

Kandidatnr: 10018

Kognitiv atferdsterapi som behandlingsform for barn og ungdom

Cognitive behavioural therapy as a form of
treatment for children and adolescents

Bacheloroppgave i Sosialt arbeid

Mai 2020

Innholdsfortegnelse

Kognitiv atferdsterapi som behandlingsform for barn og ungdom Feil! Bokmerke er ikke definert.

Sammendrag	1
Abstract	2
1. Innledning	3
1.1 Bakgrunn for valg av tema og problemstilling og relevansen for sosialt arbeid	3
1.2 Presentasjon og presisering av problemstillingen	5
2. Metode	6
2.1 Litteraturstudie som metode	6
3. Teori	8
3.1 Relasjoner i sosialt arbeid.....	8
3.2 Empowerment.....	9
3.3 Introduksjon til kognitiv atferdsterapi	9
3.4 Psykiske lidelser	10
3.5 Kort oppsummering av forskningsresultatene om bruken av KAT for barn og unge.....	12
4. Diskusjon	13
4.1 Hvordan kan KAT brukes for barn og unge med de ulike psykiske lidelser?	13
4.2 Det relasjonelle i behandlingen.....	17
4.3 Rammene rundt i en norsk kontekst.....	21
5. Avslutning	23
Oppsummering.....	23
Konklusjon.....	23
Litteraturliste	24

Sammendrag

I denne oppgaven har jeg som mål å svare på følgende problemstilling: *Hvordan kan kognitiv atferdsterapi brukes i arbeid med barn og unge med psykiske lidelser?* Kognitiv atferdsterapi (KAT) er en terapiform som ble utviklet på 1950- og 1960-tallet. Den ser på den gjensidige påvirkningen mellom tanker, følelser og atferd. KAT er ett av mange virkemidler som kan brukes for å bistå andre mennesker, og det kan derfor være relevant for sosialarbeidere å ha kunnskap om denne terapiformen, og å kunne dra nytte av teknikkene og ideene. Selv om KAT opprinnelig ble utviklet for voksne, har det siden 1990-tallet vært en del forskning på

bruken av terapiformen på barn og unge, og egne KAT-programmer har blitt utviklet for denne målgruppen. De psykiske lidelsene jeg fokuserer på i denne oppgaven er separasjonsangst, generell angst, sosial angst, obsessive-compulsive disorder (OCD) og depresjon. Forskningen viser at KAT har jevnt over god effekt på barn og unge med psykiske lidelser, men at effekten varierer for de ulike lidelsene, og andre faktorer også spiller inn, for eksempel brukerens relasjon med terapeuten, sykdomsgrad, og motivasjon. Dessuten er det flere områder hvor det er behov for mer forskning, for eksempel om skreddersydd KAT-behandling kunne vært mer hensiktsmessig for enkelte lidelser, og hvordan KAT eventuelt kunne vært brukt mer allment og på en forebyggende måte, der sosialarbeideren kunne ha spilt en viktig rolle.

Jeg har brukt litteraturstudie som metode, og har fokusert på teoretiske temaer og begreper som relasjoner i sosialt arbeid og empowerment. Jeg har diskutert funnene fra forskningen, sett på forskjellige relasjonelle aspekter, og deretter diskutert konsekvensene av rammene rundt behandlingen i en norsk kontekst.

Det er viktig å kunne dra nytte av allerede eksisterende kunnskap når man som sosialarbeider skal hjelpe barn og unge med psykiske lidelser. Ideene og ferdighetene i KAT er nyttige verktøy som også kan brukes utenfor terapirommet.

Abstract

In this dissertation I aim to answer the following question: *How can cognitive behavioural therapy (CBT) be used when working with children and adolescents with mental health problems?* CBT was developed in the 1950s and 1960s. It focuses on the interaction between our thoughts, feelings and behaviour. CBT is one of many tools that can be used to help other people, and it can therefore be useful for social workers to know about this form of therapy, and to be able to draw on the techniques and ideas. Although CBT was originally developed for adults, since the 1990s considerable research has been carried out on the use of CBT for children and adolescents, and separate programmes have been developed for this group. The mental health problems I focus on in this dissertation are separation anxiety, general anxiety,

social anxiety, obsessive-compulsive disorder (OCD) and depression. Research shows that overall, CBT has a good effect on children and adolescents with mental health problems, but that the effect for the different disorders varies, and other factors also play a role, such as the patient's relationship with the therapist, the severity of their illness, and their motivation. Moreover, there are several areas where more research is needed, such as whether tailor-made CBT treatment could be more appropriate for some disorders, and how CBT could be used more widely and in a preventive way, with social workers playing an important role.

I have chosen to use a literature study as my method, and have focused on theoretical topics and concepts such as relationships in social work and empowerment. I have discussed research findings, looked at different relational aspects, and then discussed the consequences of the way treatment for children and young people with mental health problems is organised in Norway.

In their work to help children and young people with mental health problems, it is important that social workers can benefit from existing knowledge. The ideas and skills set out in CBT are useful tools that can also be used outside the therapy setting.

1. Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema og problemstilling og relevansen for sosialt arbeid

I min praksisperiode jobbet jeg ved Link, et barnevernstiltak som jobber med både familier og ungdommer. Disse ungdommene hadde mange ulike psykiske utfordringer og diagnoser. I praksisperioden min ble jeg kjent med ei som hadde videreutdanning innen kognitiv atferdsterapi. Hun fortalte litt om dette, og det virket spennende. Jeg har alltid vært interessert i psykologi og familieterapi. I praksisperioden fant jeg ut at jeg som ferdig utdannet sosialarbeider vil ha mulighet til å ta en videreutdanning i kognitiv atferdsterapi. Dette vekket

min interesse, og jeg ville gjerne lære mer om kognitiv atferdsterapi, for å se om dette er noe jeg kunne ha jobbet med på sikt.

Grunnen til at jeg valgte å se på ungdommer som gruppe er at ungdomstiden er en spennende og sårbar periode der store kognitive endringer skjer og mennesker formes. Hvis man tar tak i problemene tidlig nok kan man avverge at brukerne utvikler et større problem senere i livet. Derfor tenker jeg at det er spesielt interessant å se på fordelene og ulempene med kognitiv terapi for denne aldersgruppen.

Som sosialarbeidere, er vårt samfunnsoppdrag å «bistå mennesker som har behov for hjelp, for å sikre menneskeverdige levekår og livskvalitet» (FO, 2010). Sosialt arbeid handler om å hjelpe mennesker i vanskelige livssituasjoner. Kognitiv atferdsterapi (KAT) er ett av mange virkemidler som kan brukes for å bistå andre mennesker, og det kan derfor være relevant for sosialarbeidere å ha kunnskap om denne terapiformen. Selv om tilnærmingen hovedsakelig brukes til å hjelpe mennesker som har en psykisk lidelse, har metoden også overføringsverdi til mennesker som har andre utfordringer. Alle mennesker har en psykisk helse som vi må ta vare på. Derfor kan KAT være allmenntilgjengelig, og kan potensielt brukes i mange forskjellige områder av det sosiale arbeidet. I en av artiklene jeg har lest, gir flere av ungdommene som er med på en kvalitativ studie av KAT uttrykk for at deres nærmeste kunne ha hatt nytte av å lære grunnleggende elementer i denne terapiformen, og at dette er noe som vi alle kunne ha hatt godt av å lære noe om (Berteig, 2014 s. 9-10).

Som sosialarbeider er det viktig å ha kunnskap om ulike tilnærminger fra forskjellige fagfelt, slik at man har flere verktøy i verktøykassen som man kan bruke til å hjelpe andre mennesker. Selv om KAT er en egen tilnærming, synes jeg at det er en del fellestrekk mellom KAT og sosialt arbeid. For eksempel, prinsippet om «hjelp til selvhjelp» står sterkt både i KAT og i sosialt arbeid. Metaforen om en verktøykasse kan også overføres til brukeren – dvs. teknikker, ferdigheter og mestringsstrategier som brukeren lærer seg for å takle livet og for å kunne hjelpe seg selv i nye utfordrende situasjoner.

Et annet fellestrekk er det å ha et helhetssyn på mennesker, som er en av kjerneverdiene som nevnes i FOs yrkesetiske grunnlagsdokumentet. (FO, 2010) Som sosialarbeider skal man ta hensyn til alle aspektene ved menneskers liv, og se på mennesket som et individ i et samfunn, som påvirkes av omgivelsene rundt. Som jeg vil komme tilbake til, er en grunnleggende ide i

KAT at tanker, følelser og atferd gjensidig påvirker hverandre, og her også er arv og miljø viktige elementer (Martinsen & Hagen, 2014 s.15). En kjerneverdi som nevnes i FOs yrkesetiske grunnlagsdokument er ansvar. Der står det «Mennesker har selv ansvar for det de har innflytelse over. Dette gjelder både brukere og profesjonsutøvere» (FO, 2010). Jeg kommer nærmere inn på dette i del 4.2.3, men dette er også en sentral tanke i KAT, som krever at brukeren deltar aktivt i behandlingen, har eierskap til prosessen, og tar et selvstendig ansvar.

1.2 Presentasjon og presisering av problemstillingen

Jeg har valgt følgende problemstilling: *Hvordan kan kognitiv atferdsterapi brukes i arbeid med barn og unge med psykiske lidelser?*

Med denne problemstillingen ønsker jeg å se på selve behandlingen og rammene rundt. I utgangspunktet hadde jeg tenkt å ha en større aldersbegrensning, og kun fokusere på ungdommer, men jeg fant ut at dette blir vanskelig. Litteraturen jeg har valgt ut skiller ikke så sterkt mellom barn og ungdommer, og de forskjellige studiene bruker ulike aldersspenn. I tillegg viser flere av studiene til barn og unges ulike modenhetsnivå og kognitiv utvikling, slik at selve alderen har ikke nødvendigvis så mye å si. Et barn på 8 år kan for eksempel i noen tilfeller ha et høyere modenhetsnivå enn en gjennomsnittlig ungdom på 13 år, og en ungdom på 13 år kan i noen tilfeller ha et lavere modenhetsnivå enn et barn på 8 år. Derfor endte jeg opp med å se på både barn og ungdommer fra 7 til 18 år.

Når jeg skriver «psykiske lidelser», har jeg valgt meg ut fem ulike lidelser som er blant de mest utbredte blant barn og ungdom (og der tre av dem inngår i angstspekteret). Lidelsene jeg har begrenset meg til er: separasjonsangst, sosial angst, generell angst, obsessive compulsive disorder (OCD), og depresjon.

I oppgaven har jeg valgt å omtale barna og ungdommene som «brukere» og ikke «klienter». Årsaken til dette er at man i KAT har stort fokus på aktiv deltagelse, og ikke på passiv mottakelse av en tjeneste. Som Skau skriver, er «klientbegrepet i mange sammenhenger blitt erstattet med bruker, et begrep mange oppfatter som både mindre belastende og mer likeverdig. Det kobles også gjerne til begrepet medvirkning» (Skau 2015 s. 28).

2. Metode

2.1 Litteraturstudie som metode

I denne oppgaven har jeg valgt å bruke litteraturstudie som metode. Denne metoden innebærer at jeg ser på allerede eksisterende kunnskap ved å søke systematisk i ulike databaser, og at jeg ikke foretar egen empirisk forskning. «I en litteraturstudie er det litteraturen du studerer, altså det som er undersøkt og skrevet om virkeligheten (og empirien) av artikkelforfatterne» (Støren, 2013 s. 16). Likevel kan det komme frem ny forståelse ved å sammenligne kildene og anvende dem til å belyse min problemstilling (ibid, s.16-17).

Under min innsamling av litteratur, har jeg hovedsakelig brukt tre databaser, Oria, Idunn og PsycINFO (en database produsert av den amerikanske psykologforeningen). Søket mitt på Oria valgte jeg å utvide til det norske fagbiblioteket for å ikke bare bruke NTNUs database. Søkeordene jeg valgte å bruke på norsk var «kognitiv atferdsterapi», og jeg brukte «barn» og «ungdom» med stjerne (*) for å få flest mulig relevante treff. Disse ordene brukte jeg også da jeg søkte i de andre databasene. Dessuten brukte jeg forkortelsen «KAT». På engelsk brukte jeg søkeordene «cognitive behavioral therapy» og «cognitive behavioural therapy» (siden det er forskjell på britisk og amerikansk skrivemåte), samt «children» med stjerne (*).

En grunnleggende del av et systematisk litteratursøk er at man bestemmer seg for gitte «inkludjons- og ekskludjonskriterier» i utvalget av kilder. I denne oppgaven har jeg for eksempel begrenset mitt valg av litteratur ved å ikke bruke artikler eller bøker skrevet før 2005, slik at kildene skulle være mest mulig aktuelle. Dette ble altså ett av mine ekskludjonskriterier.

Jeg oppdaget fort at mye av forskningen fokuserte på de samme spørsmålene, for eksempel effekten av KAT, og at mange av artiklene hadde nokså likt innhold. Jeg gjorde derfor et bevisst valg ved å plukke ut noen metaanalyser og oversiktsartikler som summerte opp funnene i mange av disse forskjellige empiriske studiene. Metaanalyser og oversiktsartikler ble altså noe jeg valgte å inkludere, for å få et godt overblikk over feltet.

Mange av kildene jeg har funnet baserer seg på kvantitativ metode, men jeg fant også noen som brukte kvalitativ metode. Jeg mener at det er viktig for min oppgave å bruke begge deler,

ettersom de belyser forskjellige sider ved KAT.

Når det gjelder svakheter med oppgaven min, er det klart at jeg kunne ha gjort mer hvis jeg hadde mer tid og kunne bruke flere ord. Jeg har måttet velge bort mye som kunne ha styrket oppgaven, pga. størrelsen på oppgaven. Det har også vært problemer med innhenting av litteratur pga. koronakrisen, fordi bibliotekene har vært stengt. Dette gjorde at jeg måtte være litt kreativ, og jeg skrev for eksempel til en som hadde skrevet doktoravhandling på dette temaet, og fikk avhandlingen tilsendt som PDF-fil. Min forforståelse har sikkert påvirket mitt valg av litteratur og hva jeg velger å trekke fram fra det jeg har lest. For å styrke oppgaven, skulle jeg gjerne ha funnet flere kvalitative kilder. Når det gjelder påliteligheten av kildene mine, har jeg i stor grad brukt vitenskapelige artikler publisert i tidsskrifter, samt pensumbøker.

Til denne oppgaven har jeg valgt å bruke pensumbøker som vi har brukt mye opp gjennom flere år på studiet. *Sosialt arbeid: En grunnbok* gir en god oversikt over sentrale temaer som er viktige i sosialt arbeid. Det samme gjelder boken *Kunsten å hjelpe individer og familier*. Dette er en bok vi har brukt mye i forhold til viktige ferdigheter en sosialarbeider bør inneha. Videre har jeg brukt boken *Psykologi og psykiske lidelser* som har vært en god kilde til å innhente generell informasjon om de ulike psykiske tilstandene jeg har valgt for denne oppgaven. Utenom eget pensum har jeg plukket ut en bok som heter *Håndbok i kognitiv atferdsterapi i behandling av barn og unge*, som har gitt meg en god oversikt over dette fagfeltet. Som Dalland skriver, er lærebøker et godt utgangspunkt som kan fungere som en inngangsport til fagfeltet og de mest sentrale forfatterne (Dalland, 2017 s. 154). Gjennom oppgaven kommer jeg til å bruke noen flere bøker fra pensum, men dette er bøker jeg bruker i mindre grad, så derfor nevner jeg dem ikke her.

På grunn av denne oppgavens begrensede omfang, har jeg valgt å bruke noen sekundærkilder, for eksempel håndboken nevnt ovenfor, fordi disse oppsummerer en rekke ulike studier, som jeg ikke har tid til å se i dybden på selv, men tenker at det er viktig å ha med.

3. Teori

I denne oppgaven har jeg valgt ut noen teorier og faglige begreper som jeg mener er spesielt relevant til å besvare problemstillingen min: «hvordan kan kognitiv atferdsterapi brukes i arbeid med barn og unge med psykiske lidelser?» Disse er som følger: relasjoner i sosialt arbeid, empowerment, det teoretiske grunnlaget for kognitiv atferdsterapi, og en generell introduksjon til de ulike psykiske lidelsene som jeg har valgt å fokusere på. Etter dette, i del 3.5 av oppgaven, kommer jeg til å presentere hva forskningen sier om KAT som behandlingsform for de ulike psykiske lidelsene.

3.1 Relasjoner i sosialt arbeid

Relasjoner står helt sentralt i sosialt arbeid. For å kunne hjelpe mennesker i vanskelige situasjoner, er vi helt avhengige av å ha god relasjonsforståelse og kompetanse, og av å kunne utvikle gode arbeidsrelasjoner med brukere. Sosialt arbeid betegnes som relasjonelt, fordi vi «så å si alltid vil være i en relasjonell setting når vi utøver det sosiale arbeidet» (Ellingsen, Levin, Berg, & Kleppe, 2016 s. 113).

Når vi i sosialt arbeid jobber med relasjoner, kan vi skille mellom å jobbe i, med og gjennom relasjoner (Ellingsen, Levin, Berg, & Kleppe, 2016 s. 112). Når vi sier at vi jobber *i* relasjoner, mener vi at vi alle er en del av en sosial sammenheng. Når vi sier at vi jobber *med* relasjoner, snakker vi om å prøve å forstå og fremme endringer i brukerens relasjon til andre mennesker og arenaer, for eksempel skolen og arbeidsplassen. Her er det snakk om å styrke brukerens relasjoner. Når vi sier at vi jobber *gjennom* relasjoner, har vi fokus på relasjonen mellom sosialarbeider og bruker. Shulman fremhever at sosialarbeiderens ferdigheter «bidrar til å skape en positiv arbeidsrelasjon» (Shulman, 2016 s. 51). Han bruker en dynamisk modell for å vise akkurat dette. De toveispilene viser at påvirkningen går begge veier – sosialarbeiderens ferdigheter, arbeidsrelasjonen og resultatet av arbeidet påvirker hverandre i en gjensidig prosess:

sosialarbeiderens ferdigheter ← → arbeidsrelasjon ← → Resultat av arbeidet
(Shulman, 2016 s. 51).

Her kan man også nevne begrepet «den terapeutiske alliansen», som brukes i KAT, og som refererer til relasjonen som vokser frem mellom terapeut og bruker, og opplevelsen av et emosjonelt bånd som bygges gjennom de veiledede oppdagelsene og felles refleksjon

(Martinsen & Hagen, 2014, s. 19).

Arbeidsrelasjonen kan også sies å være to relasjoner som påvirker hverandre, fordi vi må være oppmerksom på at det «mellom to personer er to relasjoner. Hver har sin relasjon til den andre» (Ellingsen, Levin, Berg, & Kleppe, 2016 s. 112). Hver person har sin egen oppfatning og persepsjon av relasjonen. Men selv om det er to relasjoner, er det viktig å huske at man som sosialarbeider er den profesjonelle parten. Dette innebærer at det er viktig å være kritisk til egen rolle, forforståelse og forventninger, og at alt dette kan ha en innvirkning på relasjonen.

3.2 Empowerment

Ett fagbegrep som er relevant i denne oppgaven er «empowerment». Det finnes mange definisjoner på «empowerment». Noen ganger beskrives empowerment som en prosess som setter folk bedre i stand til å ha kontroll over faktorer som har innvirkning på deres liv. Ordet «power» er kjernen i begrepet, og dette kan oversettes til norsk som både styrke, kraft og makt. Empowerment handler om hvordan individer eller grupper i en avmaktssituasjon kan komme seg ut av avmakten (Askheim, 2016, s 11). De norske ordene «myndiggjøring» og «styrking» kan også brukes her. Noe av det som er viktig med «empowering» er at man kan styrke den enkelte og fremheve personens iboende ressurser, og deretter mobilisere disse for å få til positiv endring (Askheim, 2016, s. 35). Når man fokuserer på empowerment som sosialarbeider, er målet at brukeren skal få økt selvtillit, bedre ferdigheter og kunnskaper, og bedre selvbilde. Dette kan hjelpe brukeren til å bryte ut av en ond sirkel, slik at hun eller han kan ta kontroll over eget liv. Empowerment kan beskrives som et tredelt begrep som også kan sees på som en prosess. Styrke – kraft – makt (Askheim, 2016, s 12).

3.3 Introduksjon til kognitiv atferdsterapi

Kognitiv atferdsterapi ble utviklet som en sammenslåing av kognitiv terapi og atferdsterapi på 1980-tallet (Norsk barne- og ungdomspsykiatrisk forening, 2019). Behandlingsformen er basert i stor grad på ideene til Albert Ellis og Aaron Beck på 1950- og 1960-tallet. KAT er bygget på en grunnleggende idé om at tanker, følelser og atferd gjensidig påvirker hverandre. Dette kalles også for «den kognitive trekanten» (Martinsen & Hagen, 2014 s. 15). Det er spesielt hvordan vi tenker, dvs. det kognitive, som er viktig. Hvis man for eksempel blir avvist, er det ifølge KAT hvordan vi tolker hendelsen som blir avgjørende for våre

følelsesmessige og atferdsmessige reaksjoner, og ikke hendelsen i seg selv. (Håkonsen, 2015 s, 406). Det kjente ordtaket «Det kommer ikke an på hvordan man har det, men hvordan man tar det» kan være beskrivende i denne sammenhengen.

«Hvis vi endrer hvordan vi tenker, vil vi også kunne påvirke følelser, opplevelser og atferd. Det betyr at psykiske lidelser henger sammen med *hva* vi tenker, og *hvordan* vi tenker. Hva vi tenker, og hvordan vi gjør det, skjer vanligvis automatisk uten at vi er oss det bevisst. Når tankene er uhensiktsmessige, vil også følelser og atferd bli lidende» (Håkonsen, 2015 s. 402).

Ifølge Beck er det tre nivåer av kognisjon, nemlig grunnleggende antakelser, leveregler og automatiske tanker. Disse er sentrale i KAT (Martinsen & Hagen, 2014 s. 16). I KAT er man spesielt interessert i de negative kjerneantakelsene, som formes gjerne tidlig i livet.

Flere typer KAT-programmer og modeller har blitt utviklet siden 1980-tallet, men felles for alle at KAT er en strukturert behandlingsform – dvs. at behandlingen er tidsbegrenset (det som er vanlig er mellom 10-14 behandlingstimer), den følger gjerne en manual, og har en spesiell oppbygging. Fokuset er på «her-og-nå»-situasjonen, og behandlingen er målfokusert og handlingsorientert (Martinsen & Hagen, 2014 s. 18). Det gis hjemmeoppgaver mellom behandlingstimene. Hovedmålet med behandlingen er at brukeren skal lære nye kognitive og atferdsmessige ferdigheter, slik at hun eller han kan «bli sin egen terapeut» etter behandlingen (Martinsen & Hagen, 2014 s.19). Brukeren kan for eksempel lære å gjenkjenne og respondere annerledes på sine negative tanker (ibid).

3.4 Psykiske lidelser

I denne delen vil jeg se på de ulike lidelsene som jeg har valgt ut. Her vil jeg skrive noe generelt om lidelsene. I del 3.5 vil jeg gi en kort oppsummering av det som står i litteraturen og forskningen om bruken av KAT for barn og ungdommer med psykiske lidelser. Det finnes et stort spekter av angstlidelser. Grunnen til at jeg har valgt ut sosial angst, separasjonsangst og generell angst er at disse er de vanligste formene hos barn og ungdom (Martinsen & Hagen, 2014 s.49).

3.4.1 Separasjonsangst

Separasjonsangst begynner gjerne så tidlig som ved 7-års alderen (Martinsen & Hagen, 2014 s. 48-49). Som spedbarn og småbarn er det naturlig å bli redd for å bli atskilt fra sine omsorgspersoner og å være skeptiske til fremmende. Når denne redselen utvikler seg til en separasjonsangst, handler det om at man får en overdreven reaksjon knyttet opp mot å bli atskilt fra omsorgspersoner eller fra hjemmet: «angstreaksjonen er da ikke lenger passende for alderen og står heller ikke i forhold til situasjonene» (Martinsen & Hagen, 2014 s. 50).

3.4.2 Sosial angst

Sosial angst utløses i sosiale situasjoner der et barn føler at hun eller han må prestere. Angsten handler ofte om det å si eller gjøre noe pinlig, og om å bli negativt evaluert av andre, for eksempel som dum, rar eller kjedelig. Denne formen for angst begynner senere enn separasjonsangst, ofte i starten av ungdomsårene (Martinsen & Hagen, 2014 s. 49). Den utvikles sjelden etter tenårene. Barnet eller ungdommen kan derfor ønske å unngå angstutløsende situasjoner. Frykten kan gjøre at barnet unngår å snakke med andre, eller i timen, eller på telefonen, eller for eksempel å møte andre og delta i aktiviteter (Martinsen & Hagen, 2014 s. 119). Angsten kan derfor påvirke barnets fungering både sosialt, akademisk og i andre sammenhenger, og den påvirker dermed også barnets livskvalitet.

3.4.3 Generell angst

Generell eller generalisert angst handler om at de som har denne lidelsen bekymrer seg overdrevent om forskjellige hendelser og eller enkelte aktiviteter (Martinsen & Hagen, 2014 s. 51). For å kunne klassifiseres som generalisert angstlidelse, og ikke bare vanlige bekymringer, må tilstanden vare i minst 6 måneder, bekymringene må handle om flere enn to områder i en persons liv, og det må være minst ett tilleggssymptom, som irritabilitet, konsentrasjonsvansker eller anspenhet (Martinsen & Hagen, 2014 s. 51). Når en person har generalisert angst, er plagene tilstedeværende mesteparten av tiden.

3.4.3 OCD

OCD (obsessive-compulsive disorder) er en tvangslidelse. Tvangslidelser er svært vanlig, og mellom en og to prosent av befolkningen blir rammet av tvangslidelser til enhver tid (Håkonsen, 2015, s. 314). Tvangslidelser består som oftest av to ting: tvangstanker og

tvangshandlinger. Tvangstanker er tanker, fantasier, ideer eller impulser som er forstyrrende, og som oppleves som påtrengende for personen og er umulige å bli kvitt (ibid).

Tvangshandlinger er irrasjonelle, gjentatte handlinger eller ritualer som gjøres for å forebygge at noe negativt skal skje, og for å dempe angsten og ubehaget. Det kan være snakk om overdreven vasking eller dobbelsjekkning. Noen som sliter med tvangshandlinger må for eksempel telle ting eller gjenta visse ord (ibid).

3.4.4 Depresjon

Depresjon er en psykisk lidelse som innebærer en opplevelse av nedstemthet eller tristhet over en lengre periode. Denne nedstemtheten kan merkes gjennom at personen har redusert aktivitetsnivå, redusert konsentrasjonsevne, vanskeligheter for å føle glede og glede på andres vegne, liten interesse for andre, økt tretthetsfølelse og problemer med søvn og appetitt (Kringlen sitert i Håkonsen, 2015 s. 307). Det er også vanlig under en depresjon at man kan få nedsatt selvfølelse og selvtillit. I verste fall kan depresjon føre til selvmord.

3.5 Kort oppsummering av forskningsresultatene om bruken av KAT for barn og unge

KAT ble i utgangspunktet utviklet for voksne, og tidligere trodde man ikke at barn og unge kunne mestre denne ferdigheten, pga. sitt kognitive nivå (Norsk barne- og ungdomspsykiatrisk forening, 2019). Men siden 1994 har det vært mye forskning på bruken av KAT på barn og ungdommer med angstlidelser, OCD og depresjon (Wergeland, 2015, s. 6), og jevnt over er det gode resultater for KAT-behandling av barn og unge. Forskjellige studier har kommet frem til litt ulike konklusjoner, men samlet sett kan det sies at en stor andel av barn og unge som gjennomgår en KAT-behandling viser positive resultater (Martinsen & Hagen, 2014, s. 77).

Studiene viser at man oppnår dårligere resultater med bruken av KAT ved BUPer enn ved spesialiserte universitetsklinikker (Wergeland, 2015 s. 10 og Martinsen & Hagen, 2014 s. 76). Man oppnår de beste resultatene når barn og unge har milde symptomer, og når de ikke har komorbide lidelser (Wergeland, s. 10, og Mahdi, Jhawar, Bennet & Shafran, 2019). Komorbiditet betyr «forekomst av flere ulike sykdommer eller lidelser samtidig hos samme person» (Store Norske Leksikon, 2020). Man ser for eksempel at barn og unge med alvorlig depresjon har minst effekt av KAT-behandling (Håndboka, s. 110). Samtidig har nyere

forskning fra England vist at barn og unge med komorbide lidelser som får KAT-behandling for den primære lidelsen også får en bedring av de andre lidelsene (Mahdi, Jhawar, Bennet & Shafran, 2019). Studier har vist at man får dårligere resultater for sosial angst enn for separasjonsangst og generell angst, men at gruppebehandling kan ha bedre effekt for barn og ungdommer med sosial angst enn individuell behandling (Wergeland, 2015 s. 11-12 og s. 24, s. 50, 52). KAT med bruk av eksponeringsterapi har god innvirkning på både angst og OCD, og anbefales som første behandlingsform for barn og unge med OCD (Martinsen & Hagen, 2014, s. 162 og Uhre & Uhre, 2020). Man ser god effekt av medisinerer parallelt med KAT-behandling på flere av lidelsene. Noen studier påpeker at KAT kan brukes alene som førstebehandling, og at effektene er så gode at man da kan unngå medisinerer (Torp, et al., 2015).

Flere studier påpeker at brukerens motivasjon har en innvirkning på behandlingsresultatet. Det samme kan sies om foreldrenes holdninger og grad av involvering. Yngre, engstelige barn har som regel bedre effekt av foreldreinvolvering enn eldre barn (Berteig, 2014 og Martinsen & Hagen, 2014). Wergeland poengterer at terapeutens relasjon til brukeren er avgjørende for effekten av behandlingen og hvor troverdig behandlingen oppleves. En god relasjon med terapeuten kan være en motivasjonsfaktor og forhindre frafall fra behandling (Wergeland, 2015 s. 21, s. 54).

4. Diskusjon

Jeg vil nå diskutere teorien opp mot problemstillingen: *Hvordan kan kognitiv atferdsterapi brukes i arbeid med barn og unge med psykiske lidelser?* For å gjøre dette, har jeg valgt å dele denne delen i tre. Først vil jeg skrive om hvordan KAT kan brukes som behandlingsform for de ulike lidelsene. Deretter vil jeg fokusere på det relasjonelle aspektet ved behandlingen. I del tre vil jeg ta for meg rammene rundt selve behandlingen i en norsk kontekst, og diskutere hvordan det organisatoriske påvirker behandlingen.

4.1 Hvordan kan KAT brukes for barn og unge med de ulike psykiske lidelser?

Etter å ha sett på mengder av stoff, har jeg sett at KAT kan brukes på mange forskjellige måter. Men felles for disse er at behandlingsformen alltid er strukturert, og det er vanlig å ta utgangspunkt i manualer. Dette kan ha både fordeler og ulemper. Det kan være lettere å

komme i gang med behandlingen, fordi man har noe konkret å basere seg på, og manualene som brukes for barn og unge er tilpasset målgruppen. I Norge er disse stort sett Mestringskatten og FRIENDs-modellen, som begge er blitt oversatt fra engelsk til norsk og endret for å passe inn i en norsk kontekst. Hovedkomponentene i disse Kendall-inspirerte programmene er blant annet å identifisere følelser, samt å lære avspenningsteknikker og kognitiv restrukturering, og utføre eksponeringsøvelser (Kendall, 2012).

KAT kan brukes på forskjellige måter med barn og unge med psykiske lidelser, avhengig av type lidelse og sykdomsgraden. Det kan være en fordel å bruke standardiserte behandlingsformer for unge som har milde symptomer og ikke for mange komorbide lidelser. På den andre siden, kan det hende at unge som har alvorligere lidelser, og flere komorbide lidelser, trenger en mer skreddersydd behandling (Wergeland, 2015, s. 10). For barn og unge i denne gruppen, kan det etter min mening være en utfordring at behandlingen er tidsbegrenset (mellom 10 til 14 behandlingstimer), ettersom det tar tid å bygge tillit og utvikle en god arbeidsrelasjon. Noen studier har vist at man får bedre resultat etter 7. behandlingstimer (Torp, et al., 2015, s. 20), og noen mener at de med alvorlige lidelser bør ha hyppigere behandling i begynnelsen (Wergeland, 2015). De behandlingsstedene som tilbyr KAT og har muligheten til å tilby et mer fleksibelt opplegg har en fordel når det gjelder behandling av barn og unge i denne gruppen. Det er kanskje delvis derfor at man ser dårligere resultater på BUP-er enn på universitetsklinikkene, fordi behandlerne på universitetsklinikkene har flere ressurser tilgjengelig og færre brukere å fokusere på, og kan bruke KAT-manualene på en tilpasset måte i større grad (Wergeland, 2015 s. 10 og Martinsen & Hagen, 2014 s. 76). En fare ved å bruke manualene er at man kan bli for opphengt i å bruke dem slavisk, slik at man ikke får til å se hver enkelt bruker som et enkeltindivid. En slik objektivisering av brukeren kan hindre utviklingen av en god relasjon og et godt endringsmiljø (Ellingsen, Levin, Berg, & Kleppe, 2016, ss. 119-120).

I KAT kan man både benytte seg av individuell- og gruppebehandling. Når man behandler barn og unge, er det også vanlig å involvere foreldrene i behandlingen. Dette kommer jeg tilbake til i del 4.2. Når det gjelder gruppebehandling, er det spesielt én lidelse som man oppnår gode resultater for, nemlig sosial angst. En grunn til dette kan være at brukerne får eksponert seg for sin angst for sosiale situasjoner under selve behandlingen. De får også møtt jevnaldrende som har lignende utfordringer, og dette kan være med på å normalisere lidelsen samt gi en opplevelse av å være i samme båt (Wergeland, 2015, s. 7). De kan også få positive

rollemodeller i egen aldersgruppe, men dette kan slå begge veier. På den andre siden, kan terskelen for å møte opp til gruppetimer bli for høyt for de som har kommet langt i sykdomsforløpet. Dessuten kan det være vanskeligere å gi alle like god oppfølging, selv om gruppetimer er lengre enn individuelltimer.

Som tidligere nevnt, er noe som kjennetegner KAT at det er vanlig å gi hjemmeoppgaver mellom timene, slik at brukerne kan øve på det de har snakket om i behandlingstimene. Det kan for eksempel være snakk om eksponeringsoppgaver. Dette krever at brukeren er både motivert og tar et selvstendig ansvar, som igjen kan bli problematisk når det er snakk om barn og unge. I de fleste tilfeller, blir barn og unge henvist av voksenpersoner, og trenger derfor ikke nødvendigvis å se på utfordringene sine som problematiske. Det er derfor ikke sikkert at de ønsker hjelp, eller er spesielt motivert. I tillegg har noen av lidelsene, for eksempel depresjon, en innvirkning på deres motivasjon. Akkurat dette gjør at KAT kanskje ikke egner seg så godt som behandlingsform for de med alvorlig depresjon.

Oppgavene krever disiplin og at brukerne er strukturerte. En ulempe med dette er at hjemmeoppgavene kan sette store krav til omsorgspersonene, og det er store variasjoner mellom omsorgspersoner og deres evne og kapasitet til å følge opp barnet eller ungdommen. Dette gjør at brukerne har forskjellige utgangspunkt når behandlingen settes i gang. Det er også forsket på foreldrenes holdninger til behandlingen, og hvordan dette virker inn, både positivt og negativt (Wergeland, 2015). Disse faktorene kan gi en større risiko for at brukerne faller fra behandlingen underveis, eller at resultatene blir dårligere.

I KAT er det som nevnt ovenfor et stort ansvar som ligger på brukeren selv. Aktiv deltagelse kan gjøre at brukeren får et større eierskap til behandlingsprosessen. Men det er ikke alle barn og unge som er i stand til å ta et så stort ansvar, og her vil deres modenhetsnivå spille inn. Deres kognitive nivå er også viktig her, fordi mange barn har begrenset evne til å selvrapporere nøyaktig (Martinsen & Hagen, 2014, s. 58). Dette gjør det vanskelig for terapeuten å legge opp behandlingen før de har blitt bedre kjent med brukeren.

Eksponeringsøvelser har vist seg å ha god effekt på barn med psykiske lidelser, spesielt barn med OCD (Torp, et al., 2015). Samtidig er det viktig at man ikke begynner for tidlig med dette. Eksponeringsøvelser kan gjøre vondt verre hvis man ikke har lagt grunnlaget og fått en god forståelse av tvangssymptomene (Martinsen & Hagen, 2014, s. 160). En annen utfordring

jeg ser her er at det ikke er en profesjonell til stede når barnet gjør eksponeringsøvelser som hjemmeoppgaver. Øvelsene gjøres ikke under kontrollerte forhold, og det er større sjanse for at de kan slå feil. Martinsen og Hagen skriver at involvering av foreldrene kan gjøre det lettere for barna å gjennomføre eksponeringsøvelser, siden de får støtte fra foreldrene og behandlingen «i større grad generaliseres til barnets hverdag ved at barn og foreldre kan øve på ferdighetene mellom timene» (Martinsen & Hagen, 2014, s. 74). Men her igjen vil jeg påpeke at omsorgspersonenes evner og kompetanse om lidelsen og øvelsene varierer. En positiv ting med eksponeringsøvelser er at om brukerne får til disse, kan dette øke motivasjonen deres og gi dem en følelse av mestring.

Et av hovedmålene til KAT er å gi brukerne mer hensiktsmessige mestringsstrategier og nye ferdigheter for å takle utfordringene sine. Brukeren skal lære å «bli sin egen terapeut» etter behandlingen. KAT kan bidra til at brukerne lærer å være kritiske til sin egen virkelighetsoppfatning og sine grunnantakelser, slik de lettere kan gjenkjenne de negative automatiske tankene og respondere annerledes på disse. Ifølge en kvalitativ studie, fikk samtlige av de unge brukerne økt forståelse av at det å tenke «urealistisk negativt» medfører økt lidelse og nedtrykt sinnstemning (Berteig, 2014, s. 12). Dette kan knyttes til begrepene empowerment og hjelp til selvhjelp. Brukerne får ferdigheter og mestringsstrategier som gjør det lettere for dem å ta kontroll over faktorer som har en negativ innvirkning på deres liv. Det å ha en psykisk lidelse i ung alder kan gjøre at man føler seg annerledes og kjenner på avmakt, for eksempel når man sammenligner seg med jevnaldrende. KAT kan brukes for å mobilisere brukernes iboende ressurser og få til en positiv endring. Brukerne kan gjerne føle at lidelsen har kontroll over dem, men KAT kan gi dem muligheten til å bryte ut av dette mønsteret og ta tilbake kontrollen over eget liv.

Men KAT trenger ikke nødvendigvis å være «empowering». Hvis brukerne ikke får til øvelsene, eller ikke klarer å leve opp til kravene og forventningene som blir stilt i behandlingen, kan dette medføre at de faller fra behandlingen og deres følelse av avmakt blir forsterket. De kan føle seg mislykket hvis de vet at resultatene av behandlingen jevnt over er bra, men at de ikke har fått det til. Derfor bør man etter min mening være nøye med å velge ut hvilke barn og unge som passer til denne behandlingsformen, og man bør være spesielt påpasselig med for eksempel barn og unge med alvorlige lidelser, flere komorbide lidelser, eller lidelser som man vet gir et dårligere utfall, slik at man minsker sjansen for et nytt

nederlag for barnet. Det er ikke nødvendigvis slik at KAT ikke kan brukes for disse barna, men man bør kanskje tilpasse behandlingen i mye større grad, og være bevisst på farene.

4.2 Det relasjonelle i behandlingen

4.2.1 Et helhetssyn

Som nevnt, er et helhetssyn på mennesker grunnleggende både i sosialt arbeid og i KAT. Likevel mener jeg at det er noen forskjeller mellom hva som menes med helhetssynet i de to fagfeltene. KAT tar et helhetssyn på menneskers tanker, følelser og atferd, og hvordan disse gjensidig påvirker hverandre og ikke kan adskilles. Videre ser man i KAT på brukeren i en kontekst, og man ser på faktorer som opprettholder problemene, for eksempel i familien, vennekretsen, på skolen, osv. Men, som Shulman påpeker, har KAT basis i individualpsykologi. «Dette er tydelig i den manglende interessen for sosial endring, et aspekt som jo har vært sentralt i vårt fag» (Shulman, 2016, s. 65). Jeg vil si at sosialt arbeid har et enda bredere helhetssyn enn KAT, ettersom vi ser både på mikro-, meso- og makronivået, dvs. individnivå, lokalt nivå og storsamfunnet. Vi ser dessuten på ting som for eksempel marginalisering, samfunnsstrukturer, maktforhold og stigmatisering. Det at KAT er bygd på individualpsykologi kommer kanskje til uttrykk ved at man har fokus på diagnoser og spesifikke lidelser, og dette gjør at noen ungdommer som muligens kunne ha trengt behandling ikke får tilbud om KAT. Dessuten blir man kanskje for opphengt i diagnosen og symptomene, og dette kan være et hinder for at man ser andre aspekter ved brukernes liv.

4.2.2 Brukerens relasjoner med andre

Når man ser på konteksten og situasjonen rundt barnet, blir det naturlig i KAT å fokusere på barnets nettverk og familie. Et mål i terapien kan være å styrke brukerens relasjoner med andre – hjemme, på skolen, og i andre sammenhenger – dvs. å jobbe *med* relasjoner.

Siden det er snakk om barn og unge, blir forholdet til omsorgspersonene eller foreldrene det som legges mest vekt på i KAT-behandling når det gjelder omgivelsene rundt barnet. Foreldrene involveres nesten alltid til en viss grad i behandlingen, men graden av foreldreinvolvering varierer. Her er det forskjeller mellom lidelsene når det gjelder hvem som har best effekt av at foreldrene involveres. I behandlingen av separasjonsangst har man sett god effekt av å involvere foreldrene, mens i behandlingen av sosial angst er resultatene fra forskningen ikke så entydige (Martinsen & Hagen, 2014, ss. 74-76).

Fordelen med foreldreinvolvering, for eksempel når det gjelder separasjonsangst, er at KAT ser på opprettholdende faktorer, og her kan foreldrene være en del av problemet. Ved å involvere foreldrene og gi dem kunnskap om lidelsen og deres egen rolle i barnets utfordringer, kan man få til en positiv endring hos foreldrene, som igjen kan påvirke barnet i en positiv retning. Foreldrene får også en større forståelse av barnets atferd og opplevelse (Martinsen & Hagen, 2014, s. 74).

En av ulempene med foreldreinvolvering kan være at foreldre som selv har en psykisk lidelse gjenkjenner seg selv i barnet til en slik grad at de støtter opp om barnets angst, vrangforestillinger eller tvangstanker. De kan for eksempel være medvirkende til at ritualer og uhensiktsmessig atferd opprettholdes (Martinsen & Hagen, 2014, s. 157). Det at omsorgspersonene har forskjellige utgangspunkt og ressurser kan også ha en påvirkning her. Hvis foreldrene har en negativ holdning til behandlingen spiller dette også inn (Wergeland, 2015, s. 54-55). Det er derfor viktig for behandleren å få foreldrene på lag, for at de skal kunne hjelpe barnet mest mulig (Martinsen & Hagen, 2014, s. 20).

Når man bruker KAT som behandlingsform for eldre barn med psykiske lidelser, bør man være oppmerksom på at for mye foreldreinvolvering kan virke mot sin hensikt. Ungdommer kan ha større behov for autonomi, og det er viktig at de kan bygge en selvstendig relasjon med behandleren og kjenne på eierskap til behandlingen (Martinsen & Hagen, 2014, s. 43). Her kunne man for eksempel involvere foreldrene mer indirekte, eller tilby dem egne timer med terapeuten, slik at det blir en større distanse mellom ungdommen og foreldrene.

Man kan også bruke KAT for å styrke barnets eller ungdommens relasjoner til andre, for eksempel i vennekretsen, noe som jeg tenker mange kunne hatt nytte av, ikke bare de med psykiske lidelser. Man kan for eksempel hjelpe brukeren å bli mer bevisst på hva slags mennesker man omgås med, og hvordan disse påvirker en selv. Brukeren kan læres å bli mer selektiv med hvem de tilbringer tid med, og om relasjonen drar dem opp eller ned. Når ungdommen eller barnet ser at de selv har påvirkningskraft på situasjonen sin, kan de ta tilbake makten over omgivelsene (Berteig, 2014, s. 10). Ved å jobbe med barnets relasjoner og styrke deres evne til å identifisere faktorer eller personer som påvirker dem negativt, kan man få til en positiv endring gjennom empowerment.

4.2.3 Brukerens relasjon med terapeuten

Selv om jeg i denne delen tar utgangspunkt i en KAT-terapeut som behandler barn og unge med psykiske lidelser for eksempel på BUP, kan vi likevel dra mange slutninger mellom terapeutens arbeid og arbeidet til en sosionom som driver endringsarbeid for å hjelpe barn og unge med psykiske lidelser. Som sosialarbeidere kan vi jobbe på flere steder der vi møter barn og unge som har psykiske utfordringer, for eksempel på skoler, i barnevernsfeltet og på ulike institusjoner. Sosialarbeidere kan også få en videreutdanning i KAT for å kunne bli kvalifiserte terapeuter, men vi kan uansett dra nytte av teknikkene og ideene i KAT og bruke disse i vårt arbeid. Derfor veksler jeg litt i det som står nedenfor mellom termene «terapeut», «sosialarbeider» og «behandler» når jeg omtaler personen som har den profesjonelle rollen.

Når man bruker KAT som behandlingsform for barn og unge med psykiske lidelser, bør man også fokusere på relasjonen mellom terapeuten og bruker og på hvordan vi jobber *gjennom* relasjoner (jfr. del 3.1). Det er mange momenter som er med på å påvirke behandlingen, men relasjonen mellom terapeuten og brukeren er kanskje det aller viktigste. Det er dette som er grunnlaget for selve behandlingen. Nyere forskning fra 2013 har pekt på at variabler knyttet til behandlingen og terapeuten hadde større effekt på frafall fra behandlingen enn variabler knyttet til barnet og foreldrene (Wergeland, 2015 s. 21). Derfor er det avgjørende at man jobber for å oppnå en god arbeidsrelasjon. På den måten opparbeider man tillitt og troverdighet hos brukeren, og dette kan igjen påvirke brukerens motivasjon og resultatet man oppnår i behandlingen, samt hindre frafall (Wergeland, 2015, s. 53). Her vil jeg igjen nevne «den terapeutiske alliansen» mellom terapeut og bruker. Det som er viktig med å bygge den terapeutiske alliansen, etter min mening, er at brukeren føler at man er på samme lag, og at man blir møtt der man er. Dette er også et viktig prinsipp i sosialt arbeid generelt.

4.2.3.1 Hvordan kan relasjonen påvirke behandlingen?

Som terapeut eller sosialarbeider, er ens ferdigheter, for eksempel kommunikasjonsferdigheter, relasjonsferdigheter og evne til å møte brukeren der de er, alle viktige faktorer som er med på å påvirke relasjonen, både på godt og vondt. Våre ferdigheter vil ha en direkte innvirkning på hvordan arbeidsrelasjonen blir. Det er derfor viktig at vi er kritiske til vår egen rolle, ferdigheter, forventninger og forforståelse. Dette innebærer også at vi tar innover oss at vi kan være en medvirkende årsak når relasjonen til brukeren oppleves som krevende og vanskelig. Det er fort gjort at vår posisjon gjør det lettere for oss å legge

skylden på den andre, slik at vi glemmer å se på vår egen påvirkningskraft (Ellingsen, Levin, Berg, & Kleppe, 2016, s. 123).

For eksempel, når behandlingen ikke blir vellykket, er en mulig ulempe med KAT at vi som terapeut eller sosialarbeider legger skylden på brukeren, fordi som nevnt krever behandlingen mye av brukeren, i form av egeninnsats, initiativ og motivasjon. Vi kan kanskje unnskyldte oss og glatte over dårlige behandlingsresultater ved å si at brukeren ikke var moden nok, motivert nok eller dedikert nok. Dermed kan det være en risiko for at vi fraskriver oss ansvar, og objektiviserer brukeren. Dette gjelder kanskje enda mer når det er snakk om barn og unge. Ansvarsfraskrivelse er både uheldig for brukeren og for oss som behandlere, fordi det kan hindre vår profesjonelle utvikling og gjøre at vi ikke forbedrer egne ferdigheter og ikke lærer av egne feil. Ifølge Wergeland hadde det en dårlig effekt på terapeuten hvis vedkommende hadde fått dårlige behandlingsresultater og opplevd mange brukere som droppet ut av behandlingen (Wergeland, 2015, s. 16). Dette kan gjøre at vi som behandlere mister troen på oss selv eller på behandlingsformen. Vi tar med oss våre dårlige opplevelser inn i møtet med nye brukere. Her ser vi viktigheten av at både behandlere og brukere kjenner på mestring hvis KAT skal fungere godt.

Som nevnt er det alltid to relasjoner i en arbeidsrelasjon, og det viktig å huske at vi som sosialarbeidere er den profesjonelle parten (FO, 2010, s. 8). Vi må også være klar over at det alltid vil være en ulik maktfordeling, og dette blir forsterket når vi jobber med barn og ungdom, på grunn av voksenrollen og barnerollen. Det blir viktig å utjevne relasjonen og gi brukeren mer makt, fordi det er brukeren som må mobilisere egne ressurser og gjøre endringsarbeidet. Det at KAT-behandling krever brukerens aktive deltagelse kan være en fordel i så måte, fordi brukeren ikke er en passiv mottaker av en tjeneste. Dette kan være med på å utjevne maktforskjellene og bidra til empowerment. Det blir viktig for oss som sosialarbeidere å gi brukernes oppfatning av arbeidsrelasjon like stor vekt som vår egen, og eventuelt ta innover oss kritikk. Etter mitt syn bør vi derfor aktivt be om tilbakemelding fra brukerne om behandlingsprosessen, og om hvordan de opplever oss. «Det å være klar over at den andre kan se situasjonen annerledes, er første skritt for å oppnå en sensitivitet for den andres opplevelse av relasjonen» (Ellingsen, Levin, Berg, & Kleppe, 2016, s. 117).

Selv om vi som sosialarbeidere har hovedansvaret for arbeidsrelasjonen og hvordan den påvirker behandlingen, og bør se kritisk på vår egen rolle, er det viktig å påpeke at brukerens

innstilling også er svært viktig. Brukeren må forplikte seg til prosessen og være villig til å bygge «en meningsfull kontakt med sosialarbeideren», hvis den terapeutiske alliansen skal kunne bygges (Shulman, 2016, s. 150). Jeg tenker at det derfor kan være lurt å bruke mer tid i startfasen på å bygge motivasjon og tillitt til behandlingen når vi jobber med barn og unge, og da spesielt med barn og unge som har psykiske lidelser, og som kanskje sliter med motivasjon og tillit i utgangspunktet.

En kompliserende faktor når vi jobber med KAT med barn og unge er at vi også må involvere foreldrene og bygge en arbeidsrelasjon med dem (Martinsen & Hagen, 2014, s. 20). Den terapeutiske relasjonen er ikke bare en toveis relasjon mellom oss som behandlere og brukerne, men det er også en tredje part, nemlig foreldrene eller omsorgspersonene. Dette kan både være til hjelp og til hinder for behandlingen. Det kan være til hinder om det blir mange ulike meninger om behandlingen og barnets problemer, og hvis vi som sosialarbeidere blir stående i midten. Fordelen kan være at vi får et mer helhetlig inntrykk av barnets situasjon, og at den terapeutiske alliansen kan bli enda sterkere hvis foreldrene støtter opp om prosessen.

Det at KAT er en behandlingsform som er tidsbegrenset vil sette føringer for hva slags relasjon som kan utvikles, og gjøre at det kan være vanskelig for barn og unge å forstå at det emosjonelle båndet som skapes gjennom den terapeutiske alliansen ikke kan vare evig. Måten man jobber sammen på i KAT gjør at man ofte kommer nær hverandre. Brukerne kan fort begynne å tro at sosialarbeideren eller behandleren er en ny omsorgsperson, og det kan derfor oppleves som et tillitsbrudd når behandlingen tar slutt. Hvis de har opplevd svikt og relasjonsbrudd tidligere i livet, kan dette ramme dem ekstra hardt. Jeg mener derfor at det blir ekstra viktig at vi som behandlere forklarer prosessen og tydeliggjør vår rolle, og sørge for at vi avslutter relasjonen på en god måte. Dette blir enda viktigere når vi jobber med barn og unge med psykiske lidelser, som allerede er sårbare.

4.3 Rammene rundt i en norsk kontekst

Det er noen ting som man ikke får øye på om man ikke løfter blikket opp på et samfunnsnivå (makronivå). Dette er for eksempel de mekanismene som foregår rundt oss, som vi til daglig ikke nødvendigvis legger merke til.

Noe som kom tydelig fram gjennom forskningen var at de brukerne som hadde milde

psykiske symptomer hadde bedre resultat med KAT-behandling enn de som hadde mer alvorlige symptomer eller flere lidelser (Wergeland, 2015, s. 10). Dette fikk meg til å stille noen spørsmålstegn ved hvem som får KAT-behandling gjennom det offentlige i Norge i dag. I Norge er det offentlige psykiske helsevernet organisert slik at barn og unge med psykiske lidelser får behandling ved poliklinikkene (Barne- og ungdomspsykiatriske klinikk, eller BUP). Disse poliklinikkene er en del av spesialisthelsetjenesten, og er derfor statlig eid. Fordi dette er en del av spesialisthelsetjenesten, må barn og unge få en henvisning fra enten fastlegen eller pedagogisk-psykologisk tjeneste (PPT) eller oppfølgingstjenesten (PPOT). Det er hovedsakelig på BUP at barn og unge får tilbud om behandling med kognitiv atferdsterapi (Helsedirektoratet, 2008). Av den grunn er tilgangen svært begrenset, og brukerne som har størst behov for hjelp blir prioritert. Det er også ofte lange ventelister for å få hjelp av BUP. I 2018 var den gjennomsnittlige ventetiden 47 dager for hele landet (Helsedirektoratet, 2019).

Det vil si at det er de sykeste som får tilbud om KAT-behandlingen, og det kan drøye litt før de får behandling. Forskningen derimot sier tydelig at det er de med de mildeste symptomer som får best resultat fra behandlingen, og at det lønner seg å begynne behandlingen tidlig i sykdommens forløp (Wergeland, 2015, s. 16). Så hva hadde skjedd om vi hadde tilbudt KAT-behandling på et lavere nivå, for eksempel i kommunene og på skolene? Hadde vi da kunnet forbygge mer alvorlige lidelser? De unge pasientene i studien til Berteig mente at KAT har allmenngyldig verdi:

«Samtlige hevdet at deres psykiske lidelser kunne vært unngått eller vært mindre alvorlige dersom de hadde fått noe kjennskap til sentrale elementer innenfor KAT gjennom grunnskolen» (Berteig, 2014, s. 12).

Hvis de har rett, er det mange som kunne ha fått hjelp tidligere og unnsloppet å bli alvorlig syk. Flere av lidelsene oppstår i ung alder. Sosial angst, for eksempel, utvikles sjelden etter tenårene. Hvis man hadde brukt KAT mer som forebyggende behandling tidlig i livet istedenfor akutt behandling etter at lidelsen har befestet seg, kunne man ha spart samfunnet og helsevesenet for økonomiske byrder og de berørte menneskene for belastningen. Man kunne kanskje ha hindret mange mennesker fra å bli uføre i voksen alder. Hvis barn og unge med psykiske lidelser ikke får hjelp tidlig nok, kan vi anta at det er større sannsynlighet for at de ikke blir helt friske og større sjanse for at de faller utenfor samfunnet senere. For å få til denne forebyggingen kunne man for eksempel brukt sosialarbeidere i større grad og gitt dem grunnleggende kursing i KAT, slik at de har mulighet til å jobbe med de barna som ikke er så

alvorlig syke, gjennom andre arenaer enn BUP. På den måten kunne man ha fanget opp barna på et tidligere stadium i sykdomsforløpet som ikke kvalifiserer til en henvisning enda, men som kunne ha fått god effekt av KAT-behandling.

5. Avslutning

Oppsummering

I denne oppgaven har jeg belyst hvordan kognitiv atferdsterapi kan brukes på barn og unge med psykiske lidelser på en rekke ulike måter, både som et individuelt behandlingsprogram og som gruppebehandling. Jeg har gjort dette gjennom en litteraturstudie. Jeg har fokusert på teoretiske temaer og begreper som relasjoner i sosialt arbeid, empowerment, og kognitiv atferdsteori, og satt meg inn i hva forskningen sier om kognitiv atferdsterapi som behandlingsform for barn og unge med psykiske lidelser. Jeg har diskutert disse funnene, samt forskjellige relasjonelle aspekter, og deretter diskutert konsekvensene av rammene rundt behandlingen i en norsk kontekst.

Konklusjon

Jeg kan ikke konkludere at denne behandlingsformen er noe bedre enn noen annen. Selv om det er mye lovende forskning rundt kognitiv atferdsterapi som behandlingsform for barn og unge, er det fremdeles mer forskning som kan gjøres, og ikke bare på effektene av KAT men også på selve behandlingen, hvordan KAT best kan brukes i praksis for de forskjellige lidelsene, og hvilke andre faktorer som spiller inn. Man kunne for eksempel se nærmere på om skreddersydd KAT-behandling kunne vært hensiktsmessig for enkelte lidelser, og ikke minst på hvordan KAT eventuelt kunne vært brukt mer allment og på en forebyggende måte.

Gjennom denne oppgaven har jeg sett viktigheten av å få et bredere kunnskapsgrunnlag om ulike behandlingsformer for psykiske lidelser. Det er viktig å kunne dra nytte av allerede eksisterende kunnskap når man som sosialarbeider skal hjelpe barn og unge med psykiske lidelser. Som jeg nevnte innledningsvis er ideene og ferdighetene i KAT nyttige verktøy som også kan brukes utenfor terapirommet.

Litteraturliste

- Askheim, O. P. (2016). *Empowerment i helse- og sosialfagelig arbeid*. Oslo: Gyldendal Norsk forlag.
- Berteig, J. S. (2014). *Opplever unge å ha hjelp av kognitiv*. Oslo: Universitetet i Oslo.
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk forlag.
- Ellingsen, I. T., Levin, I., Berg, B., & Kleppe, L. C. (Red.). (2016). *Sosialt arbeid en grunnbok*. Oslo: Universitetsforlaget.
- FO. (2010). *Yrkesetisk Grunnlagsdokument*. Hentet fra Fo: <https://www.fo.no/getfile.php/1324847-1580893260/Bilder/FO%20mener/Brosjyrer/Yrkesetisk%20grunnlagsdokument.pdf>
- Helsedirektoratet. (2008). *Helsedirektoratet*. Hentet fra Veileder for poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge: https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/psykisk-helsevern-for-barn-og-unge-veileder-for-poliklinikker/Veileder%20for%20poliklinikker%20i%20psykisk%20helsevern%20for%20barn%20og%20unge.pdf/_/attachment/inline/829f53aa-0b66-4139-8add-944c95d5b163:b03ce59
- Helsedirektoratet. (2019, 04 10). *Helsedirektoratet*. Hentet fra Psykisk helse for barn og unge - ventetid: <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/psykisk-helse-for-barn-og-unge/gjennomsnittlig-ventetid-for-barn-og-unge-i-psykisk-helsevern>
- Håkonsen, K. M. (2015). *Psykologi og psykiske lidelser* (5. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Kendall, p. C. (2012). *Child and adolescent therapy*. New York: The Guilford press.
- Mahdi, M., Jhawar, S., Bennett, S. D., & Shafran, R. (2019). Cognitive behavioral therapy for childhood anxiety disorders: What happens. *Journal of Affective Disorders*(251).
- Martinsen, K., & Hagen, R. (Red.). (2014). *Håndbok i kognitiv atferdsterapi i behandling av barn og unge*. Oslo: Gyldendal Norsk forlag.
- Norsk barne- og ungdomspsykiatrisk forening. (2019, 08 09). *Den Norske legeforening* . Hentet fra Psykoterapi : <https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk-barne-og-ungdomspsykiatrisk-forening/veiledere/veileder-i-bup/del-3-behandlingsmetoder-og-spesielle-arbeidsomrader/psykoterapi/kognitiv-atferdsterapi/>
- Shulman, L. (2016). *Kunsten å hjelpe individer og familier*. (K. M. Thorbjørnsen, Overs.) Oslo: Gyldendal Norsk forlag.
- Skau, G. M. (2015). *Mellom makt og hjelp*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Store Norske Leksikon. (2020, 03 16). *Det store medisinske leksikon*. Hentet fra komorbiditet: <https://sml.snl.no/komorbiditet>
- Støren, I. (2013). *Bare søk!* Oslo: Cappelen Damm.
- Torp, N. C., Dahl, K., Skarphedinsson, G., Thomsen, P. H., Valderhaug, R., Weidle, B., . . . Ivarsson, T. (2015). Effectiveness of cognitive behavior treatment for pediatric obsessive-compulsive disorder: Acute outcomes from the Nordic Long-term OCD Treatment Study. *Behaviour Research and Therapy*(64).

Uhre, C. F., & Uhre, V. F. (2020). Systematic Review and Meta-Analysis: Cognitive-Behavioral Therapy for Obsessive-Compulsive Disorder in Children and Adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*(59).

Wergeland, G. J. (2015). *Effectiveness of cognitive behavior therapy for youth with anxiety*. Bergen: University of Bergen.

