

Autoritet og kommunikasjon i et terapeutisk miljø*

Jarl Jörstad

Innledning

Autoritet er et begrep som i dag lett får en odiøs eller reaksjonær klang. Dette skyldes delvis at den yngre generasjon i dag er mer på vakt mot dirigering og formynderskap, og delvis at mange har uklare begreper og ikke skiller mellom personlig autoritet, autoritetsrolle og autoritært maktmisbruk.

Det er lettere å snakke om demokratisering og frihet, og om enkeltindividers og gruppers rett til medbestemmelse og medansvar, selv om disse begreper ofte er like uklare, og i praksis kan føre til at reelle makt- og autoritetsforhold blir kamuflert og skjult.

I miljøterapeutisk arbeid innenfor psykiatriske institusjoner er autoritetsproblemene særlig viktige, både blant pasienter og personale, bl.a. fordi de mer enn mange andre forhold på institusjonene vil gripe inn i og ofte motvirke noe av målsettingen og metodene i det terapeutiske miljø slik som disse er beskrevet av mange (1, 2, 3, 4, 5). Avstanden mellom de terapeutiske idealer og de daglige realiteter kan også her bli så stor at resultatet for pasientene kan bli tvilsomt, noe bl.a. Löchen har påvist i sitt arbeide fra Dikemark sykehus (6). I tillegg til dette vet vi at et menneskes forhold til autoriteter har en dyp sammenheng

*) Deler av dette foredrag ble holdt på Dikemarkseminaret i 1967, gjengitt i det stensilerte referat fra dette seminar: "Kommunikasjonsproblemer i et terapeutisk miljø".

I det miljøterapeutiske arbeidet inom psykiatriske institusjonerna är auktoritetsproblemen särskilt viktiga både bland patienter och personal. Mer än många andra förhållanden kan de krypa in och ofta motverka något av målsättningen med den terapeutiska miljön, framhåller i nedanstående artikel överläkare Jarl Jörstad vid Dikemarks sjukhus. Han analyserar vidare den funktion som auktoritetsrollen har på en psykiatrisk institution och särskilt då i arbetet inom ett terapeutiskt samhälle.

Demokratiseringen i denna miljö förutsätter inte frihet från auktoritet. Auktoritetsfunksjonen måste bestå, både i förhållande till omvärlden och beträffande det terapeutiska och juridiska ansvaret. Men auktoriteten kan användas mer eller mindre förnuftigt och i ett terapeutiskt samhälle utvecklar sig så småningom arbetet i riktning mot fördelning av ansvaret och makten.

I artikeln redovisar Jörstad även sin egen ambivalenta upplevelse av auktoritetskontrollen under sin utbildning i underordnad ställning och under sin tid som ledare för verksamheten vid avdelning Lien. Han kommer också in på de speciella auktoritetsproblem som gäller sjuksköterskorna — en yrkesgrupp, som kanske möter fler motstridiga krav än någon annan yrkesgrupp i sjukhusarbetet.

med de tidlige objektforhold, særlig forholdet til foreldrene, og at vi alle derfor lett får aktivisert irrasjonelle, ubevisste reaksjoner i forbindelse med autoritetsproblemer.

På avd. Lien, Dikemark sykehus, har vi gjennom mange år lagt stor vekt på det psykoterapeutiske intervju og den individuelle psykoterapi som grunnlag for vår forståelse av pasientenes psykodynamikk og interpersonelle forhold (7). Men også i dag hvor vi har en langt større og bedre utdannet gruppe av behandlere enn tidligere, blir

Autoritet er et begrep som i dag lett får en odiøs eller reaksjonær klang.

Men samtidig er vi blitt mer kritiske overfor hva vi egentlig driver med, og vi føler sterkt behov for en evaluering av resultatene.

det allikevel i begrenset utstrekning at pasientene kan få en mer intens individuell psykoterapi under sykehusoppholdet.

Etter hvert har vi også bevisst flyttet tyngdepunktet mer og mer over mot miljøterapien, slik at avdelingen i dag drives som et modifisert terapeutisk samfunn. Men samtidig er vi blitt mer kritiske overfor hva vi egentlig driver med, og vi føler sterkt behov for en evaluering av resultatene. Vi spør oss selv ofte om hva det er som virkelig frembringer "korrigerende emosjonelle erfaringer" hos pasientene, og hva det er som hindrer slike erfaringer (8).

I dette spenningsfeltet mellom idealer og realiteter, har vi også lenge vært opptatt av kommunikasjonsproblemene, og særlig innenfor staben. Dette ikke fordi vi blir så opptatt av oss selv at vi glemmer at pasienten er det sentrale i vårt arbeid. Vårt viktigste mål er fortsatt å fremme pasientenes selvtillit og tilpasningsevne, slik at de hvis mulig kan hjelpes tilbake til samfunnet utenfor sykehuset. Men for å oppnå dette, må noe av den kontakt- og kommunikasjonsevne som er ødelagt hos pasientene, gjenopprettes. Vi tror at både de holdninger pasientene møter hos personalet, (7), og den grad av åpen og direkte kommunikasjon som vi selv praktiserer innenfor staben, er en avgjørende faktor i vår miljøterapi. Derfor vil vi her konsentrere oss om autoritetsforholdenes innflytelse på kommunikasjonen innenfor personalet, og særlig de motkrefter som konstant, eller i perioder bremser utviklingen, blokkerer åpenheten eller kanalisierer kommunikasjonene på indirekte eller u hensiktsmessige måter.

Autoritetsrollen

Når jeg har lyst til å snakke om autoritetsproblemene, gjør jeg det ikke som autoritet i betydningen ekspert. Men jeg har lyst til å fortelle om noen personlige opplevelser av autoritetsrollen hos den medisinske leder av en avdeling og dens innvirk-

Autoritet kan være en som snakker ut fra større faglig kompetanse eller personlig dyktighet.

ning på kommunikasjonen i en sykehusavdeling.

Allerede denne formulering viser to forskjellige innhold i begrepet: — *Autoritet* kan være en som snakker ut fra større faglig kompetanse eller personlig dyktighet. Denne måte å bruke begrepet på, innebærer også mange uformelle kvaliteter som intelligens, følsomhet for andre mennesker og for psykiske prosesser, raskhet i oppfatning og evner som gruppeleder (10).

Autoritet kan imidlertid også bety en som har en autoritetsrolle, dvs. en som forventes å ha en formell lederposisjon innenfor et system, med det ansvar og den makt som dette innebærer. Disse to sider ved autoritetsbegrepet er som vi vet slett ikke alltid identisk, selv om de ideelt sett burde være det.

Vi vil i denne fremstilling holde oss til autoritetsrollen. Vi vet at den er relativ og avhengig av hvilket utgangspunkt vi tar i våre betraktninger. Fra en pasients synspunkt er en pleierske autoritet, i og med at hennes arbeid kan innebære kontrollerende og begrensende funksjoner overfor pasienten. Men oftest vil hun i mindre grad oppleves som autoritet enn de som tradisjonelt forventes å ha mer ansvar og makt i avdelingen, som f.eks. medisinsk leder eller avdelingssykepleier. På tross av den demokratisering som har funnet sted i et terapeutisk miljø som Lien, er det fortsatt der også et hierarki og en rollefordeling, hvor lederskap og ansvar er ulikt fordelt. Dette er som kjent delvis en følge av den kontrollfunksjon som det psykiatriske sykehus har overfor sine pasienter (11), delvis en følge av forskjell i utdanning, erfaring og kunnskapsnivå blant personalet.

De fleste i et slikt stabshierarki har også en dobbeltfunksjon og en tosidig opplevelse av au-

Autoritet kan imidlertid også bety en som har en autoritetsrolle, dvs. en som forventes å ha en formell lederposisjon innenfor et system.

Samtidig vil som nevnt en demokratisk ideologi på avdelingen lett skape usikkerhet om hva som er naturlig autoritetsfunksjon og hva som er autoritære holdninger.

toritet, dels utenfra overfor personer som de selv ser på som autoriteter, f. eks. slik en pleierske opplever avdelingssykepleieren; — dels innenfra i opplevelsen av seg selv som autoritet, slik som f. eks. avdelingssykepleieren opplever sin rolle og dens virkning på andre.

Jo mer en person bruker sin autoritetsrolle til å utøve makt uavhengig av eller på tvers av andres meninger, desto mer autoritær blir holdningen. Dette kan vise seg i mange former og grader, fra overtalelse til skjult manipulering, til direkte ytre press eller tvang. Det er vel denne mulighet for maktbruk og misbruk som er en av årsakene til at autoritetsrollens betydning for kommunikasjonen i en avdeling øker mot toppen av hierarkiet, dvs, blir særlig stor hos den medisinske leder og avdelingssykepleieren. Samtidig vil som nevnt en demokratisk ideologi på avdelingen lett skape usikkerhet om hva som er naturlig autoritetsfunksjon og hva som er autoritære holdninger.

Egne erfaringer om autoritetsrollen "utenfra"

För jeg forsøker å beskrive min opplevelse av autoritetsrollen "innenfra", vil jeg si litt om hvordan jeg for noen år siden opplevde den samme rolle "utenfra", nemlig som underordnet lege i utdannelsestilling. Min ambivalens var meg vel ikke så bevisst den gang som jeg nå ser på det retrospektivt, — men den var der. Dels følte jeg en trygghet, inspirasjon og arbeids glede når en sjef ble opplevd som sterk, sikker og støttende, dels hadde jeg en overfølsomhet for og protest mot det jeg måtte oppfatte som autoritære holdninger, dirigering og manipulering. Jeg ser nå at det var

Dels følte jeg en trygghet, inspirasjon og arbeids glede når en sjef ble opplevd som sterk, sikker og støttende.

Dels hadde jeg en overfølsomhet for og protest mot det jeg måtte oppfatte som autoritære holdninger, dirigering og manipulering.

en tendens til å overidentifisere meg med sjefen når han representerte noe komplementært til egne personlighetstrekk, og å reagere aggressivt når han representerte noe ubevisst hos meg selv som jeg bekjempet. Retrospektivt ser jeg også hvordan sjefen noen ganger ble det personifiserte "over-jeg", et samvittighetspress som jeg kanskje først oppdaget etter at han var ute av bildet.

Men langt større inntrykk gjorde allikevel det jeg opplevde som et generelt fenomen hos de aller fleste sjefer også utenfor psykiatri og medisin, nemlig deres relative ensomhet i arbeidsmiljøet. "Det blåser kaldt på toppene" er det et ord som heter, og det rører ved mange sider ved det å sitte på toppen, men også ved den isolasjon som lett blir en del av autoritetsposisjonen. Selv opplevde jeg denne isolasjonen sett utenfra som noe både litt skremmende og tragisk, og jeg spurte meg selv hvorfor det var slik.

Noe klart svar kan jeg fremdeles ikke gi, men min opplevelse den gang var at autoriteter sjelden fikk mer nyanserte og direkte informasjon fra andre i staben.

Deres formelle og uformelle kontaktmuligheter ga ofte ensidige informasjon, og få av de underordnede våget å si sin mening åpent, særlig hvis de var uenige, og spesielt i gruppesituasjoner. En sjef var ofte den som fikk minst "feed-back" i arbeidsmiljøet. Han fikk bl.a. vite relativt lite om hvordan han virket på andre, og muligheten for korleksjon og læring ble kanskje derfor mindre for ham enn for andre i teamet. Tilgangen på uformelle informasjon var også langt større på assistent- og reservelegeplanet.

Det er kjent at mange ledere selv bidrar til en

Min opplevelse den gang var at autoriteter sjelden fikk mer nyanserte og direkte informasjon fra andre i staben.

Presset fra staben mot "den sterke mann", som burde gi mest mulig detaljerte direktiver og ta flest mulige avgjørelser.

"circulus vitiosus" ved at de helst omgir seg med underkastende og servile medarbeidere, som sjelden eller aldri virkelig sier sin mening. Vedtatte kulturelle normer og omgangsformer kan ytterligere bidra til en slik selektiv eller ensidig kommunikasjon med sjefen.

En annen opplevelse jeg hadde som ung lege, var at autoriteter som viste noen særlig aggressive affekter lett virket skremmende og autoritære, og at sjefer som ikke viste særlig mye affekter, lett virket distanserte og reserverte. Hvordan de enn var, ble de lett opplevd som frustrerende av oss yngre, fordi de ikke svarte til våre øyeblikkelige eller konstante bevisste eller ubevisste forventninger. Tydeligst kom dette frem i gruppesituasjoner, som f. eks. på journal- og teammøter, hvor forøvrig de fleste sjefer følte seg forpliktet til stor egenaktivitet og lange monologer, noe som regelmessig førte til uttalt irritasjon hos de yngre.

Disse inntrykkene jeg fikk som lege i utdannelsesstilling, bidro til at jeg i et anfall av ungdommelig overmot under et seminar på Modum i 1959, anbefalte at alle overleger burde gå i egen psykoanalyse. Jeg vet ikke om jeg i dag ville vært like kategorisk, men på bakgrunn av mine senere opplevelser av autoritetsrollen innenfra, vil jeg heller ikke ta avstand fra et slikt syn, selv om det fremdeles fortøner seg noe utopisk.

Egne erfaringer av autoritetsrollen "innenfra"

Som medisinsk-psykiatrisk leder på avdeling Lien, står jeg selvsagt ikke isolert, men er knyttet til andre autoriteter som sykehusets administrasjon og de andre overlegene ved sykehuset. Også før Lien ble skilt ut som selvstendig avdeling fra 1.1.71, var avdelingens autonomi så stor at jeg uten å gjøre noen vesentlige feil i min fremstilling her kan begrense meg til problemene innenfor avdelingen, da de også etter min mening illustrerer generelle sider av autoritetsproblemer.

En av de første ting jeg registrerte etter å ha begynt i avdelingen i 1964, var presset fra staben mot "den sterke mann", som burde gi mest mulig detaljerte direktiver og ta flest mulige avgjørelser. Tradisjonelt er jo også dette "legerollen" både i og utenfor sykehus, og det letteste for oss leger er vel i første omgang å fortsette denne holdningen, særlig i et avdelingsmiljø som venter det. Litt overraskende var det likevel for meg å merke hvor sterkt dette presset var i mange situasjoner, særlig fordi det var på en avdeling hvor det i flere år var drevet bevisst og aktiv miljøterapi som en viktig del av behandlingen. Mange vil kalle dette presset for en farsoverføring, andre vil kalle det et behov for en instrumentell leder.

Min utdanning gjorde at jeg forsøkte å møte dette presset tildels med en "individualterapeutisk holdning". Jeg nektet f. eks. å ta en rekke avgjørelser som jeg syntes andre burde ta del i, og noen ganger kastet jeg ballen tilbake når enkelte fra staben ba om konkrete svar. Dette utløste i mange situasjoner både usikkerhet og aggresjon, selv om det ikke så ofte kom til åpent uttrykk. Oftere ble den skjult bak en passivitet innenfor staben, som kanskje også reflekterte noe av min egen passivitet og distanse fra problemene.

En annen side ved samme problem, var at jeg etter hvert oppdaget at det for meg var meget vanskelig å gi uttrykk for meninger, uten at disse meninger automatisk ble oppfattet som ordre. Uttalelser fra meg kunne tilsynelatende bli akseptert, selv om de for noen i staben var åpenbart gale.

Typisk var en uttalelse fra en pleierske på et møte hvor problemene ved hustjenesten ble diskutert. Det kom da frem at jeg for et år siden hadde kommet med en uttalelse om hvordan jeg synes det burde gjøres. Hun hadde straks oppfattet det som en ordre som hun siden lojalt utførte, — men med en over-

Jeg vet også at min egen holdning som leder mange ganger kunne forsterke personalgruppens passivitet, ja direkte forverre den hvis jeg sa én ting, men gjorde noe annet.

bevisning om at det var galt, og med en indre protest mot at hun "måtte" gjøre det slik. Det viktige var at det gikk ett år før denne protesten kom frem og en bedre måte å gjøre tingene på kunne diskuteres.

Denne beredskap til å "lystre ordre" i stedet for å gå inn i en dialog eller samtale, veksler både mellom forskjellige personer og yrkesgrupper i vår stab, men finns også i perioder hos yngre leger, særlig når de er nye i avdelingen. Mest uttalt merket jeg nok denne holdningen hos sykepleiergruppen, og spesielt hos de med minst utdanning og erfaring.

I de årene som er gått, har det skjedd en merkbar forandring ved at flere og flere medarbeidere nå ikke bare protesterer åpent mot meninger og forslag som jeg eller andre leger kommer med, — men også har alternative og tildels bedre forslag selv.

Jeg vet også at min egen holdning som leder mange ganger kunne forsterke personalgruppens passivitet, ja direkte forverre den hvis jeg sa en ting, men gjorde noe annet. Illustrerende for en slik "double-bind"-kommunikasjon fra min side, er en situasjon som var vanlig de første par årene jeg var i avdelingen. Når enkeltpersoner innenfor staben spurte meg om hvilken holdning de skulle ha overfor pasienter, hendte det at jeg svarte med klisjéen: "Vær deg selv". Etter hvert oppdaget jeg jo at dette var helt uten effekt, — ja ikke bare det — svaret skapte ofte irritasjon og usikkerhet. Hva var det å være seg selv? Var jeg meg selv?

Etter hvert måtte jeg erkjenne at jeg kom med et råd som jeg ofte ikke praktiserte selv. Jeg våget ofte ikke selv å være helt direkte og personlig, men distanserte meg lett i en mer passiv og uengasjert holding. Da jeg så forsøkte på å korrigere dette ved mer spontane uttalelser hvor jeg også slapp til mer av mine affekter på møtene, opplevde jeg konsekvenser langt utover det som jeg hadde ventet. Dette ble en bekreftelse på min tidligere erfaring som yngre lege, og noe som jeg nödt og tvungent har måttet erkjenne, nemlig: En leders holding får lett helt andre konsekvenser på personalgruppen enn det som er tilsiktet fra lederens side. Aktivitet og passivitet, emosjoner og

En leders holdning får lett helt andre konsekvenser på personalgruppen enn det som er tilsiktet fra lederens side.

svingninger, inkonsistenser og "double-bind", får langt større følger for kommunikasjonen enn tilsvarende ting hos de andre i staben. Denne opplevelsen av at vi, uansett intensjoner, får andre virkninger på personer i miljøet enn dem vi tilsikter, tror jeg lett blir en smertefull opplevelse for mange av oss i slike stillinger. Likevel blir det en uunngåelig følge av lederrollen.

Legerollen

Disse subjektive erfaringer som jeg selv gjorde, illustrerer også noe av det som er legens spesielle dilemma i et slikt terapeutisk miljø. Vår medisinske utdanning og erfaring har ikke gitt oss leger de rette forutsetninger til å arbeide terapeutisk.

I Norge, som i mange andre europeiske land, er den medisinske grunnutdanning ennå basert på naturvitenskapelig og biologisk metodikk og grunnsyn, og gir små forutsetninger for en forståelse av mennesket som determinert av både biologiske, psykologiske og sosiale faktorer. Som bl. a. Ottosson her i Sverige har pekt på, mangler vi ennå et helhetssyn på mennesket i vår medisinske undervisning, behandling og forskning (12). Det medisinske studium gir studentene et fragmentert og ensidig syn på mennesket, og adferds- og sosialvitenskapene er lite integrert ennå. Ofte blir bare delaspesker og symptomer behandlet, — og mennesket forsvinner mer og mer i den spesialiserte og teknifiserte medisin (13). Dertil kommer at vår medisinske undervisning og tradisjon underslår denne mangel i vår utdanning, slik at vi som leger lett kommer til å tro at vi er eksperter på menneskelige og mellommenneskelige forhold når vi i virkeligheten er ignoranter. Det gjør ikke saken bedre at vi som leger både innenfor og utenfor institusjonene fremdeles mange steder blir gjenstand for en blanding av kulturpreget autoritetsdyrkelse og angst, som også kan bidra til

vårt selvbilde og vår rolleoppfatning som lege.

Som jeg har nevnt i andre sammenhenger (14, 15), innarbeider alt dette lett holdninger hos oss leger som er uhensiktsmessige i et terapeutisk arbeid og miljø, som f. eks.: "Den aktive hjelper", "den allvitende og allmektige far", eller "den naturvitenskapelig orienterte forsker".

I et terapeutisk miljø vil mange leger til å begynne med få vanskeligheter med å gi fra seg denne autoritetsposisjonen og innrømme sine egne manglende forutsetninger og feil, og derved bli "mottagelig" for ny læring og personlig utvikling.

Fagsjargong og diagnostisk kultur

Et middel til å bevare den tradisjonelle legerollen med all sin irrasjonelle autoritet, er at vi også i et terapeutisk miljø lett kan bruke et fagspråk som skaper distanse mer enn nærhet, og som tåkelegger mer enn klargjør. Det spiller mindre rolle om sjargongen er tradisjonelt psykiatrisk-nosologisk ("hysteriker", "psykopat", "schizoid", "infantil") eller mer psykodynamisk ("frustrasjoner", "fikseringer", "motstandspreget", "oralproblematikk", osv.).

Ennå verre blir det hvis en slik "diagnostisk kultur" (6) brukes innenfor staben til å diagnostisere hverandre. Selv om det i en periode kanskje kan opprettholde illusjonen om en teoretisk eller teknisk viten, og utvilsomt ofte er nærmest en yrkessykdom hos unge og umodne psykologer og psykiatere, virker det i lengden ødeleggende på den direkte og åpne kommunikasjon som nettopp er så viktig i et terapeutisk miljø. Mange av de begreper vi bruker i vårt arbeid kan dessuten uttrykkes på vanlig daglig språk, og dermed bli mer meningsfylt for både pasienter og personale.

Et middel til å bevare den tradisjonelle legerollen med all sin irrasjonelle autoritet, er at vi også i et terapeutisk miljø lett kan bruke et fagspråk som skaper distanse mer enn nærhet.

Særlig effektiv bremse på den direkte kommunikasjon til en kvinnelig leder er det hvis tårer eller egen sykdom brukes som middel til å skape skyldfølelse hos medarbeiderne.

Sykepleierrollen

Jeg vil ikke begrense disse erfaringer bare til mine egne erfaringer og legerollen. Det er nemlig en sterk parallell i den autoritetsrolle som avdelingssykepleieren tradisjonelt har. Innenfor deler av staben vil avdelingssykepleieren også oppleves som en mer "nærværende" autoritet enn den som medisinsk leder har. Tildels vil begge, både medisinsk leder og avdelingssykepleier, oppleve parallelle reaksjoner blant den øvrige stab, men der vil også være forskjeller, som da går på forskjeller i egen og andres oppfatning av våre roller. Begge blir gjenstand for noe av den samme irrasjonelle angst, de samme projeksjoner og ambivalente overføringer som autoritetspersoner fremkaller i ethvert miljø.

Det er vel forståelig at en kvinne i autoritetsrollen som avdelingssykepleier lettere kommer i en morsoverføring til mange i staben. Jeg tror også at hun, som en følge av dette, i større grad enn den medisinske leder blir gjenstand for manges regressive behov for avhengighet, trygghet og støtte, — men også den dype protest, angst og skyldfølelse som disse behov ofte er kombinert med, særlig hos kvinnelige stabsmedlemmer. Slike holdninger er kommet tydelig frem på personalmøter, særlig hvordan avvikende meninger er blitt holdt tilbake fordi de oppleves som en trusel mot egne trygghetsbehov i forhold til autoriteten. Særlig effektiv bremse på den direkte kommunikasjon til en kvinnelig leder er det hvis tårer eller egen sykdom brukes som middel til å skape skyldfølelse hos medarbeiderne. Slik skyldfølelse kan mer enn noe annet bli en hindring for åpenhet og direktehet på avdelingen.

I et slikt terapeutisk miljø er sykepleierens rolle uklart definert (16). Sykepleieren møter også flere motstridende krav enn kanskje noen annen yrkesgruppe på sykehuset. Dette bidrar også til å

.....
Sykepleieren møter også flere motstridende krav enn kanskje noen annen yrkesgruppe på sykehuset.
.....

skape et større behov for trygghet og støtte i denne yrkesgruppen. For avdelingssykepleier blir disse forhold en ekstra hindring i å få den "feedback" som er nødvendig for alle i autoritetsposisjoner, og gjør etter min mening denne funksjonen til den vanskeligste i avdelingen, særlig for en kvinne.

Jeg kan ikke her komme mer detaljert inn på sykepleierens spesielle vansker i et slikt terapeutisk miljø. Men enkelte sykepleiere hevder selv at de mer enn andre yrkesgrupper har autoritetsproblemer, og derfor lett blir underkastende overfor sine ledere, og autoritære når de selv blir sjef (17). Den tradisjonelle sykepleierrollen med "søster"-betegnelsen kan preges av anonymitet og frykt for å markere seg, stå frem med standpunkter og ta ansvar. Men her som ellers i vårt samfunn, er det tydelige tegn på et generasjonsskifte med mer kunnskaper og større bevissthet om egen verdi.

Den skjulte protest

Forholdet til autoriteter over oss vil alltid være dobbelt, ambivalent, — jo større grad av umodenhet og avhengighet, desto sterkere vil ambivalensen kunne gjøre seg gjeldende på et bevisst eller ubevisst plan. Noen ganger vil dette gi seg uttrykk i direkte eller indirekte protest og opprør. Det kan f. eks. vise seg ved at tidligere "lojale" og "lette" medarbeidere plutselig reagerer med affekt-ekspløsjoner, sinne eller gråt. Eller det kommer som en skjult trass i form av indirekte sabotering av beskjeder både til og fra "autoriteten". Velkjent innenfor vår avdeling er glemselen som epidemisk fenomen. Ting glemmes simpelthen, blir borte på veien — noe jeg tror ofte er uttrykk for slike skjulte og ofte ubevisste protestholdninger, både hos oss små og store autoriteter, og hos de som føler seg tvunget til å underordne seg autoritetene.

Som en illustrasjon til hvor kompliserte enkle

kommunikasjoner kan bli, vil jeg nevne en episode som hendte for noen år siden i avdelingen:

En pasient tok i sin gruppe opp at hun hadde lyst til å dra på weekendpermisjon allerede fredag ettermiddag. Gruppen var innstilt på å gi pasienten permisjon så tidlig, men da hverken gruppelederen eller psykologen som hadde pasienten var til stede, ble det bestemt å forelegge saken for meg. Den fra staben som presenterte problemet for meg, sa ikke noe om gruppens mening, men antydte at hun personlig ikke syntes det var tungtveiende grunner for å avvike fra den vanlige regel. På grunnlag av dette og en kort samtale med pasienten selv, avsto jeg anmodningen om tidlig permisjon under henvisning til vanlig praksis, og at det ikke var tungtveiende grunner.

Resultatet blev for det første at pasienten reiste tross mitt forbud, og dernest at hun på første fellesmøte tok opp sin følelse av å bli urettferdig behandlet. Hennes reaksjon var berettiget, blant annet fordi andre hadde oppnådd slik permisjon uten mer tungtveiende grunn, og dessuten fordi det ikke var tatt hensyn til gruppens syn. Det mest interessante kom imidlertid frem på det etterfølgende personalmøte, hvor det stabsmedlem som formidlet problemet til meg, røbet sterk aggresjon mot gruppelederen, fordi gruppelederen i sin tid skulle ha sagt at hun fikk henvende seg til avdelingssykepleier eller en assistent når gruppelederen ikke var til stede. Hun følte seg fratatt et ansvar som hun selv var kompetent til å ta, og skjöv sin bitterhet og aggresjon oppover ved den mangelfulle kommunikasjon til meg. Da jeg ikke overlot avgjørelsen til gruppen, men løste problemet autoritært, uteble heller ikke resultatet, — autoriteten tabbet seg. Skadefryden var umiskjennelig, selv om hun hevdet at adressen egentlig var en annen.

Fordeler i det terapeutiske miljø

Hvordan har jeg så forsøkt å løse *isolasjonsproblemet* som jeg opplevde utenfra, og som jeg helt bevisst fryktet da jeg ble ass. overlege? — Jeg tror det var mange ting som helt fra starten av redu-

.....
Den tradisjonelle sykepleierrollen med "søster"-betegnelsen kan preges av anonymitet og frykt for å markere seg, stå frem med standpunkter og ta ansvar.
.....

serte problemet på Lien, særlig den inspirasjon og glede som det er å ha yngre kolleger ved avdelingen, som tør snakke direkte også når de er uenige. Kommunikasjonen innenfor lege- og psykolloggruppen har jeg derfor opplevd som svært vesentlig i de årene jeg har vært på Lien. Personlig tror jeg at den systematiske *gruppe- og individualsupervisjon* som vi har ved avdelingen, bidrar til å skape den trygghet og åpenhet som jeg opplever innenfor denne del av staben.

Kommunikasjonen med resten av staben gikk dels via formelle møter, dels via uformelle kontakter, f. eks. på tomannshånd. I forbindelse med aktuelle planer eller problemer, innkalte jeg den eller de interesserte parter på mitt kontor. Den siste form for kontakt er den vanlige for mange av oss leger i autoritetsroller når vi ønsker mer informasjon. Det er vel også en situasjon vi er mer vant til, og hvor vi kjenner oss trygge. Men som tidligere nevnt, blir de informasjonen vi får kanskje ofte ensidige, og dessuten er jeg mer og mer kommet til at en utstrakt bruk av slike individuellkontakter lett kan skape rivaliseringer og splittelser og motvirke miljøterapien. Den forutsetter jo at vi om mulig snakker åpent med *hele* staben om vanskelighetene, og at vi sammen forsøker å løse dem på møtene. En verdifull erfaring har det også vært å få korreksjon og lære av andre i staben som ikke har teoretisk utdanning. Våre teorier kan bli mer en belastning enn en hjelp i miljøterapien, og de som kommuniserer først og fremst ut fra sin menneskelige spontanitet og erfaring, har mye å lære oss psykiatere og psykologer. I et slikt miljø kan vi alle lære noe av hverandre, og modnes gjennom oppgavene.

Selv oppdaget jeg for mange år siden at jeg ved å være med på både fellesmøter og personalmøter, fikk del i mye av det liv som er i en avdeling, og i den ikke-verbale og uformelle kommunikasjon som jeg ellers hadde gått glipp av. Det terapeutiske miljø som vi praktiserer på Lien ble for meg også en måte å overvinne noe av den relative iso-

lasjon som er en følge av autoritetsposisjonen.

Som leder for et slikt terapeutisk miljø må jeg da også stille meg selv spørsmålet: Er et slikt system, som enkelte andre systemer, delvis en overbygning over og en rasjonalisering av de personlige behov som lederen selv har? Jeg tror jeg vil svare et betinget ja på dette. Ett perspektiv er jo at forskjellige personlige forutsetninger brukes best i forskjellige roller og systemer. Det ovenfor nevnte motiv med en sjefs ønske om å komme ut av sitt "elfenbenstårn" er legitimt nok. Andre motiver for at vi engasjerer oss i et miljøterapeutisk system med en demokratisk ideologi, kan kanskje bli en måte å skjule våre egne autoritæretendenser på, eller et forsøk på flukt fra ansvar og avgjørelser som er en nødvendig del av ethvert lederskap. Jo mer slike motiver bevisstgjøres hos oss selv, jo mindre mulighet tror jeg det er for at de skal føre til holdninger som blir antiterapeutiske faktorer i miljøet.

Overføringsperspektiver

I mye av det jeg hittil har nevnt om mine opplevelser av autoritetsrollen utenfra og innenfra, ligger det overføringsperspektiver, overføring da brukt som vidt begrep. Vi bærer alle med oss våre mer eller mindre uløste konflikter i forholdet til de første autoriteter, — våre foreldre. Det er konflikter som vi vel i vår kultur ser på som uunn-gåelige, og som bl.a. kan være forårsaket av det psykoanalysen kaller fikseringer til tidlige faser i vår personlighetsutvikling. De holdninger og reaksjoner som disse problemer har skapt melder seg automatisk i forholdet til autoriteter senere i livet. De samme konflikter vil også influere på vårt forhold til oss selv som autoritet, f. eks. i det vanlige ønske om selv å bli leder, få makt, bestemme over andre. Eller i det motsatte: En protest mot å ta en lederstilling, en protest som retter seg mot oss selv som autoritet.

Hvordan dette influerer på vår evne til å meddele oss, skal vi ikke ha så mye fantasi for å forstå. Opplever vi autoriteten først og fremst som en makt vi er prisgitt og totalt avhengig av, og som derfor er grunnlaget for vår trygghet, blir mye av vår kommunikasjon innstilt på å tilfreds-

.....
Våre teorier kan bli mer en belastning enn en hjelp i miljøterapien.
.....

Opplever vi autoriteten først og fremst som en makt vi er prisgitt og totalt avhengig av, og som derfor er grunnlaget for vår trygghet, blir mye av vår kommunikasjon innstilt på å tilfredsstille denne autoritet.

stille denne autoritet. Vi blir underkastende, uselvstendige, ensidig opptatt av å leve opp til det som ventes av oss. Det spontane og personlige må da ofte undertrykkes, noe som vi vet i mange tilfeller skaper et økende indre press, en kamp mot egne impulser som kan gi seg uttrykk i taushet og passivitet, redusert arbeids glede og livsutfoldelse. Men vi skal heller ikke glemme at behovet for trygghet er et grunnbehov hos alle. Der hvor det er liten indre trygghet, vil behovet for den ytre trygghet være desto større. Et autoritært system vil derfor også kunne redusere angst, skape enklere roller, mindre tvil og færre valgsituasjoner både for pasienter og personale.

Konklusjon

Det snakkes så mye om demokrati og frihet, ikke minst i et terapeutisk miljø. Men hva mener vi da med frihet? Fromm skiller mellom frihet *fra* og frihet *til* (19). Lettest assosieres vel frihet med det første begrepet, — det å oppnå frihet fra diktatur, tvang, press, manipulering, dvs. frihet fra autoritære holdninger. Men i ethvert demokratisk samfunn er den andre formen for frihet like viktig: Friheten til å hevde selvstendige meninger og til å ta ansvar. Det å bli fri *fra* autoriteter er et stadium som de fleste av oss gjennomgår mer eller mindre vellykket under og etter puberteten. Frihet *til* ansvar og egne valg er et kriterium på modenhet og individualitet. Det er med andre ord forutsetningen for å bli en god leder, en leder med tilstrekkelig indre trygghet til at lederskap ikke blir maktmisbruk, manipulering eller over-

Et autoritært system vil derfor også kunne redusere angst, skape enklere roller og mindre tvil og færre valgsituasjoner både for pasienter og personale.

Demokratiseringen i et terapeutisk miljø forutsetter ikke frihet fra autoritet.

dreven dirigering av medmennesker. Det er også forutsetningen for å kunne bli ledet av andre uten å miste sin individualitet eller frihet som menneske og medarbeider.

Men hvor mange av oss nærmer seg denne ideelle fordring? Og hvor mange av staben i et terapeutisk miljø kan vi vente er villige til å overta en del av de valg og det ansvar som de så meget lettere skyver over på autoriteten?

Mange tendenser i oss selv og andre gjør at vi vil flykte bort fra denne siste friheten. Også her merker vi ambivalensen, — både ønsket om og frykten for. Det er vel noe av årsaken til de svingninger som et terapeutisk miljø alltid gjennomgår. I noen perioder øker graden av frihet over den grense som avdelingen makter. Det oppstår kriser, og motkrefter mobiliseres som får pendelen til å svinge i motsatt retning, mot mer autoritetsdirigert struktur, grensesetting og normgivning som reaksjon mot truende angst og kaos.

Gjennom slike kriser settes hele systemet på prøve, særlig kommunikasjons- og autoritetsforholdene. Nye erfaringer kan gjøres, og gjennom den måte krisen løses på, er det vi har mulighet for å komme videre i dette arbeidet (11). Demokratiseringen i et terapeutisk miljø forutsetter ikke frihet fra autoritet. Autoriteten må fortsatt bestå, både i forhold til omverdenen og i behandlingsmessige og juridiske ansvarsforhold. Men autoriteten kan brukes mer eller mindre hensiktsmessig, og i et terapeutisk samfunn vil det etter hvert komme en utvikling mot mer delegering og fordeling av ansvar og makt.

Som en illustrasjon av dette kan nevnes at vi siste året har opprettet 2 nye komitéer med administrative oppgaver på Lien, et *pasientråd* med 8 medlemmer, 2 pasienter fra hver av avdelingens

Autoriteten må fortsatt bestå, både i forhold til omverdenen og i behandlingsmessige og juridiske ansvarsforhold.

fire grupper, og et *administrasjonsteam* med en representant fra hver av yrkesgruppene i avdelingen, en pleier, en sykepleier, en arbeidsterapeut, en sosialkurator, en yngre lege, en psykolog, samt overlegen.

Pasientrådet har myndighet og ansvar i forbindelse med bl. a. besøk til avdelingen, konsekvenser av regelbrudd som ikke blir løst på gruppe- eller fellesmøter, eller problemer som er av prinsipiell karakter.

Administrasjonsteamet ble dannet som følge av økende misnøye og irritasjon blant personalet over enkelte av mine planer og administrative avgjørelser. En slik sak var avgjørelsen om at vi skulle bruke 10 av plassene ved avdelingen til å forsøke å behandle unge stoffmissbrukere. Dette ble avgjort uten at jeg informerte og konfererte tillstrekkelig med hele personalet på forhånd.

Misnøyen resulterte i kritikk mot meg på personalmøter, og forslag om å opprette et administrasjonsteam, noe jeg uten entusiasme bøyet meg for. Jeg fryktet for at administrasjonsordningen ville bli ineffektiv og avgjørelsesprosessen ytterligere komplisert og forsinket.

Det siste er nok også riktig, men jeg har allerede måttet erkjenne at fordelene er større. Først og fremst er kommunikasjon og informasjon blitt bedre, dernest representerer dette teamet en verdifull støtte i administrative funksjoner som jeg tidligere hadde sittet alene med.

Som psykiater i et terapeutisk samfunn, må jeg også mer og mer erkjenne at mye av fremtidens arbeid i den psykiske helsetjeneste må gjøres av andre yrkesgrupper enn legene (18). Alle våre medarbeidere må derfor få del i den makt som vi hittil har hatt nesten monopol på.

Det terapeutiske samfunn er et anstrengende og provoserende arbeidsmiljø for oss alle, uansett rolle og utdannelse. Det mobiliserer vår egen menneskelige usikkerhet og angst, og skaper problemer for oss som deltar i det, — bl. a. fristelsen til å bli autoritær eller underkastende, for aktiv i "legerollen", eller for passiv og forskanset i "individualterapeutiske" holdninger. Våger vi som sitter i autoritetsposisjoner å erkjenne vår egen usikkerhet, bidrar vi kanskje til en mer åpen kommunikasjon, selv om det ødelegger illusjonen om den allvitende og fullkomne leder eller medarbeider.

På avdeling Lien føler vi på ingen måte at vi har funnet noen patentløsning i vårt terapeutiske samfunn, vi har ofte både usikkerhet og tvil. Men

samtidig merker vi at det skjer en langsom utviklingsprosess i retning av større trygghet hos både pasientene og personalet, også i forholdet til autoritetene. På den måten blir det også en friere kommunikasjon innenfor hele miljøet.

LITTERATUR

1. Jones, M.: Social Psychiatry. A Study of Therapeutic Communities. Tavistock, London 1952.
2. Jones, M.: Therapeutic community practice. Amer. J. Psychiat. 122: 1275, 1966.
3. Stanton, A. H. and Schwartz, M. S.: The mental hospital. Basic Books Inc., New York, 1954.
4. Frøshaug, H.: Psykoterapeutiske synspunkter på sykehusets organisasjon. Nord. Psyk. Tidsskr., Vol. XVI, pp. 179—199, 1962.
5. Clark, D. H.: Administrative Therapy, Tavistock, London 1964.
6. Löchen, Y.: Idealer og realiteter i et psykiatrisk sykehus. Universitetsforlaget, Oslo 1965.
7. Jørstad, J.: Det terapeutiske samfunn og jeg-svake pasienter. Socialmedisinsk tidskrift, 1971 (dette nr.)
8. Bieber, T. B. and Bieber, I.: Psychotherapeutic focus in social psychiatry. Arch. Gen. Psychiat., Vol. 13, 1965.
9. Rapoport, R. N. and Skellern, E.: Some therapeutic functions of administrative disturbance. Administr. Sci. Quart., Vol. 22 No. 1, 1957.
10. Rapoport, R. N. and Rapoport, R. S.: Democratization and authority in a therapeutic community. Behav. Sci. Vol. 2, No. 2.
11. Cumming, J. and Cumming, E.: Ego & Milieu. Atherton Press, New York 1963.
12. Ottoson, J.-O., Hur ordna den allmänna tjänstgöringen i psykiatri. Läkartidn. 1968, 65.
13. Jores, A.: Immer ist der ganze Mensch krank. Die Berliner Ärztkammer, 1969, 12.
14. Jørstad, J.: Psykoterapeutisk holding. Psykoterapi II. Fabritius & Sønners Forlag, Oslo 1969.
15. Jørstad, J.: Utdannelsen av veiledere i psykoterapi. Nord. Psyk. Tidsskr., Vol. XXIV, 103—116, 1970.
16. Herz, M. I., Wilensky, H. and Earle, A.: Problems of role definition in the therapeutic community. Arch. Gen. Psychiat., Vol. 14, 270—276, 1966.
17. Martinsen, K.: Søsterrolle og konformitetspress, referat fra Dikemarkseminaret 1967: Kommunikasjonsproblemer i et terapeutisk miljø. (Stensil.)
18. Haugsgjerd, S.: Nytt perspektiv på psykiatrien. Pax, Oslo 1970.
19. Fromm, E.: Flukten fra friheten. Pax, Oslo 1965.