

Implementering av kognitiv miljøterapi i akuttpost i psykisk helsevern



[Kjersti N. Fredheim](#) Psykiatrisk senter for Tromsø og omegn, Universitetssykehuset i Nord-Norge

Kognitiv terapi er en pragmatisk, målrettet, strukturert, problemorientert og psykoedukativ behandlingsform. Er det realistisk å implementere en slik tilnærming på en akuttpost i psykisk helsevern, hvor liggetiden er kort og pasientene har de mest alvorlige psykiske lidelsene?

Kognitiv miljøterapi er en ny og spennende tilnærming som er lite utprøvd på norske institusjoner, og særlig mangler det erfaringer fra akuttposter. Det som skiller en akuttpost fra andre typer sengeposter, er at liggetiden i en akuttpost er noen få dager, mens den på andre poster kan gå over måneder. Videre har brukerne i en akuttpost oftest de mest alvorlige psykiske lidelsene.

En implementering av kognitiv miljøterapi krever en individualisert forståelse av den enkelte pasient. Pasientenes individuelle behov må settes foran en ofte rutine- og effektivitetsorientert post. Den kognitive teorien må knyttes til pasientens faktiske opplevelse. Miljøterapeutene må identifisere, registrere og formulere seg i forhold til alle situasjoner som oppstår i møtet med pasientene. De må stille åpne spørsmål i en ikke-fortolkende og ikke-konfronterende kommunikasjonsform. Kan en etablere kognitiv grunntenkning og kognitive modeller i en travel akutthverdag, hvor en er presset av skjerminger, overbelegg og dårlig tid? Og kan pasienter med alvorlige psykiske lidelser profittere på en kognitiv miljøterapi?

Problemstillingen som drøftes i denne artikkelen, er om det er gjennomførbart å implementere kognitiv miljøterapi som det faglige grunnlaget i en akuttpost. Jeg vil presentere terapiformen og drøfte utfordringer i implementeringen, som eklektisisme versus en helhetlig avdelingsideologi, egnethet, opplæringsbehov, bevisstgjøring av holdninger og bruken av kognitive teknikker i en akuttpost.

Hva er miljøterapi?

Miljøterapi defineres som en realitets- og aktivitetsbetont behandling som er psykologisk, pedagogisk og sosialt begrunnet, og hvor kommunikasjon og samhandling danner basis (Beckgaard, 1992). Miljøterapi er videre en systematisk og gjennomtenkt tilrettelegging av miljøets psykologiske, sosiale, fysiske og materielle betingelser i forhold til individet og gruppens situasjon og behov (Ahlin et al., 1969). Det handler om å utnytte de mulighetene som ligger i daglig samvær, rutiner og aktiviteter. Kjerneantakelsen er at det daglige samspillet, støtte i omgivelsene og det å ta del i et fellesskap skal ha en terapeutisk effekt på pasientene og deres problemer.

Det teoretiske grunnlaget for miljøterapi kan historisk skilles i tre hovedformer: en biologisk, en sosiologisk og en psykodynamisk tilnærming. Etter hvert har en også fått systemiske, kommunikasjonsteoretiske og løsningsfokuserede tilnærminger (Andersen, 1997). De fleste former for miljøterapi inneholder elementer fra alle de ulike tilnærmingene, og en rendyrket terapiform fra en entydig modell finnes neppe i Norge i dag. Enhver sengepost finner sin egen stil ut fra gitte ressurser, pasientgrupper og fysiske rammer.

Grunnlaget for en god miljøterapi synes å være det samme for de fleste avdelinger: relasjonsarbeid og alliansebygging som oppnås gjennom struktur og planlagt samspill. Målet er å fremme pasientenes muligheter til læring, mestring og personlig ansvar. Drivkraften er å vise pasientene at de kan utvikle og erverve seg nye egenskaper, som å oppnå et bedre sosialt liv og praktisk funksjonsnivå. Omsorg er en sentral betingelse for menneskelig vekst og utvikling, og skal kompensere for pasientenes manglende egenomsorg. Personalet skal være tilgjengelig for pasientene til enhver tid for å gi hjelp og støtte til hverdagslige oppgaver. Miljøterapeutene legger til rette mulighetene for inspirasjon i pasientens liv, og en grunntanke er at om ikke pasientene vil møte hverdagen, kan hverdagen møte pasientene (Kværna & Lund, 2004).

Miljøterapi er sterkt forankret i den praktiske hverdagen og kan beskrives på tre ulike nivåer med glidende overganger (Andersen, 1997; Kværna & Lund, 2004). Første nivå kalles overflatenivå, rettet mot å lære opp evnen til å snakke om hverdagslige emner. Det å mestre vanlige høflighetsregler er viktig for å øke grunnleggende sosiale ferdigheter. Miljøarbeidet kan være småprat på oppholdsrom, under turer og ved matbordet. På nivå to er målet å adressere alminnelige problemstillinger som de fleste kan forstå og ha interesse av. Eksempler er diskusjoner og meningsutvekslinger i samtalegrupper, temafokuserte grupper eller edukative grupper. Tredje nivå omhandler dypere betroelser og vanskelige følelser, reaksjoner og problemer som pasienten sliter med. Fora er i strukturerte samtaletimer avsatt for å berøre nære og såre forhold, og disse er relasjons- og prosessorienterte. Alle de tre nivåene finner sted i det miljøterapeutiske rom, mens individualterapien er et fjerde nivå og skjer innenfor det psykoterapeutiske rom. Hvert nivå har egne rammebetingelser. Det å bevege seg mellom de ulike nivåene krever kompetanse, struktur, tydelighet og grenser.

Hvilke prosesser og faktorer er det som bidrar til å gjøre et miljø terapeutisk? Perris (1991) nevner krav til et terapeutisk miljø, som at miljøet skal muliggjøre at pasientens feiltolkninger av virkeligheten korrigeres, at angsten minker, at selvbildet blir bedre og selvinnsikten øker. Miljøet må legge til rette for at pasienten skal få til en meningsfull kommunikasjon med andre mennesker. Pasienten skal gjennom miljøet få erfaring i at samarbeid kan gi trygghet og tilfredsstillelse. Miljøet må bidra til å mobilisere pasientens eget initiativ til å kunne bruke sin potensielle kreativitet og produktivitet.

Gunderson (1978) definerer fem terapeutiske komponenter som han mener eksisterer i alle behandlingsmiljøer, uavhengig av type sengepost, pasientgrupper og avdelingsideologi:

Beskyttelse: Å sikre fysisk velvære, øke selvkontroll og å ta vare på liv. *Støtte:* Å øke selvfølelse og identitetsfølelse. *Struktur:* Å skape forutsigbarhet over tid, for sted og situasjon, og gi en trygg plattform. *Engasjement:* Å lære å ta sjanser og utvide sine grenser i forhold til seg selv og andre. *Gyldiggjøring:* Å bekrefte pasientens egenart og egenverdi og frigjøre egne ressurser for videre vekst.

Perris (1991) mener at den kognitive tilnærmingen til miljøterapi kan fremme og forsterke alle disse prosessene. Gjennom en skreddersydd behandlingsplan og klare mål, sammen med de aktiviteter og holdninger Gunderson (1978) beskriver, kan kognitiv miljøterapi bidra til å føre pasienten gjennom hierarkiet. Gundersons miljøvariabler kan knyttes til teknikkene i kognitiv terapi; eksempelvis har en viktig kognitiv intervensjon som hjemmeoppgaver både en støttende og en gyldiggjørende funksjon.

Kjerneantakelsen i miljøterapi er at det daglige samspillet, støtte i omgivelsene og det å ta del i et fellesskap skal ha en terapeutisk effekt på pasientene

Kognitiv miljøterapi

Kognitiv miljøterapi bygger på kognitiv atferdsteori, som er grundig omtalt i bøker og artikler (relevant norsk litteratur er Berge & Repål, 2004; Berntsen & Rønneberg, 2000; Borge, Hoffart, Myklebust & Nore, 2001; Gråwe & Espeland, 2001; Hoffart et al., 2002; Jansen & Repål, 2001; Jordahl & Repål, 1999; Nordahl, 1996). Kort oppsummert beskrives kognitiv terapi som en pragmatisk, målrettet, strukturert, problemorientert, psykoedukativ og korttidsorientert terapi. Hypotesen er at negative tanker og kognitive fordreininger kan skape eller forsterke psykiske vansker (Beck, 1995). Det enkelte mennesket har gjennom sine livserfaringer skapt en teori om seg selv, andre og verden som han eller hun hele tiden forsøker å bekrefte eller avkrefte. En dypt deprimert person vil for eksempel kunne beskrive seg selv som verdiløs, livet som meningsløst og fremtiden som håpløs. Den kognitive teorien settes i forhold til pasientens opplevelse, og på basis av observasjoner planlegges intervensjonene. Fokus er både på fremtidige og «her-og-nå»-situasjoner.

Beck (2004) skiller mellom to posisjoner som terapeuten må veksle mellom. Den empatiske tilstreber å se verden med pasientens øyne. Den realistiske empiristen fungerer som en vitenskapelig assistent og skal bistå pasienten på en oppdagelsesreise og hjelpe ham eller henne å se alternativer og teste og utfordre realiteter. En god kognitiv terapeut må mestre begge disse posisjonene.

På grunnlag av en diagnostisk kartlegging utarbeides det en kognitiv kasusformulering. Den identifiserer de unike symptomenes karakter og unngåelses- og trygghetsatferd som opprettholder symptomene. Kasusformuleringen er selve hjørnesteinen i behandlingen, da den inneholder en arbeidshypotese om problemets etiologi, forløp og opprettholdelse, samt antatte hindringer for forbedringer og behandlingsmål.

Fra kasusformuleringen blir det utarbeidet en behandlingsplan, hvor ulike intervensjoner er nedfelt etter en problemprioritering. Planen bygger på prinsippet om kollaborativ empirisme, som betyr at pasienten ved hjelp av **veiledning** og støtte fra miljøterapeutene klarer å komme fram til egne konklusjoner basert på sine hypoteser (Messari & Hallam, 2003). Terapeutene blir ikke sett på som eksperter; holdningen er at pasientene selv er i stand til å finne svar og løsninger med personalet i rollen som medhjelpere. Det er pasientens følelser, meninger og erfaringer som betraktes som det essensielle. Alt foregår derfor i tett samarbeid med pasienten, hvor man sammen setter mål som inkorporeres i behandlingsplanen.

Den kognitive metoden går ut på at man sammen med pasienten identifiserer og utfordrer negative automatiske tanker og dysfunksjonelle antakelser. Gjennom utprøving og refortolkning av negative automatiske tanker og underliggende antakelser er målet å endre uhensiktsmessig atferd, dysfunksjonelle reaksjonsmønstre og negativ affekt. Det overordnede

målet er at miljøet skal øke pasientens refleksjons- og mestringsfølelse, fremme håp og gi et positivt syn på framtiden. De ulike behandlingsteamene blir i tillegg enige om individuelle spesifiserte mål som samtlige aktiviteter, samtaler og observasjoner tar utgangspunkt i.

En rekke ulike kognitive teknikker anvendes for å hjelpe pasienten til å finne alternative og mer rasjonelle fortolkninger. Det finnes nå over 40 spesifikke kognitive intervensjoner som anvendes forskjellig, og som varierer i forhold til struktur, lengde og terapeutisk målsetting (Lecomte & Lecomte, 2002). Eksempler er tankekartlegging, veiledet oppdagelse, «muldvarpspørsmål», hjemmeoppgaver, eksponeringstrening, atferdseksperiment, reattribusjon, problemløsning og normalisering. I kognitiv miljøterapi er hovedingrediensene kognitive teknikker, ferdighetstrening og psykoedukasjon.

Kognitiv miljøterapi i Danmark og Sverige

Det er få sengeposter her i landet som har erfaringer med kognitiv miljøterapi, men i Sverige og Danmark har det vært praktisert i flere år, da hovedsakelig ved korttidsposter, dagavdelinger og eksterne enheter der pasientene er over lengre perioder. Miljøterapi forbindes tradisjonelt med institusjon og døgnbehandling, men i Sverige har de lagt vekt på begrepet avinstitusjonalisering, og har blant annet etablert kognitiv miljøterapi i eksterne behandlingseinheter. Enkelte av disse er bygd opp som terapeutiske samfunn som pasientene selv er med på å drive, og der den kognitive tenkningen er grunnleggende. Perris (1991) beskriver en enhet for unge pasienter med schizofrenidiagnoser som er der på frivillig basis. I starten gjennomgår pasientene en grundig kartlegging, en individuell målsetting formuleres, og pasienten lærer blant annet A-B-C-modellen, om forholdet mellom situasjoner (A), tolkningen av situasjoner (B) og konsekvensene av tolkningen i form av følelser og handlinger (C). Målet er å korrigere negative og dysfunksjonelle selvoppfatninger og å bedre selvbildet, og å støtte pasienten i prosessen mot økt autonomi og selvstendighet. Det gis individualterapi, men det fremheves at alle i personalet fungerer som terapeuter i tillegg til at de er rollemodeller. Personalet har grunnutdanning i kognitiv terapi og i miljøterapi.

I Danmark har de siden midten av 90-tallet etablert avdelinger med kognitiv miljøterapi. Dette ble i utgangspunktet forsøkt etter ønske fra personalet om å lære terapeutiske verktøy som kunne anvendes i det daglige arbeidet og som «virkelig gjorde en forskjell for pasienten».

Deres implementering er forholdsvis lik den som ble beskrevet fra Sverige, og de har i etterkant rapportert flere positive resultater (Oestrich & Holm, 2001). De har fått et bedre tverrfaglig samarbeid, en bedre utnyttelse av de ulike faggruppens ressurser, og det har blitt en større helhet i behandlingen. Videre har de fått etablert et felles språk og et mer tydelig og realistisk ambisjonsnivå og en bedre dokumentasjon på behandlingseffekt. Personalets sentrale rolle har blitt mer synliggjort. Avdelingen opplever også at de har fått styrket sin struktur og sine rammer, og at de har fått en klarere identitet i forhold til interne og eksterne samarbeidspartnere.

Implementering av miljøterapi på akuttpost

Eklektisme versus en helhetlig avdelingsideologi

Kognitiv terapi anvendes forskjellig på ulike institusjoner og poliklinikker. De kognitive teknikkene kan rangeres fra en perifer utspørring til en mer omfattende terapi i forhold til underliggende dysfunksjonelle antakelser. En kan her skille mellom den kognitive samtalemotoden og kognitiv psykoterapi (d'Elia, 2004). Den førstnevnte beskrives som en mer begrenset metode hvor målet er økt selvrefleksjon. Den sistnevnte beskrives som systematisk bruk av kognitive intervensjoner til spesifikke lidelser med mål om at de grunnleggende levereglene endres. Noen bruker de kognitive teknikkene som del av en større «verktøykiste» i et terapiforløp og da kun som én tilnærming blant flere metoder. Andre beskriver kognitiv terapi som en langsiktig læringsprosess, en personlig utvikling og en livsstil (Morrison et al., 2004).

Spørsmålet blir om en skal implementere kognitiv terapi som del av en eklektisk tilnærming, eller om en skal etablere den som en enhetlig og felles avdelingsideologi. Mange avdelinger anvender såkalte eklektiske behandlingsplaner, hvor en bruker ulike kognitive teknikker til ulike pasienter til ulike tidspunkter. Behandlingsmiljøet er ikke basert på en grunnleggende etiologisk behandlingsteori, men på de enkelte tverrfaglige gruppens faglige tanker og ideer. Å beskrive seg som pragmatiker og inkorporere eksempelvis psykodynamisk tenkning i den kognitive er utbredt blant klinikere.

Det er delte meninger om bruken av eklektisisme. Noen mener at det er kontraindiserende og antiterapeutisk å bevege seg mellom ulike referanserammer (Oestrich & Holm, 2001). De mener at dette vanner ut metoden, og at den mister sin faglighet. Videre frarådes det at en bruker kognitiv terapi kun som et supplement, da dette også kan vanskeliggjøre effektmålinger. Andre hevder at en for sterk tilknytning til bestemte teorier ofte er årsak til stagnasjon i terapien (Perris, 1991). Andre igjen mener at en kan anvende ulike teknikker fra ulike tilnærminger, men at det verken er hensiktsmessig eller heldig at miljøterapeuter som skal arbeide sammen, har ulikt grunnsyn (Furuholmen & Andresen, 1993).

Også i avdelingen i Danmark (Oestrich & Holm, 2001) understrekes det at både verbal og ikke-verbal kommunikasjon må følge de kognitive prinsippene, og at den praktiske utførelsen må samsvare med den kognitive teorien. De ser ikke på kognitiv terapi som en kur eller en samling av teknikker, men som en måte å forstå seg selv og verden på. For dem er en debatt om behandlingsegnethet irrelevant, da de har en kognitiv forståelse som en grunnleggende plattform som all terapi utledes fra. De beskriver kognitiv terapi, med dens kollaborative form og allment tilgjengelige prinsipper, både som en dynamisk terapiform og en livsfilosofi. Også i behandlingseenhetene i Sverige er de opptatt av at alle må akseptere den kognitive behandlingsfilosofien, og at alle teknikker må være underordnet den kognitive terapeutiske rammen.

De fleste er enige om at det bør etableres et felles mål for å forebygge at ulike agendaer drar terapien i ulike retninger. Alle enkeltelementer som et terapeutisk fellesskap består av, bør derfor være utledet fra en samlet og felles grunntanke. Ut fra en slik tenkning er det ikke de terapeutiske teknikkene som er det overordnede, men at en post har etablert en felles teoretisk plattform for pasientbehandling og samarbeidsrutiner (Andersen, 1997). Vil det dermed si at dette også er mulig i en akuttpost, som har pasientene med de mest behandlingsresistente lidelsene og de med stor variasjon i sine symptomuttrykk?

Egnethet

I behandlingsenhetene i Sverige er ifølge Perris (1991) eksklusjonskriteriene rusavhengighet, alvorlige personlighetsforstyrrelser og schizoaffektiv lidelse, noe som på en akuttpost er de hyppigste lidelsene. Her er psykoser ofte den vanligste lidelsen, som er en heterogen og multifaktoriell lidelse med store individuelle forskjeller. De ulike symptomene kan ha ulike dimensjoner, som varierende styrke, intensitet og hyppighet (Chadwick, Birchwood & Trower, 1996; Kingdon & Turkington, 1994; Morrison et al., 2004; se også Tidsskriftets temanummer om psykose, 5/07).

Kan disse pasientene profittere på en kognitiv terapiform? Ja, ifølge flere randomiserte kontrollerte studier som viser at kognitiv terapi gir reduksjon av psykotiske symptomer sammenlignet med ordinær behandling (Drury, Burchwood & Cochrane, 2000; Garety et al., 1994; Gould et al., 2001; Haddock et al., 1999; Hall & Tarrier, 2003; Jenner et al., 1998; Kemp, David & Hayward, 1998; Tarrier & Wykes, 2004). Empiriske undersøkelser av kognitiv miljøterapis effekt viser også positive funn. En fant at kognitiv miljøterapi ga reduksjon i opplevelsen av lidelsens negative konsekvenser samt forbedring av livskvalitet hos 28 psykotiske pasienter (Svensson & Hansson, 1999). En annen undersøkelse sammenlignet standard pleie med kognitiv miljøterapi, hvor gruppen som fikk den sistnevnte terapien, opplevde reduksjon i psykotiske symptomer (McCann, 2001). Det er således veldokumentert at positive psykotiske symptomer ikke er til hinder for en vellykket kognitiv behandling, og at en schizofrenidiagnose i seg selv ikke er en god prediktor for behandlingseffekt. I kognitiv terapi er det derfor få eksklusjonskriterer, og det er nå utviklet separate kognitive modeller for de fleste psykiske lidelser.

Miljøterapeutene legger til rette mulighetene for inspirasjon i pasientens liv. En grunntanke er at om ikke pasientene vil møte hverdagen, kan hverdagen møte pasientene

I forhold til egnethet er det for øvrig en del faktorer som er viktigere enn andre og som øker sannsynligheten for et positivt behandlingsutfall. For det første vet vi at tidspunkt for sykdomsdebut og sykdomsvarighet har innvirkning på prognosen, hvor forkortelsen VUP - varighet av ubehandlet psykose - har blitt et begrep i forhold til schizofreni. Flere studier viser at faktorer som er forbundet med god prognose, er korte forløp og mindre alvorlige symptomer før behandling (Garety, Fowler & Kuipers, 2000; Hawton et al., 1989; Tarrier & Wykes, 2004). Nyerverde vrangforestillinger er lettere å redusere, da de er av en mer reversibel og egodyston karakter (Morrison, 2002). Hos de debuterende psykotiske kan tidlig intervensjon med kognitiv terapi forhindre at vrangforestillingene «fester» seg og blir behandlingsresistente.

For det andre viser undersøkelser at opptil 65 % av de endringene som pasienten går igjennom under en terapi, er knyttet til spesifikke pasientvariabler. Disse variablene er kognitiv fleksibilitet og sykdomsinnsikt, eksempelvis at pasienten er åpen for at det kan være alternative forklaringer på vrangforestillingene (Garety, Fowler & Kuipers, 2000). Også en annen studie fant at det å ha motivasjon til å foreta endringer for å bli bedre, og åpenhet for tanken på å skulle endre seg, var knyttet til god prognose (Lecomte & Lecomte, 2002). Det er videre meget viktig at pasienten selv tar aktiv del i sin egen behandling gjennom å endre tanker og forestillinger, noe som kan gi tidlig håp om bedring. Garety et al. (2000) mener at en bør bruke ressursene på de pasientene som rapporterer ubehag på grunn av sin psykose, da de er de mest endringsmotiverte og har kapasitet til å diskutere og revurdere sine vrangforestillinger. Nyere studier viser dessuten at hvordan pasienten mestrer sine psykotiske

symptomer, er viktigere å ta i betraktning når man skal fastslå utfall og livskvalitet, enn å se på symptomene i seg selv (Morrison et al., 2004).

En antar at de effektfulle elementene i kognitiv terapi for denne pasientgruppen er at en gjennom å lære pasientene problemløsning og bruk av mestringsstrategier gir dem ferdigheter som opprettholder en eventuell forbedring også lenge etter at terapien er avsluttet (Lecomte & Lecomte, 2002). Andre variabler er at pasientene erverver seg nye læringsmønstre som generaliseres til nye områder i livet, og at de får en alternativ og normalisert forståelse av psykotiske symptomer. Det antas også at det skjer en kognitiv restrukturering som igjen kan føre til korrigerende opplevelser.

Opplæringbehov

Kognitiv miljøterapi er et eget fagområde som krever en spesiell kompetanse, og det har vært diskusjon om i hvilken grad alle yrkesgrupper er kapable til å utøve terapien. Noen er negative og hevder at enkelte av intervensjonene i kognitiv terapi kan skape kliniske utfordringer som en må ha terapeutisk kompetanse for å mestre (Slade, 2001). Majoriteten mener imidlertid nå at sykepleiere og andre ansatte i eksempelvis primærhelsetjenesten kan bruke de kognitive verktøyene på lik linje med psykologer og psykiatere (Turkington & McCenna, 2003). Spesielt krevende utfordringer vil dessuten bli ivaretatt av tverrfaglige behandlingsteam.

Hvilke opplæringskrav stilles det så til personalgruppen? Mennesker med en sammensatt indre psyke krever modne, trygge, empatiske, reflekterte og kunnskapsrike miljøterapeuter. En må tørre å være aktiv og delaktig i den terapeutiske prosessen for å kunne eksponere seg og bruke seg som et terapeutisk instrument. For å kunne bli autonome utøvere av de evidensbaserte intervensjonene må da miljøterapeutene erverve de nødvendige kognitive ferdighetene. Alle bør få tilbud om opplæring i grunnleggende kognitiv terapi, hvor teoretisk kunnskap om de ulike kognitive modellene er en forutsetning for valg av hensiktsmessige miljøtiltak for den enkelte pasient. Eksempelvis må personalgruppen lære hvordan feiltolkning og affekt hører sammen, og at dette er den grunnleggende teori for alt som skjer på posten. Det er også relevant at personalgruppen forstår sammenhengen mellom diagnostisering og den tidligere nevnte kasusformuleringen. Personalet får da forståelse for lidelsens art, slik at de lettere kan forholde seg til den underliggende kommunikasjonen som ligger bak symptomet.

Personalgruppen bør også få en generell innføring i miljøterapi som baserer seg på forståelsen av omsorgsbegrepet og på godt utviklede sosiale og praktiske ferdigheter (Kværna & Lund, 2004). De mener at grunnleggende kunnskap innenfor psykologi, sosiologi, pedagogikk og psykiatri samt kjennskap til ulike behandlingsmetoder også er nødvendig for å bli en god miljøterapeut.

Oestrich og Holm (2001) understreker viktigheten av teoriervvelse gjennom utdanning og praktisk trening. De mener at regelmessig undervisning for hele personalgruppen har vært en forutsetning for at det fungerer så bra som de opplever at det gjør i Danmark. På behandlingseenheten i Sverige har personalet grunnutdanning i kognitiv terapi og i miljøterapi. De har i tillegg ukentlige utdanningsseminarer, faste studiedager og ukentlig **veiledning**. På flere sykehus i England får sykepleiere tilbud om opplæringsprogrammer for å kunne anvende kognitiv terapi selvstendig, og det satses også på å utdanne andre yrkesgrupper i førstelinjetjenesten (Sullivan, 1997). Det er for øvrig viktig at opplæringen er tilpasset hver

enkelt yrkesgruppe, og her i landet er det separate utdanningsprogrammer for høyskoleutdannede og for psykologer og psykiatere. Også på de danske sykehusene skiller de mellom utdanninger på spesialistplan og de ulike opplæringsprogrammene i kognitive arbeidsmetoder.

Det er viktig at det etableres en gjensidig forståelse av hva de ulike tverrfaglige gruppene holder på med, slik at de kan utfylle hverandre og fungere som et team. Den miljøterapeutiske relasjonen er etablert i en annen kontekst, har et annet tidsperspektiv og har dagliglivet som sin arena (Andersen, 1997). Miljøterapeutene kan likevel anvende kognitive teknikker som er innenfor den samme teoretiske referanserammen som individualterapeutenes. De bringer med seg sine faglige vurderinger, mens miljøterapeutene bidrar med kunnskapsbasert forståelse og sine praktiske vurderinger. Slik tilføres flere dimensjoner og perspektiver som alle kan ha nytte av, og behandlingen vil fremstå som helhetlig for både pasientene og avdelingen.

Det bør også tilrettelegges for kontinuerlige og skapende diskusjoner mellom de ulike behandlingsteamene og det øvrige miljøpersonalet. Tid til refleksjon i plenum, hvor viktige inntrykk, tanker og observasjoner deles og diskuteres, må prioriteres. Det å ha et forum hvor kunnskap, erfaringer og informasjon kan utveksles og justeres i forhold til hverandre, er også nødvendig for at de ulike gruppene skal bli samkjørte (Andersen, 1997).

Opplæringen kan tilbys som en obligatorisk utdanningspakke eksempelvis i form av en kompetansestige, og den må gå over en lengre tidsperiode. Et alternativ til at hele personalgruppen utdannes samtidig, er at en kan starte med at en selektert gruppe får opplæring i spesifikke teknikker til spesifikke lidelser. Etter hvert som metoden er integrert i posten, kan behandlingen utvides til andre grupper. Uansett hva en velger, er det nødvendig med jevnlig kunnskapsoppdateringer og **veiledning** av en fagperson innenfor en kognitiv terapitradisjon for å sikre at kompetansen opprettholdes.

Videre er faglig og økonomisk støtte nødvendig for å sikre et langsiktig og kontinuerlig opplæringsprogram. Oestrich og Holm (2001) mener at en forutsetning for en vellykket kognitiv implementering er at den er forankret i en fagplan utarbeidet i samarbeid med ledelsen, da en posts behandlingsevne og kapasitet er uløselig knyttet til økonomiske og organisatoriske spørsmål.

Miljøterapi er en avansert form for problemløsning. Faktorer som rammevilkår, arbeidsmiljø og utøvernes teoretiske forståelse påvirker utøvelsen

Et mer langsiktig mål i en implementeringsprosess er at flest mulig av avdelingens samarbeidspartnere får kjennskap til den kognitive terapiformen for å øke deres interesse og motivasjon til å lære seg denne. Et mål kan være at terapiformen med tiden også blir forankret ute i kommunene, som på distriktpspsykiatriske sentre og i primærhelsetjenesten. Dette vil sikre kontinuitet i behandlingen og forebygge tilbakefall og reinnleggelser på sykehusene. En forutsetning er at sykehusene og den sosiale sektor erverver seg kunnskap om, viderefører og supplerer hverandres resultater. Ved at alle anvender kognitiv terapi, vil man bruke de samme forklaringsmodellene og dermed få et felles språk, noe som vil skape synkronitet.

Bevisstgjøring av holdninger

Et sentralt poeng i implementeringsdebatten er at det er personalets personlige tanker og meninger, som uttrykkes gjennom måten man snakker, lytter og responderer på, som skaper et miljø (Stiftelsen Psykiatrisk opplysning, 2004). Den enkelte miljøterapeuts tanker om eksempelvis hva en tror er effektiv behandling, og definisjoner på hva god livskvalitet er, påvirker vedkommende i møtet med pasienten. Ofte består da avdelingens ideologi av en sammenblanding av mange forskjellige tanker og ideer om behandling. Eksempelvis viste en studie fra en akuttpost at mange i personalgruppen lot sine personlige holdninger og erfaringer styre i hvilken grad de tilrettela for emosjonelle temaer i samtalene med pasientene (Larssen, Magnus & Vermeer, 2004).

Studier viser i tillegg at det for mange er uklart hva deres personlige syn og behandlingsfilosofi er, og hvordan den påvirker det daglige arbeidet (Furuholmen & Andresen, 1993). Andersen (1997) påpeker i den forbindelse at en miljøterapeut ikke blir god kun i kraft av hvem personen er og hvordan vedkommende bruker seg selv. God miljøterapi forutsetter at en har et bevisst forhold til sin egen ideologi og sitt grunnleggende menneskesyn. En miljøterapeut bør derfor reflektere over spørsmål som hva en tenker om menneskets muligheter til utvikling og forandring, relasjonen mellom miljøterapeut og pasient samt spørsmål som eksempelvis omhandler problemstillingene makt og avmakt, og undertrykking og frigjøring.

Dette samsvarer også med den kognitive tenkningen, hvor et viktig prinsipp er at en må være seg bevisst sine egne holdninger og forventninger i forhold til pasientene, deres atferd og de ulike psykiske lidelsene. En terapeutisk holdning krever dessuten bevisstgjøring av det konkrete arbeidet man utfører. Slik tydeliggjøres det at små og tilsynelatende ubetydelige intervensjoner i et miljø kan ha faglig forankring og en terapeutisk målsetting. Eksempelvis kan småpratene under en spasertur representere essensiell trening for pasienter med lav sosial evne. Når dette bevisstgjøres, får slike enkle og hverdagslige aktiviteter mening og verdi, og hendelsene settes inn i et terapeutisk system. Miljøterapien blir dermed et tydeligere fagområde og gir miljøterapeuten en sterkere identitet.

Bruken av kognitive teknikker i en akuttpost

En annen utfordring når det gjelder utøvelse av kognitiv terapi på en akuttpost, er bruk av kasusformulering. Det pågår en diskusjon omkring betydningen av systematisk bruk av kasusformulering. Noen hevder at manglende effekt av kognitiv terapi skyldes for liten vektlegging av å utforme en grundig kasusformulering (Marlowe, 2003). Det blir påpekt manglende diagnostisk og etiologisk forståelse basert på evidens. Også andre kritiserer studier som ikke har anvendt kasusformulering og er negative til at de ikke blir konstruert av fagfolk, noe som blir karakterisert som «klinisk farlig» (Slade, 2001).

En litteraturgjennomgang viser at intervensjonene varierer mye med hensyn til om de inkluderer en individuell kasusformulering eller ikke (Dickerson, 2004). For pasienter med tankeforstyrrelser og manglende sykdomsinnsikt kan det ta tid før en får etablert en allianse som er nødvendig for å få kartlagt faktorer som inngår i en kasusformulering. En studie viste at det i gjennomsnitt tok seks sesjoner før disse pasientene ble trygge nok til at valid diagnostisk informasjon kunne innhentes (Garety, Fowler & Kuipers, 2000). Det kan derfor synes vanskelig å etablere kasusformulering som en grunnleggende og obligatorisk del av kognitiv terapi på en akuttpost. Det må for øvrig i ethvert tilfelle tas hensyn til den enkelte

pasient og dennes symptomer, noe som krever en individuelt tilpasset behandlingsplan. Det må i tillegg poengteres at vanlige behandlingsmål i en psykosebehandling er reduksjon av ubehag og mestring av symptomer. Disse vil det være realistisk å nå, også i en akuttpost og også der en ikke har inkludert en kasusformulering.

Tidsperspektivet må en også ta i betraktning når det gjelder de øvrige ingrediensene i kognitiv miljøterapi. En litteraturgjennomgang av 17 studier med kognitiv terapeutiske intervensjoner viste at gjennomsnittlig varighet av en psykosebehandling er mellom fire og ni måneder (Dickerson, 2004). En slik behandling vil derfor ikke kunne avsluttes på en akuttpost. Imidlertid kan en hospitalisering av psykotiske pasienter ofte vare i flere uker, slik at en oppstart av terapien selvsagt er mulig. En akuttpost har dessuten ofte sine «gjengangere», hvor en kan fortsette pasientens kognitive behandling der en slapp forrige gang vedkommende var innlagt, noe som opprettholder en behandlingsmessig kontinuitet.

Et annet implementeringsspørsmål omhandler den kollaborative karakteren ved kognitiv terapi. Noen hevder at dette prinsippet om kollaborisme representerer et dilemma når det skal anvendes i en psykosebehandling. Undersøkelser viser nemlig at mange terapeuter definerer sokratiske spørreteknikk som en bevisst utspørring for å endre pasientens tanker til det terapeuten på forhånd har bestemt seg for (Messari & Hallam, 2003). Dette kan bli problematisk ved at pasienter på en akuttpost i større grad er hospitalisert under tvang enn på andre sengeposter. I tillegg mangler mange sykdomsinnsikt, noe som kan skape en passiv lydighet.

Det eksisterer således en potensiell kontradiksjon mellom den kollaborative vektlegging i kognitiv terapi og den terapeutiske målsettingen om å modifisere pasientens vrangforestillinger. Dette er et mål som pasienten ofte kan være både uenig i og uvitende om. Ved en mangel på åpenhet kan en risikere at pasientene passivt samtykker i en prosess de verken forstår eller tror de vil ha nytte av. Er det etisk riktig å holde den terapeutiske målsettingen skjult for eksempelvis en psykotisk pasient? Noen vil hevde at en reduksjon av psykosens negative konsekvenser vil rettferdiggjøre modifiseringsarbeidet som skjer uten pasientens samtykke. Det viktigste er at den kognitive terapeuten ikke jobber etter egne og skjulte definerte mål, men viser genuin nysgjerrighet for pasientenes opplevelser og innholdet i deres vrangforestillinger. Da en psykotisk pasients paranoide beredskap ofte reduseres etter akuttfasen og etter at arbeidsalliansen er etablert, kan en dessuten anta at dette vil representere en mindre utfordring enn det som problematiseres her

Konklusjon

De danske og svenske erfaringene med implementering av kognitiv miljøterapi var som nevnt positive. Disse erfaringene kan ikke overføres direkte til akuttpost, som har pasienter med mer alvorlige lidelser og kortere liggetid. Det vil være en utfordring å drive en akuttpost der kognitiv teori er etablert som en grunnholdning som pasientenes atferd, følelse og ytring forstås gjennom. Den korte behandlingstiden vanskeliggjør etableringen av en terapeutisk allianse, konstruksjon av kasusformuleringer og bruk av kognitive teknikker. Pasientenes ulike grad av egnethet kan også skape en utfordring for ønsket om å etablere en felles ideologi. Eksempelvis kan pasienter med negative psykotiske symptomer ha større problemer med å profittere på psykoterapi, inkludert kognitiv terapi.

Hvis miljøets rammer, struktur og dags- og ukeprogrammer imidlertid legges til rette etter hver pasients særegne kapasitet og behandlingsmål, øker sjansene for at terapien vil gi

positive resultater. Enkelte av akuttpostens pasienter vil dessuten kunne profittere på den kognitive miljøterapien avhengig av de individuelle og spesifikke pasientvariablene. Kognitiv fleksibilitet, sykdomsinnsikt, behandlingsmotivasjon, åpenhet for endring og delaktighet i egen behandling er alle positive prognostiske variabler. Også sen sykdomsdebut, kort forløp og mindre alvorlige symptomer før behandling øker sannsynligheten for behandlingseffekt.

Miljøterapi er en avansert form for problemløsning. Faktorer som rammevilkår, arbeidsmiljø og utøvernes teoretiske forståelse påvirker utøvelsen. Skal man medvirke til at pasientene i større grad mestrer problemene sine, må man vite hva man arbeider med, hvilke mål som er viktige, og hvordan man skal nå disse. Den kognitive tenkningen og de kognitive modellene er med på å fremme denne viktige bevisstgjøringsprosessen. Uavhengig av hvordan man velger å bruke terapien, imøtekommer den to viktige faglige krav: kvalitetsutvikling av behandlingen og sikring av at pasientene selv bidrar aktivt i egen behandling og utvikling.

Kjersti Nilsen
Fredheim
Alvegen 155
9016 Tromsø
Tlf. 902 05 395
E-post kjersti.fredheim@unn.no

Referanser

Ahlin, G., Grafoord, C., Gunther, N., Hassel, K., Sigrell, B., & Øberg, G. (1969). *Miljøterapi. Gemenskap och behandling: Ett alternativ*. Stockholm: Bokforlaget Aldus/Bonniers.

Andersen, A. J. W. (1997). *Uten fasit. Perspektiver på miljøterapi*. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag.

Beck, A. T. (2004). A cognitive model of schizophrenia. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 18, 281-288.

Beck, J. S. (1995). *Cognitive therapy. Basics and beyond*. New York: The Guilford Press.

Bechgaard, B. (1992). *Miljøterapi*. København: Hans Reitzels Forlag.

Berge, T. & Repål, A. (2004). *Den indre samtalen. Kognitiv terapi i praksis*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Berntsen, U. & Rønneberg, B. M. (2000). Tankene styrer følelsene. *Tidsskriftet Sykepleien*, 88 (14), 61-63.

Borge, F. M., Hoffart, A., Myklebust, S. & Nore, G. (2001). En kognitiv modell for behandling av sosial fobi: Kliniske erfaringer. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 38, 1141-1148.

Chadwick, P., Birchwood, M. & Trower, P. (1996). *Cognitive therapy for delusions, voices and paranoia*. London: John Wiley & Sons.

d'Elia, G. (2004). *Det kognitiva samtalet i vården*. Stockholm: Natur og Kultur.

Dickerson, F. B. (2004). Update on cognitive behavioral psychotherapy for schizophrenia: Review of recent studies. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 18, 189-203.

Drury, V., Burchwood, M. & Cochrane, R. (2000). Cognitive therapy and recovery from acute psychosis: A controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 177, 8-14.

Furuholmen, D. & Andresen, A. S. (1993). *Fellesskapet som metode. Miljøterapi og evaluering i behandling av stoffmisbrukere*. Oslo: Cappelen.

Garety, P. A., Fowler, D. & Kuipers, E. (2000). Cognitive-behavioral therapy for medication-resistant symptoms. *Schizophrenia Bulletin*, 26, 73-84.

Garety, P. A., Kuipers, L., Fowler, D., Chamberlain, F. & Dunn, G. (1994). Cognitive behavioural therapy for drug-resistant psychosis. *British Journal of Psychology*, 67, 259-271.

Gould, R. A., Mueser, K. T., Bolton, E., Mays, V. & Goff, D. (2001). Cognitive therapy for psychosis in schizophrenia: An effect analysis. *Schizophrenia Research*, 48, 335-342.

Gråwe, R. W. & Espeland, B. (2001). *På vei til et bedre liv*. Trondheim: Tapir Akademisk Forlag.

Gunderson, J. G. (1978). Defining the therapeutic processes in psychiatric milieus. *Psychiatry*, 41, 327-335.

Haddock, G., Tarrier, N., Morrison, A. P., Hopkins, R., Drake, R. & Lewis, S. (1999). A pilot study evaluating the effectiveness of individual inpatient cognitive-behavioral therapy in early psychosis. *Social Psychiatry Epidemiology*, 34, 254-258.

Hall, P. L. & Tarrier, N. (2003). The cognitive-behavioral treatment of low self-esteem in psychotic patients: A pilot study. *Behavioral Research and Therapy*, 41, 317-332.

Hawton, K., Salkovskis, P. M., Kirk, J. & Clark, D. M. (1989). *Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems. A practical guide*. New York: Oxford University Press.

Hoffart, A. et al. (2002). Kognitiv gruppeterapi av innlagte pasienter med anoreksi. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 39, 691-699.

Jansen, P. & Repål, A. (2001). Kognitiv terapi ved paranoide vrangforestillinger. I T. C. Stiles, H. M. Nordahl & T. Berge (red.). Temanummer om kognitiv terapi. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 38, 746-753.

Jenner, J. A., van de Willige, G. & Wiersma, D. (1998). Effectiveness of cognitive therapy with coping training for persistent auditory hallucinations: A retrospective study of attenders of a psychiatric out-patient department. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 98, 384-389.

Jordahl, H. & Repål, A. (1999). *Mestring av psykoser. Psykososiale tiltak for pasient, pårørende og nærmiljø*. Bergen: Fagbokforlaget.

- Kemp, R., David, A. & Hayward, P. (1998). Compliance therapy: An intervention targeting insight and treatment adherence in psychotic patients. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 24, 331-350.
- Kingdon, D. G. & Turkington, D. (1994). *Cognitive behavioral therapy of schizophrenia*. New York: The Guilford Press.
- Kværna & Lund (2004). *Biter av liv. Miljøterapeutiske fortellinger og refleksjoner*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Larssen, L., Magnus, R. & Vermeer, R. (2004). *Fra handling til refleksjon: En utforskning av ekstravaktens opplevelse av relasjonsbygging på en akuttpsykiatrisk post*. Universitetet i Tromsø.
- Lecomte, T. & Lecomte C. (2002). Toward uncovering robust principles of change inherent to cognitive-behavioral therapy for psychosis. *American Journal of Orthopsychiatry*, 72, 50-57.
- Marlowe, K. (2003). Cognitive-behavioural therapy for psychosis. *The British Journal of Psychiatry*, 183, 262-263.
- McCann, E. (2001). Recent developments in psychosocial interventions for people with psychosis. *Mental Health Nursing*, 22, 99-107.
- Messari, S. & Hallam, R. (2003). CBT for psychosis: A qualitative analysis of clients experiences. *British Journal of Clinical Psychology*, 24, 171-188.
- Morrison, A. P. (2002). *A casebook of cognitive therapy for psychosis*. London: Brunner-Routledge.
- Morrison, A. P., Renton, J. C., Williams, S. & Bentall, R. P. (2004). *Cognitive therapy for psychosis. A formulation-based approach*. New York: Brunner-Routledge.
- Nordahl, H. M. (1996). Kognitiv kasusformulering ved personlighetsforstyrrelser. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 33, 1065-1072.
- Oestrich, I. & Holm, L. (red.). (2001). *Kognitiv miljøterapi. At skabe et behandlingsmiljø i ligeværdigt samarbejde*. København: Psykologisk Forlag.
- Perris, C. (1991). *Kognitiv psykoterapi vid schizofrena störningar*. Stockholm: Pilgrim Press.
- Slade, M. (2001). Cognitive-behavioral techniques in practice. *British Journal of Psychiatry*, 183, 180.
- Stiftelsen Psykiatrisk opplysning (2004). *Miljøterapi - en modell for tenkning, holdning og handling i en psykiatrisk institusjon*. Stavanger: Stiftelsen Psykiatrisk opplysning
- Sullivan, J. (1997). Cognitive behavioral nursing therapy in paranoid psychosis. *Nursing Times*, 93 (2), 28-30.

Svensson, B. & Hansson, L. (1999). Rehabilitation of schizophrenic and other long-term mentally ill patients. Results from a prospective study of a comprehensive inpatient treatment program based on cognitive therapy. *European Psychiatry*, 14, 325-332.

Tarrier, N. & Wykes, T. (2004). Is there evidence that cognitive behaviour therapy is an effective treatment for schizophrenia? A cautious or cautionary tale? *Behaviour Research and Therapy*, 42, 1377-1401

Turkington, D. & McKenna, P. (2003). Is cognitive-behavioral therapy a worthwhile treatment for psychosis? *British Journal of Psychiatry*, 182, 477-479.