

Miljöterapi i psykiatrisk vård



Björn Laurell

Även om mycket har skrivits om miljöterapi — flera böcker på temat har utgivits i Sverige bara det senaste året — har få bemödat sig att försöka definiera begreppet. Enklast skulle man kunna formulera det så att det är den process, som utnyttjar de sociala relationerna som ett terapeutiskt verksamt medel, som kallas miljöterapi. Clarence A. Crafoord (1970) har formulerat det på följande sätt: "En systematisk utformning av rum, tid, mänskliga relationer och atmosfär inom en vårdenhet så att den erbjuder möjligheter för avvikande eller missanpassade individer att finna självkänsla och kraft till lösning av de problem, som föranlett vården". På det här sättet blir alltså själva miljön definierad som behandlingsinstrumentet. Det är sålunda fråga om ett systematiskt utnyttjande av detta instrument vilket är det nya i betraktelsesättet.

Historik

Miljöterapi har blivit något av ett modeord och man skulle kunna tro att det är fråga om en radikal nyhet på behandlingsområdet. Miljöterapin har emellertid gamla rötter. En aktiv sådan bedrevs bevisligen under förra hälften av 1800-talet, bl. a. vid en rad amerikanska sjukhus (för översikt

Miljöterapi har blivit något av ett modeord inom psykiatrin och man skulle kunna förledas att tro att det rör sig om en radikal nyhet på behandlingsområdet. Miljöterapin har emellertid gamla rötter även om dess stora genombrott skett först de sista två decennierna bl. a. genom lanserandet av det terapeutiska samhällets principer.

Björn Laurell, docent i psykiatri vid Göteborgs universitet och överläkare vid psykiatriska kliniken vid centrallasarettet i Karlstad, ger här en återblick över miljöterapiens framväxt och utveckling, vidare skildras verksamheten vid Dennicketorps vårdanstalt, en institution, som tillämpat det terapeutiska samhällets principer sedan 1966.

Avslutningsvis diskuteras resultatredovisning och behandlingsforskning samt möjligheten att foga in tillämpningen av en systematisk miljöterapi i den rådande psykiatriska vårdorganisationen.

Artikeln utgör en bearbetning av författarens docentföreläsning.

se Wretmark 1964). Charles Dickens har i sina "American Notes" från 1842 på ett målande sätt skildrat ett besök på ett sådant sjukhus. Inga tvångsmedel förekom, atmosfären var varm och optimistisk. Arbetsavdelning och omväxlande fritidsaktiviteter förekom. Den behandling han skildrade sammanfattades under beteckningen "Moral Treatment" och dess principer hade i skrift utvecklats 1813 av Samuel Tuke. Efter 1860 skedde emellertid en tillbakagång och vid sekelskiftet var situationen helt annorlunda. "Moral Treatment" föll mer eller mindre i glömska och bottennivån nåddes sannolikt under de första decennierna av detta århundrade.

Miljöterapi är den process, som utnyttjar de sociala relationerna som ett terapeutiskt verksamt medel.

Vad var nu orsaken härtill? Ja, man har pekat på några olika omständigheter. Den viktigaste var sannolikt det förhållandet att mentalsjukhusen på ett groteskt sätt kom att växa i storlek i slutet på 1800-talet. Kaserner, som på sina håll rymde åtskilliga tusentals patienter växte fram. Vården präglades av förvaring och social isolering. Tvångsmedel kom ofta till användning. En annan faktor, som brukat framhållas, var att synen på mentalsjukdomarna förändrades under inflytande av de stora naturvetenskapliga och medicinska upptäckterna vid denna tidpunkt, gjorda av sådana som Darwin, Virchow och Mendel. Var det så att även psykiska sjukdomar huvudsakligen berodde på ärftlighet och irreversibla cellulära förändringar var det ju inte mycket mening med att påverka tillståndet med hjälp av miljöfaktorer. Värt att notera är det förhållandet att Freuds och psykoanalysens genombrott sammanföll i tiden med mentalvårdens förfall. Det torde dock vara ett felslut att tro på ett kausalsamband här, men uppenbart är att Freud och hans lärjungar, som ju huvudsakligen intresserade sig för psykoterapeutisk behandling, vid tidpunkten för sekelskiftet inte var lyhörda för och reagerade mot att miljöfaktorerna kom i skymundan i det psykiatriska behandlingsarbetet.

Den moderna miljöterapiens utveckling

Det skulle dröja in på 1920-talet innan miljöterapeutiska aspekter på mentalvården på nytt började uppmärksammas. Utvecklingsmässigt kan fyra led urskiljas:

1) Framväxten av en *modern arbetsterapi*. Som fader till den brukar den tyske psykiatern Hermann Simon vid Güterslohssjukhuset utpekas. Med stor entusiasm drev han fram en aktiv och systematiskt utformad arbetsterapi. Studiedelegationer besökte hans sjukhus i långa rader under 1920-talet. Även en svensk grupp var där på besök och deras positiva omdömen finns sammanfattade i en statlig utredning, "Studier av vissa sinnessjukvårdsfrågor", (SOU 1929:7) som emellertid ej satte några spår efter sig i den svenska sinnessjukvården på 1930-talet.

I Holland slog däremot Simons idéer rot och

utvecklades under läkare som van der Scheer och van der Drift. Under 1930-talet var det Holland, som kom att framstå som ett mönsterland i det här avseendet. Man vidareutvecklade arbetsterapiens principer så att man kunde erbjuda mycket differentierade sysselsättningar, skyddade arbeten, ja, hela fabriker uppfördes i anslutning till mentalsjukhus. Än idag är en del holländska psykiatriska sjukhus väl värda studiebesök.

2) Det andra utvecklingsledet kan kallas *den öppna dörrens princip*. I det impliceras då även avståendet från tvångsmedel över huvud taget: låsta dörrar, bälten, tvångströjor, galler för fönstren etc. Det är idag märkligt att tänka sig att bara för något decennium sedan hölls de flesta mentalsjuka inlåsta. Man brukar tillskriva de moderna psykofarmaka, som utvecklades under 1950-talet, förtjänsten av att man nu inte längre behöver ha dörrarna låsta. Till en del ligger förvisso förklaringen där. Man bör dock minnas att redan före psykofarmakaeran hade på sina håll framgångsrika försök att öppna dörrarna genomförts. Ett ökat förtroende och en mänskligare behandling visade sig i flertalet fall medföra en positiv attitydförändring och ett ändrat socialt beteende hos patienterna. Känd i sammanhanget har George McDonald Bell blivit. Han tillträdde chefskapet för Dingleton Hospital, Melrose i Skottland 1948, och kunde redan samma år öppna alla avdelningar. Han verkade där till början av 1960-talet, då han avlöstes av Maxwell Jones. — Det förtjänar också påpekas att trots ett brett register av effektiva psykofarmaka finns ännu idag sjukhus där över hälften av avdelningarna är låsta och där även andra tvångsmedel i viss omfattning användes.

3) Det tredje steget i miljöterapiens utveckling, som kort skall beröras, är *dagsjukvårdens införande*. Redan på 30-talet förekom i Sovjetunionen i anslutning till neuropsykiatriska dispensärer dagavdelningar men det är framför allt i de anglosachsiska länderna dagsjukvården vunnit allmän utbredning.

Cameron startade sådan verksamhet i Montreal 1946 och 1948 öppnade Joshua Bierer sitt nu be-

Den amerikanske psykoanalytikern Harry Stack Sullivan organiserade redan i slutet av 1920-talet ett behandlingsprogram, som i mycket liknade ett terapeutiskt samhälle.

römnda dagsjukhus Marlborough Day Hospital i London.

Dagsjukvården skapade delvis nya förutsättningar för vården och man uppmärksammade snart att miljön utgjorde en betydande del av de behandlingsresurser man hade att arbeta med. Patienterna bodde nattetid i sina hem och kunde lätt jämföra miljöerna. En meningsfull sysselsättning och ett medmänskligt, positivt bemötande krävdes för att behandlingsmotivationen skulle uppehållas.

4) Det fjärde steget i utvecklingen har varit tillkomsten av s.k. terapeutiska samhällen, den kanske mest utrerade formen av miljöterapi. I blickpunkten står givetvis här den engelske läkaren Maxwell Jones. Föregångare har förvisso inte saknats (för översikt se: Clark 1964). Den amerikanske psykoanalytikern Harry Stack Sullivan organiserade redan i slutet av 1920-talet ett behandlingsprogram, som i mycket liknade ett terapeutiskt samhälle. Myerson beskrev 1939 i en artikel "Total push"-metoden, som också bar en liknande prägel. Termen "therapeutic community" förekom första gången 1946 i en artikel av Main i "Bulletin of the Menninger Clinic". Maxwell Jones (1970) har i sin nyligen på svenska utkomna bok "Det terapeutiska samhället" i förordet skildrat sin egen karriär och utveckling. Han kom under andra världskriget att få hand om en grupp f.d. krigsfångar med psykosomatiska störningar främst i form av hjärtbesvär. Patientgruppen och symtomatologin var tämligen homogen och detta, fann han, kunde utnyttjas på ett positivt sätt, i gemensamma gruppsamtal. Symtomen hade hos flertalet utvecklats under den negativa gruppåverkan, som den enskilde varit utsatt för under livet i fånglägren. I behandlingssituationen vändes nu istället gruppåverkan till en positiv upplevelse av stöd och förståelse, som erbjöd möjligheter att förklara och övervinna symtomen ifråga. Gruppen användes med andra ord som ett terapeutiskt

instrument. Ur detta embryo framväxte sedan det terapeutiska samhälle, som Maxwell Jones skulle till fullo utveckla först på Henderson Hospital i Surrey för huvudsakligen karaktärstörda individer och senare, under 1962—1969, vid Dingleton Hospital, ett litet mentalsjukhus i södra Skottland med eget upptagningsområde omfattande c:a 100.000 invånare.

Principer för det terapeutiska samhället

Principerna finns utvecklade på litet olika sätt hos olika författare (Ahlin et al 1970, Clark 1964, Feldtman 1970, Sundin 1970). Maxwell Jones (1968a) utvecklade dem i ett föredrag han höll på sjunde internationella kongressen i psykoterapi i Wiesbaden 1967 i stort sett på följande sätt:

1) *Kommunikation* står som ett nyckelord i det terapeutiska samhället. Man eftersträvar en öppen två-vägs kommunikation på alla nivåer, varmed förstås att kommunikation inte bara — som inom de traditionella och hierarkiskt uppbyggda vårdformerna — i form av ordinationer och påbud skall ske uppifrån och ned. Kommunikation skall också ske från patienter till personal, från underordnad personal till överordnad. All kommunikation skall tillmätas vikt och betydelse, alla medverkande inom institutionen är kuggar i samma maskineri.

2) *Demokrati och medbestämmanderätt*. Patienter och personal på alla nivåer skall tränas i att ta ansvar och fatta egna beslut. Icke sällan fattas beslut på för hög nivå i sjukhushierarkin, vilket gynnar utvecklingen av infantiliserande attityder hos patienterna, men som även kan undertrycka behandlingsmotivationen. Som exempel kan nämnas att svenska psykiatriska sjukhus finns, där det fortfarande är regel att patienterna själva inte får hantera sina fickpengar, resp. sina cigaretter, vilka istället portioneras ut på ett schematiskt sätt dag för dag.

3) *Medbestämmanderätten* leder i sin tur till ett *delat ledarskap*, där ansvar och auktoritet för-

Kommunikation står som ett nyckelord i det terapeutiska samhället.

En "terapeutisk potential" finns hos alla medlemmar av det terapeutiska samhället, som det gäller att frigöra och utnyttja på ett rationellt och konstruktivt sätt.

delas så långt möjligt. Som ung läkare tränas man i rollen som omnipotent ansvarstagare. I det terapeutiska samhället gäller det att upptäcka kompetensen hos annan personal, att använda dem i deras expertroller samt också att acceptera patientens expertroll när det gäller den egna sjukdomen och dess symtom. En "terapeutisk potential" finns hos alla medlemmarna av det terapeutiska samhället, som det gäller att frigöra och utnyttja på ett rationellt och konstruktivt sätt.

4) I ett terapeutiskt samhälle eftersträvas *samstämmighet i beslut och konsensus*. Ett vanligt misstag bland det terapeutiska samhällets kritiker är tron på att någon majoritetslinje, ibland kuppmissigt iscensatt, skall gälla och att minoritetsgrupper därför lätt kommer i kläm. Enligt Maxwell Jones är det emellertid en mycket viktig princip att inte genomdriva beslut om det går någon eller några emot. Man bör söka diskutera sig fram till en kompromisslösning för att nå konsensus eller — om det inte går — låta ämnet falla för att eventuellt tas upp i ett senare sammanhang.

5) Det finns slutligen ett *gemensamt terapeutiskt mål* för alla miljöaktiviteterna, innebärande, så långt möjligt, återgång till hälsa och social funktionsförmåga. Medlet är den *sociala träningen* som gruppstillhörigheten medger. Känslor och social interaktion analyseras, konfrontationer eller konflikter tas som utgångspunkt för lärupplevelser, s. k. *living-learning situations*. Referensramen för dessa problemcentrerade gruppterapier kan växla från mer eller mindre psykoanalytiska till socialpsykologiska eller inlärningspsykologiska modeller.

Genom Maxwell Jones och hans kolleger har kunskapen om och erfarenheterna av det terapeutiska samhället spritts i allt vidare cirklar över västvärlden och nya terapeutiska samhällen växer så gott som dagligen upp inte minst i USA. Åren 1959—1962 verkade nämligen Maxwell Jones som

inspiratör och lärare i USA och han är nu sedan ett par år åter tillbaka där.

Inte bara inom mentalvården har det terapeutiska samhällets principer vunnit ankläng, också inom ungdomsvårdsskoleområdet, fångvården och kanske inte minst inom alkohol- och narkomanivårdens område har så varit fallet. Man kan också här peka på patientorganisationer som Synanon och Day Top, som med sina speciella särdrag integrerat principer från det terapeutiska samhället. Detaljutformningen växlar inom vida gränser, mellan olika vårdområden och beroende på personlighet, kunnande och intresseinriktning hos dem, som leder de olika institutionerna. På vissa håll är läkarinflytandet stort, på andra saknas det kanske helt som exempelvis på Synanon. (Se för vidare studium Sundin 1970).

Utvecklingen i Sverige

Även Sverige har fått del av denna utveckling ehuru dröjande och försiktigt i starten. Den främste banérföraren för det terapeutiska samhällets principer har varit Bengt Berggren, numera överläkare på Långbro sjukhus, som, liksom en svensk Maxwell Jones, verkat som startmotor för en rad verksamheter på området. Han deltog i igångsättandet av dagavdelningen på Södersjukhuset i början på 1960-talet, en verksamhet, som till stor del inspirerades av dagvårdsinstitutioner i England (Berggren et al 1962, 1964). Berggren var sedan läkare vid Fruängens dagsjukhus, som startades 1966, och det var kanske där som en institution i Sverige första gången mera målmedvetet formades som ett terapeutiskt samhälle. Nu senast har han även utformat vårdmiljöer av liknande slag vid alkoholkliniken (Berggren 1970) och vid dagavdelningen på Ulleråkers sjukhus. Idag finns i Sverige sannolikt ett flertal avdelningar och institutioner, som drivs helt eller del-

Det finns slutligen ett gemensamt terapeutiskt mål för alla miljöaktiviteterna innebärande så långt möjligt återgång till hälsa och social funktionsförmåga. Medlet är den sociala träningen, som gruppstillhörigheten medger.

vis enligt det terapeutiska samhällets principer. Utvecklingen har även satt sina spår i våra nordiska grannländer, kanske framför allt i Norge, där avdelningen Lien vid Dikemarks sykehus framför andra bör nämnas.

Dennicketorp, ett terapeutiskt samhälle

För att konkretisera framställningen skall redovisas verksamheten vid en institution, som förf. i egenskap av konsulterande psykiater har nära ett års erfarenhet av, nämligen vårdanstalten Dennicketorp utanför Filipstad. Det är en enskild vårdanstalt för alkoholmissbrukare, driven sedan 1966 av en stiftelse, som är identisk med länsnykterhetsnämnden i Värmland. Den tar emot alkoholmissbrukare från hela landet, dock huvudsakligen från västra Svealand, vilka på egen eller på nykterhetsnämnds ansökan mer eller mindre frivilligt söker vård. Där finns 25 platser. Personalen består av 10 heltidsanställda plus konsulterande psykiater och konsulterande psykolog några timmar per vecka. Om intagningar beslutar vanligen personalgruppen, om utskrivningar de likaså men där tillfrågas patientgruppen. Patienterna skall vid inskrivningen i princip vara avgiftade och medicinfria. De fördelas efter frivilligt val på tre grupper, en utegrupp för gårdsskarlssysslor, småreparationer och fastighetsunderhåll, en innegrupp för köks- och städningssysslor samt en verkstadsgrupp, som arbetar i den mycket välinredda metall- och träslöjdsverkstaden. Dagen börjar med gruppmöte, som varar c:a en timme. Detta följes av arbetspass dels ett på förmiddagen och ett på eftermiddagen. Gruppmötet, som är "öppet", diskuterar föregående dags händelser, enskilda patienters reaktioner, uppsatta regler, permissioner, planer för dagens arbete etc. Vissa beslut kan fattas. Onsdagseftermiddagar, då såväl psykolog som psykiater brukar besöka anstalten, äger stormötet rum i vilket såväl all personal som alla patienter deltar och som pågår i 1—1 1/2 timme. Stormötet har enbart en rådgivande funktion men i princip kan allt tas upp, beredas och remitteras vidare till styrelsen eller patientföreningen. Exempel på frågor, som diskuteras är permissionsproblem av olika slag, åtgärder vid smygsupande, principer för

Som positivt upplever man framför allt medansvaret, sammanhållningen, öppenheten och naturligtvis den entusiasm, som kringgärdat Dennicketorp alltsedan starten.

sömnmiddelsordinationer på anstalten, samt arbetsgivarnas attityder mot alkoholmissbrukare. Före stormötet ges tillfälle till enskilda samtal med psykiatern för den, som så önskar. Samtidigt härmed pågår en personalgrupp, som är slutten, och som leds av psykologen. Styrelsen för Dennicketorp, som består av förtroendemän, länsläkaren och ett par tjänstemän från länsnykterhetsnämnden, sammanträder någon gång i månaden, varvid en representant från patientföreningen är adjungerad. Patientföreningen är livaktig och ansvarar framför allt för olika former av fritidsaktiviteter. Den sammanträder också en gång per vecka och personalen äger rätt att närvara men ej deltaga i eventuella beslut. Varje intagen blir föremål för tre s.k. planeringskollegier: Det första är obligatoriskt och infaller strax efter inskrivningen. I det deltar föreståndare, assistent, patient och en representant från patientföreningen och då dras allmänna riktlinjer för behandlingen upp. Behandlingskollegium II är frivilligt och infaller efter ett par veckor, varvid arbetsvårdens tjänstemän vanligen är närvarande. Kollegium III har till uppgift att ytterligare någon månad senare följa upp vad som tidigare diskuterats och ta ställning till om åtgärderna gått att genomföra eller behöver revideras. Den sammanlagda vårdtiden brukar variera mellan 2—8 månader.

Någon samlad resultatredovisning föreligger tyvärr ej. Ett fåtal, som inte orkar med denna form av vård, avviker eller missköter sig så att utskrivning blir nödvändig. Det är dock ingen tvekan om att flertalet upplever vistelsen som positiv och mycket klart prefererar denna vårdform framför andra former av långtidsvård de tidigare prövat, t.ex. andra enskilda anstalter, statliga anstalter eller psykiatriska sjukhus. Som positivt upplever man framför allt medansvaret, sammanhållningen, öppenheten och naturligtvis den entusiasm, som kringgärdat Dennicketorp alltsedan

Det är uppenbarligen ur metodologisk synpunkt mycket komplicerat att mäta de terapeutiska effekterna av en förändrad institution i relation till okända effekter av traditionella vårdinstitutioner.

starten, den uppmärksamhet anstalten mycket ofta blir föremål för med studiebesök, telefonförfrågningar etc. Svårigheterna ligger framför allt på eftervårdssidan, som tyvärr här liksom inom alkoholvården i övrigt fungerar otillfredsställande. Återfall är sålunda inte alltför ovanliga. Den öppenhet man på anstalten tränas i kan också bli ett problem för en del när man efteråt kommer ut i det ofta hårda, oskyddade arbetslivet igen, där ingen är beredd att möta ens problem med samma intresse och omsorg som inom anstalten. Även urvalsprinciperna för inläggning av patienter utgör ett problem man ännu inte helt lyckats komma tillrätta med. Också inom anstalten finns svårigheter, som ännu ej övervunnits. Sysselsättningen är många gånger otillräcklig och lider dessutom av dålig organisation. Gruppsamtalen blir ibland prövande omtuggnings av redan tidigare väl genomtröskat material. De verbalt mindre begåvade liksom de självsäkra, har uppenbarligen svårare än övriga att hävda sig i de olika samtalssituationerna. Den fysiska aktiviteten glöms ibland bort till förmån för all samvaro inomhus.

Resultatredovisning och behandlingsforskning

Det är fel att påstå att inte mycket är gjort vad gäller försök att utvärdera behandlingsresultaten av olika miljöterapeutiska former, men ändå är det påfallande svårt att genom litteraturen få någon samlad överblick över effekten av de olika miljöterapeutiska greppen. Det är uppenbarligen ur metodologisk synpunkt mycket komplicerat att mäta de terapeutiska effekterna av en förändrad institution i relation till okända effekter av traditionella vårdinstitutioner.

Ur principiell synpunkt kan man skilja på de kvalitativa metoderna och de kvantifierande "naturvetenskapliga" metoderna. Inom samhällsve-

tenskaperna råder en konflikt mellan dessa båda — å ena sidan de, som hävdar nödvändigheten av att kunna kvantifiera, väga och mäta och statistiskt bearbeta gjorda observationer, å andra sidan de, som menar att förhållandet mellan människor och grupper är så komplicerat att det svårigen låter sig kvantifieras eller objektiviseras. De kvalitativa metoderna överväger i redovisningarna från terapeutiska samhällen. Sådana finns bl.a. från Henderson Hospital (Rapaport 1960) och Dikemarks sykehus (Løchen 1965). Man har här använt sig av s. k. deltagarobservationer: noggrant redovisade detaljbeskrivningar av olika deltagares iakttagelser under gruppaktiviteterna. Den s. k. case-study-metoden hör också till de kvalitativa. Den innebär att man ger en utförlig beskrivning av en eller flera klienters livsutveckling före, under och efter behandlingen.

Även kvantifierande "naturvetenskapliga" metoder har kommit till användning. John Wing vid Maudsley Hospital i London har i studiet av behandlingsresultaten av kroniskt schizofrena patienter, vårdade i olika terapeutiska miljöer, framgångsrikt använt kvantifierande metoder (se Wretmark 1964). Amerikanerna Lewin, Lippit och White (Lippit o. White 1958) lyckades redan omkring 1940 skapa en experimentell undersökningsdesign där de kunde studera tre olika former av ledarskap i fyra klubbar för 11-åriga pojkar, dels en auktoritärt styrd grupp, dels en med s. k. laissez-faire-ledning, d.v.s. där ingen klar ledningsfunktion fanns, där låt gå-principen hyllades samt slutligen en med en demokratisk, gruppcenterad ledning. Resultaten tydde på preferens för och bäst funktion hos den sistnämnda ledningsformen. Undersökningen verkar tillförlitlig och förefaller genomförd med stor noggrannhet.

Av naturliga skäl är dock sådana undersökningar vanskliga att genomföra, svåra att reproducera och försedda med många felkällor, bl.a. problemet med jämförande kontrollgrupper. Man

Hos vissa i miljöterapi engagerade möter man en skeptisk attityd mot studiet av behandlingsresultat över huvud taget.

Man bör emellertid komma ihåg att den rörelse, som det terapeutiska samhället representerar, igångsatts av psykiatrer, många gånger kunniga och framträdande representanter för kåren, och att psykiatrer fortfarande spelar den ledande rollen i så gott som alla sådana institutioner med sjukvårdsanknytning.

kan dock som bl.a. i den nyssnämnda undersökningen, låta grupperna vara sina egna kontroller där attityder och reaktionsmönster undersöks före, under, efter och lång tid efter det påverkan skett.

I Sverige har mycket litet av resultatredovisning ägt rum. Hos vissa i miljöterapi engagerade, möter man en skeptisk attityd mot studiet av behandlingsresultat över huvud taget. Man tycks anse att blotta studiet av behandlingsresultatet medför att attityden mot patienten ändras, att patienten kommer att betraktas som objekt i stället för subjekt och att det mänskliga momentet, som är av central betydelse för vården, går förlorat.

Vid riksstämman i Stockholm i november 1970 presenterades emellertid en undersökning från dagavdelningen vid Ulleråkers sjukhus, som pågått sedan april 1969. Den omfattar såväl patienter som personal och man har försökt att med hjälp av olika psykometriska undersökningar, enkätstudier och skattningsförfaranden, avgångsintervjuer etc. skapa sig en så samlad bild som möjligt av attityder och olika behandlingseffekter. Undersökningen, som ännu ej är publicerad, verkar vara utförd på ett vederhäftigt och intresseväckande sätt.

Även om resultaten från undersökningar, som de ovan berörda, i allmänhet är i positiv riktning för och klart dokumenterar värdet av en aktiv miljöterapi, torde flertalet i vården engagerade terapeuter vara överens om att behandlingsforskningen måste bedrivas målmedvetet fortsättningsvis för att försöka övervinna alla de metodologiska problem, som här finns. Som Wulff Feldman (1970) a propos problemet med behandlingsforskning har uttryckt saken: "det är inte fråga om att ha tid att utföra detta arbete utan om att ha tid att underlätta det".

Slutsatser

Vilka slutsatser vågar man idag dra av de miljöterapeutiska erfarenheterna, som hittills gjorts? Vilka förändringar bör, om våra slutsatser är positiva, införas och var bör de sättas in för att i så fall söka förbättra nu rådande förhållanden?

Först skall väl konstateras att någon oenighet knappast råder om värdet av en aktiv, systematisk arbetsterapi, ej heller om att dörrar bör vara olåsta och tvångsmedel i möjligaste mån förbjudas. Likaså har dagsjukvård redan hunnit bli en väl etablerad vårdform inom psykiatrisk vård. Vad gäller införandet av det terapeutiska samhällets principer torde däremot meningarna bryta sig. Många psykiatrer har säkert känt sig frustrerade av den aktuella och många gånger tendentiösa debatt som pågått inte minst i massmedia. Miljövårdsaktivisternas attacker och ideologiska utsvävningar, som ju i stor utsträckning har riktat sig mot de nu rådande vårdformerna och mot den nu etablerade psykiaterkåren, upplevs av den som ett hot mot den egna livs- och behandlingsfilosofin och därigenom mot hela den egna yrkesrollen. Man bör emellertid komma ihåg att den rörelse, som det terapeutiska samhället representerar, igångsatts av psykiatrer, många gånger kunniga och framträdande representanter för kåren, och att psykiatrer fortfarande spelar den ledande rollen i så gott som alla sådana institutioner med sjukvårdsanknytning. Psykiatrisk expertis efterfrågas dessutom begärligt av andra liknande, ej sjukhusanknutna institutioner, något som stöds av erfarenheter från Dennicketorp. Det politiska innehållet i budskapet från de yngre miljövårdsaktivisterna har heller ingenting med de grundläggande idéerna att göra. Oavsett politisk färg, bör flertalet med en demokratisk grundinställning, ha förutsättningar att gå in i ett terapeutiskt samhälle. Utbildningsaspekten är dock viktig. Man bör ge sig tid att tränga in i litteraturen, liksom att skaffa sig gruppsykoterapeutisk träning, vilket

Oavsett politisk färg bör flertalet med en demokratisk grundinställning ha förutsättning att gå in i ett terapeutiskt samhälle.

~~~~~  
*Det är rimligt att tänka sig att man kan vinna mycket på att ge patienterna och underställd personal ett ökat medinflytande i vården och detta kan åstadkommas med tämligen enkla medel: ökad konferensverksamhet och gruppdiskussioner mellan patienter och personal medför att kommunikationen och informationsutbytet ökar.*  
~~~~~

idag på många håll ställer sig svårt. Mot denna bakgrund kan man dra slutsatsen att vi inom den institutionsbundna psykiatriska vården i Sverige har mycket att lära av "det terapeutiska samhället." Emellertid omöjliggör, åtminstone på våra lasarettspsykiatriska kliniker, vår ständiga platsbrist, vår höga patientomsättning och våra korta medelvårdstider att några radikala omändringar kan ske. Visserligen har Maxwell Jones (1968 b) hävdat, att endast små förändringar i en traditionell vårdmiljö är av föga värde. David Clark, å sin sida, har hävdat att man bör skilja på "therapeutic community proper", det renodlade terapeutiska samhället, som är en sluten, enhetlig institution, där inga kompromisser är tillräddiga, och det terapeutiska samhällets principer, som även i valda delar bör kunna appliceras på ett sjukhus, en viss klinik eller institution och då kan medföra en positiv utveckling av den terapeutiska atmosfären där. Det är med andra ord ändå rimligt att tänka sig att man kan vinna mycket på att ge patienter och underställd personal i en traditionell vårdmiljö ett ökat medinflytande i vården och detta kan åstadkommas med tämligen enkla medel: ökad konferensverksamhet och gruppdiskussioner mellan patienter och personal medför att kommunikationen och informationsutbytet ökar. Stormöten kan utan svårighet hållas på avdelningarna och ges vissa rådgivande funktioner. Olika personal, biträden, elever etc. kan ges direktansvar för olika patienter med krav på regelbunden rapportering till avdelningsläkarna etc. Personalens medinflytande kan också formaliseras t.ex. genom inrättande av samrådsgrupper (underavdelningar till företagsnämnderna) och på undervisningskliniker kan institutionsstyrelser konstitueras. Vidare kan man arbeta för inrättandet av behandlingshem, lätt-

vårdsavdelningar eller dagavdelningar, placerade utanför de stora sjukhusen men knutna till kliniken. Genom den placeringen är det lättare att undgå det traditionella rolltänkandet, statussymboler och hospitaliseringstendenser, som finns på det stora sjukhuset samt minska omhändertagandegraden och närma patienterna till samhället, som de ju så småningom ändå skall skrivas ut till. Man bör någorlunda väl selektera patienterna till en sådan vårdenhet så att man väljer dem där sociogena och/eller karaktärogena moment spelar en framträdande etiologisk roll för sjukdomen. Man bör vidare eftersträva att en sådan avdelning inte utsetts för samma omsättningstryck som en akutavdelning. Man måste nämligen skapa förutsättningar för ett lugnare och mer avspänt behandlingstempo.

Vidare kan redan nu slås fast att vad gäller rehabiliteringsarbete med långtidssjuka psykotiker, särskilt defektschizofrena patienter, liksom med alkohol-narkomaniklientelet bör en aktiv miljöterapi vara det centrala i behandlings- och rehabiliteringsarbetet. (Wretmark 1964, Berggren 1970).

Är en aktiv miljöterapi det allena saliggörande botemedlet, som i framtiden skall frälsa oss från psykisk sjukdom? Det är en uppfattning som ibland skymtat i den ganska politiserade och onyanserade debatt som förts. Lika litet som farmakoterapi eller psykoterapi kan eller får användas som enda terapeutiskt instrument, skall och får givetvis inte heller miljöterapi göra det. Det kan vara lämpligt att påminna om Maxwell Jones slutord i "Det terapeutiska samhället": "I varje socialt system offras en del medlemmar antingen därför att de inte passar in i de selektiva spåren i systemet eller också får de betala med priset av ärr på sina liv, eller med sina liv, för det helas goda eller dårskap som t.ex. i krig. Det skulle förmodligen vara ett falskt psykiatriskt hopp att vänta sig att varje möjlig form av miljömanipulering skulle kunna skapa ett tusenårsrike av

~~~~~  
*Lika litet som farmakoterapi eller psykoterapi kan eller får användas som enda terapeutiskt instrument skall och får givetvis inte heller miljöterapi göra det.*  
~~~~~

självuppfyllelse för varje medlem. Låt oss hoppas att fältpsykiatrin inte tillåter sig att engagera sig för ett sådant utopiskt mål. Samhällslivets realiteter är alldeles för överväldigande för det.”

LITTERATUR:

Ahlin, G., C. Båge, C. A. Crafoord, M. Günther, K. Hassel, B. Sigrell, G. Öberg (1970): Miljöterapi. Gemenskap och behandling, ett alternativ. Stockholm.
Berggren, B. (1970): Alkoholkliniken vid Ulleråkers sjukhus. Forskning och praktik. Sandoz 9 112—116.
Berggren, B., C. Roth, I. Szecsödy (1962): Om dagvård för psykiatriska klinikpatienter. Svenska läkartidningen 59, 2035—2046.
Berggren, B., C. Roth, I. Szecsödy (1964): Om dagvård för psykiatriska klinikpatienter II, Svenska läkartidningen 61, 2522—2532.
Clark, D. (1964): Administrative Therapy. London.
Crafoord, C. A. (1970): Om miljöterapi i psykiatrisk vård. Socialmedicinsk tidskrift 47, 14—20.

Feldtman, W. (1970): Miljöterapi på vård- och behandlingsinstitutioner. Stockholm.

Jones, M. (1968 a): Therapeutic community principles within the hospital and in the outside community. Psychother. Psykosomat. 16, 84—90.

Jones, M. (1968 b): Beyond the therapeutic community. London.

Jones, M. (1970): Det terapeutiska samhället. Stockholm.

Lippit, R., R. White (1958): An experimental study of leadership and group life. i: Maccoby, Newcomb, & Harley (Ed.): Readings in social psycholog. New York.

Løchen, Y. (1965): Idealer och realiteter i ett psykiatriskt sykehus. Oslo.

Rapaport, N. R. (1960): Community as doctor. London.

Sundin, B. (1970): Individ, institution, ideologi. Stockholm.

Wretmark, G. (1964): Miljöfaktorernas betydelse för förlopp och prognos vid kroniska psykoser. Svenska läkartidningen 61, 365—278.

M.D. GERHARD CHRZANOWSKI

talar om

an interpersonal view of schizophrenia

fredagen den 16 april 1971 kl. 19.30.

Lokal: Sändersalen, ABF-huset, Sveavägen 41, Stockholm.

Inträde: kr 10:—, stud.leg. kr 5:—.

Dr Chrzanowski är Director, Bleuler psychotherapy Center, New York; Supervising and training analyst, William Alanson White Institute for Psychoanalysis, Psychiatry and Psychology, New York samt ordförande i International Federation of Psychoanalytical Societies till vilken Holistiska föreningen är ansluten.

Arrangör: Svenska Föreningen för Holistisk Psykoterapi och Psykoanalys.

Detta är det sista numret

av

Socialmedicinsk tidskrift

som ni får utan att ha
förnyat prenumerationen
för 1971

**Gör det omedelbart
för att undvika avbrott!**

Helår kr 40:—

Studentpren. helår kr 20:—

Postgiro 1179-1

Postadr. Fack, 104 01 Stockholm 60
Tel. 08/87 34 91, 83 20 83