

Margaretha Dramsdahl og Helge Jordahl



KOGNITIV MILJØTERAPI

SAMARBEID OG ENDRING



FAGBOKFORLAGET

Kognitiv miljøterapi
Samarbeid og endring

Margaretha Dramsdahl og Helge Jordahl

Kognitiv miljøterapi

Samarbeid og endring



FAGBOKFORLAGET

Copyright © 2019 by
Vigmostad & Bjørke AS
All Rights Reserved

1. utgave 2015 / 1. opplag 2015

ISBN: 978-82-450-2983-3
ISBN (trykt): 978-82-450-1775-5

Tilrettelagt for e-bok: John Grieg, Bergen
Tegninger: Miriam B. Jørgensen
Layout og sats: Laboremus Oslo AS

Boken er utgitt med støtte fra Kunnskapsdepartementet
ved Universitets- og høskolerådet (UHR)

Forsidedesign ved forlaget
Forsideillustrasjon © istockphoto / DrAfter123

Spørsmål om denne boken kan rettes til:
Fagbokforlaget
Kanalveien 51
5068 Bergen
Tlf.: 55 38 88 00 Faks: 55 38 88 01
e-post: fagbokforlaget@fagbokforlaget.no
www.fagbokforlaget.no

Materialet er vernet etter åndsverkloven.
Uten uttrykkelig samtykke er eksemplarframstilling
bare tillatt når det er hjemlet i lov eller avtale med Kopinor.

Forord

Gjennom tidene har det funnet sted mange endringer i omsorgen for mennesker med psykiske lidelser. Det gjelder både menneskesynet, organiseringen og behandlingen. Våre egne erfaringer har ført til interessen for kognitiv miljøterapi. Den ene av oss, Helge Jordahl, debuterte som pleievikar ved Neevengården sykehus i 1966 og møtte en institusjon som var preget av store sovesaler, stor andel ufaglærte blant pleiepersonalet og mangel på terapeutiske tilbud til pasientene. Holdningen overfor pasientene var gjennomgående autoritær. Store holdnings- og organisasjonsendringer har senere ført til mer demokratisering og humanisering, med større fokus på behandlingstilbudet. Den psykiatriske institusjonen har nå en annen rolle enn for 50–60 år siden. Det er færre sengeplasser, kortere liggetid, økt vekt på lokalpsykiatri og utadrettet virksomhet, mer brukermedvirkning og involvering av pårørende, samt økt formell kompetanse blant de ansatte.

Vi ønsker med denne boken å vise hvordan institusjonsopphold kan brukes mest mulig positivt. Miljøpersonalet har tett kontakt med pasientene, og god behandling kan gis hele døgnet, men det avhenger av tilstrekkelig kompetanse i pleiegruppen og bevisst organisering av avdelingen. Moderne psykiatrisk pleie kan ha stor behandlingsmessig betydning, og utgjør en vesentlig del av et miljøterapeutisk tilbud. Hovedmålet med denne boken er å vise hvordan personalet kan arbeide, og hvordan avdelingen kan organiseres for å fremme gunstig endring hos pasientene.

Psykiatrisk behandling er sammensatt og må sees i både et individuelt og et sosialt perspektiv. Det innebærer å se enkeltmennesket i de omgivelsene vedkommende skal fungere i. Behandlingstiltakene kan være mangfoldige, både individuelle og gruppebaserte. Det viktige er at behandlingen blir mest mulig skreddersydd for den enkelte pasient, og at pasienten trekkes inn i behandlingen i den grad tilstanden tillater det.

Miljøterapi krever tilrettelagt organisering, godt samarbeid mellom hovedbehandlerne og miljøpersonalet, samt et felles teoretisk utgangspunkt. Vi har lagt til grunn den kognitive teorien og kognitiv atferdsterapi. Valg av en bestemt teoretisk forankring utelukker ikke at pasientens problematikk kan forstås på andre måter, eller at andre tilnærminger kan være virkningsfulle. Det er mange veier som fører til Rom, men i miljøterapi er det nødvendig at personalet befinner seg på samme vei og trekker i samme retning. En fordel med kognitiv atferdsterapi er at den teoretiske forståelsen åpner for anvendelse av et utall verktøy. Det gir personalet mange muligheter til aktivt arbeid med pasienten.

Menneskene blir ikke forstyrret av hendelser, men av hvordan de oppfatter dem.

Epectitus, gresk filosof (55–135 e.Kr.)

Dette gamle utsagnet setter ord på det sentrale i den kognitive modellen. En situasjon kan oppfattes på mange måter, og den aktuelle fortolkningen bestemmer hvordan vi reagerer følelsesmessig, atferdsmessig og fysisk. Endring av fortolkningen får betydning for reaksjonene. Våre egne holdninger og antagelser om oss selv og omgivelsene farger fortolkningene våre. U hensiktsmessige holdninger, antagelser og fortolkninger kan endres, og dette er sentralt i kognitiv atferdsterapi.

Epectitus var tilhenger av stoisk filosofi. Stoisk ro innebærer en tilstand preget av beherskelse og overblikk, selv om vi aldri kan få kontroll over det som skjer rundt oss. Vi kan velge holdning til livets ukontrollerbare forhold. Vi ønsker oss et godt liv og at ingenting uheldig skal skje, men vi kan ikke kreve at alt går bra. Vi må regne med at noe vi ikke ønsker, vil skje. Epectitus var slave og krøpling, men han fremholdt at ved å akseptere sin skjebne, kan man likevel leve et rikt liv.

Kognitiv atferdsterapi har utviklet seg siden Aaron T. Beck på 1960-tallet lanserte kognitiv terapi som psykoterapi ved depresjon. Terapiformen er nå anbefalt ved en rekke lidelser i flere land. Ett av kjennetegnene ved utviklingen har vært forskningsmessig etterprøving av effekt og teori. Kognitiv atferdsterapi er en aktiv tilnærmingsform for både pasienten og terapeuten. Sammen utforsker de pasientens problemer, og utformer hypoteser som på forskjellige måter etterprøves. Terapeutens holdning er preget av genuin undring, og ikke fastlåst

i en forutinntatt oppfatning. Pasienten skal få forståelse av symptomutviklingen og faktorer som opprettholder symptomene. Innsikt alene er imidlertid ikke tilstrekkelig til at positiv endring finner sted. Det avgjørende er at pasienten selv får mulighet til å påvirke situasjonen sin. En vesentlig del av terapeutens rolle er å veilede pasienten i utprøving av forskjellige verktøy. Stor egenaktivitet er helt nødvendig for et godt resultat, der målet er at pasienten i størst mulig grad skal bli sin egen terapeut og gode støttespiller. Den kognitive modellen og prinsippene i kognitiv atferdsterapi utgjør et godt utgangspunkt for miljøterapi.

Boken er beregnet på ansatte ved psykiatriske sengeavdelinger og dagavdelinger, rehabiliteringssentre, døgninstitusjoner og bofellesskap, og utdanningskandidater og studenter i profesjonsutdanninger og videre- og etterutdanninger. Vi tror også at mange pasienter og pårørende kan ha nytte av å lese boken.

Margaretha Dramsdahl og Helge Jordahl

Innhold

Del I Grunnlaget for kognitiv miljøterapi

Kapittel 1

Miljøterapi – historisk utvikling	15
Hva er miljøterapi?	15
Miljøterapi – historikk	18
Kognitiv atferdsterapi – historikk	29
Kognitiv miljøterapi – historikk	30
Miljøterapi for barn og unge	33
Oppsummering	34

Kapittel 2

Implementering av kognitiv miljøterapi	36
Innledning	36
Ledelse	39
Organisering	41
Opplæring av personalet	44
Ansvar og dokumentasjon	51
Utfordringer	52
Muligheter	55
Oppsummering	57

Kapittel 3

Kognitiv teori og kognitiv nevrovitenskap	60
Innledning	60
Kognisjon	62
Grunnprinsipper i kognitiv teori	64
Den kognitive modellen og kognitiv restrukturering	70
Hjernens utvikling	75
Den kognitive, emosjonelle og instinktive hjernen	77

HPA-aksen og stress	82
Sykdomsutvikling	85
 Kapittel 4	
Grunnprinsipper i kognitiv atferdsterapi	91
Innledning	91
Et samarbeidsprosjekt	92
Den terapeutiske alliansen	94
Den kognitive modellen	98
Tanke- og atferdsmønstre	103
Fortid, nåtid og fremtid	106
Kognitiv kasusformulering	108
Verktøy og metoder	109
Struktur og forutsigbarhet	111
Problemliste og målformulering	113
Psykoedukasjon	115
 Kapittel 5	
Utfordringer ved miljøterapi basert på den kognitive modellen	117
Kognitiv atferdsterapi	117
Psykoterafiforskning	121
Utøvelse av miljøterapi	124
 Del II Utøvelse av kognitiv miljøterapi	
Innledning	132
 Kapittel 6	
Generelle tiltak	135
Datainnsamling	135
Individuallamtaler og gruppeaktiviteter	138
Pasientens funksjonsnivå	140
Kasusformulering	143
Behandlingsplan	148
Dagsplan eller ukeplan	151
Kriseplan med varselssymptomer	151
Psykoedukasjon	153
 Informasjonsskriv	156
II.6.a Den kognitive modellen	156
II.6.b Stress og sårbarhet	158

II.6.c Angst	159
II.6.d Depresjon og lav selvfølelse	162
 Kapittel 7	
Kognitive tiltak	164
Sokratiske spørsmål og veiledet oppdagelse	164
Den kognitive diamanten	167
3-kolonneskjema og 5-kolonneskjema	172
Argumenter for og imot	179
Tankekart	180
Graderingsskala	180
Mestringskort	184
Positiv logg	184
Endring av grunnleggende antagelser	187
 Kapittel 8	
Atferdstiltak	192
Atferdseksperiment	192
Aktivitetsregistrering og atferdsaktivering	204
Gradert eksponering	209
Responsprevensjon	212
Rollespill og ferdighetstrening	213
Positiv og negativ forsterkning	218
 Kapittel 9	
Andre tiltak	223
Avledning	223
Avspenning og oppmerksomt nærvær	224
Fysisk aktivitet	226
Sanseintegrasjon og uttrykksterapi	226
Skjerming	227
Deeskalering	228
 Referanser	231
 Stikkord	242
 Navnregister	247

DEL I

Grunnlaget for kognitiv miljøterapi

Miljøterapi – historisk utvikling

Hva er miljøterapi?

Miljø er en betegnelse for ytre forhold og påvirkninger og brukes i forskjellige sammenhenger. Flere faktorer virker inn og preger miljøet på en sengepost eller i en dagavdeling:

- omgivelser
- arkitektur og innredning
- postens størrelse og målgruppe
- personalets holdninger, handlinger og ytringer

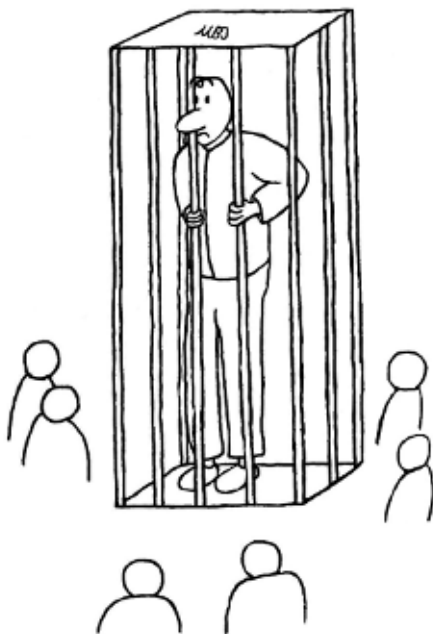
Miljøterapi kan beskrives på følgende måte:

Miljøterapi omhandler behandlingsmessige tiltak innenfor rammene av en organisatorisk enhet, som en sengepost eller en dagavdeling. Miljøterapi legger stor vekt på at personalet har holdninger som er behandlingsfremmende og innebærer optimale relasjoner til pasientene. Behandlingstiltakene skal ta hensyn til pasientens egenart og tilstandsbilde. Et terapeutisk miljø skapes gjennom bevisst organisering, struktur og tilnærming til pasientene, på bakgrunn av felles verdigrunnlag og teoretisk forankring. Det forutsettes at enheten har klare beskrivelser av personalets oppgaver og forventede ferdigheter og holdninger, samt beskrivelser av møter og samarbeidsforhold.

Tidligere var institusjonene for sinnslidende, de såkalte asylene, plassert utenfor tettstedene. De hadde store, kjønnsdelte avdelinger. Målgruppen var hovedsakelig psykotiske pasienter. Beliggenheten var både av hensyn til pasientene, som fikk leve beskyttet fra resten av samfunnet, og av hensyn til samfunnet, som ble

beskyttet fra mennesker som oppførte seg avvikende. Plasseringen i landlige omgivelser hadde positive sider, med store utearealer og muligheter for arbeid og aktiviteter, og egne samfunn utviklet seg rundt asylene.

Asylene var imidlertid ofte omgitt av gjerder eller murer, som var med på å stigmatisere pasientene.



TEGNING I.1.1 Psykisk syke kan fortsatt oppleve seg stigmatisert.

Pasientene fikk stor psykologisk avstand til omverdenen. De kunne leve hele livet i institusjonen, og ble ofte «glemt» av samfunnet utenfor. Det er ikke lenger ønskelig, og institusjonene er nå mer sentralt plasserte. Oppholdene skal være så korte som mulig, og tilbakeføringen til nærmiljøet er viktig.

I dag mener man at den ideelle institusjonen er relativt liten, med gode utearealer, rimelig størrelse på rommene, behagelige farger, lydtette vegger og gode lysforhold. Bygningen bør ikke skille seg for mye fra andre bygg i nærheten. Det har vært økende interesse for forholdet mellom arkitektur og psykisk helse. I Bergen ble Blåbærliia, en langtidsavdeling for unge psykotiske, bygget i 1991

med gjennomført miljøterapeutisk fokus. Avdelingen lå i naturskjønne omgivelser, hadde en arkitektonisk utforming som var nøye planlagt for målgruppen, og personalet hadde sterkt fokus på egnet postatmosfære, terapeutisk miljø og rehabilitering (Skogstad & Jørgensen, 1993).

I begrepet miljøterapi omfatter ordet miljø blant annet atmosfæren som preger en avdeling for innlagte psykiatriske pasienter eller dagpasienter. Denne postatmosfæren kan måles, og det vil bli omtalt senere i kapittelet. I miljøterapi anvendes de miljømessige faktorene i en avdeling bevisst som en del av behandlingen.

Ett og samme terapeutiske miljø vil ikke virke positivt på alle pasienter eller i forskjellige sykdomsfaser. Miljøterapi har derfor utviklet seg i en retning der man i større grad tar individuelle hensyn. Et terapeutisk miljø baseres alltid på positive holdninger, varme og empati, men dette er ikke tilstrekkelig til å oppnå terapeutisk endring for alle pasienter. Postatmosfæren kan være behandlingsfremmende, men miljøterapi krever i tillegg individuelt tilpassete behandlingstiltak. Personalet som gjennomfører tiltakene, må ha en felles teoretisk forankring, slik at de forskjellige tiltakene styrker hverandres behandlingsmessige effekt. Tendensen går nå i retning av at det enkelte miljøpersonalet får større ansvar og utfører en rekke behandlingstiltak i samråd med pasienten og hovedbehandleren. Behandlingen er i større grad enn før skreddersydd til den enkelte pasient. Mange av de sentrale prinsippene ved individualterapi gjelder også for miljøterapi. Det setter store krav til miljøpersonalets ferdigheter og kunnskaper, samt til organisering og ledelse av posten.

Så tidlig som i 1965 påpekte Appleby at forskjellige teknikker kan benyttes innenfor et terapeutisk miljø (Friis, 1984). Han beskrev prinsipper for god miljøterapi som er like gyldige i dag:

- åpen og god kommunikasjon
- respekt for det enkelte teammedlems autonomi og potensielle terapeutiske bidrag
- avflatet autoritetspyramide
- klar ansvarfordeling
- i stor grad interpersonell behandling
- gjensidig påvirkning mellom alle personene

Nyere undersøkelser påpeker viktigheten av læringsklima i behandlingsmiljøet og anvendelse av en enhetlig behandlingsmodell (Borge, 2013). Behandlingsmodellene kan variere. Det terapeutiske samfunn, som omtales nedenfor, baserte seg på psykodynamisk teori. Anvendelse av «tokens» ved Chestnut Lodge var en del av atferdsterapien. I boken *Miljøterapi* legges mentalisering til grunn for den teoretiske forståelsen (Skårderud & Sommerfeldt, 2013). I kognitiv miljøterapi er de forskjellige miljøterapeutiske intervensjonene basert på kognitiv teori.

Miljøterapi – historikk

Mennesker med psykiske avvik er blitt møtt med forskjellige holdninger gjennom historien. Disse holdningene har vært preget av det til enhver tid gjeldende kunnskapsnivå og menneskesyn. Synet på og kunnskapen om menneskelig atferd har naturlig nok endret seg gjennom årene. Det gjelder både biologiske og psykologiske forhold. Vi vil derfor foreta en kort historisk gjennomgang og vise utviklingen i den vestlige delen av verden. Ettersom boken skal omhandle miljøterapi, vil vi også komme innom forhold ved sykehuset som organisasjon.

I middelalderen ble psykiske avvik oppfattet som uttrykk for demonbesettelse, og psykisk syke ble møtt med inhumane holdninger og tiltak, deriblant hekseburning. På 1700-tallet ble galskap oppfattet som primitive uttrykk for fysiske avvik, og de psykisk syke ble behandlet som dyr. De ble sperret inne i tvangsanstalter sammen med kriminelle, ofte lenket fast og utsatt for mange grusomheter. Flere steder ble de farlige sinnsyke oppbevart i isolat som ble betegnet som dårekister.

Etter den franske revolusjonen innførte psykiateren Philippe Pinel (1745–1826) store forandringer ved asylene Bicetre og Salpêtrière i Paris. Han fjernet mange av tvangsmidlene og introduserte pasientsamtaler og aktiviteter som behandlingstiltak. Dette initiativet innebar en total holdningsendring som kan sees som den spede begynnelsen på det vi i dag kaller miljøterapi. Personalet ble oppfordret til å vise tålmodighet, respekt og forståelse overfor pasientene.

I England hadde kvekeren William Tuke (1732–1819) og barnebarnet Samuel stor betydning for tilsvarende holdningsendring til psykisk syke. De innførte de samme prinsippene som Pinel i behandlingen av psykisk syke, og lanserte betegnelsen moral treatment. Moral treatment vektla en psykososial tilnærming til

pasientene, og begrepet anvendes ofte også om de franske holdningsendringene. Prinsippene spredte seg til flere land, deriblant USA.

Utover på 1800-tallet endret imidlertid holdningen til de psykisk syke seg. Charles Darwins (1809–1882) evolusjonsteori bidro til at psykisk sykdom ble oppfattet som et uttrykk for biologisk underlegenhet og resultat av genetisk degenerasjon. Mentalt syke ble sett på som undermennesker, uten rett eller mulighet til å leve utenfor institusjon. Samfunnet utenfor skulle beskyttes, og pleierne fungerte som voktere som skulle ha kontroll over pasientene. En slik oppfatning overlevde lenge i enkelte miljøer og ble lagt til grunn for å forsvare sterilisering og drap av psykisk syke i Tysklands tredje rike på 1930–40-tallet (Meyer, 1988).

Parallelt med degenerasjonsteorien skjedde en positiv utvikling i mange land. Ansvaret for psykisk syke ble lagt inn under helsevesenet, og mentale lidelser ble oppfattet som sykdom med mulighet for behandling. Egne lover ble vedtatt, og de regulerte blant annet anvendelsen av tvang. Nedenfor vil vi kort gjennomgå utviklingen innen psykiatri, psykoterapi, psykologi og institusjonsbehandling, samt nevne sosiologiske og antipsykiatriske strømninger.

Psykiatri

I Norge dannet *Lov om Sindsyges Behandling og Forpleining*, vedtatt i 1848, grunnlaget for norsk psykiatri, en egen medisinsk disiplin knyttet til behandling av psykisk syke. Fra siste delen av 1700-tallet hadde de psykisk syke blitt oppbevart i såkalte dollhus, underlagt det lokale fattigvesenet (Abrahamsen, 2000). Med sinnsykeloven ble behandlingen av de mentalt syke en offentlig oppgave, og dollhusene ble erstattet av sinnsykeasyl under medisinsk ledelse.

Den biomedisinske tilnærmingen dominerte i første delen av 1900-tallet, med fysiske behandlinger som insulinsjokk og lobotomi, dessverre ofte med store skadevirkninger. Lobotomi, også kalt det hvite snitt, innebar overskjæring av den hvite substansen i hjernens pannelapper. Forbindelsene mellom hjernebarken og dypere liggende områder i hjernen med betydning for følelseslivet ble brutt. Dette dempet uro og utagerende atferd. Metodens opphavsmann, den portugisiske legen Egas Moniz, mottok nobelprisen i medisin i 1949 for sitt arbeid. Mange pasienter fikk imidlertid endret personlighet og ble apatiske etter inngrepet. Dødeligheten var dessuten høy, og metoden ble etter hvert erkjent som uakseptabel.