

Victoria Aspli

# KOGNITIV MILJØTERAPI SOM BEHANDLING FOR SOSIAL ANGSTLIDELSE

Cognitive milieu therapy as a treatment for social anxiety disorder

Bacheloroppgave i Sosialt Arbeid

Veileder: Marianne Nilsen

Mai 2022



Victoria Aspli

# **KOGNITIV MILJØTERAPI SOM BEHANDLING FOR SOSIAL ANGSTLIDELSE**

Cognitive milieu therapy as a treatment for social anxiety disorder

Bacheloroppgave i Sosialt Arbeid  
Veileder: Marianne Nilsen  
Mai 2022

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet  
Fakultet for samfunns- og utdanningsvitenskap  
Institutt for sosialt arbeid



Kunnskap for en bedre verden



## SAMMENDRAG

Bekymring og engstelse er noe de fleste kan kjenne på nå og da. Grensen mellom normal og psykisk syk kan oppfattes nokså glidende. Dersom angsten går betydelig utover livskvalitet og fungering i hverdagen kategoriseres det som en angstlidelse. Forskning viser at angst er den vanligste gruppen psykiske lidelser blant unge voksne i Norge. Om lag en av fire rammes av en angstlidelse i løpet av livet, og rundt 15 prosent i løpet av et år (FHI, 2019). Det er ulike former for angstlidelser og jeg har valgt å ta for meg sosial angst. En person som sliter med sosial angstlidelse kan risikere å ende opp med et liv utenfor samfunnet, da de fleste sosiale situasjoner oppleves som plagsomme. Et liv uten relasjoner, kan oppleves meningsløst og kan ofte føre til depresjon, rusavhengighet eller andre psykiske lidelser. Det finnes gode behandlinger for sosial angst, og den kognitive behandlingsmodellen viser positive resultater. Oppgaven skal benytte eksisterende litteratur for å belyse den kognitive modellen i en miljøterapeutisk kontekst. Selv om det er mange positive funn, skal jeg diskutere metodikken med et kritisk blikk og undersøke utfordringene med kognitiv miljøterapi for personer med sosial angstlidelse

## ABSTRACT

Worries and anxiety are something most of us can feel now and then. The line between normal and mentally ill can be perceived as quite slippery. If the anxiety significantly exceeds the quality of life and daily function, it is categorized as an anxiety disorder. Research shows that anxiety is the most common group of mental disorders among young adults in Norway. About one in four suffers from an anxiety disorder during a year (FHI, 2019). There are various forms of anxiety disorders, and I have chosen to write about social anxiety. A person struggling with social anxiety disorder may risk ending up with a life outside the society, as most social situations are perceived as difficult. A life without relationships can be experienced as meaningless and the feeling can often lead to depression, drug addiction or other mental disorders. There are good treatments for social anxiety, and the cognitive treatment model shows positive results. The thesis will use existing literature to illuminate the cognitive model in an environmental therapeutic context. Although there are many positive findings, I will discuss the methodology with a critical eye and examine the challenges of cognitive milieu therapy for people with social anxiety disorder.

## Innholdsfortegnelse

<b>SAMMENDRAG</b> .....	<b>0</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>0</b>
<b>1.0 Innledning</b> .....	<b>3</b>
<b>1.1 Innføring i tema og presentasjon av problemstilling</b> .....	<b>3</b>
<b>1.2 Bakgrunn for valg av tema</b> .....	<b>3</b>
<b>1.3 Definisjon av sentrale begreper</b> .....	<b>4</b>
1.3.1 Kognitiv terapi.....	4
1.3.2 Miljøterapi .....	4
1.3.3 Kognitiv miljøterapi.....	5
1.3.4 Sosial angst .....	5
1.3.5 Livskvalitet .....	6
<b>1.4 Relevans for sosialt arbeid</b> .....	<b>6</b>
<b>1.5 Oppgavens oppbygging</b> .....	<b>6</b>
<b>2.0 Metode</b> .....	<b>7</b>
<b>2.1 Teoretisk oppgave</b> .....	<b>7</b>
<b>2.2 Søkeprosessen og strategier</b> .....	<b>7</b>
2.2.1 Inklusjonskriterier: .....	8
2.2.2 Søkord og antall treff: .....	8
<b>2.3 Forskningens relevans og kildekritikk</b> .....	<b>9</b>
<b>3.0 Teori</b> .....	<b>9</b>
<b>3.1 Sosial angst</b> .....	<b>9</b>
3.1.1 Sosial angst og sosial fobi .....	9
3.1.2 Typiske kjennetegn ved sosial fobi .....	10
<b>3.2 Kognitiv miljøterapi</b> .....	<b>11</b>
3.2.2 Kognitiv modell .....	12
.....	13
.....	13
3.2.3 Negative automatiske tanker .....	13
3.2.4 Eksponering.....	14
<b>3.3.Beskrivelse av miljøterapi: Modum Bad og TEDD</b> .....	<b>15</b>
<b>3.4 Relevant litteratur</b> .....	<b>16</b>
<b>4.0 Diskusjon</b> .....	<b>16</b>
<b>4.1 Kognitiv tilnærming</b> .....	<b>17</b>
4.1.1 «Forandret litt på tankemønsteret mitt».....	17
4.1.2 En emosjonell berg og dalbane .....	18
4.1.3 Langtidseffekten .....	18
4.1.4 Passer det for alle?.....	19
4.1.5 Mellommenneskelige vanskeligheter og personlig kompetanse .....	20
<b>4.2 Kognitiv miljøterapi</b> .....	<b>20</b>

4.2.1 Psykoedukasjon.....	20
4.2.2 Modum Bad og TEDD.....	21
4.2.3 Omgivelsenes helsebringende effekt .....	21
<b>4.3 Den kognitive modellens begrensinger .....</b>	<b>22</b>
<b>4.4 Overførbarhet .....</b>	<b>23</b>
<b>5.0 Avslutning.....</b>	<b>23</b>

## 1.0 Innledning

### 1.1 Innføring i tema og presentasjon av problemstilling

Sosial angstlidelse er en av de mest utbredte psykiske lidelsene i Norge (FHI, 2019). Lidelsen kan påvirke livskvaliteten betraktelig, og kan føre til andre plager som depresjon, rusavhengighet og sosial isolasjon (Hoffart, 2008). Kognitiv terapi viser seg å være en behandling med gode resultater for personer med sosial angst. Terapien kan bidra til læring om egen diagnose, og hvordan man kan anvende alternative tenkemåter (Berge & Repål, 2010). I de siste årene har innleggelsestidene på DPS og sentralsykehus blitt kortere og personalet er preget av travelhet, samtidig som pasientene trenger en helhetlig og integrert tilnærming i behandlingsmiljøet. I tillegg har det blitt færre innleggelser og mer satt mer søkelys på å styrke kommunenes tjenestetilbud og de siste årene (Borge, 2013). På bakgrunn av dette kan det være nyttig at miljøterapeuter anvender den kognitive modellen i møte med pasienter eller beboere, altså at de anvender kognitiv miljøterapi (KMT). Er det hensiktsmessig at personalet har en kognitiv terapeutisk tilnærming? Jeg har valgt å se nærmere på dette temaet. Problemstillingen for oppgaven er «*Kan kognitiv miljøterapi bidra til å forbedre livskvaliteten til unge voksne med sosial angst?*» Jeg har valgt å avgrense oppgaven til å ta for seg unge voksne fra 18-25 år. Fokuset vil være på mulighetene og begrensingene ved en slik metodikk.

### 1.2 Bakgrunn for valg av tema

Høsten 2021 hadde jeg min praksisperiode på en dagbemannet avdeling for unge voksne med rusproblematikk og/eller ulike psykiske utfordringer. Nå har jeg startet å jobbe på enheten, og min interesse for miljøterapi og ulike metoder og verktøy har vokst. Beboerne har sammensatte utfordringer, og flere har dobbeltdiagnoser. Flertallet sliter med sosial angst og depresjon. I praksis fikk jeg erfart mange givende og lærerike samtalsituasjoner, og jeg fikk benyttet meg av metoden motiverende intervju (MI). Selv om MI kan være en nyttig samtalemetodikk, har jeg også blitt nysgjerrig på kognitiv terapi som en metode i det daglige miljøarbeidet. Jeg har savnet noen konkrete metoder og tilnærminger i enkelte situasjoner og samtaler, og skal derfor prøve å sette lys på hvordan KMT kan brukes i møte med unge voksne som sliter med sosial angst. En økt kunnskap om læring, mestring i institusjoner er



dagsaktuelt, da det stilles spørsmål om nytten av innleggelser og institusjoner. De siste 20-30 årene har antall sengeplasser i psykisk helsevern blitt kraftig redusert (Borge, 2013).

Regjeringens målsetting har vært poliklinisk behandling i nærmiljø framfor innleggelser, og det har derfor skjedd en desentralisering av tjenester fra sykehus og økt bruk av distrikts-psykiatriske sentre (DPS) og poliklinisk ambulant behandling framfor døgnbehandling (St. prp. Nr. 63 (1997 -1998)). Den kognitive modellen er blitt en hyppig brukt tilnærming i behandling av en rekke psykiske lidelser, inkludert sosial angstlidelse.

### 1.3 Definisjon av sentrale begreper

#### *1.3.1 Kognitiv terapi*

Kognitiv adferdsterapi er et paraplybegrep som dekker flere terapeutiske metoder som bygger på læringspsykologi og kognitiv psykologi. Teorien i kognitiv terapi har utviklet seg og inneholder elementer fra adferdsterapi. Derfor bruker mange forfattere og forskere begrepet kognitiv adferdsterapi istedenfor kognitiv terapi. I denne oppgaven velger jeg å bruke begrepet kognitiv terapi, da det blir mest brukt i empirien og litteraturen jeg skal anvende. Samarbeid og brukerens ressurser er viktige prinsipper som ligger til grunn i terapien. Kognisjon dreier seg om hvordan en tenker om konkrete hendelser. Tanker påvirker følelsene våre (Berge & Repål, 2010, s. 10). Den indre samtalen og den personlige virkeligheten vi alle danner oss er tungtveiende i kognitiv terapi. Terapien kan handle om å prøve å endre negative automatiske tanker. Et viktig mål i terapien er å lære brukeren alternative tenkemåter. Hjelp til selvhjelp er et sentralt mål (Berge & Repål, 2010, s. 24). Terapien har hovedfokuset på nåtiden, og ønsker i hovedsak ikke å grave i fortiden og årsaker til utfordringene (Dramsdaahl & Jordahl, 2015, s. 121).

#### *1.3.2 Miljøterapi*

Miljøterapi kan defineres som «behandlingsmessige tiltak innenfor rammene av en organisatorisk enhet» (Dramsdaahl & Jordahl, 2015). Begrepet er todelt. «Miljø» innebærer organisering og tilrettelegging. «Terapi» betyr forandring og utvikling (Larsen, 2004, s. 22). Miljøet forstås som omgivelsene, atmosfæren, arkitekturen og personalet. Relasjonen til brukeren er verdifull, og det er viktig med individuell tilpasning og fleksibilitet i møte med brukeren. Dramsdaahl og Jordahl (2015) trekker frem varme, empati og positiv holdning som

sentralt i miljøterapi. Personalets teoretiske forankring bør være samstemt og behandlingsmodellen enhetlig (Dramsdahl & Jordahl, 2015).

### *1.3.3 Kognitiv miljøterapi*

KMT er når kognitive prinsipper er implementert i miljøterapien hos personalet på en avdeling. Det finnes forskjellige modeller, men det er helhetsmodellen som er den vanligste på psykiatriske institusjoner. Det innebærer at hele avdelingen inklusiv hoved-terapeuten er drevet av kognitive prinsipper (Dramsdahl & Jordahl, 2015, s. 32). I KMT er holdninger og tanker sentralt, og det kjennetegnes av at hver beboer/pasient får skreddersydde program. Ofte kan det kombineres med individuell-terapi. Kjernen i KMT er at implementeringen av et terapeutisk miljø kan styrke den enkeltes evne til å reflektere og påvirke sin egen situasjon (Dramsdahl & Jordahl, 2015, s. 38).

### *1.3.4 Sosial angst*

Sosial angst er en frykt for å dumme seg ut foran andre og redd for andres oppfatning av seg. En slik frykt er vanlig for de fleste av oss, men noen plages mer enn det som er vanlig. Hoffart (2008) skiller mellom sosial angst og sosial fobi. Sosial fobi er når den sosiale angsten kan kalles en diagnose. Unnvikelsen og frykten forstyrrer livet og fungeringen i hverdagen i så stor grad at det er noe som opptar store deler av døgnet. Angsten kan også være forhåndsangst. For eksempel en angst for et selskap som skal skje flere måneder frem i tid. Ifølge Hoffman blir det bare kategorisert som en diagnose om en møter denne frykten regelmessig. Graden av ubehag er derfor ofte ikke nok til å få diagnosen sosial fobi. Typisk for personer med sosial angst/fobi er en frykt for at noen ser frykten og flauheten. Eksempler på angstsymptomer kan være hjertebank, skjelving, svetting, ubehag i magen, spenning av muskler, rødming eller tankekaos. Hvis fler av disse skjer samtidig og kraftig kan en få et panikkanfall (Hoffart, 2008, s. 15). Sosial angst er en av de mest utbredte angstlidelsene, med en livsrisiko på 13 %. Ofte kan den oppstå i tenårene, da de fleste er ekstra oppmerksom på andres vurderinger og bekreftelser (Hougaard, 2006, s. 41). I en kognitiv behandling av sosial angst vektlegges aksept. Registering av situasjoner, episoder og endringer ved hjelp av skjemaer er ofte med i behandlingen. I tillegg er arbeid med negative automatiske tanker, eksponering og oppbyggelse av selvtillit også viktig (Hougaard, 2006).

### 1.3.5 Livskvalitet

Livskvalitet omfatter ulike aspekter ved en persons liv, og hvordan den enkelte opplever livet.

Ordet kan ifølge Barstad (2016) forstås som et samlebegrep for velferdens ikke-økonomiske sider. Helse, utdanning, sosiale relasjoner, personlig trygghet og tilfredshet med livet er noen viktige aspekter. Livskvalitet innebærer både subjektive og objektive sider, men det subjektive vektlegges sterkest. Materiell og økonomisk velstand trenger altså ikke å bety at man har et godt liv, men det er heller den psykiske rikdommen som er viktig (Barstad, 2016).

### 1.4 Relevans for sosialt arbeid

Som sosialarbeider er det viktig å kunne anvende faglig kunnskap om kommunikasjon i møte med brukere (Forskrift om nasjonale retningslinjer for sosionomutdanning, 2019, §8).

Kognitiv miljøterapi kan være en nyttig kompetanse på mange ulike arenaer i feltet. Skaus (2017) kompetansetrekant trekker frem relevansen av yrkesspesifikke ferdigheter (Skau, 2017). Ressursmobilisering er et viktig prinsipp i sosialt arbeid. Det betyr at en skal tro på brukerens iboende ressurser og bidra til motivering og mobilisering (Fellesorganisasjonen, 2017, s. 2). Anerkjennelse, myndiggjøring og brukermedvirkning er også viktige verdier for en sosialarbeider (Ellingsen & Skjefstad, 2015, s.97). KMTs prinsipper er samsvarende. Egenmestring og brukermedvirkning er også her grunnleggende verdier og det skal foregå som et samarbeidsprosjekt mellom brukeren og terapeuten (Dramsdahl & Jordahl, 2015, s. 92). En sosionom skal arbeide for å «forebygge, løse og redusere sosiale problemer» (Fellesorganisasjonen, 2017, s. 1). KMT for unge voksne med sosial angst, er derfor en form for sosialt arbeid der en forsøker å redusere et sosialt problem i møte med individet.

### 1.5 Oppgavens oppbygging

Oppgaven består av fire kapitler inkludert innledningen. Kapittel 2 beskriver metoden litteratursøk og hvordan jeg har gått fram for å finne relevante artikler, bøker, rapporter, avhandlinger og annen litteratur. I teorikapittelet skal jeg utdype de mest sentrale begrepene, gi en beskrivelse av miljøterapi ved hjelp av noen eksempler, samt gi en presentasjon av hva litteraturen sier om problemstillingen min. I det fjerde kapitelet skal jeg drøfte

problemstillingen i lys av funnene. Til slutt skal jeg avrunde med en avslutning som skal knytte sammen oppgavens funn og oppsummere hovedpoengene.

## 2.0 Metode

I metodedelen skal jeg gjøre rede for hvordan jeg gikk frem med litteratursøk og kriteriene for utvelgelsesprosessen. Deretter vil jeg reflektere rundt forskningens relevans. En metode er ifølge Dalland (2017) en systematisk framgangsmåte, der en forsøker å undersøke noe. Det er altså et hjelpemiddel for å samle data, til å svare på en problemstilling. En metode skal bidra til at oppgaven blir etterprøvable som gir oppgaven gyldighet og holdbarhet. Det betyr at leseren skal kunne etterprøve ved å se på de oppgitte søkeordene og referansene som er oppgitt (Dalland, 2017). Denne bacheloroppgaven er en teoretisk oppgave med elementer fra litteraturstudie.

### 2.1 Teoretisk oppgave

En teoretisk oppgave kan beskrives som «Den litterære oppgaven», der hoveddelen baseres på allerede eksisterende litteratur og forskning (Dalland, 2017, s.207). En slik oppgave er ikke like omfattende som en litteraturstudie og følger ikke de samme konkrete reglene som en slik forskningsoppgave. Oppgavens hovedgrunnlag vil være 5 vitenskapelige artikler. I tillegg vil jeg supplere med annen litteratur, slik som fagbøker og doktoravhandlinger.

### 2.2 Søkeprosessen og strategier

Bacheloroppgavens startsfase gikk ut på å først velge et tema også videre formulere en problemstilling. Det var viktig å vite at det fantes nok litteratur på det valgte temaet før problemstillingen ble spikret. I begynnelsen var søkeprosessen ustrukturert, for å skape et overblikk. Deretter startet de strukturerte litteratursøkene. Mot slutten av skriveprosessen, benyttet jeg en litt mer tilfeldig søkemetode i søkemotoren «Google scholar». Jeg har hovedsakelig benyttet databasene «Oria» og «Scopus» i de strukturerte søkene. For å operasjonalisere søkene fulgte jeg helsebiblioteket sin anbefaling om å bruke verktøyet «PICO», som står for «P» populasjon, «I» fenomen av interesse og «Co» for kontekst. Det er et verktøy som kan bidra til å presisere problemstillingen og kan hjelpe meg til å finne effektive søkeord (Helsebiblioteket, 2016). For å redusere og sikte seg inn på de mest

relevante treffene kan man benytte seg av inkluderingskriterier og ekskluderingskriterier. Inkluderingskriterier kan være språk, tidsrom og publikasjonstype. Ekskluderingskriterier kan være oversiktsartikler, studentoppgaver eller artikler som er gamle. (Støren, 2013).

Under har jeg skissert en oversikt med søkeordene, antall treff når jeg brukte ordene i samme søk, samt hvilke inklusjonskriterier jeg hadde. På de tilfeldige og ustrukturerte søkene har jeg brukt ord både alene og sammen med hverandre. På Scopus fikk jeg kun treff på engelske ord.

### 2.2.1 Inklusjonskriterier:

Utgitt fra 2010, fagfelleverdert, doktoravhandlinger, masteroppgaver, norsk, dansk, engelsk, svensk.

### 2.2.2 Søkeord og antall treff:

	Ustrukturerte søkeordene	Strukturerte søkeord	Strukturerte søkeord på engelsk
<b>Ord</b>	1. «Unge voksne*» «Ungdom*» 2. «Sosial angst*» 3. «Kognitiv miljøterapi*» «Kognitiv terapi*» «Miljøterapi» *	1. «Sosial angst*» «angst*» 2. «Kognitiv miljøterapi*» Kognitiv terapi*» «KMT*» «Miljøterapi*»	1. «youth*» «young adults*» «young*» 2. «Social anxiety*» 3. «Cognitiv therapy*» «milieu therapy*»
<b>Antall treff</b>	Oria: 59	Oria: 44	Oria: 96 Scopus: 171

I tillegg til litteratursøk har jeg snakket med kolleger på arbeidsplassen min, gått gjennom litteratur i deres bibliotek og tatt imot tips fra dem om relevante fagbøker.

Videre ved å lese fagbøker, doktoravhandlinger, studentoppgaver og se gjennom litteraturlistene har jeg oppdaget forskning og nyttig litteratur. Det viste seg å være mye forskning om kognitiv terapi for sosial angst, men mye mindre om kognitiv miljøterapi.

I tillegg var det begrenset med litteratur som tok for seg spesifikt unge voksne eller ungdom. Etter en nøye og kritisk gjennomgang av eksisterende forskning valgte jeg å bruke 5 kvalitative studier som hovedgrunnlag.

## 2.3 Forskningens relevans og kildekritikk

I arbeide med litteraturen er det viktig å være bevisst på hvilken holdning man har. Støren (2013) understreker at det er viktig å stille seg kritisk og skeptisk til sannheter. Det handler om at man innehar en undersøkende og årsakspørrende holdning når man leser artiklene (Støren, 2013). Mine erfaringer på praksis og jobb kan ha farget mitt syn på en kognitiv tilnærming. Jeg har et inntrykk av at avdelingen jeg jobber på har implementert kognitive metoder, og at det har en positiv effekt på beboere som har angstproblematikk. Derfor er det viktig å forsøke å ha en slags nøytralitet når jeg diskuterer problemstillingen og være klar over at metoden har begrensinger og kanskje ikke er like passende for alle.

## 3.0 Teori

Teorikapittelet skal gi en grundig forklaring av de sentrale begrepene. Jeg skal gi en utdypende beskrivelse av sosial angst, kognitiv miljøterapi, den kognitive modellen og kognitiv behandling. Deretter skal jeg gi en beskrivelse av miljøterapi med to eksempler som kan gi et bilde på hvordan et opphold på en DPS kan se ut.

### 3.1 Sosial angst

#### 3.1.1 Sosial angst og sosial fobi

Angst, frykt, fobi og panikk er beslektede ord som brukes om hverandre. Frykt er ifølge Håkonsen (2018) en tankemessig aktivitet, der trusselen kan være reel og farlig, og frykten kan dermed ofte være hensiktsmessig. Angst er en uhensiktsmessig reaksjon. Den er en følelsesmessig opplevelse og er ikke fornuftig og realistisk. Det oppleves som en spenningstilstand, med symptomer som skjelving, økt puls og overfladisk pust. Fobi, kommer av det greske ordet phobos, som betyr flukt.

Det kjennetegnes ved et sterkt ønske om å unngå det som skaper angst. Angsten utløses når man eksponeres for det. Håkonsen beskriver fobi som lammende angst. Panikk er når angsten og de nevnte symptomene blir overveldende.

Og det kjennetegnes med at man febrilsk forsøker å føle seg trygg. Tilstanden er intens og akutt både fysisk og kognitivt (Håkonsen, 2018, s. 297). Et vanlig trekk hos mennesker som sliter med angstlidelser er at de bekymrer seg mye og at bekymringene kan føles ukontrollerbare. Håkonsen hevder at hovedproblemet med angsten, er tankemessige mønstre. Angstlidelser kan være veldig utmattende, da hjernen ofte benytter en kamp-eller-flukt-mekanisme. Denne mekanismen utløses i hjernestammen. Over hjernestammen ligger det limbiske systemet. Der reguleres følelser og angst. Ovenfor den limbiske delen finner vi hjernebarken, der tanker, forståelse og fortolkninger skjer. Siden hjernestammen ligger lengst unna hjernebarken, kan det være en årsak til at angst er utfordrende å behandle. En forenklet forståelse av angstlidelser, kan være at bremsene i hjernebarken er blitt dårlige (Håkonsen, 2018, s. 299). Sosial angst er noe de fleste kan kjenne på nå og da. Når den sosiale angsten tar stor plass i livet og begrenser hverdagen i stor grad, havner det under kategorien fobisk angst, som er en psykisk lidelse. Sosial fobi fikk plass i det internasjonale diagnosesystemet på 80-tallet. Hoffart (2008) understreker at det bare kan kategoriseres som en diagnose om fobien ikke kan forklares ved en annen diagnose. Det betyr at om spiseforstyrrelse er årsaken til frykt for sosiale settinger, er det ikke sosial fobi som er diagnosen (Hoffart, 2008).

### *3.1.2 Typiske kjennetegn ved sosial fobi*

Typiske kjennetegn ved sosial fobi er at man er redde for andres vurderinger av seg selv. Det kan være for eksempel redsel for at noen ser at en er nervøs, at andre synes en er dum eller at folk ser at man rødmer eller skjelver. Bestemte sosiale situasjoner kan nesten alltid føre til angstreaksjoner. Slike situasjoner inneholder ofte enten opptreden eller sosiale samspill (Hoffart, 2008, s.15). Sosial fobi kan få store ringvirkninger. En person som har sosial angst, kan oppleve sosiale situasjoner som plagsomme og har lite glede i samvær med andre. Videre kan det føre til sosial isolering. Dette kan skape ensomhet og en følelse av mindreverd og annerledeshet (Hoffart, 2008, s. 18). I en britisk kvalitativ undersøkelse (McManus, 2010) av kognitiv behandling for person er med sosial angst, gir deltakerne et innblikk i hvordan det oppleves å ha diagnosen. Deltakerne beskrev både stressende livshendelser og deres karakter, som sjenerte og introspektive personlighetstyper, som en sentral rolle i starten av deres utvikling av diagnosen. For alle deltakerne var det en følelse av at sosial forbi hadde

gjennomsyret alle aspekter av livet deres, og blitt en måte å være på. Nøkkelegenskapene til denne måten å være på inkluderte en følelse av løsrivelse. De snakket om å være introspektive og absorbert i sin egen verden, med vanskeligheter med å se utenfor seg selv.

Videre påvirket dette deres relasjoner på alle områder i livet. De beskrev kvaliteten på denne "internt fokuserte" selvopptattheten som overveldende negativ. For eksempel beskrev en pasient hvordan han endret seg fra å være et selvsikkert individ til en som han oppfattet som «dum, tykk og svak». Alle deltakerne hadde en følelse av at noe var galt, men de var usikre på årsaken til problemet, og redde for konsekvensene av å finne ut mer. Disse vanskelige følelsene ble forsterket av den kraftige kroppslige opplevelsen av angsten (McManus, 2010). I likhet med McManus funn, skriver Hougaard at mange kan tenke at den sosiale angsten er en del av ens personlighet. Et slikt syn kan gjøre at terskelen for å søke hjelp blir høyere fordi det føles så skamfullt og håpløst (Hougaard, 2006, s.74). Det er ifølge Hoffart (2008) høy forekomst av komorbiditet for personer med sosial fobi. Panikk lidelse, tvangslidelse, depresjon og rusmisbruk er noen typiske lidelser som kan komme på grunn av fobien. Den sosiale fobien vil ofte opptre først, det betyr at de andre lidelse ofte vil bedres om fobien blir behandlet (Hoffart, 2008, s.20).

### 3.2 Kognitiv miljøterapi

Kognitiv terapi ble utviklet på 1960-tallet av psykiater og professor Aron T. Beck (Beck, A, T., 1976). Han regnes som grunnleggeren av en helhetlig kognitiv teori og lanserte behandlingsprinsipper for pasienter med depresjon i poliklinisk avdeling. Ifølge Dramsdahl og Jordahl er kognitiv miljøterapien en tilnærming der den kognitive modellen fungerer som det teoretiske grunnlag. Den italiensk-svenske psykiateren Carlo Perris omtales som grunnleggeren bak KMT (Dramsdahl & Jordahl, 2015, s. 30). Han stod bak den første KMT-avdelingen på et sykehus i Sverige på 1980-tallet. Viktige prinsipper som ligger til grunn er brukermedvirkning, individrettet behandling og identifisering av generaliserende holdninger hos personalet (Dramsdahl & Jordahl, 2015, s. 30). Alliansen mellom hjelpesøker og behandler danner grunnlaget for en vellykket behandling. Likeverdighet og tillit kan trekkes frem som viktige verdier i et samarbeid. En trygg relasjon, både når det gjelder det følelsesmessige, men også å komme til enighet og en felles forståelse av problemet samt målsetting og plan for å nå målet. I den kognitive terapien er fokuset rettet mot hva som er årsaken til at plagene ikke går over, heller enn å grave i fortid og hvorfor de har oppstått (Martinsen et al., 2018). I kognitiv miljøterapi gjennomføres terapien i det daglige og kan



brukes i alle faser og i de ulike aktivitetene som foregår. Helhetsmodellen er den vanligste formen for KMT. Da er hele personalet opplært i kognitiv terapi, og det fungerer som en hovedretning i arbeidet og metodene de anvender (Dramsdahl & Jordahl, 2015, s.37).

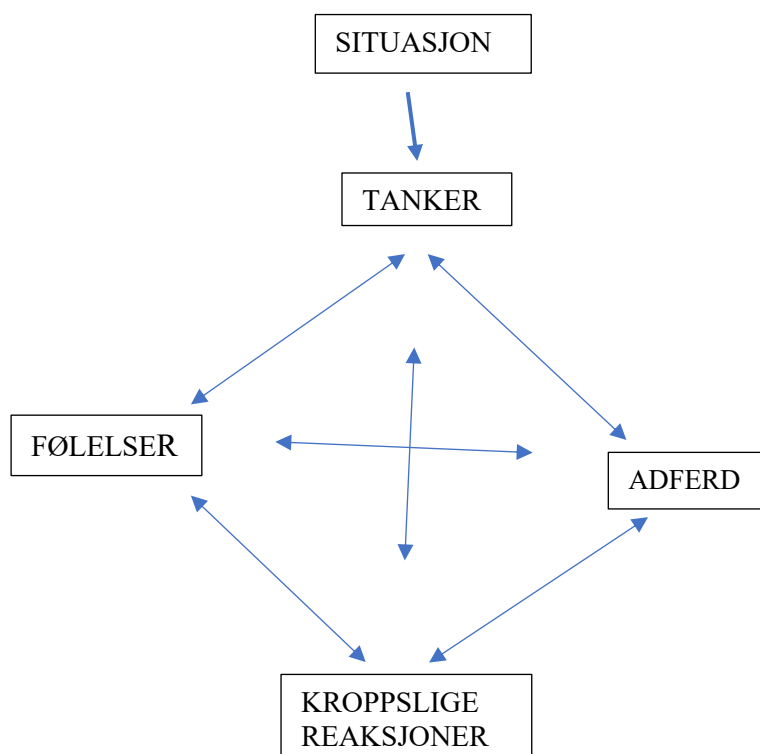
### *3.2.2 Kognitiv modell*

Borge og Hoffart (2008) presenterer en kognitiv modell for å prøve å forstå plagene til en som sliter med sosial angst. Hovedpoenget med modellen er å undersøke bearbeidelse og fortolkning av informasjon. Oppmerksomheten er ofte vendt innover, og det meste av fokuset er på hva andre tenker om seg selv. Dette fører til at det skapes et bilde av hvem man er, som ikke er virkelighetsnært (Borge & Hoffart, 2008, s. 179). Det hevdes at seks elementer kan forverre og vedlikeholde den sosiale angsten. Aktivering og antakelser, endringer i oppmerksomhet, trygghetssøkende atferd, somatiske og kognitive symptomer, fortolkninger av ytre sosiale signaler og prosesser før og etter en sosial situasjon. Aktivering og antakelser dreier seg om at tidligere erfaringer fører til konklusjoner om at en f.eks. fremtrer teit eller alltid er teit. Det skaper overdrevne standarder om hvordan man skal framstå. Endring i oppmerksomhet er ifølge Borge, når man blir fanget i et lukket system. Det utvikles en negativ selvoppfattelse som er selvprodusert, og motbevis blir utilgjengelig. Det at en føler seg redd, forveksles med at andre fysisk ser det en føler. Trygghetssøkende atferd handler i korte trekk om å forsøke å unngå eller forebygge angsten, både ved handlinger og indre mentale prosesser. Somatiske og kognitive symptomer er fysiologisk aktivering slik som svetting, skjelving og jernteppe, noe som personer med angst kan bli ekstra følsomme for. Det femte elementet er fortolkning av ytre sosiale signaler. Den mentale bearbeidningen er svekket, som betyr at man husker og merker mindre av de sosiale stimuliene. Det man husker er forutinntatt og negativt og man er mer tilbøyelig til å merke seg reaksjoner som kan tolkes på en negativ måte. Inntrykket av sosiale farer underbygges, og korrigerende av det negative blir enda vanskeligere når omfanget av stimuli blir snevert. Det siste elementet som kan trekkes frem er prosesser som skjer før og etter en sosial situasjon. Dårlige tanker og bekymringer før situasjonen, gjør at fornuften blir svakere og over-tenkingen fører til angstsymptomer før selve situasjonen. Troen på at det kan gå bra blir dermed veldig svak. Etter situasjonen kan man preges av dveling over hva som gikk dårlig. Det negative inntrykket de allerede hadde av seg selv blir forsterket (Borge & Hoffart, 2008, s. 180-182). I lys av den kognitive modellen kan man ta i bruk et systematisk intervju og lage en kasusformulering. Det kan bidra til en bedre forståelse av angsten. Intervjuet starter med å spørre om hvordan en konkret situasjon opplevdes. Gjerne noe som har skjedd nylig, og spørsmålene skal undersøke forholdet mellom

tanker, symptomene, den trygghetssøkende atferden og selvfokuset (Borge & Hoffart, 2008, s. 183).

Modellen kan fremstilles figurativt som den kognitive diamanten, der sammenhengen mellom situasjon, tanker, handlinger, kroppslige reaksjoner og følelser illustreres med piler (Martinsen et. al, 2016, s. 26)

FIGUR 1.:



### 3.2.3 Negative automatiske tanker

For å kunne behandle sosial angst og fobi er det viktig at vedkommende erkjenner at de har angst og at man jobber med å forstå den. Et viktig element i behandlingen er oppsporing av negative automatiske tanker. Negative automatiske tanker er tanker som ikke er styrt. De er ofte spesifikke, korte og diskrete og skaper angst og ubehag. «Alle ser på meg», «jeg er kjedelig» eller «de liker meg ikke» er eksempler på slike tanker. Tankene kan også være billedlige av seg selv sett utenfra. De er ofte forvrengt og feiltolkninger av virkeligheten.

Sannsynligheten for at negative situasjoner vil skje og sannsynligheten for dårlige konsekvenser er ofte svært overvurdert for personer med sosial angst.

Det kan være vanskelig å få fatt på hva disse tankene er (Hougaard, 2006, s. 81). Det kan være til hjelp å lukke øyene og tenke tilbake på situasjonen. Hva gikk gjennom hodet rett før? Hva tenkte du i situasjonen? Hva trodde du andre tenkte om deg? Her er det viktig å gå i detaljer og finne de angstframkallende tankene. Neste steg er en analyseøvelse, der man kan anvende et skjema for å undersøke tankenes innflytelse på angsten. Analyseskjemaet inneholder tre koloner, hendelse, følelser og negative tanker. I kolonene beskrives hver kategori, og følelsene kan rangeres fra 1-10 hvor sterke de er og tankene kan rangeres etter hvor sterkt du tror på tanken eller hvor sannsynlig du tenker den er. Når registreringen i skjema er gjort, blir det tredje steget å vurdere tankene. Kan det være andre måter å vurdere situasjonen på? Hvor sannsynlig er det at det fryktede vil skje? Hva om det skjer, hva er det verste som kan skje? Spørsmålene kan føre til at de negative tankene erstattes med mer realistiske, hensiktsmessige tanker. Analysen kan utvikles til en omstrukturingsøvelse, der man legger til to ekstra kolonner, «alternative tanker» og «resultat». Hougaard presiserer at de alternative tankene ikke er det samme som å tenke positivt. Det er den fornuftige resoneringen som er sentral i kognitiv terapi (Hougaard, 2006, s. 83-86).

### *3.2.4 Eksponering*

Det neste steget etter analyseoppgavene er ofte eksponering. Det innebærer at pasienten utsettes for angstfremkallende situasjoner. Det kan bidra til at man venner seg til angsten og at den blir mindre. Samtidig lærer man på et kroppslig plan at katastrofetankene ikke er realistiske. Eksponering krever hardt arbeid og vil være ubehagelig. Man skal ikke forsøke å bekjempe angstsymptomene, men innstille seg på at angsten er en del av behandlingen. Vanligvis vil angsten avta etter man har vært i situasjonen en stund, og når man har vært utsatt for situasjonen fler ganger. En gylden regel i eksponeringsterapi er at man skal bli i situasjonene lenge nok til at angsten har toppet seg og begynt å dale. Et poeng med eksponeringen vil være å teste de negative antagelsene. Er det virkelig sant at man ikke vil klare noe som helst om man får et angstanfall? Vil andre legge merke til skjelvingen i armen? Antakelsene kan skrives ned, så kan øvelsene utformes som adferds-eksperimenter, og det kan anvende videopptak for å vurdere resultatet etterpå. Den trygghetssøkende atferden kan ofte være gunstig å teste ut. Det kan foregå ved at man tester ut angstfremkallende situasjoner, med den trygghetssøkende atferden og uten. Videre kan man evaluere om trygghetssøkingen

utgjør en forskjell. En annen metode innen eksponering er paradoksmetoder, som går ut på å bevisst forsøke å fremkalle en reaksjon man frykter.

Det resulterer ofte i at reaksjonen avtar, eller at det skaper mindre angst fordi man gjør det med vilje, og dermed har kontroll. I tillegg kan det bidra til å gi en slags humoristisk distanse til problemet (Hougaard, 2006, s. 96-98). Hoffart anvender også eksponeringseksperiment med video. Han har flere eksempler fra pasienter som har hatt god nytte av å se seg selv på film. En av pasientene skulle utføre høytlesning foran et publikum. Etter lesingen, skulle han evaluere hvor mye skjelving stemmen hadde vært og hvor sterk rødming han følte. Etterpå fikk han se videoen, og han ble helt sjokkert over at han verken skalv eller rødmet. Slike eksperiment kan bidra til at man endrer vurderingene sine og ikke måler sin opptreden med angstfølelser i like høy grad (Hoffart, 2008, s. 53-57).

### 3.3. Beskrivelse av miljøterapi: Modum Bad og TEDD

En relevant kontekst for bruk av KMT, kan være alt fra en ungdomsinstitusjon til en psykiatrisk avdeling på et sykehus. I dette delkapitlet skal jeg forsøke å gi en liten beskrivelse og et innblikk i noen kontekster ved hjelp av eksempler.

Regjeringens opptrappingsplan, som ble slutført i 2008, vektlegger et faglig grunnlag basert på menneskets behov for gode bomiljø, meningsfulle aktiviteter, sosiale relasjoner og kulturell og åndelig stimuli (Regjeringen, 1998). Det ble bestemt at kommunenes tjenestetilbud skulle styrkes, og det førte til at det ble bygget boliger med personell for bistand etter behov. På lokalt sykehusnivå ble det bygget DPS som aktive behandlingssenter. Samtidig ble de fleste store institusjonene i spesialhelsetjenesten nedlagt. Behandling av personer med alvorlige psykiske helseproblemer var nå blitt kommunenes ansvar, og innleggelse i døgnavdelinger skjer enten på DPS eller på sentralsykehus (Sommer, 2013). Larsen (2008) beskriver viktigheten av å skape terapeutiske steder og steders helsemessige gevinster. Ofte kan pasientene mangle tilhørighet til nærmiljøet. En hjemlig institusjon kan derfor bidra til en følelse av mening og tilhørighet. Nærhet til naturen vektet som en viktig faktor i tillegg til at det virker positivt at den er lokalisert litt utenfor bebyggelse. Bygningenes utformes kan bidra til trygghet og en følelse av ro, og designet inne i institusjonen kan skape rom for hvile og felleskap. To eksempler på slike institusjoner er Modum bad-klinikken i Vikersund og Tverrfaglig enhet for dobbeltdiagnoser (TEDD) ved DPS Vindern, diakonhjemmet sykehus i Oslo. Modum bad-klinikken er en langtids og korttids-institusjon

for pasienter der poliklinisk behandling ikke har ført frem. Klinikken jobber tverrfaglig med hovedsakelig leger, psykologer og spesialsykepleiere som har det miljøterapeutiske ansvaret. Behandlingen innebærer varierte psykoterapeutiske tilnærminger og anvender kognitiv terapi og miljøterapi. TEDD ble i 2022 omgjort til DPS-nivå, og har faglige rammer godkjent for tvunget psykisk helsevern. De har 12 senger, og behandlingen innebærer dobbeltdiagnosebehandling og kognitiv miljøterapi supplert med MI. Her jobber de i tverrfaglig team med psykologer, leger, sykepleiere, sosionomer, ergoterapeuter, vernepleiere og idrettspedagog.

Pasientene får utarbeidet kognitiv behandlingsplan og det er fokus på å lære nye ferdigheter, mestring av rustrang, sosial trening, bo-trening og annen problemløsning.

I tillegg er medikamentell behandling i form av stemningsstabiliserende, antipsykotiske og substitusjonsbehandling for opiatavhengighet sentralt. TEDD prioriterer fysisk aktivitet, som innebærer 2 timer fysisk aktivitet hver dag (Borge, 2013).

### 3.4 Relevant litteratur

Oppgavens hovedgrunnlag er 5 kvalitative studier. Karlsson og Linnerud (2008) undersøker kognitiv gruppeterapi og McManus (2010) gjør en lignende undersøkelse av gruppebasert kognitiv behandling. McManus (2009) undersøker effekten av noen komplekse prosedyrer i behandlingen. Videre har jeg sett på Lorenzo-Luaces (2021) sin studie, som setter søkelys på mangler ved kognitiv adferdsterapi og Schaeuffele (2021) som kritiserer behandlingens mangel på individuell tilpasning. Hjeltnes (2016) undersøker hvorfor mange unge voksne med sosial angst ikke søker hjelp. Jeg har også anvendt Johansen og Løvaas (2012) artikkel basert på deres erfaringer som psykiatriske sykepleiere på en psykiatrisk klinikk. I tillegg har Borge (2013) og Larsen (2009) sine doktoravhandlinger vært nyttige for å undersøke det miljøterapeutiske og omgivelsenes betydning i en bedringsprosess. Jeg har altså valgt å anvende både studier og litteratur som tar for seg kognitiv terapi generelt og noen som går inn på effekten av KMT. Jeg vurderer alle studiene som relevante for sosial angstlidelse.

## 4.0 Diskusjon

Problemstillingen forsøker å besvare «*Kan kognitiv miljøterapi øke livskvaliteten for unge voksne med sosial angst?*». I det følgende skal jeg diskutere nytten av den kognitive

behandlingsmodellen og ved hjelp av vitenskapelige studier komme nærmere et svar på om KMT kan være en god tilnærming til unge voksne som sliter med sosial angst.

## 4.1 Kognitiv tilnærming

### 4.1.1 «Forandret litt på tankemønsteret mitt»

Mennesket er skapt med en grunnleggende bevissthet. Det gjør at vi kan forestille oss hva som kan skje i fremtiden og hva som har skjedd i fortiden.

Bevisstheten gjør at vi hele tiden tolker og velger ut informasjon. Som det ble belyst i teoridelen kjennetegnes sosial angst, med en strøm av ubehagelige tanker om fortiden, nåtiden og fremtiden.

Målet med den kognitive terapien vil være å øke pasientens kunnskap om tankene og lære seg ulike verktøy som kan brukes (Berge & Repål, 2013). Karlsons & Linneruds (2009) studie, viser gode resultater med kognitiv terapi for personer med angstlidelser. Studien gikk ut på å anvende kognitiv terapi i en gruppe på 8 deltakere. Et sentralt funn i studien var at alle opplevde symptomreduksjon og endringer etter endt behandling.

Noen beskriver seg selv som helt fri fra angst, noen med redusert angst. En viktig forandring for flere i gruppen, var at de lærte hvor mye tankene påvirket angsten og at det er mulig å endre tanker. En av deltakerne satt ord på det slik «det var ting vi pratet om på kurset som liksom forandret litt på tankemønsteret mitt. Jeg begynte å tenke litt annerledes og se ting fra en annen vinkel» (Karlsson, 2009). Et annet positivt funn var at deltakerne opplevde forandringer livssituasjoner. Fire kom seg tilbake i full jobb, andre fullførte utdanninger og to behersket å ha stillinger med lederansvar. I tillegg ser man at de deltakerne som uttrykte størst motivasjon i forkant av terapien, også opplevde de største forbedringene (Karlsson & Linnerud, 2009).

En britisk studie (McManus, 2010) viser samsvarende funn om kognitiv terapi for sosial fobi. Studien foregikk på et senter for angst og traume-lidelser, der 8 pasienter ble intervjuet. Deltakerne beskrev aksept som et spesielt viktig resultat av terapien. Det var positivt å få en diagnose for å kunne forstå seg selv og angsten bedre. De fikk presentert angstens syklus visuelt, noe som bidro til å forstå de ulike komponentene som opprettholdt angsten. Gjennom eksponering og adferds-eksperimenter med video, uttrykker pasientene at de lærte nye tenkemåter. Hvordan de føler det innvendig trenger ikke å stemme med det andre ser. Flere

beskriver at noe av det viktigste de lærte var å sette ord på spådommen om det som kan gå galt, og videre teste det ut. Det hjalp dem å se at deres spådommer var overdrevet og usanne. I tillegg erfarte de at mennesker de møter ikke trenger å være så dømmende og farlige som de før tenkte. Undersøkelsen viser at 7 av de 8 sier at de har lært hvordan den trygghetssøkende atferden ikke var til hjelp, men at den er med å forverre angsten (McManus, 2010)

#### *4.1.2 En emosjonell berg og dalbane*

Behandlingen viser seg altså å være effektiv i behandling av sosial angst, men McManus (2009) understreker at slike behandlinger omfatter komplekse prosedyrer, som det har vært lite forskning på effekten av.

En randomisert kontrollert studie (McManus, 2009) viser at selvfokusert oppmerksomhet og trygghetssøkende-atferds-eksperimenter og video-eksponeringseksperimenter er begge effektive. Hovedfunnene er at selvfokusert oppmerksomhet og trygghetssøkende atferd har en kausal rolle i opprettholdelse av angst, og at angsten kan økes eller reduseres ved å manipulere en av de to variablene. Studien viser tydelig at pasientene opplevde eksponeringen som det mest effektive i behandlingen. Tross positive funn viser undersøkelsen at flere tvilte på objektiviteten til de som ga tilbakemeldinger på atferds-eksperimentene. De tenkte at de bare var snille, eller ikke ville såre dem. Terapien beskrives som en emosjonell berg og dalbane og det krever hardt arbeid ifølge flere av pasientene. I det ene øyeblikket kunne de føle på håp og positivitet, og like etterpå, når de opplevde tilbakeslag kunne de kjenne sterk angst og håpløshet. Endring av vaner og den trygghetssøkende atferden var vanskelig på så kort tid. Det krevde stor innsats, og mange kjente på at de ikke merket bedring og utvikling så fort de kunne ønske. En av pasientene syntes informasjonen ble for vanskelig å forstå og at det var flaut og vanskelig å si ifra om dette (McManus, 2009).

#### *4.1.3 Langtidseffekten*

For å kunne si noe om kognitiv terapi kvalitet, er det viktig å undersøke langtidseffekten. Den britiske undersøkelsen viser noen gode resultater. Tre av åtte mente mestringen de opplevde i behandlingen har vært til hjelp i vanskelige tider senere. Alle hevder at de har nådd en viss fremgang. Fremgangen beskrives med økt kontroll, mindre skamfølelse og en nyvunnet medfølelse ovenfor seg selv. Flere ble mindre isolerte og deltok mer sosialt. En av pasientene forteller at aksepten av angsten har gjort det mulig å være åpen til andre, noe som har bidratt til den sosiale livskvaliteten. På den andre siden møtte de utfordringer med

terapien. Flere opplevde problemer med å generalisere det de hadde lært til det virkelige liv, og at det var vanskeligere å sette ord på spådommene i ekte situasjoner.

I tillegg kjentes angsten verre ut utenfor terapirommet, noe som gjorde det vanskeligere å ta i bruk det de hadde lært. Det viser seg at 6 av de 8 deltakerne i McManus undersøkelse sier de kunne trenge flere økter etter endt behandling for å kunne bli fri fra angsten (McManus, 2010). I den norske studien viser det seg at flere opplevde terapien som en god prosess de tok med seg etter endt terapi, og 3 av 8 deltakere beskrev at verktøyene og det de hadde lært hadde blitt som en del av dem (Karlsson & Linnerud, 2009).

#### *4.1.4 Passer det for alle?*

Lorenzo-Luaces (2021) setter søkelys på mangler ved kognitiv adferdsterapi og er kritisk til at den skal klare å behandle så mange ulike diagnoser. Forskning viser at flere psykoterapibehandlinger har for dårlig søkelys på individuellrettede metoder. Lorenzo-Luaces foreslår at det bør utvikles nye metoder for vurdering av mulige prediktive pasientkarakteristikker og behandlingsmekanismer på som kan gi bedre muligheter til å oppdage differensielle pasientbehandlingsresultater (Lorenzoo-Luaces et al., 2021) De siste 20 årene har forskningen vært preget av forsøk på å forstå mekanismer og utvikle behandlinger på tvers av lidelseskategorier. Schaeuffele (2021) sammenligner transdiagnostiske behandlinger, som han kaller «one size fits all», med «my size fits me». Kognitive metoder har i flere tiår blitt utviklet med det transdiagnostiske perspektivet i tankene. En grunntanke har vært at kjernen i alle følelsesmessige lidelser er ganske lik. Tanken innebærer at negativ påvirkning og forsøk på å unngå de negative følelsene er kjernen i lidelsene. Et fellestrekk i behandling har vært å øke bevisstheten om følelser, øke kognitiv fleksibilitet og redusere trygghetssøkende atferd. Schaeuffele hevder at denne trenden har ført til tap av individualisering i behandlingene. Transdiagnostiske behandlinger kan komme i fare for å forenkle det komplekse i individets problemer. Såkalte behandlingspakker som er blitt utviklet etter mange år med CBT, kan sees på som et forsøk på å effektivisere og ta snarveier i terapien. Schaeuffele kritiserer dens mangel på fleksibilitet i møte med pasienten, og at faktorer som tro og tanker ikke blir tatt med inn i terapien (Schaeuffele et al., 2021). En av pasientene i den britiske undersøkelsen hadde også et kritisk syn på den kognitive modellens forenklinger av diagnoser. Han mente at de ulike oppgavene i terapien ble urealistiske og at diagnosen hans ble forenklet (McManus, 2009). Andre metoder som er mer basert på individuelle behandlinger med søkelys på å finne den mest passende behandlingen for den



enkelte viser seg å ha noen fordeler, selv om komorbiditet er en utfordring i utforming av slike behandlingstilbud (Schaeuffele et al., 2021).

#### *4.1.5 Mellommenneskelige vanskeligheter og personlig kompetanse*

En annen betraktning er diagnosens karakter, som kan være utfordrende i seg selv. I KMT, der relasjonen og samarbeidet mellom terapeut og pasient er bærende, kan det få utfordringer på grunn av de mellommenneskelige vanskelighetene pasientene kjenner på. Derfor blir terapeutens egenskaper og evne til å knytte trygge relasjoner sentralt.

Hjeltnes (2016) studie av unge voksne som søker hjelp på grunn av sosial angst, viser at dårlig selvtillit og skam er gjennomgående faktorer som har hindret dem til å søke hjelp tidligere (Hjeltnes, 2016). På bakgrunn av dette kan det tenkes at den personlige kompetansen hos personalet og terapeuter er ekstra viktig i møte med personer med sosial angst. Skau beskriver den personlige kompetansen som «hvem vi lar andre få være i møt med oss» (Skau, 2017, s. 61). Personlig egnethet kan dreie seg om karaktertrekk som humor eller andre mellommenneskelige evner. Empati og nestekjærlighet er avgjørende i møte med sårbare mennesker, og Skau hevder at det er kjernen i den personlige kompetansen. Den personlige kompetansen kan være helt avgjørende for hvor langt man kommer med teoretisk kunnskap og andre yrkesspesifikke ferdigheter (Skau, 2017, s. 61).

## **4.2 Kognitiv miljøterapi**

Ovenfor er det blitt diskutert om kognitiv terapi kan være en gunstig behandling for sosial angstlidelse. Hvordan kan en miljøterapeut, sykepleier eller en sosionom som jobber på en DPS, psykiatrisk sykehus eller bolig bruke kognitiv teori i det daglige sammen med pasienter eller beboere? Det er foreløpig forsket lite på effekten av KMT, men jeg skal likevel forsøke å diskutere metoden i lys av relevant litteratur og noe forskning på temaet.

### *4.2.1 Psykoedukasjon*

Johansen & Løvaas (2012) beskriver deres erfaringer med KMT på en psykiatrisk klinikk. Den kognitive modellen skaper en ramme og et språk til samarbeid. Videre hevder de at psykoedukasjonsgrupper oppleves som noe av det viktigste for pasientene. En av pasientene uttrykker at psykoedukasjonen har bidratt til å få tak på tankene. Hun har prøvd mye forskjellig behandling tidligere som ikke har hatt effekt, men at hun nå evner å forstå seg selv og tankene bedre. En felles forståelse av problemet har også stor betydning for alliansen mellom terapeut og pasient (Johansen & Løvaas, 2012).

#### *4.2.2 Modum Bad og TEDD*

Borge (2013) diskuterer også effekten av KMT. I sin doktoravhandling tar hun for seg personer innen rus og psykiatri. I et følgeforskningsprosjekt ved TEDD og Modum Bad-klinikken gjennomfører hun kvalitative intervju med både pasienter og personalet. Funnene kan ha en overførbarhet til flere kontekster og bidrar til å belyse pasienters opplevelser.

En innleggelse på institusjon kan oppleves skremmende og sårbart. Pasientene i undersøkelsen understreker omverdens betydning, og hvordan stedet kan ha mye å si for deres selvverd og for behandlingen. Pasientene på Modum Bard uttrykker at likeverd mellom ansatte og pasienter oppleves som en faktor av betydning. Et vaktrom kan skape en mindreverdsfølelse og en avstand fra ansatte til pasientene. Det kommer frem en forskjell mellom Modum Bad og TEDD, der miljøterapeutene ved TEDD ga pasientene mindre fred i fritiden sin, og dermed var mer sammen med pasientene også på kveldstid. De anvendte KMT i naturlige situasjoner, også utenfor terapirommet. Natur, hage og dyr ga fred og ro, og det bidro til å få oppmerksomheten bort fra seg selv. Personer med sosial angst, som kjennetegnes av å være ekstremt oppmerksomme innover på seg selv, kan derfor tenkes å ha nytte KMT i friluftsliv. Når det gjelder den kognitive behandlingen viser funnene sammenfallende at det å få verktøy er nyttig for pasientene. En av pasientene som var plaget med sosial fobi, uttrykte at trening på hverdagssituasjoner hadde vært nyttig, og at det hadde hjulpet vedkommende til å flytte oppmerksomheten fra innover til utover. Eksponering etterfulgt av refleksjon har gode resultater og kan bidra til ny innsikt som kan nyttiggjøres i andre situasjoner. I tillegg viser undersøkelsen at stedets atmosfære har også bidratt i positiv retning. Det estetiske, bygninger og naturen kan bidra til en helhetsfølelse. Også i ettertid uttrykker flere at atmosfæren gav minner av betydning (Borge, 2013).

#### *4.2.3 Omgivelsenes helsebringende effekt*

Larsen (2009) bekrefter omverdens betydning i sin doktoravhandling om institusjonens materialitet og indre liv. Han finner atmosfæren på institusjoner helt gjennomgripende i en bedringsprosess. Som beskrevet i tidligere kapittel (3.1), fører ofte sosial fobi til at man isolerer seg. Mangel på tilhørighet og kontakt med familie, naboer og omgivelsene kan påvirke både indre tilhørighet og ytre tilhørighet. Slike brudd fører til identitetstap og

dårligere psykisk helse. En innleggelse bidrar til tilhørighet, hvile og at pasientene kommer seg. Institusjonen kan være med på å hele det indre stedstapet.

Pasientene i undersøkelsen trekker frem at det føles godt å komme seg bort. Det er positivt at institusjonens beliggenhet er øde, og at det føles trygt og hjemlig. Sett fra et annet perspektiv kan det også bli for hjemlig, noe som kan føre til at utskrivelsene forsinkes og at de ikke blir rustet til å møte samfunnet igjen. De ansatte i Larsens undersøkelse mente at det er viktig at pasientene også blir utfordret og øver på komme seg hjem igjen.

Undersøkelsen viser også at institusjonen kan virke sykeliggjørende og at en for hjemlig atmosfære tar bort forventningen om at oppholdet er korttids og at bedring krever hardt arbeid (Larsen, 2009). Dramsdahl og Jordahl understreker at det også er mange utfordringer med miljøterapi generelt. Maktbalansen mellom personalet og pasient vil være ujevn. I tillegg kan det bli mange behandlere å forholde seg til om hele personalet skal drive med kognitiv terapi. For å ha en vellykket miljøterapi, er det derfor viktig med struktur og ansvarsfordeling (Dramsdahl & Jordahl, 2015, s. 124).

### **4.3 Den kognitive modellens begrensinger**

Selv om opphold på DPS og i terapeutiske omgivelser har en del gode resultater for pasientene kan det diskuteres om den kognitive modellen kan anvendes av andre enn psykologer og spesialister? Modellen er veldig forenklet, med den hensikt at den kan anvendes for mange diagnoser og at den skal være enkel og for pasienter. Derfor er det ikke nok at en fagperson forstår modellen. Det er nødvendig å lære og få grundig veiledning til å kunne anvende terapien. I tillegg er det viktig at fagpersonen kjenner sine begrensinger.

Tanker kan være diffuse og billedlige og kan derfor ikke alltid plottes inn i diamanten. KMT er ikke bare teknikker og skjemaer og feil bruk av slike verktøy kan forvirre og ødelegge for mestringsfølelsen hos pasienten. En individrettet tilnærming er altså avgjørende, og det er viktig at personalet er klar over sin kompetanse, både hva de kan og hvilke begrensinger de har (Dramsdahl & Jordahl, 2015, s. 119). I tillegg kan man stille seg kritisk til metodens prinsipper om å ikke grave i fortiden. Fortid kan ha stor betydning og kan i noen tilfeller være viktig å snakke om for å skape innsikt og forståelse av diagnosen. Men samtidig kan det være fint å ha et framtdirettet fokus med håp og tro på et godt liv (Dramsdahl & Jordahl, 2015, 121).

#### **4.4 Overførbarhet**

Det eksisterer altså mye forskning på kognitiv terapi. Det kan allikevel ikke uten videre overføres til KMT.

Selv om jeg har undersøkt Borges studier av innlagte pasienter, finner jeg lite generelt om miljøterapeutenes bruk av kognitiv terapi. Når den kognitive modellen er implementert på avdelingen, er det viktig å være bevist at det finnes flere veier å gå. Likevel er KMT blitt en utbredt metode, og det kan tenkes at det er nettopp fordi den er lett forståelig og at den har et bredt utvalg av verktøy og mekanismer som kan anvendes inn i situasjoner og aktiviteter utenfor terapirommet (Dramsdahl og Jordal, 2015). Det er også begrenset med forskning som spesifikt tar for seg unge voksne.

Det påvirker den overordnede validiteten, men mine funn kan tenkes å ha en overførbarhet til denne gruppen, siden deltakerne i studiene er både unge og eldre.

#### **5.0 Avslutning**

Avslutningsvis vil jeg si at den kognitive modellen kan være et nyttig verktøy for en sosialarbeider. Vi møter mange mennesker i sårbare situasjoner. Kompetanse om den kognitive metoden, kan bidra til en bedre forståelse av de vi møter og det kan være et godt hjelpemiddel i samtaler. KMTs prinsipper om brukermedvirkning, hjelp til selvhjelp og likeverdighet samsvarer godt med sosialt arbeids kjerneverdier.

Kan kognitiv miljøterapi bidra til å forbedre livskvaliteten til unge voksne med sosial angst? KMT viser gode resultater for personer med sosial angst. Deltakere i flere studier uttrykker symptomreduksjon, endrede livssituasjoner og en bedre evne til å forandre negative tankemønstre. Psykoedukasjon har hjulpet pasienter til å sette ord på utfordringene, og det skaper en felles ramme for samarbeidet. Omgivelsene viser seg å være et viktig element i bedringsprosessen. Friluftsliv, dyr og aktiviteter kan bidra til å rette fokuset utover og det kan oppleves godt å komme seg litt bort. På den andre siden viser funnene at metoden også kan ha utfordringer. Forskere har i de siste årene satt søkelys at metoden kan være for lite individrettet, da den er en metode for veldig mange lidelser. Det er derfor viktig at miljøterapeuten kjenner sine begrensinger, og at metoden tilpasses den enkelte. Når det gjelder terapiens langtidseffekt, viser studiene både positive og negative funn. En pasient går

så langt som å si at terapien har blitt som en del av ham, mens andre opplever problemer med å generalisere det de lærte til det virkelige liv. Det er tydelig at KMT har sine begrensninger, og det kan være gunstig for en sosialarbeider å kunne anvende flere metoder. Likevel kan man si at KMT kan være en god metode for unge voksne som sliter med sosial angstlidelse.

## Litteratur

- Barstad A. (2016). Gode liv i Norge: Utredning om måling av befolkningens livskvalitet. (Helsedirektoratet, Rapport IS-2479, 06/2016) Rapport\_06/1016
- Beck, A, T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press.
- Berge, T. & Repål, A. (2010) *Den indre samtalen, lær deg kognitiv terapi* (3 utg.). Gyldendal akademisk.
- Berge, T., & Repål, A. (2008) *Håndbok i kognitiv terapi*. Gyldendal akademisk.
- Borge, F, M & Hoffart, A. (2008). *Sosial angstlidelse*. I Berge, T., & Repål, A. (2008) *Håndbok i kognitiv terapi*. Gyldendal akademisk.
- Borge, L. (2013). Den psykiatriske institusjon som et sted for læring i tid og rom. – en kvalitativ studie av pasienters og ansattes erfaringer. Avhandling. Universitetet i Oslo. <https://www.duo.uio.no/bitstream/handle/10852/38103/dravhandling-borge.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Dalland, O., (2017) *Metode og oppgaveskriving* (6 utg.). Gyldendal
- Dramsdahl, M. & Jordahl, H. (2015). *Kognitiv Miljøterapi. Samarbeid og endring*. Fagbokforlaget.
- Ellingsen, I & Skjefstad, N., I Ellingsen, I., Berg, B., Levin, I., & Kleppe, L. (2015). *Sosialt arbeid: En grunnbok*. Universitetsforlaget.
- Fellesorganisasjonen. (03.2017). *Sosionomer og sosialt arbeid*. FO. <https://www.fo.no/getfile.php/1311738-1548957643/Dokumenter/Din%20profesjon/Brosjyrer/Sosionomer%20og%20sosialt%20arbeid.pdf>
- Forskrift om nasjonal retningslinje for sosionomutdanning. (2019). *Forskrift om nasjonal retningslinje for sosionomutdanning*. (15.03.2019) Lovdata. <https://lovdata.no/forskrift/2019-03-15-409>
- Folkehelseinstituttet. (24.09.2019). Angst. <https://www.fhi.no/fp/psykiskhelse/psykiskelidelser/angst/>
- Helsebiblioteket. (03.06.2016). PICO. <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/sporsmalsformulering/pico>
- Hjeltnes, A., Moltu, C., Schanche, E., & Binder, P.-E. (2016). What Brings You Here? Exploring Why Young Adults Seek Help for Social Anxiety. *Qualitative Health Research*, 26(12), 1705–1720. <https://doi.org/10.1177/1049732315596151>
- Hoffart, A. (2008). Se deg rundt! Et selvhjelpsopplegg for deg med sosial angst. Gyldendal akademisk.
- Hougaard, E. (2006) *Kognitiv behandling af panikkangst og sosialfobi: En vejledning for klienter og behandlere*. Dansk psykologisk forlag.
- Håkonsen, K, M. (2018) *Psykologi og psykiske lidelser*. (5 utg.). Gyldendal.
- Karlsson, B & Linnerud, T, S. (2009) Kognitiv gruppeterapi ved angstlidelser – pasienters opplevde utbytte. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*. PP 204-214 (2009). <https://www.idunn.no/doi/10.18261/ISSN1504-3010-2009-03-02>
- Larsen, E. (2004) *Miljøterapi med barn og unge, organisasjonen som terapeut*. Universitetsforlaget.
- Larsen, I, B. (2009). “Det sitter i veggene”. Materialitet og mennesker i distriktpsikiatriske

- sentra. Avhandling. Universitetet i Bergen.  
<https://omsorgsforskning.brage.unit.no/omsorgsforskning-xmlui/bitstream/handle/11250/2444765/Dokument?sequence=1&isAllowed=y>
- Lorenzo-Luaces, L., Peipert, A., De Jesús Romero, R. et al. (2021) Personalized Medicine and Cognitive Behavioral Therapies for Depression: Small Effects, Big Problems, and Bigger Data. *J Cogn Ther* **14**, 59–85 (2021)  
<https://doi.org/10.1007/s41811-020-00094-3>
- Løvaas, E. Ø. & Johansen, A. (2012) Gode erfaringer med kognitiv miljøterapi. *Sykepleiens*. DOI-nummer: 10.4220/Sykepleiens. 2012.0013  
<https://sykepleien.no/sites/default/files/documents/forsknings/827635.pdf>
- Martinsen, W, E., Falkum, E., Haavet, R, O. & Røssberg, I, J. (2016). *ABC i kognitiv terapi: Startbok for helsearbeidere*. Fagbokforlaget.
- McManus, F., Peerbhoy, D., Larkin, M., & Clark, D. M. (2010). Learning to change a way of being: an interpretative phenomenological perspective on cognitive therapy for social phobia. *Journal of anxiety disorders*, *24*(6), 581–589.  
<https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2010.03.018>
- McManus, F., Clark, M. D., Grey, N., Wild, J., Hirsch, C., Fennell, M., Hackmann, A., Waddington, L., Liness, S & Manley, J. (2009). A demonstration of the efficacy of two of the components of cognitive therapy for social phobia. *Journal of anxiety disorders*. 496-503
- Schaeuffele, C., Schulz, A., Knaevelsrud, C. et al (2021) CBT at the Crossroads: The Rise of Transdiagnostic Treatments. *J Cogn Ther* **14**, 86–113 (2021)  
<https://doi.org/10.1007/s41811-020-00095-2>
- Skau, G. M. (2018). *Gode fagfolk vokser: Personlig kompetanse i arbeid med mennesker* (5 utg.). Cappelen Damm
- Sommer, M., & Eilertsen, G. (2013) Kognitiv miljøterapi i kommunalt bofellesskap. *Sykepleien forskning*. *8*(2), 132-137. doi: 10.4220/sykepleienf.2013.0051  
<https://openarchive.usn.no/usn-xmlui/bitstream/handle/11250/142435/VitenskapeligSommer2013.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Sosial- og helsedepartementet. (2006). *Om opptrappingsplanen for psykisk helse*. (Prop. 63 (1997-1998)).  
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stprp-nr-63-1997-98-/id201915/?ch=1>
- Støren, I. (2013) *Bare Søk: praktisk veiledning i å skrive litteraturstudier*. (2 utg.). Cappelen Damm akademisk





