hoas & Stormyren, 2012). Underveis kan det komme frem opplysninger, som krever at jeg justerer den opprinnelige kasusformuleringen. Ifølge Skjerve (2011) er kasusformulering et dynamisk redskap som kan endres eller tilføyes ny informasjon som eventuelt kommer frem i det videre arbeidet med pasienten.

INTERVENSJON

Intervensjoner innen KAT kombinerer spesifikke teknikker som fokuserer på kognitive, emosjonelle og atferdsmessige domener (Stallard, 2013). Behandlingen består av blant annet psykoedukasjon, spørsmålsteknikker, utforskning ved hjelp av både tiltenkte og reelle atferdsekspirer, eksponering, avspenning og pusteteknikker. Behandlingen forutsetter aktiv deltakelse fra pasienten (Beck, 2011). Barnets utviklingsnivå, heller enn kronologisk alder, er med på å gi retning på hvorvidt man har fokus på kognitive prosesser eller på atferd, samt i hvilken grad foreldrene skal involveres (Martinsen & Hagen, 2012). Metakognitive metoder kan brukes, men egner seg mer for ungdommer (Haugland, 2011; Friedberg & McClure, 2002; Martinsen & Hagen, 2012).

PSYKOEDUKASJON OM TANKER, FØLELSER, KROPPEN OG ATFERD

Ifølge Martinsen og Hagen (2012) står psykoedu-

kasjon sentralt i kognitiv atferdsterapi. Målet er at både barnet og foreldrene får en bedre forståelse av symptomer samt opprettholdende mekanismer. Samarbeidet mellom behandleren, barnet og foreldrene er derfor åpent (Stallard, 2013). Newman Kingery et al. (2006) har beskrevet at behandlingen skal tilpasses barnets utviklingsnivå, og dets modenhet skal være retningsgivende for hvordan man arbeider med kognisjoner. Behandlingen inneholder elementer av ulike atferdsintervensjoner (for eksempel eksponering), kognitive mestingsstrategier, affektiv opplæring (kjenne igjen og håndtere ulike følelser) og øving av ferdigheter for å håndtere fysiologiske reaksjoner (skjelving, muskelspenning, besvimelse, pustevansker) (Martinsen & Neumer, 2012). Det er terapeutens oppgave å hjelpe pasienten med å lære å differensiere tanker og følelser, synliggjøre hvordan disse påvirker atferden i gitte situasjoner, og hvordan atferden igjen kan påvirke både fysiologiske reaksjoner, følelser og tanker. Ofte bruker terapeuten store ark eller whiteboard å tegne og skrive på. Det er da mulig for pasienten å visualisere temaet det jobbes med (Martinsen & Hagen, 2012). Man bruker gjerne metaforer og eksempler fra pasientens interesseområder og kjente situasjoner for å øke forståelsen av sammenhenger hos barnet (Friedberg & McClure, 2002; Stallard, 2013).

Behandlingen starter ofte med å monitorere tanker for å få frem (dysfunksjonelle) tankemønstre (Stallard, 2013). Barnets tankemønstre og reaksjonsmåter kan evalueres objektivt ved hjelp av spørsmålsteknikker og atferdseksperimenter, der antakelsene systematisk vurderes og testes (Stallard, 2013). Da utforsker terapeuten sammen med barnet hvilke følelsesmessige reaksjoner og tanker ulike situasjoner kan skape og hva som kan hjelpe barnet i disse situasjoner.

Barnet lærer å kjenne igjen ulike emosjoner og betydningen av dem. Kunnskap om følelser fasiliteter utviklingen av det emosjonelle vokabularet samt bevissthet på ulike signaler knyttet til emosjoner (Stallard, 2013). Å forstå egne emosjonelle reaksjoner gjør barnet i stand til bedre affektregulering. Pasienten får psykoedukasjon om hvilke fysiologiske endringer som skjer i kroppen, og hvorfor mennesket kan reagere slik han gjør emosjonelt i de gitte situasjoner. Ulike avspenningsteknikker med regulering av pust, mindfulness eller meditasjonsøvelser er ofte en viktig del av behandlingen (Martinsen & Neumer, 2012).

Barnet øver på å legge merke til egne følelser i gitte situasjoner eller prøver ut ny atferd i en utfordrende situasjon. Dette gjøres i behandlingstimen, men kan i tillegg gis som hjemmeoppgave. Formålet med hjemmeoppgaver er å forsterke behandlingseffekten ved at barnet også mellom avtalte behandlingstimer jobber med temaer som er utfordrende. Barnet får da både intensivt behandlingen og tatt den ut av terapirummet, ut i hverdagslivet sitt.

ATFERDSEKSPERIMENTER

Atferdseksperimenter er planlagte situasjoner som gir pasienten en mulighet til å prøve ut i praksis hvorvidt hans negative antakelser i en gitt situasjon stemmer. Pasienten tester ut nye handlingsalternativer eller sjekker ut katastrofetanker for om det fryktede virkelig skjer (Berge & Repål, 2013). Etter et atferdseksperiment skal pasienten snakke med terapeuten og trekke konklusjoner basert på egne erfaringer heller enn antakelser. Atferdseksperimenter kan gjennomføres flere ganger, slik at eventuelle positive erfaringer ikke tilskrives tilfældigheter. Det er som regel mer effektivt å erfare effekten av en ny måte å håndtere en situasjon på selv enn å bli fortalt om den av en annen person.

EKSPONERING

Ved eksponering møter man det man er redd for (det fobiske objektet) planlagt og systematisk, for så å habitueres ved at angsten går ned og ikke eskaleres i det uendelige. Eksponering brukes spesielt med angstlidelser og fobier (Berge & Repål, 2013). Denne strukturerte fremgangsmåten i møte med det fryktede tilbyr ny informasjon, som igjen gir mulighet til å utfordre eksisterende antakelser (Stallard, 2013). Eksponeringen graderes slik at barnet kan mestre å gjennomføre eksponeringen. Dette igjen gir mestingsopplevelser, som kan bygges på i videre behandling.

Det er viktig at barnet etter endt intervensjon ikke unngår situasjoner det har fryktet, men fortsetter å eksponere seg og aktivt bruker sine nyervervede ferdigheter (Berge & Repål, 2013). Eksempelvis kan fobi for medisinske prosedyrer eksponeres gradvis ved først å snakke om den aktuelle prosedyren (som blodprøvetaking og MR-undersøkelse). Deretter kan barnet se på og ta på utstyr som brukes, eller besøke rom der prosedyren gjennomføres. Til slutt skal barnet gjennomføre den medisinske prosedyren ved hjelp av sine nye, hensiktsmessige hjelpestrategier.



Eksempelvis kan fobi for medisinske prosedyrer eksponeres gradvis ved først å snakke om den aktuelle prosedyren (som blodprøvetaking og MR-undersøkelse).

Implementering av kognitiv atferdsterapi i somatikken

Behandlingen med kognitiv atferdsterapi er ofte lagt opp slik at pasienten møter behandleren en gang i uken i 10–15 uker. Sykehusets nedslagsfelt innen somatikk er mange steder større enn i psykiatrien, og det kan være store geografiske avstander fra bosted til behandlingssted. Dette er en ramme som legger noen føringer for behandlingen. Det er mulig, også i somatikken, å ha ukentlig oppfølging av dem som bor i nærheten. Med familier som har lang reisevei kan det være mer hensiktsmessig å gjennomføre et intensivt behandlingsopplegg på for eksempel tre eller fem dager. Eksponering i et klinisk sykehushmiljø langt fra hjemmet og barnets naturlige omgivelser kan være en utfordring. Samtidig kan det være nyttig å eksponere i flere ulike settinger for å forsterke effekten av eksponeringen. Vanlig struktur i timene kan uansett følges slik Beck (1995) har beskrevet det, med humørsjekk, gjennomgang av hjemmeoppgave, plan for timen, jobbing med dagens tema, ny hjemmeoppgave, oppsummering og tilbakemelding (Martinsen & Hagen, 2012).

Det er i den senere tid rettet mer fokus mot om behandlingseffekten av kognitiv atferdsterapi kan være like god eller bedre når man reduserer behandlingstiden ved å øke intensiteten. Det finnes lovende resultater ved bruk av intensive intervensjoner, for eksempel eksponeringsterapi med responspreven- sjon (ERP) hos voksne med OCD (Helse Bergen, 2016). Jeg vil anta at effekt med økt intensitet sannsynligvis ikke gjelder all behandling (for eksempel traumefokusert kognitiv atferdsterapi). Tidlig intervensjon og intensiv trening av skader både i CNS, i det perifere nervesystemet og ved muskel-skje- lettskader er allerede i bruk ved alle rehabiliterings- avdelinger innen somatikk. Viktige kriterier for effekt synes å være oppgaverelatert trening, høy intensitet og tilstrekkelig mengde trening (Helsedirektoratet, 2010), altså ikke helt ulikt erfaringene fra psykisk helsevern og kognitiv atferdsterapi. Intensive tiltak eksisterer allerede i somatikken – det er metoden kognitiv atferdsterapi som etter min erfaring bør innføres i større grad.

Å OPPDAGE OG OPPFATTE SYMPTOMER – BEHANDLE DER SKOEN TRYKKER

Barn som blir henvist til BUP, har allerede blitt vurdert av en fagperson, gjerne en fastlege, som har oppfattet at barnet har utfordringer som må utredes og behandles innen psykisk helsevern. Barn

jeg møter i min jobb, kommer på grunn av ulike somatiske tilstander. Det er vanlig med problemer i håndfunksjon eller ADL-ferdigheter (for eksempel av- og påkledning).

Ergoterapeuter kan bruke standardiserte tester, intervju samt observasjon i ulike aktiviteter for å kartlegge funksjonsnivå hos barnet. Noen ganger opplever jeg at påvirkningen av symptomer fra den somatiske tilstanden ikke står i samsvar med be- grensingen den setter for barnets fungering i hver- dagen. Ved hjelp av ulike spørsmål forsøker jeg å få frem hvilke andre forhold som kan ligge til grunn for funksjonsnedsettelsen.

Alle sykdommer har en rekke spesifikke symp- tomer som sammen danner grunnlag for å stille en diagnose. Symptomer kan være like ved flere diagnoser. Når jeg først får en mistanke om en mer sammensatt årsakssammenheng, ville det vært hen- siktsmessig å bruke kartleggingsverktøy for å kunne definere om barnet fyller kriteriene for psykiatriske diagnoser. Det er allikevel ikke så vanlig å bruke disse innen somatikk.

Mangel på kompetanse og kartleggingsverktøy kan føre til underkjennelse av alvorlige psykiske problemer i somatikken, med fare for at disse ikke blir oppdaget og behandlet. Når barnets somatiske symptomer dekker over for eksempel angstpro- blematikk eller depresjon, vil dette kunne føre til unødvendige undersøkelser og noen ganger over- medisinerer. I møte med helsepersonell presenterer familien som regel utfordringer som er direkte knyttet til den somatiske tilstanden. Andre ganger rapporterer ikke familien forhold som åpenbart er utenom forventet funksjonsnivå, alderen tatt i be- traktning. Dette kan skje når familien er blitt vant til utfordringene i hverdagen sin og har tilpasset hand- lingsmønsteret sitt deretter. I slike situasjoner er det opp til helsepersonell å fange opp den avvikende atferden samt undersøke årsaken til det.

Å LEVE MED KRONISK SYKDOM

Å leve med en kronisk sykdom kan føre til en rekke utfordringer, både på grunn av selve sykdommen og som følge av nødvendig medisinsk behandling. Barn kan oppleve fysiske symptomer som smerte, utmattelse og kvalme, og både barnet og familien må tilpasse seg tilstanden og hvordan den påvirker livet deres.

Noen barn med kronisk sykdom må også holde ut gjentatte prosedyrer. Mange familier klarer seg bra, men en del har forhøyet risiko for å utvikle psy-

kiske vansker både hos foreldre, søsken og barnet selv (Edwards & Baños, 2013).

Ifølge Glasscoe et al. (2007) og Sloper (2000) er det rapportert høyere nivåer av angst og depresjon hos mødre til syke barn enn hos mødre til friske barn, spesielt kort tid etter diagnostisering (Edwards & Baños, 2013). Det finnes færre undersøkelser av fedre, men Kristensen (2006) viser til en undersøkelse av Frank et al. (1998) der både mødre og fedre viser høyest nivå av angst og depresjon rundt diagnostetidspunkt. Hvordan barnets omgivelser klarer å støtte barnet i utfordrende situasjoner, har betydning for hvordan barnet har det. Det er derfor viktig å ha kunnskap om foreldrenes reaksjoner og deres situasjon. Etter min erfaring er noen foreldre rådville og usikre på for eksempel hvor mye de skal presse barnet når det har det vondt. Deres rolle er både å beskytte og å stille krav, to oppgaver som kan være utfordrende å kombinere. Barn med en kronisk sykdom kan ha spesielle behov å ta hensyn til, noe som kan komplisere den normale oppdragelsen og omsorgen sammenlignet med det som er vanlig hos friske barn.

MEDISINSKE PROSEDYRER

Også barn med akutt eller kronisk somatisk sykdom kan i tillegg ha ulike typer angst, der fobi for medisinske prosedyrer nok er den som lettest kommer til uttrykk i sykehushverdagen. Situasjoner der barnet må opereres akutt eller har fått en diagnose (for eksempel kreft) som krever umiddelbar behandling og en mengde medisinske prosedyrer, kan være utfordrende. Det er da begrenset mulighet for å gjøre gradvis eksponering. Allikevel er dette viktig. Behandling av fobi for medisinske prosedyrer vil effektivisere behandlingen av somatiske sykdommer fordi det brukes mer tid og sedering (beroligende medisiner eller narkose) hos barn som er engstelige. Dette vil dessuten ha enorm betydning for barn som trenger langtidsoppfølging eller livslang oppfølging av sin tilstand.

Barn som opplever overtramp og tvang i gjennomføringen av medisinske prosedyrer, kan bli traumatisert og i noen tilfeller utvikle posttraumatisk stresslidelse (PTSD) (Edwards & Baños, 2013). I en sykehusverden der effektivisering i form av mindre tidsbruk og medikamentbruk er i fokus, bør behandling av fobi for medisinske prosedyrer være prioritert. Her har kognitiv atferdsterapi vist seg å ha en svært god effekt, som metode (Edwards & Baños, 2013). De aller fleste yrkesgrupper er opptatt

av at barna skal mestre situasjoner, og samarbeider dermed gjerne under eksponering. For eksempel bruker bioingeniørene god tid med disse barna og har tydelig fokus på at dette er en investering for fremtiden.

DEPRESJON OG ANGST – USYNLIGE DIAGNOSER?

Etter min erfaring er depresjon, sosial angst, separasjonsangst og generalisert angst diagnoser som lett blir oversett eller forklart med den spesielle situasjonen barnet er i mens det er på sykehuset i somatikken. Det å forklare, uten å behandle, både angst og depresjon som naturlige og forventede følger av en belastende situasjon ved innleggelse, kan sammenlignes med å la være å bandasjere et blødende sår med den begrunnelse at det er ganske naturlig og som forventet at et sår blør.

Videre kan skolefraværet bli akseptert og begrunnet med symptomer fra den somatiske tilstanden, mens underliggende årsak til fravær kan være separasjonsangst eller sosial angst. Dermed får ikke barnet og familien adekvat hjelp. Noen ganger bidrar råd fra helsepersonell utilsiktet til å øke eller opprettholde skolevegringsatferd. Hvis man har kompetanse til å avdekke denne typen problematikk, kan kognitiv atferdsterapi være en effektiv og anvendelig metode for å behandle disse tilstandene. Metoden kan benyttes både i spesialist- og i kommunehelsetjenesten. Noen av barna har så store utfordringer eller så alvorlig psykopatologi at de allikevel vil trenge behandling ved BUP.

HOLDNINGER OG HELHETLIG BEHANDLING

Jeg opplever at psykiske sykdommer fortsatt er mer tabubelagte og derfor snakkes mindre åpent om i samfunnet enn somatiske tilstander. Enkelte familier vil derfor ha lavere terskel for å ta imot denne typen behandling hvis det skjer ved en somatisk sykehusavdeling eller i kommunehelsetjenesten. I min kliniske praksis har jeg møtt familier som er villige til å være i behandling hos meg, men har takket nei til en henvisning til BUP for å unngå stigmatisering. Dog gjelder ikke dette alle. Det er holdninger i samfunnet generelt som setter premissene, til tross for at det jobbes aktivt med å definere BUP som en del av det vanlige tilbudet for barn og ungdom ved sykehuset. Forhåpentligvis vil innføring av psykologkompetansen ved barne- og ungdomsmedisinske avdelinger bidra til et bedre og mer helhetlig behandlingstilbud til barn og unge innen somatikk (Psykologforeningen, 2016).

De fleste yrkesgrupper innen helse- og sosialfag hevder å ha et holistisk menneskesyn og ønsker å behandle pasienter helhetlig. Samtidig kan en se at for eksempel en sykepleier og en lege definerer helheten ulikt. Ergoterapeutene er opptatt av deltakelse i meningsfulle aktiviteter og av at funksjon påvirkes av både psykososiale, sansemotoriske og kognitive aspekter i samspill med omgivelsene (Mathiasson & Morville, 2013). Jeg tror at de fleste fagpersoner er bundet, ikke bare til sitt fags fokusområde, men også til tradisjonen på sin arbeidsplass. Jeg har erfart at behandlere innen somatikk velger ikke å fokusere på psykiske symptomer hos barnet da det er innlagt for en tilstand av somatisk karakter. Likeså har jeg erfart at somatiske tilstander og påvirkningen av disse kan forbigås innen psykiatri til fordel for fokus på psykiske prosesser.

Denne dualismen i helsevesenet har trolig sin opprinnelse i filosofen Descartes' (1596-1650) tenkning, der han anså kroppen for å være separat fra sinnet (body/mind). Den kartesianske arven har gitt store konsekvenser i utviklingen av, og speiles fortsatt i, dagens helsevesen (Thornquist, 2003). Selv om det i ettertid har vært poengtert svakheter i teorien hans, er påvirkningen i den moderne medisinen svært sterk. Denne kommer til uttrykk både i språk og i hvordan helsevesenet er organisert. Også denne artikkelen bærer den kartesianske arven i begrepene som brukes, samt i at det problematiseres hvordan en behandlingsmetode – kognitiv atferdsterapi – kan brukes på et sted der det kroppslige har hovedfokus i behandlingen.

Barne- og ungdomspsykiatrien har mye kompetanse om barns psykiske helse og om kognitiv atferdsterapi, mens det er mindre kjennskap til og fokus på disse i somatikken. Jeg opplever lite kompetanseoverføring mellom psykisk og somatisk helsevern innad i sykehuset. Dog er det nok forskjeller rundt om i landet. En del barrierer kan synes å ligge i organiseringen. Jeg vil gjerne tro at det er mulig å få til helhetlig behandling til tross for rammebetingelsene. Hvorvidt en klarer å fange helheten hos en pasient, og ikke mister viktige faktorer som påvirker barnets fungering, er mer avhengig av den enkelte behandlerens evne og kompetanse i å se bredt på sammensatte problemstillinger enn av det organisatoriske tilholdsstedet. Jeg bruker et kamera som metafor for terapeutens søkeredskap. Når barnet kommer til utredning, er kameralinsen rettet mot de somatiske plagene og følgene disse har for dagliglivet. Ofte har man til og med tatt på

makrolinsen, som fokuserer på et lite og avgrenset område av symptomer og plager. Det er gjerne det spesialisthelsetjenesten skal gjøre med sin spisskompetanse innen spesifikke tilstander. Det er allikevel viktig også å kunne bruke vidvinkelen i møte med barn og familier. I den første kartleggings samtalen skal barnet, foreldre og behandleren sammen få frem et helhetlig bilde av barnets fungering. Det er gjerne under denne kartleggingen at vidvinkelen skal brukes. Å utvide forståelsen av symptomer til å omfatte flere forklaringsmodeller, både psykiske og somatiske, vil gi behandleren mulighet til å velge riktige tiltak og gi mer treffsikker behandling.

Konklusjon

Etter min erfaring kan kognitiv atferdsterapi brukes av ergoterapeuter i både spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten i behandlingen av barn med somatisk hoveddiagnose, der det kommer frem symptomer på for eksempel angst. Metoden er anvendelig også ved andre tilstander. Mulighetene er mange, og for det meste kan metoden brukes slik den er, dog kan tilpasninger gjøres der det er hensiktsmessig. Jeg har opplevd både skepsis og oppmuntrende støtte i arbeidet mitt med å implementere kognitiv atferdsterapi i somatikken. Det må gjøres en del pionerarbeid for å gjøre denne behandlingsformen mer kjent og anerkjent som en del av behandlingen av barn også i somatisk orienterte helsetjenester. Økt kompetanse vil kunne føre til et mer helhetlig og treffsikkert behandlingstilbud til barn og ungdom med sammensatte utfordringer.

Litteraturliste

-
- Beck, J.S. (2011). *Cognitive Behaviour Therapy – Basics and Beyond* (2nd ed.). New York: The Guildford Press.
- Berge, T. & Repål, A. (2013). *Den indre samtalen. Lær deg kognitiv terapi* (3. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Edwards, M. & Baños, I. (2013). Children with chronic and life-limiting health conditions. I Graham, P. & Reynolds, S. (edit.), *Cognitive Behaviour Therapy for Children and Families* (3.utg., s. 159-175). Cambridge: Cambridge University Press.
- 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.
- Graham, P. & Reynolds, S. (2013). Introduction. I Graham, P. & Reynolds, S. (edit.), *Cognitive Behaviour Therapy for Children and Families* (3. utg., s. 1-4). Cambridge: Cambridge University Press.
- Grova, B., Haugland, B.S.M. & Dahl, K. (2011). Kognitiv atferdsterapi med barn og unge: Forskningsbasert praksis i

- utviklingsperspektiv. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 48, 2-3.
- Haugland, B.S.M. (2011). En utviklingssensitiv tilnærming til kognitiv atferdsterapi med barn og ungdom. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 48, 5-11.
- Helse Bergen. (2016, den 29. april). Stor etterspurnad etter 4-dagersformatet. Hentet fra <http://www.helse-bergen.no/OmOss/Avdelinger/kronstad-dps/ocd/Sider/den-nasjonale-ocd-studien.aspx>
- Helsedirektoratet. (2010). Nasjonale retningslinjer for behandling og rehabilitering ved hjerneslag. Hentet fra <http://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/hjerneslag/rehabilitering-og-behov/funksjon-og-aktivitet/sensorimotoriske-forstyrrelser/motorisk-funksjon>
- Jensen, T.K., Granly, L.B., Hoaas, L.E.C. & Stormyren, S. (2012). Traumefokusert kognitiv atferdsterapi. I Martinsen, K. & Hagen, R. (red.) (2012): *Kognitiv atferdsterapi i behandling av barn og unge* (s. 169-199). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kristensen, P. (2006). Å være psykolog på en barneavdeling. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 4, 330-337.
- 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.
- Mathiasson, G. & Morville, A-L. (2013). Grunnleggende antagelser, værdier og etik i ergoterapi. I Brandt, Å., Madsen, A.J. og Peoples, H. (red.), *Basisbog i ergoterapi* (3. utg., s. 97-118). Munksgaard. København.
- Psykologforeningen. (2016, den 14. april). Milepæl for barn og unge i sykehus. Hentet fra <http://www.psykologforeningen.no/foreningen/nyheter-og-kommentarer/aktuelt/milepael-for-barn-og-unge-i-sykehus>
- Skjerve, J. (2011). Kasusformulering i kognitiv atferdsterapi med barn og unge – et nyttig og praktisk hjelpemiddel? *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 1, 16-20.
- 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.
- Thornquist, E. (2003). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget.

minitech
VARMEHJELPEMIDLER

Birgit Skarstein bruker varmhjelpemidler fra Minitech AS.

- Produsert i henhold til **direktivet for medisinsk utstyr**.
- Kan **tilpasses** etter brukerens behov.
- Leveres med markedets **letteste** batteripakke.
- Har innsydd varmetråd som gir **jevn varmefordeling**.
- Kan søkes om og dekkes via **NAV hjelpemiddelsentral**.

www.minitech.no | +47 625 77 800 | mail@minitech.no

Bamse Produkter AS

Du har kunnskapen, vi har produktene.

Posisjonering for barn i alle aldre. Vi starter med de premature, fortsetter med spedbarn, større barn, ungdom, voksne og eldre. God posisjonering 24 timer i døgnet fører barnet inn i normale bevegelsesmønstre som igjen gir frie bevegelser. Se vår hjemmeside med illustrasjoner og videoer for bruk og tips.

Ny hjemmeside!
www.bamseprodukter.no
Info@bamseprodukter.no
Tlf: 69300105

Bamse Produkter