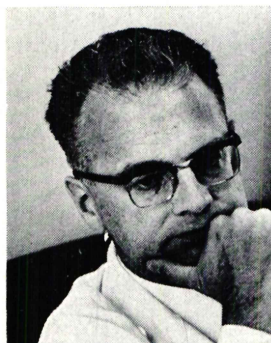


Det terapeutiske samfunn og jeg-svake pasienter*

Noen erfaringer fra Dikemark sykehus, avd. Lien



Jarl Jørstad

Innledning

Egentlig er det en helt umulig oppgave å vise hva et terapeutisk samfunn er gjennom foredrag eller artikler. Det blir nødvendigvis en abstrahering og forenkling som gjør vold på virkeligheten og som bare meget mangelfullt kan formidle det som foregår.

For oss leger, som for alle andre medarbeidere på det psykiatriske sykehus, må de miljøterapeutiske prinsipper, metoder og holdninger først og fremst læres og oppleves ved stadige emosjonelle erfaringer som vi får ved selv å delta aktivt i et terapeutisk samfunn.

Jeg vil allikevel forsøke å fortelle litt om den modifikasjon av det terapeutiske samfunn som vi har på avdeling Lien, et 40 sengers avsnitt ved Dikemark sykehus, og vil bl. a. reflektere litt omkring noen problemer som vi møter når vi skal forsøke å behandle spesielt jeg-svake pasienter i et slikt terapeutisk samfunn. Jeg vil forsøke å se hvordan disse problemer har konsekvenser for behandlingsstrukturen, og for oss som miljø-

Avdeling Lien är en del av Oslo stads psykiatriska sjukhus, Dikemarks sjukhus. Denna avdelning är organiserad som ett terapeutiskt samhälle. Patienterna är människor med svåra psykiska symtom eller avvikelser. De har ofta kännetecknats av s k jag-svaghet, d v s en bristande känsla av att vara en hel person, av en enhetlig identitet.

Jag-svagheten kan ha olika psykologiska och sociala följder. Den kan yttra sig i en bristfällig kontakt med andra människor ända till direkt autism. Den kan resultera i primitiva psykologiska försvarsmekanismer med uttalade tendenser till förnekelse eller projektion o s v. Den kan också yttra sig i en bristfällig kontroll av egna drifter och impulser.

Ett viktigt mål i det terapeutiska arbetet på avdelning Lien är att stärka jag-upplevelsen, patienternas identitetskänsla — för att därmed kunna förändra de problem som föreligger i fråga om kontaktsvaghet, primitiva försvarsmekanismer och bristfällig impuls kontroll. Nedanstående artikel redovisar hur detta terapeutiska arbete är upplagt. Författaren redogör för avdelningens organisation och behandlingsfilosofi. Han beskriver jag-svaghets olika yttringar. Uppläggningsen av det terapeutiska arbetet och vanliga problem vid detsamma redovisas.

Förf. kommer vidare in på vilka personliga krav man kan ställa på miljöterapeuter i ett terapeutiskt samhälle.

Avslutningsvis analyseras avvägningen mellan det miljöterapeutiska och det individualterapeutiska arbetet — där författaren framhåller att det terapeutiska samhället kan medföra att det blir för lite kontakt med den enskilde individen. Det kan bli en press i riktning mot allt för stor anpassning och konformitet.

Jarl Jørstad är överläkare vid avdelning Lien vid Dikemarks sjukhus.

* Föredrag på Svenska psykiatriska föreningens möte i Sundsvall 25.9. 1970.

terapeuter. Særlig håper jeg på å kunne belyse hvilke holdninger vi tror er terapeutiske hos medarbeiderne i et slikt terapeutisk samfunn. Der hvor jeg i min fremstilling føler det nødvendig med teoretiske begreper, forsøker jeg å holde meg til en psykodynamisk og jeg-psykologisk tankemodell.

Sykehuset

Dikemark sykehus er Oslo by's psykiatriske sykehus, og det er igjen oppdelt i 5 forskjellige sykehus med mange underavdelinger (avsnitt). Mange av de forskjellige avsnitt har høy grad av autonomi, og de har også nokså forskjellige behandlingsopplegg. Avdeling Lien var et avsnitt ved avdeling II hvis sjef er overlege Harald Frøshaug, men fra 1.1.1971 er Lien skilt ut som egen avdeling, med egen overlege. Lien er en egen bygning i to etasjer, hvor en eller begge etasjer kan gjøres lukket. Under vanlige forhold fungerer avdelingen imidlertid som en åpen avdeling. Bygningen er gammel, men ble pusset opp i 1958, og siden har den også gjennomgått mindre bygningsmessige forandringer.

Klientellet

Den terapeutiske oppgave ved avdelingen har vært å være en aktiv behandlingsavdeling for både mannlige og kvinnelige pasienter. De fleste av disse har alvorlig psykopatologi: Akutte og subakutte schizofrene psykoser, reaktive psykoser, grensepsykotiske tilstander ("borderline states") og også noen dyptgående depresjoner og neuroser. (I 1970 hadde vi 89 innlagte pasienter, hvorav 20 med hoveddiagnosen schizofreni, 20 neuroser eller grensepsykoser, 19 reaktive eller manisk-depressive psykoser, 23 stoffmisbruk, 2 alkoholisme og 1 andre diagnoser.)

Etter hvert har pasientbelegget blitt mer og mer preget av ungdomsklientell med adferds- og tilpasseingsvansker, helt ned til 15 års alderen. Fra 1970 har 10 av de 40 plassene blitt reservert ungdomsnarkomane pasienter som trenger institusjonsbehandling og som innlegges frivillig i avdelingen. Disse pasientene er hittil behandlet sam-

men med de andre og er ikke adskilt i en egen gruppe innenfor avdelingen. Dette er ment som et eksperiment.

Fra 1966 har vi på avdelingen behandlet både menn og kvinner, belegget er på ca. 15 menn og 25 kvinner i gjennomsnitt. Ellers er det karakteristisk at mange av våre pasienter har vært forsøkt behandlet en eller flere ganger ved andre psykiatriske institusjoner, og ofte overflyttes de til oss med den konklusjonen at de trenger et mere langsiktig behandlingopplegg. Det er med andre ord tildels en meget "hård kjerne" av pasienter vi får i avdelingen, og en ting som karakteriserer de fleste er deres jeg-svakhet (se senere). Antall pasienter som tvangsinnlegges etter § 5 i lov om psykisk helsevern, har vist sterkt synkende tendens (fra 40 i 1966 til 13 i 1969). Den gjennomsnittlige behandlingstid er imidlertid svakt økende, fra 117 dager i 1967 til 159 dager i 1969, d.v.s. omkring 5 måneder. Dertil kommer at de fleste pasientene fortsetter i langvarig etterbehandling etter utskrivningen ved vår ettervernsavdeling.

Personalet

Avdeling Lien har en relativt stor personaloppsetning. I tillegg til avdelingens medisinske leder, har vi siste året også hatt en annen fast spesialist i psykiatri (spesiallegen), 2 reserveleger, 2 assistenter, 1 klinisk psykolog, 2 kuratorer, 1 avdelings- sykepleier med 7 ass. sykepleiere — alle har spesialskole i psykiatri, 4 arbeidsterapeuter, 8 hjelpepleiere og pleieravløsere, 3 nattevakter med avløsere, 1 fysioterapeut i 1/2-dags stilling og 1—3 hushjelpere. Dertil kommer et varierende antall sykepleierelever fra grunnskole og spesialskole, samt praktikanter.

Det siste året har avdelingen også bygget opp en pedagogisk sektor med 3 lærerstillinger som gir undervisning innenfor den 9-årige ungdomsskole. Dertil kommer en sosialpedagog med studiegrupper om ettermiddagene og kveldene.

Dette personalet kan virke stort sammenlignet med en tradisjonell personaloppsetning ved en avdeling på et psykiatrisk sykehus. Noe av bakgrunnen er at avdelingens klientell mer og mer er blitt preget av ungdomspsykiatriske pasienter. Dette for-

Gradvis, som en følge av en langvarig utvikling har vi forlatt mye av den tradisjonelle medisinske sykdomsmodell, og bruker i stedet en kombinert psykodynamisk og sosialpsykologisk modell.

utsetter både et tilstrekkelig antall velutdannet personale, og en spesiell gruppestruktur med gjenomgående grupper. Det spiller også en rolle at avdeling Lien er forutsatt å utdanne alle personellkategorier i systematisk miljøterapi og gruppearbeide. Denne undervisning representerer et tillegg i arbeidsbyrden til det faste personalet, og skjer dels som en samværstrening i det daglige arbeide i avdelingen ("in-service-training"), dels ved den veiledning og opplæring som foregår på personalmøter, teammøter, kuratormøter og diagnosemøter. Det faste personale har en gang ukentlig systematisk undervisning eller veiledning av en psykolog, og de forskjellige yrkesgrupper har til dels også egne undervisningsopplegg i tillegg. Avdelingen gir f.eks. et strukturert tilbud til leger og psykologer om trening i individuell psykoterapi. Dette tilbud er basert på en ukentlig times individuell veiledning med avdelingens psykiatriske leder, og en dobbeltime i gruppe med sykehusets spesialpsykolog.

Generelt om psykiatrisk sykdom og behandling

Det er ikke mulig å snakke om et terapeutisk samfunn uten å berøre det grunnsyn vi har på psykiatrisk sykdom og behandling. Gradvis, som en følge av en langvarig utvikling — ikke bare på Dikemark, men i norsk psykiatri — har vi forlatt mye av den tradisjonelle medisinske sykdomsmodell, og bruker i stedet en kombinert psykodynamisk og sosialpsykologisk modell. Vi leter ikke først og fremst etter organiske eller biokjemiske årsaker bak de psykiatriske symptomer, men ser disse som menneskelige uttrykksmåter i krisesituasjoner. Noe forenklet kan det sies slik, at vi oppfatter de fleste psykiatriske sykdommer som uttrykk for at et individ har et forstyrt forhold til seg selv og sitt miljø, familien og samfunnet.

Dette har selvstått den konsekvens at vi i vårt

diagnostiske arbeid ikke er like engasjert som før i å plassere pasientene i tradisjonelle nosologiske kategorier. Desto mer opptatt er vi av å forsøke å forstå både den psykodynamiske og sosiale bakgrunn for den enkelte pasients utvikling og personlighet, og bakgrunnen for den aktuelle krise som førte til innleggelsen.

Dette får den konsekvens at vi forsøker å strukturere et miljø i sykehuset som er mest mulig terapeutisk, noe som bl.a. innebærer at det bør være annerledes enn det miljø våre pasienter kommer fra. Et miljø som gir muligheter for tryggere kontakter med andre mennesker, hvor det kommuniseres direkte og hvor det er muligheter for mer hensiktsmessige identifiserings- og læringsprosesser. Men samtidig bruker vi fortsatt de hjelpemidler og metoder i psykiatrisk behandling som har vist seg verdifulle, som f.eks. medikamenter, individuell psykoterapi, arbeidsterapi og arbeidstrening, men disse tingene blir forsøkt integrert og samkjørt med miljøterapien. ECT forordnes nå meget sjelden i avdelingen.

Forholdet mellom individualterapi og miljøterapi

Ved Lien har man forsøkt en mer systematisk miljøterapi helt siden avdelingen ble ombygget i 1958, (Hundevath, 1962, Frøshaug m.fl. 1963, Löchen 1965). Da jeg selv overtok som medisinsk leder for avsnittet i januar 1964, var det min oppfatning at den viktigste behandling burde være en relativt intens og langvarig psykonalytisk-orientert individualterapi for så mange pasienter som mulig. Miljøterapien mente jeg kunne være en verdifull ramme og bakgrunn for denne individualterapi.

I årene som fulgte ble vi alle ved avsnittet gradvis overbevist om at det var riktig å forandre denne modellen og legge mer og mer vekt på den systematiske miljøterapi. Med dette mener vi et avdelingsmiljø hvor både pasienter og personale

Vi så at også individualterapien mest hensiktsmessig kunne betraktes som en del av avdelingens miljøterapi.

En mere intens og langsiktig individualterapi med mange av våre innlagte pasienter var et så ærgjerrig opplegg at det var umulig å gjennomføre.

blir forsøkt stimulert til å se sitt medansvar for behandlingen, og hvor vi i størst mulig utstrekning forsøker å bli klar over den psykologiske betydning av alt som skjer i avdelingen, og særlig fokuserer på kommunikasjonen og behandlingsstrukturen (Jones 1952, Frøshaug 1966, Ahlin m.fl. 1969). Individualterapien ble ikke som før stadig omtalt som viktigst, fikk heller ikke reelt det samme omfang. Målsettingen for denne terapiform ble forsøkt begrenset, og vi så at også individualterapien mest hensiktsmessig kunne betraktes som en del av avdelingens miljøterapi. Det var mange grunner til denne utviklingen, bl.a. at en mere intens og langsiktig individualterapi med mange av våre innlagte pasienter var et så ærgjerrig opplegg at det var umulig å gjennomføre.

De yngre legers antall og terapeutiske erfaring var minimumsfaktorer, liksom det faktum at de som regel bare ble i avdelingen 1—2 år og at deres arbeidsdag var begrenset. Når de påbegynte psykoterapier måtte avbrytes, ble det ofte traumatiserende for pasientene. De regressive tendenser og avhengighetsproblemer som mange av våre jeggsvake pasienter har, ble ofte forsterket gjennom mer intens psykoterapi. Vi opplevet også at en slik terapi i avdelingsmiljøet ofte ble komplisert og uoversiktlig, og at det var lettere å få en klarere motivering og en mere forpliktende behandlingskontrakt etter utskrivningen. Endelig var det en viktig faktor at miljøpersonalet kunne oppleve sin rolle i avdelingen som mindre viktig enn individualterapeutens, og dette fikk konsekvenser både for den enkelte medarbeiders holdning og for kommunikasjonen i avdelingen (Sætness, 1966).

Alle disse forhold gjorde at tilbudet om en individualterapi under oppholdet i noen år ble mer begrenset både i intensitet og målsetting.

Behandlingsstruktur og møteprogram

Den sentrale enhet i avdelingen er i dag gruppen

på 10 pasienter med sitt team. Gruppene fungerte for bare i perioder, som utvalgte psykoterapeutiske grupper, og bare for noen av pasientene. Men fra januar 1968 ble avdelingen delt i tre gjennomgående grupper med ikke selektert klientell. Fra 1970 ble antall grupper utvidet til fire, A, B, C og D-gruppen.

I disse gruppene har både personalet og pasientene en fast tilknytning og arbeidsoppgave hver formiddag, med en fast månedlig turnus for de forskjellige oppgaver (husarbeid og matlagning, halvindustriell produksjonsvirksomhet, forming, og en sosialvirksomhet som tar seg av gamle pasienter på en annen avdeling eller arrangerer fester og andre tilstelninger på Lien). Etter lunsj, mellom kl. 13 og 15, deltar pasientene i aktiviteter på tvers av gruppene. Her blir det tatt mere individuelle hensyn til pasientenes egne ønsker og behov. (Vanetrening, skoleforberedelser, fysisk trening, fri forming, keramikk, skrivemaskintrening, reparasjon og oppussing). Om ettermiddagen og kvelden er det tilbud om frivillig deltagelse i forskjellige former for undervisning og gruppediskusjoner (politikk, samfunnsspørsmål, teater og litteratur) og fritidsvirksomhet (bridge, musikk).

De psykiatriske sykepleiere har formelt og reelt utviklet seg til å bli gruppeledere, og har sammen med arbeidsterapeutene og pleierne blitt kjerne-troppene i avdelingens miljøterapi.

Gruppemøtene har fått en mindre ærgjerrig målsetting, men er ikke blitt mindre viktige av den grunn. De holdes hver dag undtatt lørdag og søndag, trekvart time. Teknikk og innhold varierer fra gruppe til gruppe, avhengig av presonalets kvalifikasjoner og erfaringer, pasientenes psykopatologi og gruppens samhold og trygghetsnivå. Hittil har de fleste gruppemøter vært sentrert om praktiske spørsmål og aktuelle problemer, samt holdningspåpekninger og her- og nu-reaksjoner. Men flere av gruppene ledes nå i perioder mere

De psykiatriske sykepleiere har formelt og reelt utviklet seg til å bli gruppeledere, og har sammen med arbeidsterapeutene og pleierne blitt kjernetroppene i avdelingens miljøterapi.

etter gruppeterapeutiske prinsipper, særlig etter at psykologen ved avdelingen har gitt systematisk undervisning og veiledning i gruppeteknikk og gruppeprosesser til det faste personalet.

Fellesmøtet hver morgen har vi etter hvert opplevet som et viktig instrument i vår miljøterapi, og det mest spesifikke for det terapeutiske samfunn. På disse møtene sitter hele avdelingen sammen, både pasienter og personale i en halv time, og etterpå har vi et samlet personalmøte. På fellesmøtene leser en representant for hver av gruppene og pasientrådet opp et referat og det gis informasjon, — og problemer og tiltak av felles interesse blir drøftet åpent. Reelle konflikter, motsetninger eller latente spenninger i avdelingen vil fra tid til annen bli tatt opp og bearbeidet. Bortsett fra referatene, er disse fellesmøtene utstrukturerde og inntil nylig har vi ikke hatt noen møteleder.

Den individuelle psykoterapi er fortsatt viktig for mange pasienter, men den forutsetter en faglig kompetanse på nivå med lege eller klinisk psykolog, tildels også kuratorer med lang erfaring. Fordi vi i dag har et større antall leger og en mer utbygget veiledning, kan vi også tilby mer psykoterapi enn før. Hver pasient har en lege eller psykolog, som han eller hun kan få psykoterapeutiske samtaler med, særlig i krisesituasjoner når pasienten selv er motivert for samtaler. Men individualterapeuten blir ikke en eksklusiv person som står utenfor miljøet, men samtidig også miljø- og gruppeterapeut.

En del av våre pasienter mangler jo evnen til å holde fast på opplevelsen av menneskelig kontakt (objektkonstans), og de som får individuell psykoterapi, opplever lett terapeuten i tiden mellom timene som "ute av øye, ute av sinn". Derfor er det viktig at de ser ham hver dag på fellesmøter og i avdelingen ellers, eventuelt får anledning til å veksle noen ord med ham og dermed bekrefte hans eksistens. Særlig viktig vil det være at individualterapien innenfor en slik avdeling kan møte pasientenes behov like etter innleggelsen. De er da ofte fortsatt i en akutt krisesituasjon, hvor de kan være mer åpne og sterkere motivert for kontakt og samarbeid, samtidig som de ofte trenger å få

klarhet i de aktuelle omstendigheter for innleggelsen og bakgrunnen for krisen i deres liv.

Pasientens første møte med avdelingen er her svært viktig, og vi har nå gjennomført som en regel at alle pasienter, hvis mulig før de blir motatt, får en *forvernsamtale* med de representanter for den gruppen som eventuelt skal ta imot pasienten, sammen med gruppens lege. Denne forvernsamtalen foregår dels i Oslo på vårt for- og ettervernskontor eller hjemme hos pasienten, dels kommer pasienten og de pårørende ut til avdelingen og får også som en del av forvernet delta i et gruppemøte, snakke med pasienter fra gruppen og møte hele miljøet, for å få et riktigst mulig inntrykk allerede før innleggelsen. I slike forvernsamtaler presenteres også avdelingens behandlingstilbud og de regler som gjelder, bl.a. gjennom en liten trykt orientering.

Miljøterapien ved avdelingen har etter hvert utviklet seg i retning av *et terapeutisk samfunn*, d.v.s. en avdeling hvor vi har forsøkt å mobilisere alle avdelingens ressurser, pasientene og hele personalet på en mer systematisk måte, slik at flest mulig av de interpersonelle og sosiale prosesser kan ha mulighet for å bli terapeutiske. (Kraft 1966, Thomstad 1969). Dette har hele tiden vært en gradvis prosess som har utviklet seg innenfra og som har ført til stadige forandringer i avdelingens struktur. Ingen forandring har imidlertid blitt gjort før den har blitt opplevet som et reelt behov, og før konsekvensene har blitt diskutert nøye på forhånd.

Ett mål i det terapeutiske samfunn er å lære pasientene hvordan egen adferd virker på andre og hvilke konsekvenser dette har for dem selv. På den måten kan også feiloppfatninger, forvanskninger av egen person og andre mennesker ha mulighet for å korrigeres. Mye av dette kan kalles "sosial læring" eller "samværstrening", d.v.s. vi ønsker å lære pasientene mer om hva det vil si å leve, leve sammen med andre mennesker av begge

~~~~~  
*Vi opplever at denne følelsen av å være noe helt og sammenhengende, er svak hos mange av våre pasienter.*  
~~~~~

~~~~~  
*Kontaktproblemer er et av de sentrale fenomener hos våre pasienter.*  
~~~~~

kjønn i arbeid og fritid, i det miniatyrsamfunn avdelingsmiljøet representerer.

Vi mener å ha nytte av Eriksons teorier om menneskets utviklingsstadier, og de oppgaver og kriser som må gjennomleves og løses i hvert stadium (Erikson, 1950). Denne tankemodell gjør det naturlig å forstå et terapeutisk samfunn som et sted hvor pasienter og personale kan gå sammen om konkrete arbeidsoppgaver, kan reagere på hverandre, lære av hverandre og gjennom dette utvikles og modnes. I et slikt miljø vil det fra tid til annen også oppstå kriser mellom enkeltmennesker eller i hele samfunnet, noe som innebærer både muligheter og risikoer. Den måten disse krisene møtes og eventuelt løses på, blir avgjørende for om det blir en terapeutisk effekt eller ikke, (Cumming & Cumming, 1963).

Identitet og jeg-svakhet

Eriksons identitetsbegrep kan også være hensiktsmessig i vårt arbeid med "jeg-svake" pasienter. Det viktige i dette begrep er en følelse av å være en hel person, og at dette blir bekreftet av andre, (Erikson, 1959).

Vi opplever at denne følelsen av å være noe helt og sammenhengende, er svak hos mange av våre pasienter. De kan ha en mangelfull følelse av å være noe, være en person (personlig identitet), av å være mann eller kvinne (kjønnsidentitet), eller de har ingen følelse av å tilhøre en gruppe eller et yrke, (gruppe- eller yrkesidentitet). Mange av våre unge pasienter blir nettopp innlagt i avdelingen i en krisesituasjon som henger nøye sammen med en dyptgående identitetskrise, en situasjon som truer både deres jeg og livssituasjon med oppløsning og kaos. Det å styrke våre pasienters identitet, blir derfor et viktig mål i det terapeutiske samfunn.

Hvordan ytrer nå jeg-svakheten seg hos våre pasienter? Vi vet fra jeg-psykologien at et svakt jeg kan vise seg særlig på tre områder, — i forholdet til *den ytre virkelighet* og dermed også i

kontakten med andre mennesker, — i forholdet til *egne drifter og impulser*, og endelig i *jeg'ets egne forsvarsmekanismer* og koordinerende funksjoner. Dette blir lett teoretiske abstraksjoner hvis vi ikke knytter det til klinikken — til de fenomener vi opplever hos våre pasienter. Uten at jeg på noen måte kan trekke frem alle sider ved dette, vil jeg nevne noen av våre erfaringer fra Dikemark sykehus.

La oss begynne med kontaktproblemene i forhold til andre mennesker som jeg finner særlig viktig at vi som miljøterapeuter forstår.

Kontaktambivalens

I psykiatriske miljøer vil det lett utvikle seg slagord og klisjéer som brukes ofte og overfladisk. Ord som kontakt og kontaktvansker kan bli slike klisjéer i den daglige kommunikasjon. I arbeidet på Lien får vi imidlertid stadig bekreftelse på at kontaktproblemer er et av de sentrale fenomener hos våre pasienter. Det kommer til syne på forskjellige måter. En del av de schizofrene og grensepsykotiske pasientene trekker seg tilbake fra menneskelig kontakt i ytre forstand, de isolerer seg i avdelingen, har vanskelig for å snakke, særlig når flere er tilstede. Ofte stikker de seg bort i krokene eller blir liggende i sine senger og preges av passivitet og apati. Bak denne fasaden opplever de jo ofte en indre autistisk verden som har erstattet den ytre virkelighet. Tilbaketrekningen er hos en del av våre pasienter også kombinert med en aktiv avvisning av andre mennesker og deres kontaktforsøk. Disse pasientene har ofte en dyp overbevisning om at all nær kontakt vil bli fulgt av tap, avvisning eller andre smertefulle opplevelser. Da føler de det sikrere å avvise selv først.

Ofte ligger det jo reelle opplevelser bak, selvom de kan spores langt tilbake i tiden. Nærheten til andre mennesker kan ha vært skuffende, frustrerende og skremmende utover det som er vanlig.

~~~~~  
*Disse pasientene har ofte en dyp overbevisning om at all nær kontakt vil bli fulgt av tap, avvisning eller andre smertefulle opplevelser.*  
~~~~~

Har vi allikevel utholdenhet og tålmodighet nok, viser det seg nesten alltid at kontaktavvisningen egentlig er en kontaktambivalens.

Voksne menneskers likegyldighet, mangel på kjærlighet, avvisning, brutalitet, manipulering eller utnyttning kan være viktige årsaker til at en del av våre pasienter er overfølsomme for det samme hos oss som behandlere og miljøterapeuter, og lett også legger oss slike tendenser. Spesielle former for kommunikasjon kan også ha bidratt til denne angsten. Vi vet at former for forvirrende kommunikasjoner mellom mennesker, "double bind", "pseudogjensidighet", "mystifisering" er viktige etiologiske faktorer ved schizofrene psykoser, (Laing 1959, Lidz, Fleck & Cornelison 1965, Singer & Wynne 1965). Vi kan i vårt behandlingsmiljø lett komme til å gjenta lignende former for forvirrende og patogene kommunikasjoner.

Når gjentatte forsøk på tilnærming og kontakt mislykkes, er det ofte lett for både medpasienter og personale å gi opp, la dem i fred. Har vi allikevel utholdenhet og tålmodighet nok, viser det seg nesten alltid at kontaktavvisningen egentlig er en *kontaktambivalens*.

Lengselen etter nærhet og kontakt med andre er egentlig enorm, men garderingen mot skuffelser, avvisning og tap er ennå sterkere. Vi mener ofte å kunne si at jo mer en pasient trekker seg tilbake og avviser andre, desto sterkere har han eller hun egentlig behov for menneskelig samvær og kontakt. Men forutsetningen for å hjelpe dem til å ta imot mer, er at vi først kan etablere et minimum av trygghet og tillit i forholdet til disse pasientene.

Mange av våre unge, umodne pasienter har ikke fullført en tilstrekkelig grad av frigjøring og individuasjon i forhold til sine foreldre. Etter innleggelsen skjer det ofte sterke forsøk både fra pasienter og foreldre på å opprettholde de symbiotiske bånd, f.eks. ved stadige besøk, overtalelser til å komme hjem igjen, o.l. . . Hvis vi etter hvert forsøker å bremse noe på den intense kontakten, vil pasienten ofte vekke fra avdelingen, f.eks. ved å rømme hjem eller forlange seg utskre-

vet. Hvis heller ikke det lykkes, vil de forsøke å finne erstatninger blant personalet eller pasientene. Men disse nye kontaktene i avdelingen forsøker de gjerne å få helt eksklusive, alle andre personer enn den utvalgte avvises til å begynne med.

Disse pasientene og deres pårørende representerer ofte svære og vanskelige behandlingoppgaver, bl.a. på grunn av den latente depresjon hos begge parter som en løsrivning gjør manifest, og som de naturlig nok vegrer seg mot. De emosjonelle krefter som er engasjert i slike symbioser og som dermed motsetter seg en forandring, er ofte uhyggelig sterke. I mange tilfeller ligger det en separasjonsangst bak, en frykt for å miste de nære objekter. Av og til kan disse sterke bindingene heller ikke løses uten ganske stor risiko, bl.a. for suicid, særlig hvis avdelingen ikke har noe alternativ. Vi må da heller akseptere symbioser og trekke den ene eller begge foreldre inn i behandlingen helt fra starten, samtidig som vår målsetting må reduseres til å få pasienten til å fungere i sin vanlige familiære sammenheng.

Mange av de unge pasientene som ikke er preget av autistisk tilbaketrekning, avviser voksne mennesker og deres normsystem og livsform, og lager heller en subkultur av jevnaldrende i avdelingen. Den velkjente "negative identitet" (Erikson 1959) på det individuelle plan, og "motkultur" som gruppefenomen (Roszak 1969), ser vi også spille seg ut i det terapeutiske samfunn. Ved å orientere seg i motsetning til noe, röber de enkelte unge sin fortsatte avhengighet av det de så trassig gjør opprør mot, men samtidig er det ofte uttrykk for en utvikling mot begynnende frigjøring og en spirende egen identitet.

De ungdomsnarkomane har lett for å danne en slik subkultur i avdelingen, hvor stoffbruk er det sentrale tema, men hvor samholdet og den gjensidige påvirkning kan være usedvanlig sterk og dermed lett sprengte den bestående gruppestruktur. Dette blir i perioder en avgjørende utfordring til de eksisterende grupper, om samholdet og gruppefølelsen er sterk nok til å motstå suget mot subkulturen, og om vi har alternativer som de unge selv opplever som bedre. Vi finner at mange sider i de unges motkultur også er en positiv utford-

En annen side ved "jeg-svakheten" er de primitive forsvarsmekanismer som vi ser at en del pasienter bruker.

ring til det terapeutiske samfunns målsetting og normsystem, og til de enkelte medarbeideres egen trygghet, ekthet og holdning overfor de unge. En del av disse unge viser nemlig en usedvanlig følsomhet for mangel på slike kvaliteter, samtidig som de ofte er på leting etter mere ekte og direkte kontaktformer mellom mennesker enn det som er vanlig i deres familier og i vårt samfunn.

Mange av våre unge pasienter opplever også det vi kunne kalle en eksistensiell angst, en angst som forårsakes av det å måtte velge mellom mange alternativer, eller det å måtte ta konsekvenser av handlinger, det å være ansvarlig. Det er også en angst for livet som har sammenheng med realitetene. Det er for mange unge reelt vanskelig å møte en verden og en kultur som er blitt så komplisert, spesialisert, teknologisk og tildels umenneskelig. Det er samtidig en verden hvor det er vanskelig for både unge og eldre å finne mål og mening i tilværelsen. Dette kan også bli en faktor i den eksistensielle angst.

Andre tegn på "jeg-svakhet"

En annen side ved "jeg-svakheten" er de primitive forsvarsmekanismer som vi ser at en del pasienter bruker. Jeg tenker da på benekting, projeksjon, regresjon og autistiske mekanismer hvis det andre forsvaret bryter mer sammen. Prosjeksjonstendensene hos en del av de unge vil kunne være hindringer i det å lære og gjøre nye erfaringer. Ved de kriser som ligger bak innleggelsen i sykehuset, vil ofte angst og impulspress forsterkes og forsvarsmekanismene svekkes ytterligere. Innleggelsen i seg selv kan befordre et sammenbrudd av et anstrengt forsvar, mange tillater seg da også bevisst å gi opp i en periode. Mens de tidligere her brukt sine siste krefter for å holde seg oppe for innleggelsen, vil regressive og autistiske trekk nå for alvor komme tilsyne etter innleggelsen. Ting som bidrar til dette kan også være følelsen av at de er gitt opp av de pårørende, eller av de som har forsøkt å behandle dem innenfor en kort-tids ramme på andre institusjoner.

En tredje side ved "jeg-svakheten" er en mangelfull impulskontroll og frustrasjonstoleranse. Mange av pasientene tåler lite skuffelser og angst for di gir opp, — eller de handler ut sine impulser istedenfor å oppleve og snakke om følelser, nedlag, derpresjon og konflikter. Dette er uttalte tendenser hos en del av våre unge pasienter, som i perioder kan ha tendens til å rømme, legge seg til sengs, motarbeide behandlingen, misbruke alkohol eller andre stoffer.

Disse reaksjonsmåtene kan bli store vanskeligheter og provokasjoner for medpasienter og medarbeidere, og kan også resultere i det vi tidligere har kalt for "kriser" i hele avdelingen. De forteller imidlertid ikke bare om jeg-svakhet, men også om unge menneskers trang til å handle istedenfor å bruke ord. Vi må heller ikke se på alle slike provoserende handlinger i miljøet som "acting-out". Det kan også være at de prøver ut sine omgivelser og forsøker å få nye erfaringer i det tryggere miljø som avdelingen og det terapeutiske samfunn er.

Pasientenes "jeg-svakhet" kan også vise seg i regressive tendenser. Det kan diskuteres om det er riktig å kalle de svære regressive tilstander som vi kan se hos pasientene i avdelingen for et forsvar, eller om de mere er uttrykk for en generell primitivisering av psykiske funksjoner når andre forsvarsmekanismer bryter sammen.

Ved regresjonen skjer jo ikke bare en forandring av driftenes ytringsformer og objekt ved at vi f.eks. ser at orale tendenser kan bli mere fremtredende, eller at pasientene blir mere passive og avhengige. For en del pasienter ser det ut til at nettopp deres svake jeg provoseres for sterkt av åpen aggressivitet og seksualitet, og at det derfor rykker tilbake til neste "forsvarslinje" som preges av mer passivt krevende og avhengige holdninger. Men bak denne passiviteten ligger det ofte mye protest og fiendtlighet.

Prinsipielt ser vi på disse dype regresjonsformene som uønsket, og et viktig mål i vår miljøterapi

En tredje side ved "jeg-svakheten" er en mangelfull impulskontroll og frustrasjonstoleranse.

..... hvor avgjørende det er at pasientene under oppholdet i sykehuset møter mennesker som er annerledes — mennesker som har en annen holdning enn mange av dem de har møtt før.

er å motvirke slik regresjon med alle midler. Dette forsøker vi å oppnå ved å tilby tålmodige og stadige *kontakttilbud* på tross av tilbaketrekning og avvisning, målrettede *aktiviteter* på tross av pasientenes ønske om passivitet, og *medansvar* på tross av de regressive ønsker om en ansvarsfri tilværelse.

Men i noen tilfelle må vi også akseptere at en regresjon kan være nødvendig, — pasienten må få lov til å trekke seg tilbake og ha det vi kaller "skjermet status" for en kortere tid, eventuelt få ligge til sengs noen dager. Men det er da viktig at isolasjonen fra menneskelig kontakt ikke er total, og at de gradvis og etter en bestemt plan, blir aktivisert og ført tilbake til gruppen og avdelingsmiljøet igjen.

Hva er en terapeutisk holdning?

Når vi etter hvert erfarer de forhold til andre mennesker som pasientene har hatt i sitt liv før innleggelsen, tror jeg det er lett å se hvor avgjørende det er at pasientene under oppholdet i sykehuset møter mennesker som er annerledes — mennesker som har en annen holdning enn mange av dem de møtt før. Personlig tror jeg dette er viktigere enn noe annet, men samtidig noe av det vanskeligste i et sykehusmiljø — for hva er en terapeutisk holdning? Hvordan skapes den, både hos den enkelte medarbeider og hos et så stort flertall av disse at holdningen kan gjennomsyre hele avdelingen og prege det vi kaller atmosfæren?

Mange har forsøkt å definere en terapeutisk holdning, og det ser ut til å være ganske stor enighet om at den inneholder flere dialektiske motsetninger i et samspill. Dette uttrykkes allerede i 30-årene av Menninger i ordene: "*Vennlig fasthet*", d.v.s. at det er et element i denne holdningen som er forstående, varmt aksepterende, støttende og hjelpende når dette trengs, og et annet element er fast, grensesettende, påpekende og frustrerende

når dette er nødvendig (Benedetti 1964, Jørstad 1969). Dette kan synes som en motsetning eller en inkonsistens, men det er vel riktigere å se det som en komplementaritet, to sider som utfyller hverandre dialektisk for å gi en helhet. Det gjelder enten de to sider formidles samtidig, eller den ene eller den andre av sidene fremheves til forskjellige tider, avhengig av både pasientens spesielle behov og hva situasjonen krever. Den som skal formidle denne holdningen, må altså ha en fleksibilitet og en evne til å vurdere både den enkelte person og den aktuelle situasjon og de krav begge disse to faktorer stiller i øyeblikket.)*

Det støttende og aksepterende element i miljøterapeutens holdning er ikke nok alene. Men samtidig er denne toleranse og akseptering av pasienten som person en viktig forutsetning for at nettopp "jeg-svake" pasienter kan bli tryggere og kan våge å nærme seg andre mennesker igjen. I opplevelsen av et levende og forstående medmenneske kan mange pasienter etter lang tids tilbaketrekning, mistenksomhet og avvisning våge seg ut for å gjøre nye erfaringer.

Teoretisk knytter dette seg til den grunnleggende tillit (basic trust) som er grunnlaget for et individs utvikling av et eget jeg og et tillitsfullt forhold til andre. Mange av våre pasienter mangler noe av denne grunnleggende tillit, og de kan derfor heller ikke nyttiggjøre seg nye erfaringer, — lærings- og identifiseringsprosessene er svekket og frustrasjonstoleransen liten. Enhver behandling av slike pasienter må begynne med tålmodige forsøk på å bygge opp mer tillit til andre mennesker. Det er viktig å se at denne grunnleggende tillit hos en del tidlig miljøskadede og dårlige pasienter bare kan bygges opp ved kontakt med ett menneske gjennom lang tid. Vår miljøterapi må derfor forsøke å møte også dette behovet for individuell kontakt. Dette er nødvendig for pasienten virkelig kan nyttiggjøre seg andre tilbud i grupper og miljø på avdelingen. På Lien forsøker vi derfor å fordele pasientene i våre grupper på de enkelte team-

*) Den samme dialektiske tendens ser vi i sosiologenes instrumentelle og ekspressive roller (f.eks. Sundin, s. 183, 1970).

Hos disse regressive pasientene kan deres jeg bare begynne å utvikle seg hvis de først får tilstrekkelig "moderlig omsorg" fra ett menneske.

medlemmer. Hvert teammedlem får spesielt ansvar for å gi individuell kontakt til en eller flere pasienter.

Hos disse regressive pasientene kan deres jeg bare begynne å utvikle seg hvis de først får tilstrekkelig "moderlig omsorg" fra ett menneske, og denne person må så gradvis føre pasienten ut i "samfunnet" igjen, så han får kontakt med flere i gruppen. Men samtidig må denne omsorg heller ikke være for overbeskyttende eller infantiliserende. Den skal bare i en overgang hjelpe pasienten til å få mer tillit, orden og forutsigbarhet i menneskelige forhold. På mange måter har denne prosessen flere paralleller med den holdning som får gode foreldre til gradvis å lede barnet fra binding og avhengighet til større frihet og uavhengighet.

Andre pasienter har det omvendt: — de tåler ikke en for intens individuell kontakt til å begynne med, bl.a. fordi de alltid forventer nye tap og nye skuffelser i slike toveis kontakter. Den støtten de trenger for å få tillit, må først gis av hele miljøet eller gruppen. På ny er det her et krav om individuell vurdering av den enkelte pasient i det terapeutiske samfunn.

Det er mange som har beskrevet den forstående, empatiske siden av en terapeutisk holdning, og det er den delen som er lettest for nye medarbeidere å forstå og praktisere til å begynne med. Regelmessig fører dette hos unge, uerfarna medarbeidere til en periode med overidentifisering med pasienten, — de ser nesten alt på samme måte som ham og mister noe av evnen til å skille mellom egne og andres følelser og problemer. Dette kan være et kritisk punkt i en medarbeiders utvikling innen for et terapeutisk samfunn, kritisk også for

Andre pasienter har det omvendt: — de tåler ikke en for intens individuell kontakt til å begynne med. Den støtten de trenger for å få tillit, må først gis av hele miljøet eller gruppen.

Regelmessig fører dette hos unge, uerfarna medarbeidere til en periode med overidentifisering med pasienten.

den eller de pasienter som han overidentifiserer seg med. Mangel på avstand og grenser kan skape angst hos begge parter. Angst for identitetsdiffusjon er vanlig hos våre "jeg-svake" eller psykosenære pasienter, egentlig en angst for å miste grensene til andre mennesker, og dermed overveldes av andres følelser og tanker og oppløses selv (Erikson 1959).

Vi kan ofte se at denne angsten for oppløsning og identitetsdiffusjon lett bidrar til kontaktangst, tilbaketrekning og negativisme hos våre pasienter. Det er ikke alltid like enkelt å se at noe av det samme kan foregå hos "friske" medarbeidere og terapeuter som etter en tid får en "krise" i forholdet til en pasient eller til hele sitt arbeid. Den sterke interessen for og forståelsen av pasienten, slår kanskje plutselig om til avvisning eller mer eller mindre åpenlys angst. Her vil overføringsmekanismer selvsagt også gjøre seg gjeldende.

I andre tilfeller vil en pasient og en medarbeider som overidentifiserer seg med ham, kunne gå inn i en gjensidig utnyttende, eventuelt symbiotisk dyade som blir antiterapeutisk for pasienten. Vi har på Lien erfaring for at det ikke så lett utvikles slike uheldige allianser hvis atmosfæren er tilstrekkelig trygg og åpen. Men det forutsetter også en utbygget og god veiledning. Vi må lære alle i et terapeutisk samfunn så tidlig som mulig, og helst før erfaringene blir for bitre, at vårt forhold til pasienten må inneholde både nærhet og distanse; evnen til å kunne identifisere seg med og likne pasienten, men også evnen til å være forskjellig og uavhengig. Deri ligger det også en nødvendig slevbeskyttelse.

Nærhet og distanse betyr ikke bare det emosjonelle forhold, men har også et konkret perspektiv

Vi må lære alle i et terapeutisk samfunn så tidlig som mulig, at vårt forhold til pasienten må inneholde både nærhet og distanse.

~~~~~  
*Det annet element i vår holding er det faste og grensesettende, og det som gradvis skal presentere og klargjøre realitetene for våre pasienter.*  
~~~~~

— nemlig spørsmålet om fysisk kontakt. Fra psykoanalytisk og psykoterapeutisk tradisjon er de fleste former for fysisk kontakt med pasienter nærmest bannlyst. Dette passer jo også bra til det emosjonelle klima her i Norden, hvor konvensjonell fysisk kontakt mellom voksne mennesker stort sett er begrenset til ytterpunktene, håndtrykk og coitus. For de fleste tror jeg det er sunt å starte med en forsiktig og restriktiv innstilling til fysisk kontakt. Det er viktig å vite at et håndtrykk i større grad kan ha seksuelle implikasjoner hos pasienter enn hos andre, og at sentimeter-små forskjeller i avstand mellom terapeut og pasient kan skape sterke reaksjoner og oppleves både truende og forførende.

På den annen side vil en medarbeider som har tilstrekkelig modenhet og trygghet og nok gratifikasjon i sitt privatliv, kunne gi fysisk kontakt til pasienter som uttrykk for alminnelig menneskelig spontanitet og hjertelighet. Overfor mange av våre unge pasienter faller dette naturlig — de opplever ofte handlinger mer virkelige enn ord.

Men vi gör klokt i å være observante og kritiske overfor egne motiver når det gjelder graden av både den ytre fysiske og den indre emosjonelle nærhet.

Regelmessig veiledning og åpne diskusjoner på team- og personalmøtene er helt nødvendig. Medutgangpunkt i konkrete situasjoner snakker vi også åpent om seksualitet og intime forhold på gruppemøter og fellesmøter. Det at slike problemer aktualiseres og kan bearbeides åpent i miljøterapien, er en av de store fordeler med å ha begge kjønn sammen i avdelingen.

Det annet element i vår holdning er *det faste og grensesettende*, og det som gradvis skal presentere og klargjøre realitetene for våre pasienter. Dette faste element i holdningen er like viktig som det varme og aksepterende. Nettopp på denne grensen mellom frihet og ytre kontroll, mellom lyst og plikt, mellom kaos og orden, tror

jeg det avgjørende kan skje i all terapi, også i et terapeutisk samfunn. Mange av pasientene kommer fra kaotiske og utforutsigbare mellommenneskelige forhold. De har ofte ikke tidligere møtt fasthet eller grenser, de har ikke fått oppleve klare konsekvenser av egne handlinger, og har derfor heller ikke så lett for å se årsaker og virkninger i menneskelig kontakt og adferd. Disse erfaringer er ikke blitt tatt inn i dem selv som en automatisk læring (internalisering), noe som også er en del av forklaringen på deres "jeg-svakhet".

Hos mange av de som er impulsdrevet, er det forøvrig ikke bare spørsmål om manglende kontrollmekanismer (overjeg), men om deler av jeg'et som er altfor primitive, straffende eller sadistiske (introjekter), og som pasientene ofte projiserer på omgivelsene. Etter hvert kan disse erstattes av mer tolerante og "gode" introjekter, gjennom de erfaringer som gjøres i forholdet til nye mennesker. Men forutsetningen for dette er som nevnt at de mennesker i miljøet som setter grensene og representerer realitetene, også i sin holdning formidler det første element, menneskelighet, toleranse og varme. Korrigering og konsekvens alene er for-gjeves, bl.a. fordi det da ikke skjer en tilstrekkelig identifisering med grensesetterne. Dette er vel hovedårsaken til at fengsler og straffeanstalter sjelden eller aldri lykkes i å endre de innsattes holdninger eller handlingsmønstre i en mer positiv og sosial retning.

Den forstående og givende del av den terapeutiske holdning må altså være balansert med en fast, grensesettende del. Vi må kunne si nei til våre pasienter, skuffe deres forventninger og nekte å tilfredsstille deres krav. Vi må kunne stå fast ved de avgjørelser og regler som gjelder selv om de oppleves smertefulle for pasientene i øyeblikket. Men da er det viktig at vi selv forstår begrunnelsen og mener vi gjør rett, og at vi kan formidle denne overbevisning til pasientene. Da er det også lettere å ta den protest eller fiendtlighet

~~~~~  
*Vi må kunne si nei til våre pasienter, skuffe deres forventninger og nekte å tilfredsstille deres krav.*  
~~~~~

som vår fasthet eller frustrasjon av pasientene utløser.

Dette opplever vi ofte er en vanskelighet, særlig for nye og uerfarne medarbeidere, men av og til også for oss eldre. Våre egne aggresjonsproblemer kan enten gjøre det lett å være for ettergivende og snille, eller de kan føre til en motsatt ytterlighet ved at en overdreven strenghet kan gi utløp for latent fiendtlighet eller autoritære tendenser hos oss selv.

Vi vet at frustrasjon er nødvendig i all oppdrags- og all psykoterapi, ikke bare for å få bedre forsvars- og kontrollmekanismer, men også for å få utviklet mer modne former for tenkning og adferd. Et visst minimum av ytre regler er nødvendig også i et psykiatrisk sykehus, men en like viktig forutsetning for at et avdelingsmiljø virkelig skal bli terapeutisk, er at medarbeiderne også selv respekterer og forstår de grenser som er satt, og i sin holdning også har tilstrekkelig fasthet.

Personlige forutsetninger hos personalet

Vi har nevnt tidligere at noe av det viktigste som kan skje i et terapeutisk miljø, er at pasientene kan identifisere seg med miljøterapeutene, særlig hvis pasienten oppholder seg på sykehuset gjennom lang tid.

Hva kreves da av de personer som skal være slike identifikasjonsobjekter? Enklest kan det kanskje formuleres slik at de bør ha en litt større grad av trygghet, modenhet og livserfaring enn pasientene, og vite litt mer om hvem de selv er og hva de selv står for både som person, som kvinne/mann, som yrkesutøver og som representant for det samfunn de tilhører utenfor sykehuset. Egentlig er dette noe av forutsetningen også for å kunne ha en riktig holdning overfor pasientene: — en holdning som kan finne balansen mellom nærhet og distanse, likhet og forskjell, toleranse og grensesetting, gratifikasjon og frustrasjon (Stierlin 1969). Det vi trenger i et terapeutisk miljø er med andre ord mennesker som har en noenlunde trygg identitet, og som derfor kan tåle de påkjenninger som et slikt samfunn byr på. Medarbeidere som kan møte pasientene både som alminnelige medmennesker og som profesjonelle hjelpere, uten å

Det vi trenger i et terapeutisk miljø er med andre ord mennesker som har en noenlunde trygg identitet, og som derfor kan tåle de påkjenninger som et slikt samfunn byr på.

la seg oppsluke eller overvelde av pasientenes angst, regresjon, krav, avvisning eller manipuleringsring. Det å ha en trygg identitet er jo ikke det samme som å være stivnet i en form, det innebærer tvert imot mottakelighet og fleksibilitet, slik at pasientens behov kan oppleves realistisk og provokasjoner og angst lettere kan tolereres og bli positive faktorer i en vekst- og læringsprosess for den enkelte medarbeider.

Et terapeutisk samfunn vil medføre en delvis utvisking av yrkesroller (rollediffusjon), og dette sammen med de ofte uklare makt- og avgjørelsesforhold i avdelingen, vil lett true personer som bygger sin trygghet på en bestemt rolleoppfatning eller på et mer hierarkisk og autoritært system. Medarbeiderne i et terapeutisk samfunn blir jo selv en del av den terapeutiske prosess i miljøet, og vil nødvendigvis selv kunne påvirkes og lære av hverandre, noe som både er en forutsetning og et privilegium ved å delta i et slikt terapeutisk miljø. Hvor ofte er det ikke nettopp pasientene som kan lære oss mest, eller de unge og våkne medarbeiderne som ikke er blitt sløvet av rutine eller har stivnet i prestisje eller faste former. Det er også imponerende å se hvordan mange medarbeidere som har hatt anledning til å være i avdelingen gjennom lengre tid har modnet, utviklet personlige evner og egenskaper, og både blitt istand til å vurdere pasienter og situasjoner riktig, og til å ta ansvar og avgjørelser på egen hånd når det har vært påkrevet.

Men alt dette krever tid, noe som gjør at for stor gjennomtrekk i personalgruppen kan virke ødeleggende på enhver miljøterapi. Ingen som blir mindre enn ett år burde etter min mening arbeide på en slik avdeling. Det er derfor grenser for hvor mange elever og praktikanter avdelingen kan assimilere.

Hvilke personer er da mest egnet som miljøterapeuter i et terapeutisk samfunn?

1. Relativt modne personer som har en noenlunde trygg personlig identitet og som ikke er stivnet, men er åpne for nye inntrykk og erfaringer.
2. Personer som er ærlige og direkte overfor andre, enten det er pasienter eller medarbeidere. En slik åpen holdning og evne til å snakke rett ut om enighet og uenighet, er en av de mest verdifulle egenskaper i et terapeutisk samfunn, bl.a. fordi våre pasienter ofte er vant til indirekthet og tvetydigheter.
3. Personer med en noenlunde trygg yrkesidentitet er ofte å foretrekke fremfor personer uten profesjonell bakgrunn. Et yrke med god utdanning gjør det lettere for den enkelte medarbeider å gi avkall på noe av den trygghet som rollen gir, fordi kunnskaper og profesjonell trening samt tilhørighet til en faggruppe vil gi tilstrekkelig trygghet. Rollediffusjonen skaper da heller ikke så lett for stor angst.
4. Personer med en relativt høy intelligens, følsomhet og rask oppfatning av psykiske reaksjoner hos andre, — og dessuten med evne som gruppeleder.

Dette er selvsagt en ideell fordring, ingen av oss kan fullt ut svare til disse kriterier. Vi ser heldigvis også at personer som på mange måter faller utenfor flere av disse kravene allikevel kan bli meget verdifulle medarbeidere i et terapeutisk samfunn.

Konklusjon

Et terapeutisk samfunn er avhengig av mange sett faktorer, i første rekke av pasientene/klientene og personalet, og begge gruppers individuelle og menneskelige forutsetninger — dertil kommer personalets utdanning og profesjonelle kvalitet. Behandlingsstrukturen, makt- og autoritetsforholdene, samt kommunikasjonskanaler og kommunikasjonsformer er andre viktige faktorer. Et terapeutisk samfunn innenfor institusjonen kan heller ikke sees isolert, men står alltid i en sammenheng med institusjonen som helhet, dens administrative, økonomiske og juridiske organer og er også avhengig av de forventninger som samfunnet har.

Med utgangspunkt i de erfaringer vi har gjort ved avdeling Lien, Dikemark psykiatriske sykehus, har jeg her forsøkt å konsentrere meg om to sett av faktorer, nemlig på den ene side våre pasienters felles jeg-svakhet og på den annen side, det som vi mener er viktigst i medarbeidernes holdninger og personlige forutsetninger for at kontaktsituasjonene i avdelingen virkelig skal kunne bli terapeutiske.

I vår teknisk orienterte tid har mange av oss kanskje lettere for å snakke om teknikker, strukturer, roller og modeller, enn om holdninger og personlige forutsetninger. Vi vet allikevel at enhver institusjon, også et terapeutisk samfunn i et psykiatrisk sykehus, i høyeste grad er avhengig av de enkelte mennesker som lever og arbeider sammen i et slikt samfunn.

Våre psykiatriske pasienters svake jeg og kontaktambivalens, kontrollsvikt og regresjon, blir derfor viktige forutsetninger for vår spesielle modifikasjon av det terapeutiske samfunn.

Pasienter med slike problemer stiller også personalet overfor store påkjenninger og provokasjoner i det daglige samvær i avdelingen, noe som gjør den enkeltes holdning i kontaktsituasjonene særlig viktig. I all menneskelig kommunikasjon er det som formidles gjennom holdninger og handlinger ofte mer avgjørende enn det som sies med ord. I særlig stor grad gjelder det overfor unge og jeg-svake pasienter hvor identifikasjonsprosessene er viktige.

Hvis vi ønsker å bruke det terapeutiske samfunn som en behandlingsmetode for jeg-svake pasienter, forutsetter det derfor etter min mening en seleksjon av medarbeidere med de best mulige personlige og profesjonelle forutsetninger. Dessuten forutsetter det en vel utbygget og systematisk veiledning i det daglige arbeide. Dette er en viktig delfunksjon ved våre personal- og teammøter, hvor de mer erfarne miljøterapeuter veileder de mindre erfarne.

I tillegg til de subjektive inntrykk av at en del pasienter blir bedre og skrives ut, mangler vi etterundersøkelser som viser behandlingens eventuelle effektivitet.

Ethvert gruppesystem, også et terapeutisk samfunn, kan føre til at det blir for lite tid til kontakt med den enkelte.

Et annet viktig spørsmål er det om vi vet at pasientene virkelig blir hjulpet i et slikt terapeutisk samfunn; at de ikke bare blir symptomatisk bedret, men virkelig er bedre rustet til å møte gamle og nye problemer etter utskrivningen. I tillegg til de subjektive inntrykk av at en del pasienter blir bedre og skrives ut, mangler vi etterundersøkelser som viser behandlingens eventuelle effektivitet. Vi er derfor oppmerksom på at vi kanskje idealiserer metoden for å rettferdiggjøre vårt arbeid. Dette er en av de mest påtrengende, men vanskelige forskningsoppgaver i tiden som kommer.

Till slutt vil jeg understreke at ethvert gruppesystem, også et terapeutisk samfunn, kan føre til at det blir for lite tid til kontakt med den enkelte. En teori eller behandling som retter interessen ensidig mot de forandringer og prosesser som skjer i grupper eller sosiale systemer, kan lett komme til å neglisjere det som er individuelt determinert, som f.eks. den enkelte pasients evner og muligheter, eller hans nød, angst og smerte, hans kriser og ubevisste virkelighetsforfalskninger.

En slikt samfunn er ment å gi muligheter for nylæring, modning og utprøvning av individuelle ferdigheter, men det kan også komme til å presse i retning av adferdsforandring, tilpasning og konformitet. Blir dette presset for sterkt, blir det en terapeutisk oppgave både å beskytte individet i miljøet, og å hjelpe frem det eksklusivt personlige og skapende hos den enkelte pasient. Her vil etter min mening alltid den individuelle psykoterapi og de individuelle kontakter mellom pasienter og miljøterapeuter ha noe av sin viktige og nødvendige funksjon innefor et terapeutisk samfunn.

LITTERATUR

- Ahlin, G. m/flere: Miljøterapi. Gemenskap och Behandling, ett alternativ. Aldus/Bonniers, Stockholm, 1969.
- Benedetti, G.: Klinische Psychotherapie. H. Huber, Bern 1964.

- Clark, D. H.: Administrative Therapy. Tavistock Publications, London 1964.
- Cumming, J. & Cumming, E.: Ego & Mileu. Atherton press, New York, 1963.
- Erikson, E. H.: Childhood and Society. W. W. Norton & Co., Inc., New York, 1950.
- Erikson, E. H.: Identity and the life cycle. Int. Univ. Press, Inc., New York, 1959.
- Frøshaug, H.: Psykoterapeutiske synspunkter på sykehusets struktur. Psykoterapi I. Red. Alnæss og Johnsen. Fabritius & Sønners forlag, Oslo, 1966.
- Frøshaug, H., Sirnes, T. B. & Stenstad, F.: Intensive treatment program in a mental hospital. Acta Psych. Scand., Suppl. 169, Vol. 39, 1963.
- Holter, P. A.: Jeg-svakhet som klinisk begrep, referat fra Dikemark-seminaret 29.4—1.5.1965: "Psyko-terapi av grensepsykoser". Stensil, 1965.
- Hundevath, E.: Aktivitet og stagnasjon. Problemer omkring etablering og vedlikehold av et terapeutisk miljø. Nord. Psyk. Tidskr. IV, 299, 1962.
- Jones, M.: The Therapeutic Community. New York, Basic Books 1952.
- Jørstad, J.: Psykoterapeutisk holdning. Psykoterapi II. Red. Alnæss og Johnsen. Fabritius & Sønners forlag, Oslo, 1969.
- Kraft, A. M.: The Therapeutic Community. American Handbook of Psychiatry, Vol. III. Basic Books, Inc., New York, 1966.
- Laing, R. D.: The Divided Self. A study in sanity and madness. Tavistock Publications, London, 1959.
- Lidz, T., Fleck, S. & Cornelison, A. R.: Schizophrenia and the Family. Int. Univ. Press, Inc., New York, 1965.
- Löchen, Y.: Idealer og realiteter i et psykiatrisk sykehus. Universitetsforlaget, Oslo, 1965.
- Roszak, Th.: The Making of a Counter Culture, Reflections on the technocratic society and its youthful apposition. Anchor Books. Doubleday & Co., Inc., New York, 1969.
- Singer, M. & Wynne, L.: Thought Disorder and Family Relations of Schizophrenics. IV. Results and Implications. Arch. Gen. Psychiatry, 12, 201, 1965.
- Stierlin, H.: Conflict and Reconciliation, a study in Human Relations and Schizophrenia. Anchor Books, Doubleday & Co., Inc., New York, 1969.
- Sundin, B.: Individ, institution, ideologi, — anstaltens sosialpsykologi. Aldusserien 287, Stockholm, 1970.
- Sætness, P.: Individual therapy in a therapeutic community approach. The therapeutic community. Reports and comments on the seminar at Dikemark Hospital, 1966, (Stensil)
- Thomstad, H.: Det terapeutiske samfunn. Psykoterapi II. Red. Alnæss og Johnsen. Fabritius & Sønners forlag, Oslo, 1969.