

# Kognitiv miljøterapi i et erfaringslæringsperspektiv

Kognitiv miljøterapi i et erfaringslæringsperspektiv gir pasientene trening i å se sammenhengen mellom situasjon, tanker og følelser, og ferdigheter i problemløsning. Utgangspunktet er et normalpsykologisk perspektiv på psykiske lidelser og terapeutisk endring.

TEKST

**Inge-Ernald Simonsen**

PUBLISERT 3. november 2007

ABSTRACT:

## **Cognitive milieu therapy from an experiential learning perspective**

The article describes cognitive milieu therapy with inpatients following an experiential learning cycle. The treatment approach, utilizing knowledge from normal psychology, experiential learning theory and cognitive therapy, represents an integrative framework for milieu therapy in mental health institutions. Cognitive restructuring, exposure, psychoeducation and skills training were merged into one treatment process, hence combining cognitive and behavioral interventions in a comprehensive approach to milieu therapy. The approach stresses the importance of interdisciplinary teamwork, patient participation, group education, identification of automatic thoughts and schemas, cognitive case conceptualization, objectives-oriented treatment planning and reflective practice. It can also be applied in intensive outpatient treatment, day treatment and by community mental health teams.

---

*Keywords:* cognitive therapy, cognitive milieu therapy, inpatient cognitive therapy, cognitive behavior therapy, experiential learning

---

EMNER

Kognitiv terapi

Kognitiv miljøterapi

kognitiv atferdsterapi

Erfaringslæring

---

## **Innledning**

Artikkelen beskriver en tilnærming til kognitiv miljøterapi slik den blir gjennomført ved Orkdal distriktpsykiatriske senter, døgnetenhet Orkdal. Utgangspunktet for tilnærmingen er en forståelse av terapeutisk endring som en aktiv læringsprosess. Døgnetenheten har lagt om fra en tradisjonell døgndrift, med medikamentell behandling, individuell samtaleterapi og understøttende miljøterapeutiske aktiviteter, til en aktiviserende miljøterapi hvor kognitiv terapi og systematisk erfaringslæring utgjør hovedbehandlingen.

I DPS-veilederen (Sosial- og helsedirektoratet, 2006) heter det at døgnenhetene ved de distriktpsikiatriske sentrene bør drive målrettet og strukturert behandling, og at det er behov for å oppjustere den miljøterapeutiske delen av tilbudet. Det miljøterapeutiske tilbudet er basert på kognitiv miljøterapi (se Oestrich & Holm, 2006; Wright, Thase, Beck & Ludgate, 1993) med vektlegging av refleksjon og erfaring som utgangspunkt for læring (se Argyris & Schön, 1974; Dewey, 1938; Kolb, 1984; Schön, 1983). Erfaringslæring gir et normalpsykologisk perspektiv på, og danner en integrerende ramme for, miljøterapeutisk behandling. Artikkelen vil innledningsvis presentere tre institusjonsbaserte miljøterapeutiske perspektiver og deres begrensninger for miljøterapeutisk praksis ved distriktpsikiatriske sentre. Et normalpsykologisk perspektiv på psykisk lidelse vil bli presentert. Perspektivet danner utgangspunktet for kognitiv terapi og erfaringslæring som en integrert miljøterapeutisk behandlingstilnærming. Behandlingstilnærmingens ulike faser vil bli beskrevet. Til slutt vil begrensninger ved tilnærmingen, og mulige anvendelser utenfor distriktpsikiatriske døgninstitusjoner, bli diskutert. For å vise fellestrekkene mellom behandlingstilnærmingens perspektiv på terapeutisk endring og andre terapeutiske tilnærminger, har artikkelen henvisninger til sentrale forfattere innenfor emosjonsfokuserert terapi, klient- og resultatstyrt terapi, mentaliserings-basert terapi, narrativ terapi og positiv psykologi.

Artikkelens problemstilling er å beskrive hvordan en kan integrere kognitiv terapi og erfaringslæring til en praktisk tilnærming i miljøterapi som lar seg anvende ved distriktpsikiatriske sentre for ulike pasientgrupper med både affektive lidelser, angstlidelser og psykoser.

### **Perspektiver på miljøterapi**

Ordet miljøterapi er ca. 50 år gammelt (Thorgaard & Haga, 2007). Miljøterapiens tradisjonelle arbeidsfelt har vært innenfor behandlingsinstitusjoner hvor den har blitt utviklet og beskrevet (Andersen, 1997). En har gjerne hatt et systemperspektiv på miljøet (se Larsen, 2004) hvor institusjonen betraktes som et sted med behandlende virkning. Faren med et slikt systemperspektiv er at en anser avdelingen som behandlingsmiljøet. Slik blir institusjonen det stedet hvor pasientene, sammen med miljøterapeutene, skal øve seg på å møte livet utenfor, og forfattere har beskrevet hvordan pasienter kan bli totalt avskjermet fra det virkelige liv (se Goffman, 1961). Stacey (2004) argumenterer for at det finnes ingen systemer, bare lokale interaksjoner mellom mennesker. Ut fra et slikt perspektiv er miljøterapiens arbeidsfelt mellommenneskelige samspill av betydning for pasienten.

### **Biopsykososial institusjonsbehandling**

Institusjonene i psykisk helsevern kjennetegnes av den biopsykososiale behandlingsmodellen (se f.eks. Frankel, Quill & McDaniel, 2003), hvor en har en tverrfaglig og eklektisk tilnærming. Den eklektiske tilnærmingen mangler gjerne en bestemt underliggende teori (Wright et al., 1993), og det kan være et stort språk mellom forklaringsperspektivene i miljøterapi, individuell psykoterapi og medikamentell

behandling. Resultatet kan bli flerfaglighet framfor tverrfaglighet, og i verste fall kan faggruppene forskjellige arbeidsmodeller stå i motsetning til hverandre (Oestrich & Holm, 2006). Dessuten er det vanskelig å foreta evaluering av den samlede behandlingseffekten og skille ut betydningen av ulike arbeidsmodeller, for eksempel miljøterapi. Det eksisterer da også lite publisert forskning på miljøterapi (Vatne, 2006). Manglende dokumentert effekt kan resultere i at miljøterapien får en støttefunksjon til den «egentlige» medisinske og individualterapeutiske behandlingen, og bli redusert til tilrettelegging av praktiske gjøremål, for eksempel nytte- og arbeidspregede oppgaver eller sosiale aktiviteter som trivsel og avkobling.

### **Psykodynamisk miljøterapi**

Flere sentrale norske lærebøker i miljøterapi har sin forankring i et psykodynamisk forståelsesperspektiv. Det gjelder i psykisk helsevern for voksne (Strand, 1999), rusbehandling (Furuholmen & Schanche Andresen, 1998) og psykisk helsevern for barn og ungdom (Larsen, 2004). Et psykodynamisk miljøterapi tilbud ved Psykiatrisk Klinik, Sentralsjukehuset i Rogaland, har vært omtalt av flere forfattere (se Henriksen et al., 2007; Thorgaard & Haga, 2007; Tveit, Haaland, Knudsen & Bøe, 2003). Her har valg av behandlingstilnærming tatt utgangspunkt i Gundersons (1978) beskrivelse av fem miljøterapeutiske prosesser (beskyttelse, støtte, struktur, engasjement og gyldiggjøring), McGlashans psykoterapeutiske relasjonsnivåer (McGlashan & Keats, 1989) og pasientens GAF-skåre (se Henriksen et al., 2007, s. 6). Tilnærmingen har mange likhetstrekk med situasjonsbestemt ledelse (Hersey & Blanchard, 1972), hvor lederen skal velge mellom styrende eller støttende lederatferd avhengig av den ansattes modenhet. Miljøterapeutiske oppgaver blir for eksempel å korrigere, grensesette, støtte, realitetsorientere, aktivisere, bekrefte eller å «avgifte» pasientens projeksjoner.

Det er flere utfordringer med en slik miljøterapeutisk tilnærming. Miljøterapeutiske oppgaver kan i praksis bli avhengig av den enkelte miljøterapeuts fortolkning, eksempelvis kan korrigerende innebære alt fra skjerming til refleksjon. Psykodynamisk miljøterapi krever derfor mye av miljøterapeuten med hensyn på relasjonskompetanse (se Thorgaard & Haga, 2007). Basert på en individualterapeutisk tradisjon defineres miljøterapeuten som en betydningsfull person i pasientens liv, som overføringsobjekt, egostøtte, projeksjonsspeil, «container» eller tilknytningsperson. Dette gir et innoverrettet fokus på relasjonen mellom pasient og miljøterapeut i stedet for et utoverrettet fokus på pasientens sosiale relasjoner utenfor institusjonen. Seikkula (2000) understreker betydningen av at pasientens nettverk må mobiliseres når pasienten er innlagt på institusjon. I psykodynamisk relasjonsbehandling og miljøterapi beskrevet av Hansen et al. i Herning og Thorgaard (2007) blir GAF-skåring, vurdering av pasientens modenhetsnivå og valg av miljøterapeutisk tilnærming en «ensidig» oppgave for miljøterapeuten eller det miljøterapeutiske teamet. Faren er at pasienten pasifiseres til verken å eie problemet eller problemløsningen. Duncan, Miller og Sparks (2004, s. 127) refererer til «the killer D's (diagnosis, disorders, dysfunction, disease, disabilities and deficit)» og viser til faren med å legge terapeutens teorier på pasienten. Dette kan skape en relasjon hvor miljøterapeuten har definisjonsmakt eller

det Bråten (1985) kaller modellmakt. Oestrich og Holm (2006) understreker videre at en objektivisering av pasienten i behandlingen gjør det vanskelig å forholde seg til et likeverdig samarbeid, noe som er et sentralt prinsipp i kognitiv terapi. Becks begrep om gjensidig samarbeid («collaborative empirism») understreker at behandlingen gjøres sammen med pasienten og ikke med pasienten (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979).

## **Kognitiv miljøterapi**

Kognitiv miljøterapi ble introdusert ved døgnenheter tidlig på 80-tallet (Wright et al., 1993). Målet var å anvende kognitive behandlingsprinsipper i det miljøterapeutiske arbeidet med innlagte pasienter. I Danmark er det blant annet et kognitivt miljøterapeutisk behandlingstilbud ved Sct. Hans Hospital i Roskilde (se Oestrich & Holm, 2006). I Norge er erfaringer med innføring av kognitiv miljøterapi beskrevet (se Berntsen & Rønneberg, 2000; Krogstad & Rui Hansson, 2007), men det finnes ingen publisert forskning.

Utgangspunktet i kognitiv terapi er at emosjonelle problemer aldri er fri for tankeprosesser (Beck, 1967, 1976). Kognitiv omstrukturering av negative tanker ved hjelp av blant annet objektive eller logiske analyser utgjør et sentralt element i behandlingen (se Free, 2007; Padesky & Greenberger, 1995). Det antas at hvis pasienten argumenterer mot sine negative tanker («countering») om og om igjen, så blir de negative tankene progressivt svakere (se McMullin & Giles, 1981). I noen land skilles det strengt mellom kognitiv terapi og atferdsterapi, men internasjonalt er det vanlig å bruke begrepet kognitiv atferdsterapi (Martinsen, 2004). Likevel skilles det mellom rene intervensjoner for modifisering av pasientens tanker og rene atferdsmessige intervensjoner i terapi og terapeutiske behandlingsprogrammer (se Beck, 1995; Heimberg & Becker, 2002; Linehan, 1993). Et skille mellom kognitiv terapi og atferdsterapi har også bidratt til komplekse forskningsdesign for å undersøke om kognitiv omstrukturering i seg selv fører til kognitive forandringer og/eller atferdsforandringer (se Dobson, 2002).

Duncan et al. (2004) understreker betydningen av pasientens virkelighetsforståelse som utgangspunkt for terapeutisk endring. Pasienten må lære å stille spørsmål ved sin egen virkelighetsforståelse. White (2007) understreker at dette ikke handler om konfrontering eller tolkning, men om å avdekke meningsinnholdet i tenkning og undersøke hvordan dette kontrollerer ens liv. Negativ tenkning forandres ikke med mottanker, men med oppmerksom praksis. Kognitiv miljøterapi handler ikke om å konfrontere én sannhet med en annen, men å erfare at det finnes flere sannheter. I kognitiv miljøterapi må det legges vekt på at behandlingsprogrammet ikke består av atskilte kognitive og atferdsterapeutiske intervensjoner. Refleksjon over tenkning, følelser og handling må inngå i en syklus med atferdseksperimenter i reelle sosiale situasjoner.

Utviklingen i kognitiv terapi har gått i retning av lidelsesspesifikke kognitive behandlingsmodeller (Wells, 1997) med blant annet identifisering av ulike skjemaer og modustilstander (Young, Klosko & Weishaar, 2003). Det postuleres gjerne bestemte

tankeinnhold for bestemte lidelser. Komplekse kognitive modeller har blitt foreslått med inkorporering av utviklingspsykologisk teori (Nordby, 2002) og endog selvpsykologisk inspirert begrepsapparat som for eksempel «avspaltet selvskjema» (se Hoffart, 1999). Enda mer komplekse modeller finner vi i kognitiv terapi for par og familier hvor en inkluderer familieskjemaer i analysen (Dattilio, 2002). Antakelsen ser ut til å være at jo mer komplekse kognitive modeller, desto nærmere en virkelighetstro beskrivelse av pasientenes tankeprosesser er man kommet, og desto mer effektiv behandling kan man gi. Denne artikkelen stiller spørsmål ved om det er nødvendig med komplekse kognitive modeller for å forklare terapeutiske endringsprosesser.

### **Et normalpsykologisk perspektiv på psykiske lidelser**

Ordet «kognitiv» har vært definert som en indre representasjon av virkeligheten (se Klatzky, 1980) med en forståelse av hjernen som et system for informasjonsbehandling (se Helstrup & Kaufmann, 2000). Bruner (1990) har påpekt hvordan computermetaforen forledet den kognitive revolusjonens forståelse av menneskelig erkjennelse på slutten av 50-tallet. Filosofiske bevegelser som eksistensialisme, fenomenologi og hermeneutikk (se Gadamer, 1975; Heidegger, 1962; Husserl, 1931; Kierkegaard, 1961; Skjervheim, 1976) har diskutert begrensningene i et objektivistisk og naturalistisk vitenskapsideal. Von Glasersfeld (1984) mente at forestillingen om en ytre objektiv virkelighet som mennesket erfarer, og en objekt-subjekt-inndeling, har skapt et «pseudodilemma» i erkjennelsesteorien. Von Glasersfeld (1988) presiserer at mennesket ikke har mulighet til å oppnå sann representasjon av en eventuell virkelighet. Maturana (1988) refererer til dette som objektivitet-i-parentes. Det nærmeste mennesket kan komme, er å forstå hva virkeligheten ikke er. Når kognisjon ikke lenger betraktes som en representasjon av en ytre realitet, forsvinner også dualismens dilemma. Det er altså ikke situasjonen i seg selv som innvirker på vårt følelsesliv, men hvordan vi konstruerer den (Beck, 1964; Ellis, 1962; Kelly, 1955).

Computermetaforen og forståelsen av hjernen som et informasjonsbehandlingssystem har ført flere forfattere inn i diskusjoner om hvorvidt følelser er avhengige av forutgående kognitive fortolkninger eller ikke (se Lazarus, 1982; LeDoux, 1996; Zajonc, 1980). For Kelly (1955) representerer derimot de fenomenene vi betegner som kognitive, og de vi betegner som emosjonelle, likeverdige bestanddeler i våre personlige konstruksjoner. Det betyr at en ikke kan splitte kognisjon og følelser i separate prosesser rent psykologisk. Kellys psykologi om personlige konstruksjoner og konstruktivistisk tenkning har influert en rekke psykoterapiforfattere, og Beck (1967, 1976) betegner Kelly som en sentral innflytelse i kognitiv terapi. Ut fra en konstruktivistisk forståelsesramme betraktes tanker og følelser som mentale aktiviteter. Tanker og følelser er ikke noe vi får, men noe vi gjør. Vi er ikke passive mottakere av informasjon eller offer for våre følelser, men tillegger hendelser mening både kognitivt og følelsesmessig. Kognitiv terapi handler ut fra en slik forståelse ikke om å hente fram manifeste eller latente tanker som korresponderer med negative følelser, men om å navngi og organisere tanker og følelser.

Dunbar (1998) understreket at vår hjerne er spesialisert til å håndtere sosiale relasjoner. Evnen til å fortolke menneskelig atferd som intensjonal (Denket, 1987) og blant annet gjette andres intensjoner for å kunne forutse hva de vil gjøre («theory of mind»), er en generell menneskelig egenskap. Det å tilskrive egne og andre menneskers handlinger mentale tilstander, for å forklare og predikere atferd, refereres til som mentalisering (se Allen, 2006). Mentalisering er en aktivitet som hjelper oss med å fungere sosialt, og er eksempelvis helt nødvendig for selvrefleksjon, affektbevissthet, metakognisjon, empatisk forståelse og emosjonell intelligens. Evnen til å forklare egne og andres tanker, følelser og handlinger er grunnleggende for affektregulering og håndtering av mellommenneskelige relasjoner. Vi skal nå se nærmere på hvordan normalpsykologiske mekanismer kan begrense vår evne til mentalisering.

Kelly (1955) hevdet at nye erfaringer alltid først vil forsøkes forklart av eksisterende konstruksjonssystemer. Mennesket følger ikke en vitenskapelig slutningslogikk som tar utgangspunkt i avkreftelse (se Popper, 1963), men en slutningslogikk basert på bekreftelse. Newstead og Evans (1995) kaller dette bekreftelsestilbøyelighet («confirmation bias»). Problemet er at vi ikke leter etter alternative forklaringer hvis vi opplever eksisterende forklaringer som tilstrekkelige. Elster (1979) sier at «når en forklaring er god nok faller intellektet til ro». Vår hjerne velger ut hva vi skal fokusere oppmerksomheten på for å komme fram til en best mulig forståelse på kortest mulig tid. Vi abstraherer fra konkrete detaljer til helheter. Vi erstatter detaljer med begreper og generaliserer ut fra disse begrepene uten nødvendigvis å være klar over de abstraksjonssprang som gjøres (Argyris, Putnam & Smith, 1987). Dette har også blitt beskrevet som menneskets tilbøyelighet til å trekke raske slutninger for å finne et svar («need for closure») framfor å tolerere tvetydighet og manglende kontroll (se Kruglanski, 1989). Greenberg (2001) påpeker hvordan våre emosjoner forsterker vår tilbøyelighet til å trekke raske slutninger. Våre emosjoner gjør oss i stand til flukt eller kamp. I «kampen for overlevelse» er det lite rom for nyanser i våre tolkninger. Beck (1976) beskrev hvordan vår slutningslogikk har sammenheng med psykiske lidelser. Disse inkluderte eksempelvis vilkårlige slutninger, selektiv oppmerksomhet, overgeneralisering, feilvurdering av en hendelses betydning, personliggjøring og svart-hvitt-tenkning.

Kelly (1955) understreket at det er måten vi organiserer konstruksjonene på som først og fremst karakteriserer vår psykologi. Kelly hevdet at våre psykologiske konstruksjoner inngår i hierarkiske strukturer. Beck (1967) refererte til disse mer stabile hierarkisk strukturerte konstruksjonene som skjemaer. Skjemaene består av trossystemer om en selv og ens relasjon til andre av typen «Jeg er verdiløs» eller «Andre er ikke til å stole på». Slike trossystemer kalles ofte for grunnleggende antakelser, kjernetro eller kjerneoppfatninger, og blir etablert tidlig i livet. Skjemaene inneholder også trossystemer om hvordan en skal handle i forhold til egen kjerneoppfatning. Disse trossystemene kalles leveregler og kan ha et betinget «hvis-så»-uttrykk som for eksempel «Hvis jeg gjør alt riktig, så blir jeg likt» eller «Hvis jeg ikke alltid gjør en god jobb, så er jeg mislykket». Sentralt hos Beck er at kognitive skjemaer aktiverer

automatiske tanker i situasjoner. Eksempler på negative automatiske tanker som aktiveres i vanskelige situasjoner, kan være «Dette kommer jeg aldri til å klare» eller «Enn om jeg gjør en dårlig jobb». For Beck representerer de negative automatiske tankene overflatekarakteristika ved skjemaene, og de er forbundet med spesifikke negative følelser som angst og depresjon.

Bentall (2003) hevder at vi ikke trenger noen bakenforliggende sykdom som forklaring på psykiske lidelser. Våre forklaringer av egne og andres tanker, følelser og handlinger er avgjørende for de trossystemer vi etablerer, og vi leter ikke etter alternative forklaringer hvis vi opplever eksisterende forklaringer som tilstrekkelige. Bentall refererer til en rekke krysskulturelle studier som har vist at depresjon, mani og vrangforestillinger har med sosiale temaer å gjøre, slik som opplevelsen av å ikke strekke til, storhetsfølelse og forestillingen om å være forfulgt. Seligman (2006) har diskutert hvordan negativ forklaringsstil («explanatory style») fører til emosjonelle plager slik som depresjon. Garety og Hemsley (1994) har påpekt at vrangforestillinger dannes på samme måte som alminnelige antakelser.

Bentall (2003, s.141) understreker at «complaints are all there is», og at normalpsykologien kan gi tilstrekkelig forklaring på psykiske lidelser. En normalpsykologisk forståelse av mennesket som aktivt utforskende vil være utgangspunktet for kognitiv miljøterapi i et erfaringslæringsperspektiv hvor en terapeutisk tilrettelegger for at pasienter kan reflektere over sine erfaringer og teste ut egne antakelser i planlagte atferdseksperimenter.

#### RAMME 1

##### **Døgnetens organisering**

Døgnetenhet Orkdal er en åpen allmennpsykiatrisk døgnetenhet med 35 ansatte og 19 pasientplasser. Enheten har ansatt psykologer, psykiater, fysioterapeut, ergoterapeut, sosionom, vernepleiere, sykepleiere og hjelpepleiere, samt en kokk i halv stilling. Alle ansatte er organisert i tre tverrfaglige team etter modell av selvstyrte arbeidsgrupper (se Thorsrud & Emery, 1970). Teamene velger ut en pasientansvarlig og en primærkontakt for de pasientene de har det overordnede pasientansvaret for. Døgnetenheten har ikke tradisjonell turnus, men behovsrelatert arbeidstid (BRA) for vernepleiere, sykepleiere og hjelpepleiere. I BRA planlegges arbeidstiden i fellesskap for seks uker om gangen, avhengig av hvilke oppgaver de ansatte ved døgnetenheten har. Døgnetenheten har en overordnet ukeplan over alle aktiviteter. Ukeplanen legger føringer for den enkelte pasients egen timeplan. Miljøterapeutiske aktiviteter, tilpasset fysisk aktivitet, gruppeundervisning og individualterapi er lagt inn i den overordnede ukeplanen, slik at ulike behandlingstiltak ikke er i konflikt med hverandre rent tidsmessig. Det innebærer eksempelvis at psykologene må planlegge individualterapeutiske samtaler i henhold til pasientens timeplan.

#### **Erfaringslæring som referanseramme for kognitiv miljøterapi**

Argyris (1957) hevdet at vi bare lærer av de erfaringene vi forstår. Det er altså ikke hendelsen som er utslagsgivende for læring, men individets aktive konstruksjon av hendelsen. Kelly (1955) presiserte at en ikke kan lære noe uten å aktivt handle og samtidig reflektere over det som skjer. Schön (1983) understreker at bare ved refleksjon i handling («reflection-in-action») har individet mulighet til å konstruere nye handlingsteorier og alternativ praksis. Det er her sterke paralleller til klassikerne innenfor erfaringslæring som Dewey (1938) og Lewin (1951). Dewey vektla erfaring og refleksjon som utgangspunktet for læring. For Dewey var læring en aktiv prosess som innebærer handling. Lewin understreket at en ikke kan lære noe uten at en forsøker å forandre det. Erfaringslæringslitteraturen viser altså at aktiv handling og refleksjon står sentralt i lærings- og endringsprosesser. Kognitiv miljøterapi i et erfaringslæringsperspektiv har som utgangspunkt at følelser, kognisjon og handling ikke splittes opp i atskilte fenomener, men utgjør en enhetlig psykologisk prosess i det miljøterapeutiske forløpet.

### **Miljøterapeutisk forløp**

Kognitiv miljøterapi i et erfaringslæringsperspektiv omhandler både det som skjer her og nå, og implementering av planlagte behandlingsaktiviteter. Dette innebærer terapeutisk utnyttelse av dagliglivets spontane situasjoner, og gjennomføring av målrettede og strukturerte behandlingsprogrammer. En benytter konkrete situasjoner som oppstår, til å reflektere over temaer eller gjentakende mønstre i pasientens atferd, og har faste ukeplaner med undervisning og hjemmeoppgaver som pasienten skal følge mens han eller hun er innlagt.

Det planlagte behandlingsprogrammet er strukturert med utgangspunkt i Kolbs erfaringslæringssyklus (Kolb, 1984). I litteraturen finnes det en rekke læringssykluser som beskriver forskjellige aspekter ved læringserfaringen. Noen vektlegger det som går forut for erfaringen (Kelly, 1955; Prochaska & DiClemente, 1992), andre det som kommer ut av erfaringen (Demming, 1986; Pfeiffer & Jones, 1975). Antallet stadier i prosessen er ulikt fra forfatter til forfatter, men ofte er det fire stadier som beskrives. Juch (1983) har samlet og beskrevet sytten ulike erfaringslæringssykluser med fire stadier. Kolbs læringssyklus har vært anvendt innenfor lederopplæring, organisasjonsutvikling og undervisning (Kolb, 1984), og som modell for veiledning i kognitiv terapi (Hoffart & Nordahl, 2001).

Det kan selvsagt være forskjell på en erfaringslæringssyklus beskrevet som en planlagt behandlingsforløp og det som skjer rent læringsmessig. Refleksjon og handling kan læringsmessig være parallelle prosesser. Behandlingsprogrammet ved døgnenheten kan likevel beskrives som en erfaringslæringssyklus i fire stadier. Hvert av de fire stadiene knyttes sammen til en sirkel for å anskueliggjøre at erfaringslæring er en kontinuerlig og sirkulær prosess. Det sentrale her er at læring beskrives som en prosess og ikke som et resultat, som meningsdanning, psykologisk helhetlig, aktiv og kontinuerlig med utgangspunkt i erfaring, og som kunnskapsgenererende (Kolb, 1984).



Det første stadiet er den konkrete erfaringen hvor handlingen utspiller seg. Det neste stadiet er reflekterende observasjon hvor den lærende eksaminerer erfaringen fra så mange perspektiver som mulig og reflekterer over hva det betyr. Dataene som er innhentet gjennom reflekterende observasjon, er utgangspunkt for abstrakt begrepsdannelse hvor den lærende forsøker å strukturere, generalisere og abstrahere erfaringene til nye hypoteser og konkrete handlingsplaner. Disse er igjen utgangspunktet for reflektert eksperimentering i nye situasjoner. Deretter gjøres nye konkrete erfaringer, og læringssyklusen fortsetter.

Vi skal se hvordan Kolbs erfaringslæringssyklus anvendes til å strukturere det miljøterapeutiske tilbudet ved døgnenheten. Utgangspunktet for behandlingstilbudet har altså vært at kognitive og atferdsterapeutiske teknikker integreres i en helhetlig behandlingssyklus.

### **Figur 1.**

Erfaringslæringssyklusen  
(Kolb, 1984).

#### **Konkret erfaring**

Kognitiv miljøterapi i et erfaringslæringsperspektiv tar utgangspunkt i pasientens konkrete problemer og plager. Forut for innleggelsen ved døgnenheten gjennomføres det en forvernssamtale med pasienten. Forvernssamtalen inkluderer en kartlegging av pasientens problemer, slik som suicidaltanker, hallusinasjoner eller invalidiserende angst. Ikke alle symptomer kan kureres under selve innleggelsen, men må følges opp poliklinisk eller kommunalt etter utskrivning. Det er derfor viktig at det kommunale hjelpeapparatet deltar allerede på forvernssamtalen. Henvisende lege og/eller pasientens kontaktperson i psykisk helsevern lokalt inviteres med på forvernssamtalen hvis ikke pasienten motsetter seg det. Forvernssamtalen inkluderer også en avklaring av målet med innleggelsen og forventninger til deltakelse i behandlingsprogrammet.

Primærkontakten har en mottakssamtale med pasienten samme dag som pasienten blir innlagt. Mottakssamtalen inkluderer praktiske opplysninger om døgnenheten, rutiner, ukeplan, husregler, etc. I løpet av de første dagene gjennomfører pasientansvarlig psykolog eller lege en vurderingssamtale med pasienten. Både pasientansvarlig og primærkontakt inngår i det tverrfaglige teamet. Teamets hovedoppgaver er pasientadministrasjon, koordinering av behandlingsoppgaver, tverrfaglig kvalitetsutvikling og samarbeid med psykisk helsevern i kommunen. En av de første oppgavene for det tverrfaglige teamet er å utvikle en problemliste sammen med pasienten som skal inn i behandlingsplanen for døgnoppholdet (se Wright et al., 1993).

**Pasientstyrt tekjøkkendrift**

Orkdal DPS legger rent bygningsmessig opp til at aktiviteter i hovedsak skal gjøres utenfor bygget, slik at pasientene ikke pasifiseres inne på døgnetenheten. Det er for eksempel ingen aktivitetsrom eller arbeidsstuer i bygget. Alle pasienter har enerom med tekjøkken og bad/wc. Pasientene tar selv ansvaret for alle tørrmatsmåltider, dvs. frokost, lunsj og kveldsmat; middag serveres i kantina. Pasientene henter ut mat til eget bruk 1-2 ganger i uka avhenging av den enkeltes behov. Sammen med primærkontakten velger pasienten ut type og mengde mat fra DPS-kjøkkenets menylist, som er i tråd med norske ernæringsanbefalinger (Sosial- og helsedirektoratet, 2007). Den pasientstyrte tekjøkkendriften gir også større mulighet til å fokusere på sunt kosthold og individuell veiledning enn tradisjonell kafédrift.

**Reflekterende observasjon**

Det neste stadiet i erfaringslæringsssyklusen er reflekterende observasjon. Utgangspunktet blir pasientens angst, depresjon, suicidalitet, mani, sosiale tilbaketrekning, tvang, rusavhengighet, spiseforstyrrelse, selvskading, utagering, vrangforestillinger, hallusinasjoner, etc. På dette stadiet skal pasienten lære seg å relatere sine manifesterede plager til tanker, følelser, kroppslige reaksjoner og handlingsstrategier som oppstår i problemsituasjoner. En miljøterapeutisk hovedoppgave blir å hjelpe pasienten med å forstå det bakenforliggende meningsinnholdet i plagene, og skape en arena for alternative konstruksjoner gjennom reflekterende observasjon.

Rammeverket for reflekterende observasjon er ABC-modellen (Ellis, 1962). Det finnes flere varianter av denne modellen (McMullin, 2000) som inkluderer en rekke bokstaver i alfabetet (se for eksempel Ellis & Harper, 1997; Seligman, 2006; Wells, 2000), men ved døgnetenheten er det valgt å benytte Ellis' (1962) grunnleggende modell. A står for «activating event», B står for «belief» og C for «consequence», som på norsk oversettes til situasjon, tanke og konsekvens. Konsekvenser inkluderer både det rent følelsesmessige, kroppslige reaksjoner, handlinger som iverksettes, og sosiale følger. Videre kan konsekvenser også være nye tanker som et resultat av de kroppslige reaksjonene (for eksempel angst for angsten). Det meste av arbeidet med ABC-modellen foregår i døgnetenhetens gruppeundervisning to ganger i uken. Disse gruppene er åpne, og det er forventet at alle innlagte pasienter deltar i en gruppe så fremt det er mulig. Hvis ikke vil tilbudet bli gitt individuelt. Gruppeundervisningen har en fast agenda med gjennomgang av den kognitive grunnmodellen, hjemmeoppgaver og atferdseksperimenter. I tillegg presenteres ulike temaer fra gang til gang over en tre ukers periode. Temaene inkluderer det normalpsykologiske perspektivet på ulike psykiske lidelser, behandlingsplanlegging, angstens biologi, emosjoner og følelser, kognitiv søvnpsykologi, kjemiske stoffers innvirkning på hjernen, metabolsk syndrom, kosthold og ernæring, fysisk aktivitet og psykisk helse, etc.

Pasientene får utdelt et tre-kolonners skjema hvor de skal fylle ut sine egne ABC-er (se Free, 2007). ABC-modellen presenteres som pasientens eget analyseredskap og ikke som «behandlernes» måleredskap. Videre blir ikke ABC-modellen presentert som en kognitiv modell av psyken, men som et rammeverk for miljøterapeutisk dialog. Rent erfaringsmessig er heller ikke A, B og C i ABC-modellen uavhengige enheter, men deler av det samme fenomenet. Grunnen til at en deler opp i A, B og C, er å få pasientene til å rette oppmerksomheten mot alle sider ved erfaringen (Chadwick, Birchwood & Trower, 1996). Spørsmål pasienten skal stille seg selv, er eksempelvis: Hva skjedde? Hvor skjedde det? Når skjedde det? Hvem var involvert? Hva ville jeg oppnå? Hva gikk gjennom hodet mitt da det skjedde? Hva følte jeg? Hvordan reagerte kroppen min? Hva gjorde jeg? Hva kom ut av det? Gjennom å jobbe med tre-kolonners skjemaer for ulike konkrete problemsituasjoner skal pasientene stimuleres til å reflektere over egne erfaringer. I et erfaringslæringsperspektiv blir ABC-modellen et redskap som skal lære pasienten til å skille mellom tanker, følelser, kroppslige signaler og handlinger. Segal, Williams og Teasdale (2002) påpeker betydningen av full oppmerksomhet på egne tanker, følelser og handlinger i her-og-nå-situasjonen, eller det en kaller oppmerksomt nærvær («mindfulness»), for å forhindre tilbakefall i kognitiv terapi for depresjoner. Det er altså ikke bare den rent innholdsmessige endringen i pasientens tanker som hindrer tilbakefall i kognitiv behandling av depresjoner, men pasientens metarefleksive ferdigheter. ABC-modellen er et nyttig rammeverk for å forstå egne og andres mentale tilstander. I tillegg til å benytte ABC-modellen som analyseredskap på egne tanker, følelser og handlinger kan ABC-modellen anvendes til å reflektere over og forklare andres tanker, følelser og handlinger. ABC-modellen er derfor også et nyttig verktøy for mentalisering og utvikling av pasientens relasjonskompetanse.

Vi har sett at vi organiserer våre konstruksjonssystemer hierarkisk (Kelly, 1955). Bannister og Mair (1968) beskrev nedstigning («laddering») som en metode for å reflektere over de mer grunnleggende konstruksjonene ved å spørre «hvorfor» en tenker som en gjør. White (2007) presiserer at hvorfor-spørsmål er sentrale for å få informasjon om menneskers intensjoner og hva de verdsetter. I gruppeundervisningen benyttes en metode introdusert av Burns (1980) som blir kalt «the vertical arrow technique» eller «muldvarpspørsmål». Her skriver pasientene selv ned negative automatiske tanker på et ark, setter en vertikal pil under dem og følger sin egen negative assosiasjonsrekke ved å spørre seg selv: «Hvis.....er riktig, hvorfor vil det være så ille for meg?» Under hver tanke som skrives ned, setter pasienten en ny pil og stiller seg selv det samme spørsmålet om og om igjen (se Free, 2007). Gjennom denne øvelsen kan pasientene reflektere over meningsinnholdet i sine egne tanker, og konstruere kognitive kart som blir språklige uttrykk for eller modeller av hierarkiske skjemastrukturer, som dermed kan undersøkes og testes ut.

En utfordring med muldvarpspørsmål er at pasienten beskriver følelser i stedet for å undersøke meningsinnholdet i tankene. Et utsagn som «Da ville jeg få det fælt» kan resultere i at prosessen stopper opp og går i sirkel. Svarene skal skrives ned som utsagn om en selv, for eksempel «Mitt liv ville bli en katastrofe», ikke «Det ville bli en

katastrofe». En skal være så konkret som mulig, eksempelvis « Brødrene mine ville le av meg igjen», ikke «De ville le av meg igjen». White (2007) understreker at hvis hvorforspørsmål besvares med «Vet ikke», kan det være nyttig å tenke over hvordan resultatet evalueres. Et muldvarpspørsmål som ofte hjelper hvis prosessen stopper opp, er: «Hva er det aller verste som kan skje?» Fordelen med muldvarpspørsmål er at pasientene undersøker sine egne skjemaer i stedet for at de pålegges forhåndsdefinerte skjemaer slik som i skjemafokusert terapi (se Young et al., 2003). I tillegg gir muldvarpspørsmål pasientene trening i metakognitiv refleksjon og mentalisering.

### RAMME 3

#### **Innføringsseminar i kognitiv terapi**

Orkdal DPS og NIKT arrangerte 1-årig innføringsseminar i kognitiv terapi for ansatte med 3-årig sosial- og helsefaglig utdanning høsten 2006 og våren 2007. Målsettingen for seminaret har vært å øke kompetansen i kognitiv terapi blant personalet ved døgnerheten og samarbeidspartnere i kommunene. Totalt var det 45 deltakere, halvparten fra DPS-en og resten fra samarbeidskommunene. I tillegg til å øke kompetansen i kognitiv terapi har seminaret også bidratt til å etablere et felles språk i de månedlige samarbeidsmøtene DPS-en har med helsepersonell i de enkelte kommunene.

#### **Abstrakt begrepsdannelse**

Informasjonen pasientene har samlet inn om sammenhengen mellom tanker, følelser, kroppslige reaksjoner og atferd for ulike problemsituasjoner, danner utgangspunkt for utfylling av det som kalles et «cognitive conceptualization diagram» (se Beck, 1995, s. 139) eller kognitiv kasusformulering. Den kognitive kasusformuleringen som benyttes ved døgnerheten, skal inneholde en beskrivelse av pasientens sårbarhet, kjerneoppfatninger, leveregler og trygghetsstrategier som benyttes til å mestre levereglene. Videre skal kasusformuleringen inneholde beskrivelse av de problematiske situasjonene det skal jobbes med, de negative automatiske tankene pasienten får i situasjonene, følelser som oppstår, og handlinger som iverksettes. Utfyllelsen av kognitiv kasusformulering starter gjerne som en øvelse i undervisningsgruppen og avsluttes som en «hjemmeoppgave». Pasientene fyller altså ut kasusformuleringen selv for å unngå at det er terapeuters fortolkninger og beskrivelser som blir gjeldende. Det at pasientene fyller ut sin egen kognitive kasusformulering, gjør at de selv navngir sine erfaringer. Pennebaker (1997) viste at språklig symbolisering gjennom skriftlig formulering organiserer våre tanker og gir erfaringer ny mening. Greenberg (2004) påpeker at når emosjoner blir oversatt til ord, gir det pasienten mulighet til å reflektere over følelsene, konstruere ny mening og evaluere egne emosjonelle erfaringer.

For Kelly (1955) var terapi uttesting av hypoteser, basert på pasientens personlige konstruksjoner, planlegging av felteksperimenter og evaluering av resultatene. Den kognitive kasusformuleringen danner grunnlaget for gjennomføring av konkrete

atferdseksperimenter. Sammen med den enkelte pasient utarbeides det en plan for gjennomføringen av atferdseksperimentene og andre komplementære behandlingsaktiviteter slik som individualsamtaler, medisiner, kosthold og tilpasset fysisk aktivitet. Planen utarbeides senest en uke etter innleggelsen og skal ifølge DPS-veilederen (Sosial- og helsedirektoratet, 2006) inneholde diagnose/funksjonsstatus, konkrete observerbare mål for behandlingen, skissering av valgt behandlingstilnærming med begrunnelse, skissering av antatt varighet, og kriterier for avslutning. Wright et al. (1993) understreket at behandlingsplaner er et av de fundamentale elementene i kognitiv miljøterapi. Arbeidet med behandlingsplanen innledes med å etablere mål. Mens problemlisten representerte pasientens nåværende uønskede tilstand, skal mål formuleres som en framtidig ønsket tilstand. Ved døgnenheten anvendes SMART-regelen, som sier at målene må være spesifikke, målbare, aksepterte, realistiske og tidsavgrensede.

Spesifikke mål gjør det mulig å evaluere om pasienten har nådd målet, i motsetning til generelle mål. Et mål som sier «Jeg er blitt bedre» er vanskelig å evaluere. Målet må kunne knyttes til et observerbart og målbart resultat. Mål må heller ikke defineres ut fra affektive tilstander hvor fysiologisk aktivering blir indikator for suksess eller fiasko. Definer derfor mål ut fra atferd heller enn følelser. Mål må heller ikke defineres slik at utenomliggende forhold hindrer måloppnåelse. Sett mål for pasientens egen atferd, ikke for andres atferd. Mål må også være akseptert og forankret hos pasienten. For å understreke at målene er pasientenes mål, kan de derfor med fordel formuleres i jeg-form. Det er videre viktig å velge realistiske mål som har stor sjanse for å oppnås under innleggelsen. Derfor må målene være tidsavgrensede, mens langsiktige mål kan nås etter at man er utskrevet og eventuelt går i poliklinisk behandling.

Til sist velges konkrete aktiviteter som skal gjennomføres. Miljøterapeuter (eller andre involverte) som har ansvaret for å hjelpe pasienten med gjennomføring av de ulike aktivitetene, skal listes opp i behandlingsplanen. Aktivitetene formuleres som handlinger pasienten skal gjennomføre for å nå målene. For pasienter med angst kan dette være aktiviteter hvor en skal eksponere seg for skremmende situasjoner. For deprimerte kan det være aktiviteter for å få øket pasientens aktivitetsnivå. For pasienter med vrangforestillinger kan det være aktiviteter som tester ut sannsynligheten av vrangforestillingen. For pasienter som skader seg selv, kan det være trening i å identifisere, navngi og snakke om sterke følelser. Det er viktig at atferdseksperimentene gir pasienten en opplevelse av mestring og kontroll. Duncan et al. (2004) presiserer at en viktig komponent i terapeutisk endring er å hjelpe pasientene med å se framgang som et resultat av noe de selv har gjort og kan gjenta i framtiden. En må derfor være nøye med å ha en trinnvis progresjon i de aktivitetene som velges ut, og vurdere hvor lenge aktivitetene skal vare. For å måle vanskelighetsgraden, eller hvor utfordrende aktivitetene oppleves for pasienten, benyttes en subjektiv ubehagsskala («subjective units of distress») hvor 0 betyr ikke noe stress og 100 betyr maksimalt med stress. Prinsippet er at pasienten velger de aktivitetene som gir minst ubehag først og øker lengden på aktivitetenes varighet trinnvis.

## Aktiv eksperimentering

I det fjerde stadiet skal pasienten gjennomføre planlagte atferdseksperimenter. Pasienten har lært å mentalisere med utgangspunkt i ABC-modellen, og nå blir utfordringen å anvende det i reelle problemsituasjoner. Målet er å gjøre pasienten til det Schön (1983) betegner som en reflekterende praktiker («reflective practitioner»), dvs. reflektere over måten en tenker på i problemsituasjonen, ut i fra en forståelse av sammenhengen mellom tanke, følelse og handling. White (2007) understreker at terapi handler om å engasjere seg i problemer kaldt og rolig («cool engagement») slik at de kan analyseres på avstand. Evnen til å stanse opp og rette full oppmerksomhet mot tanker, følelser og handlinger er en avgjørende ferdighet i gjennomføringen av atferdseksperimenter. Vi ser her likheter med oppmerksomt nærvær (se Hart, 1987; Kabat-Zinn, 1990), metakognisjon (se Wells, 2000; Wells & Matthews, 1994), affektbevissthet (se Greenberg, 2001) og mentalisering (se Allen, 2006). Det må likevel understrekes at reflekterende praksis innebærer full oppmerksomhet i reelle problemsituasjoner med ABC-modellen som det grunnleggende rammeverk.

Reflekterende praksis utfordrer både innholdet i konstruksjoner og den konstruktive prosessen. Fundamentalt hos Kelly (1955) var konstruktiv alternativisme («constructive alternativism»), dvs. at mennesket har frihet til å konstruere alternative forklaringer. Det betyr ikke at en erstatter én forklaring med en annen, men at en utvider forståelsen av seg selv med å finne flere alternative forklaringer. ABC-modellen kan hjelpe pasienten med å finne alternative forklaringer, men er også et alternativt rammeverk på forklaring av emosjonelle plager i seg selv. Dette gir pasienten en alternativ forklaringsstil hvor emosjonelle plager relateres til negative automatiske tanker, leveregler og kjerneoppfatninger som kan undersøkes og testes ut. Det å undersøke og teste ut etablerte antakelser, mål og strategier refererer Argyris og Schön (Argyris, 1985; Argyris & Schön, 1974) til som modell II bruksteori («modell II theory-in-use») og som en nødvendig forutsetning for dobbeltsløyfet læring («double-loop learning»). Reflekterende praksis innebærer altså en «bruksteori» om hvordan en skal forholde seg til emosjonelle plager. Seligman (2006) refererer til en slik søken etter alternative forklaringer som lært optimisme («learned optimism»). Seligman presiserer at framgangsmåten i lært optimisme nettopp er undersøkelse med utgangspunkt i ABC-modellen.

Utgangspunktet for kognitiv miljøterapi i et erfaringslæringsperspektiv er at tanker og handlinger best kan undersøkes og testes ut i reelle situasjoner, for eksempel få erfaring med at trygghetsstrategier på kort sikt bidrar til mindre angst, men på lengre sikt fører til opprettholdelse av angstproblemen. White (2007) understreker betydningen av å jobbe med problemer erfaringsnært og konkret slik at det gir en opplevelse av at en har den kunnskap som trengs for å løse problemet. Poenget med reflekterende praksis er å erfare hvilke tanker som påvirker følelser og handlinger i problemsituasjoner, og at en har mulighet til å velge alternative. Når en pasient finner alternative forklaringsmodeller, og har tiltro til at en kan velge disse, vil han eller hun sannsynligvis oppleve å mestre. Bandura (1977) understreket at individet utvikler

mestringstro («self-efficacy») når det gang på gang opplever at det mestrer og forstår hvilke faktorer som innvirker på mestring. Mestringstro genereres altså ved at pasienten får tiltro til egen evne til å utføre en bestemt atferd. Derfor er det viktig at atferdseksperimentene blir det Bandura (1994) kaller mestringseksperimenter («mastery experiments») som gir pasienten en reell mulighet til reflekterende praksis. Bandura understreker at mestringstro og troen på at en kan kontrollere sine tanker («thought control efficacy»), er nøkkelfaktorer for menneskers tiltro til at de kan håndtere stress og psykiske plager selv.

## **Konklusjon**

Hovedbehandlingen pasienten får ved Døgnerhet Orkdal er kognitiv miljøterapi i et erfaringslæringsperspektiv. Medisinsk behandling, individualsamtaler og tilpasset fysisk aktivitet anses som komplementære behandlingsaktiviteter for å støtte opp under miljøterapien. Alle pasienter ved døgnerheten gjennomgår en grundig diagnostisk utredning og funksjonsvurdering. Døgnerhet Orkdal er en åpen enhet, og den miljøterapeutiske behandlingen er i utgangspunktet utviklet for pasienter som har så god selvkontroll og funksjonsevne at de kan følge et behandlingsopplegg i åpen institusjon. DPS-veilederen (Sosial- og helsedirektoratet, 2006) legger ikke opp til at DPS skal ha lukkede enheter. DPS-veilederens anbefalte oppgavefordeling mellom DPS og sentraliserte sykehusfunksjoner (s. 15) kan i utgangspunktet også fungere som avgrensning for kognitiv miljøterapi i et erfaringslæringsperspektiv. Foreslåtte eksklusjonskriterier for behandling på DPS er pasienter med behov for lukket avdeling, samt særlig kompliserte og sammensatte lidelser og utfordringer. Det er et åpent spørsmål hvorvidt den bevisste hjelpeholdningen som inngår i en kognitiv erfaringslæringsssyklus, også kan være nyttig for mennesker som arbeider og/eller er innlagt i sykehusavdelinger.

I utgangspunktet får alle pasienter som er innlagt på døgnerheten, tilbud om kognitiv miljøterapi i et erfaringslæringsperspektiv. Pasienter som av ulike grunner ikke kan delta i gruppeundervisning, får individuell tilpasset undervisning. Behandlingstilbudet integrerer kognitive og atferdsterapeutiske teknikker i en helhetlig erfaringslæringsssyklus. Derfor er målet at alle innlagte pasienter skal ha en fast ukeplan med planlagt undervisning og «hjemmeoppgaver» uansett diagnose. Utgangspunktet er at en alltid starter der pasienten er. Behandlingstilbudet gir pasientene trening i å se sammenhengen mellom situasjon, tanker og følelser, ferdigheter i problemløsning og kompetanse i uttesting av antakelser gjennom individuelt tilrettelagte atferdseksperimenter. Kognitiv miljøterapi i et erfaringslæringsperspektiv kan derfor også være et kognitivt treningstilbud for pasienter med for eksempel oppmerksomhetsproblemer, konsentrasjonsvansker og manglende problemløsningsferdigheter.

Kognitiv miljøterapi i et erfaringslæringsperspektiv har som overordnet mål å utvikle pasientenes mestringstro og tiltro til å forklare tanker, følelser og handlinger. Behandlingstilbudet ved døgnerheten er under evaluering. Det beskrevne

miljøterapeutiske rammeverket kan også anvendes i pasientens hjem, i det psykiske helsevernet ute i kommunene, i dagbehandlingstilbud eller i ambulant miljøterapi. Videre kan tilbudet være et fundament for individualterapeutisk oppfølging etter at pasienten er utskrevet fra døgnenheten eller mer intensive polikliniske behandlingsprogrammer for pasienter med personlighetsforstyrrelser (se Bateman & Fonagy, 2004; Linehan, 1993; Young et al., 2003).

Inge-Ernald Simonsen

Orkdal DPS Døgnenhet Orkdal

7300 Orkanger

Tlf 72 47 07 00

E-post [inge.ernald.simonsen@stolav.no](mailto:inge.ernald.simonsen@stolav.no)

*Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 44, nummer 11, 2007, side 1340-1349*

#### TEKST

**Inge-Ernald Simonsen**

+ [Vis referanser](#)

#### Referanser

Allen, J. G. (2006). Mentalizing in practice. I: J. G. Allen & P. Fonagy (Eds.). Handbook of mentalization-based treatment (ss. 3-30). Chichester: John Wiley & Sons.

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

Argyris, C. (1957). Personality and organization. New York: Harper & Row. Argyris, C. (1985). Strategy, change and defensive routines. Boston: Pitman.

Argyris, C., Putnam, R. & Smith, D. M. (1987). Action science. Concepts, methods, and skills for research and intervention. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.

Argyris, C. & Schön, D. A. (1974). Theory in practice: Increasing professional effectiveness. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.

Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. Psychological Review, 84, 191-215.

Bandura, A. (1994). Self-efficacy. I V. S. Ramachaudran (Ed.), Encyclopedia of human behaviour. Vol. 4. (ss. 71-81). New York: Academic Press.

Bannister, D. & Mair, J. M. M. (1968). The evaluation of personal constructs. London: Academic Press.

Bateman, A. W. & Fonagy, P. (2004). Psychotherapy for borderline personality disorder. Mentalization-based treatment. New York: Oxford University Press.

Beck, A. T. (1964). Thinking and depression, 2: Theory and therapy. Archives of General Psychiatry, 10, 561-571.

Beck, A. T. (1967). Depression: Experimental, and theoretical aspects. New York: Harper & Row.

Beck, A. T. (1976). Cognitive therapy and the emotional disorders. New York: International Universities Press.



- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: The Guilford Press.
- Beck, J. S. (1995). *Cognitive therapy: Basics and beyond*. London: The Guilford Press.
- Bentall, R. P. (2003). *Madness explained. Psychosis and human nature*. London: Penguin Books.
- Berntsen, U. & Rønneberg, B. M. (2000). Tankene styrer følelsene. *Tidsskriftet Sykepleien*, 88 (14), 61-63.
- Bruner, J. (1990). *Acts of meaning*. Cambridge: Harvard University Press.
- Bråten, S. (1985). *Modeller av menneske og samfunn. Bro mellom teori og erfaring fra sosiologi og sosialpsykologi*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Burns, D. D. (1980). *Feeling good. The new mood therapy*. New York: Avon Books.
- Chadwick, P., Birchwood, M. & Trower, P. (1996). *Cognitive therapy for delusions, voices and paranoia*. Chichester: John Wiley & Sons.
- Dattilio, F.M. (2002). Reworking family schemas. I: T. Scrimali & L. Grimaldi (Eds.), *Cognitive psychotherapy toward a new millenium: Scientific foundations and clinical practice* (ss. 151-156). New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Demming, W. E. (1986). *Out of the crisis*. Cambridge: MIT/CAES.
- Dennet, D.C. (1987). *The intentional stance*. Cambridge: MIT Press.
- Dewey, J. (1938). *Experience and education*. New York: Kappa Delta Pi.
- Dobson, K. S. (2002). *Handbook of cognitive-behavioral therapies* (2nd ed.). New York: Guilford Publications.
- Dunbar, R. I. M. (1998). The social brain hypothesis. *Evolutionary Anthropology*, 6(5), 178-190.
- Duncan, B. L., Miller, S. D. & Sparks, J. A. (2004). *The heroic client. A revolutionary way to improve effectiveness through client-directed outcome-informed therapy* (rev. ed.). San Francisco: Jossey-Bass.
- Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. Secaucus: Citadel Press.
- Ellis, A. & Harper, R. A. (1997). *A guide to rational living* (3rd rev. ed.). Hollywood: Wilshire Book Company.
- Elster, J. (1979). *Forklaring og dialektikk*. Oslo: Pax forlag.
- Frankel, R. M., Quill, T. E. & McDaniel, S. H. (Eds.). (2003). *The biopsychosocial approach: Past, present, future*. Rochester: University of Rochester Press.
- Free, M. L. (2007). *Cognitive therapy in groups: Guidelines and resources for practice* (2nd rev. ed.). Chichester: John Wiley & Sons.
- Furuholmen, D. & Schanche Andersen, A. (1998). *Fellesskapet som metode: Miljøterapi og evaluering i behandling av stoffmisbrukere* (2. utg.). Oslo: Cappelen akademisk.
- Gadamer, H. G. (1975). *Truth and method*. London: Sheed and Ward.
- Garety, P. A. & Hemsley, D. R. (1994). *Delusions: Investigations into the psychology of delusional reasoning*. Oxford: Oxford University Press.
- Goffman E. (1961). *Asylums. Essays on the social situation of mental patients and other inmates*. New York: Anchor Books.
- Greenberg, L. S. (2001). *Emotion-focused therapy. Coaching clients to work through their feelings*. Washington: American Psychological Association.
- Greenberg, L. S. (2004). Emotion-focused therapy. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 11, 3-16.
- Gunderson, J. G. (1978). Defining the therapeutic processes in psychiatric milieus. *Psychiatry*, 41, 327-335.

- Hansen, J. E., Rønnow, E., Mestringsstrategi-gruppen i Herning og Thorgaard, L. (2007). *Relationsbehandling i psykiatrien – bind V. Håndbog for relationsbehandlere (2 utg.)*. Stavanger: Hertervig Forlag.
- Hart, W. (1987) *The art of living: Vipassana meditation. As taught by S. N. Goenka*. San Francisco: Harper.
- Heidegger, M. (1962). *Being and time*. New York: Harper and Row.
- Heimberg, R. G. & Becker, R. E. (2002). *Cognitive-behavioral group therapy for social phobia. Basic mechanisms and clinical strategies*. New York: The Guilford Press.
- Helstrup, T. & Kaufmann, G. (2000). *Kognitiv psykologi*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Henriksen, A. T., Smedvig, K., Østebø, G., Aanderaa, M., Tytlandsvik, M., Dahle, A. S., Hammervold, U. & Stokka, M. (2007). *Miljøterapi – En modell for tenkning, holdning og handling i en psykiatrisk institusjon*. Stavanger: Stiftelsen Psykiatrisk Opplysning.
- Hersey, P. & Blanchard, K. H. (1972). *The management of organizational behaviour*. Englewood Cliffs: Prentice Hall.
- Hoffart, A. (1999). *Fra følelser via tanker til skjemaposisjoner: En skjemamodell for psykiske problemer og psykoterapi*. I: E. Dalsgaard Axelsen & E. Hartmann (red.), *Veier til forandring. Virksomme faktorer i psykoterapi* (ss. 148-163). Oslo: Cappelen Akademisk Forlag.
- Hoffart, A. & Nordahl, H. M. (2001). *Kvalitetssikring av kognitiv terapi: En modell for veiledning*. I: T. C. Stiles, H. M. Nordahl & T. Berge (red.), *Temanummer om kognitiv terapi*. Tidsskrift for Norsk Psykologforening, 38, 707-716.
- Husserl, E. (1931). *Ideas. General introduction to pure phenomenology*. London: George Allen & Unwin.
- Juch, B. (1983). *Personal development: Theory and practice in management training*. Chichester: John Wiley & Sons.
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness*. New York: Delacorte Press.
- Kelly, G. A. (1955). *The psychology of personal constructs – Volume one. A theory of personality*. New York: W.W. Norton.
- Kierkegaard, S. (1961). *Begrebet angst*. København: Gyldendals uglebøger.
- Klatzky, R. L. (1980). *Human memory. Structures and processes*. San Francisco: W.H. Freeman and Company.
- Kolb, D. A. (1984). *Experiential learning: Experience as the source of learning and development*. Englewood Cliffs: Prentice Hall.
- Krogstad, D. & Rui Hansson, A. L. (2007). *Erfaringer med innføring av kognitiv miljøterapi*. Tidsskrift for kognitiv terapi, 1, 6-13.
- Kruglanski, A. W. (1989). *Lay epistemics and human knowledge: Cognitive and motivational bases*. New York: Plenum.
- Larsen, E. (2004). *Miljøterapi med barn og unge. Organisasjonen som terapeut*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Lazarus, R. S. (1982). *Thoughts on the relationship between emotion and cognition*. *American Psychologist*, 37, 603-613.
- LeDoux, J. E. (1996). *The emotional brain: The mysterious underpinnings of emotional life*. New York: Simon & Schuster
- Lewin, K. (1951). *Field theory in social sciences*. New York: Harper & Row.
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Publications.

- Martinsen, E. W. (red). (2004). Kropp og sinn. Fysisk aktivitet og psykisk helse. Bergen: Fagbokforlaget.
- Maturana, H. R. (1988). Reality: The search for objectivity or the quest for a compelling argument. *The Irish Journal of Psychology*, 9, 1, 25-82.
- McGlashan, T. H. & Keats, C. J. Washington, D.C. (1989). *Schizophrenia: Treatment process and outcome*. Washington: American Psychiatric Press.
- McMullin, R. E. (2000). *The new handbook of cognitive therapy techniques*. (Rev. ed.). New York: W. W. Norton & Company.
- McMullin, R. E. & Giles, T. R. (1981). *Cognitive-behavior therapy: A restructuring approach*. New York: Grune and Stratton.
- Newstead, S. & Evans, J. St. B. T. (1995). *Perspectives on thinking and reasoning: Essays in honour of Peter Wason*. London: Psychology Press.
- Nordby, T. T. (2002). Kognitiv parterapi. En tilnærming som ivaretar betydningen av den individuelle sårbarheten i samspillet. *Fokus på familien*, 30, 46-60.
- Oestrich, I. H. & Holm, L. (red.). (2006). *Kognitiv miljøterapi. At skabe et behandlingsmiljø i ligeværdigt samarbejde* (2. udg.). København: Dansk Psykologisk Forlag.
- Padesky, C. A. & Greenberger, D. (1995). *Clinician's guide to mind over mood*. New York: The Guilford Press.
- Pennebaker, J. W. (1997). *Opening up: The healing power of expressing emotion*. New York: The Guilford Press.
- Pfeiffer, W. & Jones, J. E. (1975). *A handbook of structured experiences for human relations training - Vols. 1-5*. La Jolla: University Associates.
- Popper, K. R. (1963). *Conjectures and refutations: The growth of scientific knowledge*. New York: Routledge and Kegan Paul.
- Prochaska, J. & DiClemente, C. C. (1992). In search of how people change. *American Psychologist*, 47, 1102-1114.
- Schön, D. A. (1983). *The reflective practitioner. How professionals think in action*. New York: Basic Books.
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G. & Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. New York: The Guilford Press.
- Seikkula, J. (2000). *Åpne samtaler*. Oslo: Tano Aschehoug.
- Seligman, M. E. P. (2006). *Learned optimism. How to change your mind and your life*. New York: Vintage Books.
- Skjervheim, H. (1976). *Deltakar og tilskodar*. Oslo: Tanum-Norli.
- Sosial- og helsedirektoratet (2006). *Distriktpsikiatriske sentre - med blikket vendt mot kommunene og spesialiserte sykehusfunksjoner i ryggen*. Oslo: IS-1388.
- Sosial- og helsedirektoratet (2007). *Handlingsplan for bedre kosthold i befolkningen (2007-2011). Oppskrift for et sunnere kosthold*. Oslo: IS-0210.
- Stacey, R. D. (2003). *Complexity and group processes. A radically social understanding of individuals*. New York: Brunner-Routledge.
- Strand, L. (1999). *Fra kaos mot samling, mestring og helhet. Psykiatrisk sykepleie til psykotiske pasienter*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Thorgaard, L. & Haga, E. (2007). *Relationsbehandling i psykiatrien - bind I. Gode relationsbehandlere og god miljøterapi* (2 utg.). Stavanger: Hertervig Forlag.
- Thorsrud, E. & Emery, F. E. (1970). *Mot en ny bedriftsorganisasjon. Eksperimenter i industrielt demokrati. Fra samarbeidsprosjektet LO/NAF*. Oslo: Tanum.

- Tveit, H., Haaland, T., Knudsen, H. & Bøe, T. (2003). Miljøterapeutiske prosesser i en psykiatrisk avdeling. Forståelse - forankring - forandring. Stavanger: Stiftelsen Psykiatrisk Opplysning.
- Vatne, S. (2006). Korrigere og anerkjenne. Relasjonens betydning i miljøterapi. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Von Glasersfeld, E. (1984). An introduction to radical constructivism. I P. Watzlawick (Ed.), *The invented reality. How do we know what we believe we know?* (ss. 17-40). New York: W. W. Norton & Company.
- Von Glasersfeld, E. (1988). The reluctance to change a way of thinking. *The Irish Journal of Psychology*, 9, 1, 83-90.
- Wells, A. (1997). *Cognitive therapy of anxiety disorders. A practice manual and conceptual guide*. Chichester: John Wiley & Sons.
- Wells, A. (2000). *Emotional disorders and metacognition: Innovative cognitive therapy*. Chichester: John Wiley & Sons.
- Wells, A. & Matthews, G. (1994). *Attention and emotion: A clinical perspective*. East Sussex: Psychology Press.
- White, M. (2007). *Maps of narrative practice*. New York: W. W. Norton & Company.
- Wright, J. H., Thase, M. E., Beck, A. T. & Ludgate, J. W. (Eds.). (1993). *Cognitive therapy with inpatients. Developing a cognitive milieu*. New York: The Guilford Press.
- Young, J. E., Klosko, J. S. & Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy. A practitioner's guide*. New York: The Guilford Press.
- Zajonc, R. B. (1980). Feeling and thinking: Preferences need no inferences. *American Psychologist*, 35, 151-175.