

Aina Skorpen

Førsteamanuensis, PhD, Høgskolen Stord/Haugesund

E-post: aina.skorpen@hsh.no

Christine Øye

Førsteamanuensis, PhD, Det psykologiske fakultet. Universitetet i Bergen

E-post: christine.oye@hsh.no

MILJØTERAPIENS BAKGRUNN, RETNINGER OG UTFORDRINGER

EN LITTERATUROVERSIKT

ABSTARCT

Milieu therapy: Background, models and challenges – A literature review

This article gives an overview of published professional- and research literature on milieu therapy for adults in psychiatric hospitals. The review showed a complex and extensive amount of literature which we have clustered into four different milieu therapeutic models and foundations: The humanistic and democratic milieu therapy, The psychodynamic milieu therapy, The behaviouristic and cognitive milieu therapy and The psychiatric-medical milieu therapy. However, the literature review showed very little research on milieu therapy, and therefore the article refers to only a few examples of research rooted in different milieu therapeutic models. The article discusses what is seen as a misfit between milieu therapy based on collective principles and today's emphasis on individual based therapeutic treatment programs. Secondly, the possibility for nurses to shape a milieu therapy based on psychiatric nurses' professional principles and field of responsibility when working in a psychiatric medical driven hospital structure, is discussed. In conclusion, nurses are challenged to do further research in order to develop a research based milieu therapy and to study the value of milieu therapy for psychiatric in-patients.

Key words

English: Milieu therapy, psychiatric hospital, psychiatric nursing, research, user participation

Norwegian: Miljøterapi, psykiatrisk sykehus, psykiatrisk sykepleie, forskning, brukervedvirkning

Norsk Tidsskrift for Sykepleieforskning, 2010; 12: 3, 15-27

INTRODUKSJON

Litteraturen om miljøterapiens bakgrunn og utvikling er mangfoldig og brokete og forteller om ulike former for miljøterapeutiske virksomheter og retninger i behandlingen av innlagte psykiatriske pasienter. Når vi leser om miljøterapi i psykiatriske avdelinger på sykehus, henvises det ofte til 1960-70-årenes forsøk på å innføre *Det terapeutiske samfunn* der fellesskap og demokrati var grunnleggende ideologiske forutsetninger (Jones, 1971; Thomstad & Gydal, 1968).

De siste tiårene har sykepleierne fått et stadig større ansvar for organisering og gjennomføring av avdelingens miljøterapi (Delaney, 1997; Vatne, 2003), og det har blitt publisert en rekke fagbøker av sykepleiere om miljøterapi (se blant annet Kværna & Lund, 2004; Vatne, 2006). I følge Hummelvoll (1998) har psykiatrisk sykepleie bidratt til å utvikle og gjøre begrepet miljøterapi meningsfullt gjennom å benytte og utnytte avdelingens dagligliv, gjøremål og døgnrytme til terapeutiske muligheter. Et sentralt spørsmål i dag er om en demokratisk orientert miljøterapi med sin forankring i et større fellesskap har sin berettigelse i en tid med desentralisering og krav om individrettet behandling og brukermedvirkning (St.meld. nr. 25, 1996-1997; St.prp. nr. 63, 1997-98; St.prp. nr. 63, 1997-98; Pasientrettighetsloven, 1999).

Bakgrunn og hensikt

Artikkelen har sin bakgrunn i et avsluttet tverrfaglig doktorgradsarbeid med tittel "Dagliglivet i et psykiatrisk sykehus; en analyse av to avdelingers miljøterapeutiske praksiser" (Øye & Skorpen, 2009). Forskernes ulike faglige bakgrunn, sykepleievitenskap (førsteforfatter) og sosialantropologi (andre-

forfatter), representerte et kontinuerlig tverrfaglig samarbeid gjennom avhandlingens totale forskningsprosess. Studien inkluderte et omfattende og grundig litteraturstudium av artikkelens hovedtema; miljøterapi i psykiatriske sykehus. Hensikten med denne artikkelen er å:

1. *Presentere en helhetlig beskrivelse og forståelse av miljøterapi som metode og ideologi i psykiatriske avdelinger i sykehus.*
2. *Tematisere og diskutere to sentrale miljøterapeutiske utfordringer i utformingen av dagens og fremtidens miljøterapi:*
 - I. *Miljøterapi – fra en kollektiv dagliglivsorganisering til individuelle tilpassingsformer.*
 - II. *Sykepleiefaglig terapi eller støttefunksjon til det medisinsk-psykiatriske regimet.*

METODE

Artikkelen benytter syntesen som metodisk tilnærming til det foreliggende materialet. En synteseartikkel benytter ulike definisjoner, funn og beskrivelser fra ulike kilder. Syntese som metode har som siktemål å presentere en mer helhetlig beskrivelse av fenomenet, og integrere ulike elementer og vise nye helheter (Kirkevold, 1996). Hensikten med denne type litteraturoversikt i følge Kirkevold (1996) er å integrere så mye som mulig av den eksisterende viten, fremme teoriutvikling og gjøre litteraturen mer tilgjengelig for praksis.

Styrken i denne type oversiktsartikkel er å bidra til å hjelpe leseren til å se sammenhenger mellom ulike elementer i miljøterapiens kunnskapsgrunnlag, samt å presentere en mer helhetlig beskrivelse av fenomenet

miljøterapi. Metodens svakhet er imidlertid at vi kan ha foretatt teoretiske sammenkoblinger som ikke er holdbare, og som vanskelig lar seg kontrollere (Kirkevold, 1996).

Fremgangsmåte

Artikkelens litteraturoversikt er forankret i avhandlingens litteraturstudie (Øye & Skorpen, 2009) som representerte et bredt og systematisk internasjonalt litteratursøk. Litteratursøkene var en kontinuerlig prosess fra år 2004 til og med 2008. Gjennomgangen av litteratur inkluderte vitenskaplige artikler, doktoravhandlinger, bøker, kapitler i bøker, praksisnære publikasjoner, fagartikler og gjennomgang av ulike referanselister for å finne relevante kryssreferanser.

Inklusjon og analyse

Publikasjoner som på ulike måter omfattet miljøterapi i psykiatriske sykehus ble valgt ut etter forfatter(e), tittel, sammendrag, tema, siktemål, metode og resultater. Den enkelte publikasjon ble videre analysert i lys av temaets relevans, metode, forskningsetikk og pålitelighet. Sammendrag fra relevante publikasjoner ble videre systematisert etter tema, metode og funn og skrevet ned.

Litteratursøkene inkluderte følgende databaser og søkeord: Academic Search Premier, BIBSYS, Cinahl, Embase, ISI Web of Science, Medline, Norart, Ovid, PsycINFO, PubMed, ScienceDirect og Jstor. Miljøterapi som begrep har ulike betegnelser som er forankret i ulike modeller, tradisjoner og tidsperioder. Relevante søkeord var "milieu therapy", "milieuthrapy", "therapeutic milieu", "therapeutic community", "psychosocial milieu", "psychiatric hospital", "psychiatric nursing", "research". Søkeordene har også

vært kombinasjoner av norske og svenske søkeord som for eksempel ("miljøterapi"), "miljøterapi", "terapeutisk samfunn", "forskning", "helsefaglig forskning", "psykiatrisk forskning", "psykiatrisk sykehus", "psykiatrisk avdeling", "psykiatrisk sykepleie". Til tross for ekstensiv bruk av ulike litteraturbaser, er flere av artiklene funnet i kryssreferanser. Litteraturgjennomgangen viste at det var vanskelig å finne systematisert kunnskap knyttet til begrepet miljøterapi, og de ulike miljøterapeutiske modellene. Litteraturgjennomgangen synliggjorde også at det forelå lite forskningsbasert kunnskap på miljøterapiens innhold og nytteverdi.

Eksklusjon

Litteratur som ikke omfattet miljøterapi i psykiatriske sykehus ble ekskludert. Det kunne for eksempel være miljøterapi knyttet til barnevern/ungdomsinstitusjoner eller rusomsorgen. Litteratur som dessuten fremstod som lite begrunnet og pålitelige, og som viste store svakheter i for eksempel kunnskapsgrunnlag, argumentasjon og konklusjon, ble valgt bort.

FUNN

Miljøterapiens bakgrunn og utvikling; fra sosial kontroll og ivaretagelse til individuell behandling

Miljøterapiens begynnelse kan føres tilbake til "moral treatment"-tradisjonen med Tukes (1732-1822) og Pinels (1745-1826) etablering av de første asylene i Europa (Foucault, 1961/1999; Bloom & Norton, 2004). De første asylene ble etablert i en humanistisk ånd der troen på at psykisk syke kunne endres ble sentral (Foucault, 1961/1999;

Hermundstad, 1999; Digby, 1985). I Norge kom det første norske statsasylet på Gaustad i 1855, og medisinen fikk sitt gjennombrudd i behandlingen av de sinnslidende. Til tross for asylenes humanistiske idealer om både å behandle og beskytte pasienten, samt avlaste og beskytte pårørende og samfunnet (Sørgaard, 2005), hevdet Foucault (1961/1999) og Blomberg (2002) at asylenes fremvekst ikke kunne forstås som en humanisering av behandlingen av de syke. Asylenes moralske og oppdragende miljø skulle derimot sørge for en internering i et avskjermet miljø og kontroll av de syke.

Miljøterapiens grunnleggere blir ofte knyttet til navn som Simmel, Menninger og Sullivan. I 1920- og 30-årene grunnla Simmel Tegel Sanatorium i Berlin med påvirkning fra psykoanalytisk tenkning (Federn, 1999), der avdelingens sosiale miljø skulle være et terapeutisk virkemiddel. Sullivan (1931a) og Menninger (1936) anvendte på sin side både psykoanalytiske og sosiologiske prinsipper i utformingen av et miljø som både skulle bidra til å veilede og å behandle alvorlige syke psykiatriske pasienter (Neuhaus, 2006).

I 1950-60-årene ble avdelingens fellesskap og sosiale miljø på nytt vektlagt som en sentral del av avdelingens behandlingsvirksomheter, og utprøving av "et terapeutisk samfunn" ble forsøkt iverksatt (Rapoport, 1960; Gutheil, 1985).

Det terapeutiske samfunnet var et resultat av antipsykiatriens debatter og kritikk av innholdet i tidens psykiatriske sykehus som var preget av isolering og oppbevaring, der pasientene levde et liv i store tunge institusjoner avskåret fra samfunnet utenfor (Gutheil, 1985). Det terapeutiske samfunn vokste frem i England med Jones i Mill Hill og Dartford, samt Foulkes og Main i Northfield med en sentral forankring i

sosialpsykologi (Jones, 1952; Main, 1946). I starten mente fagfolk at den nye miljøterapien primært var myntet på pasienter som tilbrakte lengre perioder av sitt liv på psykiatriske sykehus med psykonevrotiske, psykosomatiske og depressive lidelser. Senere kom denne terapiformen også til å omfatte psykotiske pasienter. Jones (1952, 1966, 1983) og Mains (1946) "therapeutic community approach" fikk stor utberedelse på en rekke psykiatriske sykehus i England, og senere i deler av Europa. Siktemålet var å skape et miljø i sykehuset som lignet samfunnet omkring, men uten de uheldige sider som storsamfunnet hadde. Samtidig søkte fagfolkene og nedtone tidens medisinske autoritære posisjon gjennom å erstatte det rådende regime med flatere strukturer basert på mer demokratiske sosialpsykiatriske prinsipper (Jones & Rapoport, 1957).

Det terapeutiske samfunn representerte noe nytt som stod i motsetning til den bio-medisinske dominerte behandlingen i psykiatriske sykehus (Jones, 1971). Det terapeutiske samfunnet var forankret i prinsipper som fellesskap, demokrati, likhet, respekt, ansvar, solidaritet og realitetskonfrontering i avdelingens daglige gjøremål. Siktemålet var å utvikle et miljø eller fellesskap som var mer terapeutisk enn den rådende medisinske behandlingen (Jones, 1952, 1971). Avdelingens og sykehusets sosiale miljø skulle bidra til læring, vekst, selvforståelse og utvikling (Norton & Bloom, 2004).

Antipsykiatribevegelsen bidro til å inspirere fagfolk i England og deler av Europa til å tenke nytt og annerledes. I Norge var det Ullevål sykehus, Avdeling 6B, under ledelse av overlege Herluf Thomstad, som utviklet en behandlingsvirksomhet basert på det terapeutiske samfunnets prinsipper, og flere psykiatriske avdelinger i Norge fulgte etter.

52; Main, 1946).
 ; den nye miljø-
 ntet på pasienter
 ioder av sitt liv
 ned psykonevro-
 depressive lidelser.
 formen også til å
 iter. Jones (1952,
 1946) "therapeutic
 k stor utberedelse
 sykehus i England,
 opa. Siktemålet var
 et som lignet sam-
 n de uheldige sider
 le. Samtidig søkte
 tidens medisinske
 nom å erstatte det
 re strukturer basert
 ialpsykiatriske prin-
 t, 1957).
 rfunn representerte
 motsetning til den
 te behandlingen i
 es, 1971). Det tera-
 orankret i prinsipper
 rati, likhet, respekt,
 ealitetsskonfrontering
 gjøremål. Siktemålet
 eller felleskap som
 i den rådende medi-
 Jones, 1952, 1971).
 ets sosiale miljø skul-
 kst, selvforståelse og
 loom, 2004).
 lsen bidro til å inspi-
 og deler av Europa til
 edes. I Norge var det
 ing 6B, under ledelse
 lomstad, som utviklet
 mhet basert på det
 ts prinsipper, og flere
 r i Norge fulgte etter.

Imidlertid fikk innføringen av denne demo-
 kratiske og humanistisk orienterte miljø-
 terapien i norske psykiatriske sykehus en
 relativ kort levetid (Waal, 1978).

Psykiatrisk sykepleie og miljøterapi

I følge Hummelvoll (1998) kan utviklin-
 gen av psykiatrisk sykepleie innen miljø-
 terapi knyttes til navn som Peplau, Tudor
 og Kalkman. "Den psykiatriske sykepleien
 bidro i denne utviklingen til å gjøre begre-
 pet miljøterapi meningsfullt, gjennom å
 arbeide for å utnytte dagliglivets gjøremål og
 døgnrytmen på avdelingen til terapeutiske
 muligheter" (op.cit., s. 18).

Hildegard Peplau (1952/1988, 1968,
 1985/1994) hevdet at sykepleiernes ansvar
 for avdelingens miljøterapeutiske virksom-
 heter kom med de profesjonelle sykeplei-
 ernes overtakelse av den daglige adminis-
 trasjon av avdelingene. Hun understreket
 dessuten betydningen av å ha et nært for-
 hold til pasienten. På bakgrunn av sykeplei-
 ernes viktige rolle i miljøterapien, utviklet
 American Nurses Association retninglinjer
 for psykiatrisk sykepleie; "the nurse pro-
 vides, structures, and maintains a thera-
 peutic environment in collaboration with
 the client and other health providers" (Tuck
 & Keels, 1992, s. 53). Det har blitt utviklet
 sykepleiefaglige kunnskaper og teorier knyt-
 tet til tilrettelegging av avdelingens miljø,
 der den dyadiske relasjonen og alliansen
 mellom sykepleier og pasient blir vektlagt
 (se blant annet Holmes, 1971; Strand, 1990;
 Hummelvoll, 2003; Vatne & Hoem, 2008).

Sentrale definisjoner av miljøterapi

Litteraturen viste et mangfold av definisjo-
 ner av miljøterapi som gjenspeiler miljøte-

rapiens utvikling relatert til ulike tidsepoker,
 retninger og tradisjoner. I korte trekk har
 forståelsen av miljøterapi i nyere tid gått fra
 en vektlegging av et samspill mellom det
 fysiske og psykososiale læringsmiljøet (se
 blant annet Schwartz, 1957; Cumming &
 Cumming, 1962; Abroms, 1969; Gunderson,
 1978; 1983b), til et sterkt fokus på den
 dyadiske relasjonen og alliansen mellom
 miljøterapeut/sykepleier og pasient (se blant
 annet Holmes, 1971; Gunderson, 1978; Tuck
 & Keels 1992; Delaney 1997; Vatne & Hoem,
 2008).

John Gundersons definisjon av miljøtera-
 pi fra 1978 har hatt en sentral betydning for
 grunnlagstenkningen i dagens miljøterapi i
 Norge:

A Milieu is simply any environment in which
 a patient or anyone else lives. Milieu treatment
 differs in being a specialized environment
 which is designed to fulfill the general pur-
 poses of preventing "bad" things from hap-
 pening and following "good" things to occur.
 Treatment refers to the fact that it involves
 doing things to patients unilaterally. ... Milieu
 therapy refers to those forms of milieu treat-
 ment in which the milieu itself is recognized
 as an active therapeutic agency to promote
 and facilitate "positive" changes in specific
 directions. (Gunderson, 1978, pp. 327-335)

Samlet fremstår definisjoner av miljøterapi
 som en form for behandling der fokuset er
 rettet mot terapeutiske prosesser i det miljø-
 et pasienten befinner seg i (Geanellos, 2000).

MILJØTERAPIENS RETNINGER

Litteraturen viste fire miljøterapeutiske ret-
 ninger. Vi vil kort omtale disse retningene
 med eksempler på forskning.

Den humanistisk og demokratisk orienterte miljøterapien

Det terapeutiske samfunnet

1950-60-årenes "terapeutiske samfunn" var et forsøk på å innføre radikale endringer i behandlingen av innlagte psykiatriske pasienter. Gjennom å innføre en flatere avdelingsstruktur forankret i demokratiske prinsipper, søkte man å bygge ned sykehusets tradisjonelle medisinske hierarki og psykiaternes autoritære behandlingsregimer (Jones & Rapoport, 1957; Jones, 1971). Det terapeutiske samfunnet representerte humanistiske og demokratiske forutsetninger, som på en ny og annerledes måte satte innlagte psykiatriske pasienter i fokus. Ut i fra en ikke-medisinsk forståelse av menneskers lidelser, ble det sosiale miljøet, fellesskapet og samspillet mellom avdelingens aktører vektlagt som grunnleggende forutsetninger for pasientens muligheter til sosial modning og personlig læring (Jones, 1971).

Forskning på "det terapeutiske samfunnet" er av eldre årgang. En klassisk studie er Rapoport's (1960) etnografiske studie av sosial rehabilitering på Belmont Hospital. Studien omhandler ideologi, sosial struktur, prosesser og pasienters reaksjoner på behandlingen. På bakgrunn av forskningen, ble det foreslått følgende prinsipper som skulle kjennetegne et terapeutisk samfunn: Demokratisering som blant annet inkluderte nedbygging av sykehusets medisinske hierarkier. Pasientenes "stemmer" og medvirkning i avdelingens kollektive organisering og samværsformer skulle være i fokus. Avdelingens sosiale miljø skulle bidra til innsikt og læring gjennom åpen kommunikasjon mellom pasienter, personalet imellom og mellom pasienter og personalet, der toleranse, realitetskonfrontering og alle mellom-

menneskelige forhold stod sentralt. Bloor et al. publiserte i 1988 en komparativ studie som bygget på åtte etnografiske studier av ulike terapeutiske samfunn, der to av studiene ble gjennomført på psykiatriske sykehus (Bloor, McKeganey & Fonkert, 1988). Studien vektla nødvendigheten av demokrati gjennom gruppeaktiviteter (møter) og planlagte og ikke-planlagte sosiale aktiviteter i kombinasjon med et psykodynamisk kunnskapssyn.

Soteria Houses

I USA og Sveits ble det i samme tidsepoke utviklet en noe annen modell for en humanistisk demokratisk miljøterapi gjennom etableringen av en rekke Soteria Houses. Intensjonen var å utvikle et alternativ til psykiatriens dominerende medikamentelle behandlingsvirksomheter. Soteria Houses bygget på humanistiske idealer med fokus på sosiale relasjoner og samhandlinger mellom alle aktørene, der all terapi var bygget rundt husets gjøremål og tilfeldige hendelser (Mosher, 1999). Eksempel på forskning er Moshers, Menn og Matthews (1975) studie som sammenlignet behandlingen av schizofrene pasienter i et miljø som var forankret i humanistiske prinsipper med behandlingen av schizofrene pasienter som var innlagte på et psykiatrisk sykehus. Studien viste at pasientene på Soteriahusene klarte seg bedre enn pasientene på ordinære sykehus.

Den psykodynamiske miljøterapien

Den psykodynamiske retningen er påvirket av Freuds psykoanalytiske arbeider (Ammon, 1959, 1993; Dworschak, 1994; Federn, 1999), og vektlegger et avdelingsmiljø som skal bidra til at pasienten får muligheter til

å uttrykke sine indre konflikter. Pasientens lidelse blir forstått i lys av hans/hennes tidligere negative erfaringer fra nære relasjoner i barndommen. Siktemålet med den psykodynamiske miljøterapien er å utvikle og vedlikeholde et hjemlig miljø som skal imøtekomme pasientens ubevisste behov, der strenge foreldre blir erstattet med forståelsesfulle foreldre (personalet) i sykehusets avdeling (Ammon, 1993; Fabian & Fabian, 1996). I Skandinavia har den ego-styrkende psykodynamiske miljøterapien hatt stor gjennomslagskraft (Gordan & Palmgren, 2001). Eksempler på dette er Sandins (1986) og Strands (1990) arbeider, der den sistnevnte, særlig i Norge og Danmark, har hatt innflytelse på psykiatriske sykepleieres roller og funksjoner i et psykodynamisk avdelingsmiljø. Forskning som direkte omfatter den psykodynamiske miljøterapeutiske retningen synes i stor grad å være fraværende. Det har imidlertid vært gjennomført noe forskning på Cassell hospital som forankret sin miljøterapi i en psykodynamisk tradisjon i et terapeutisk miljø (Chiesa, 2000). I en senere artikkel rapporterte Chiesa, Fonagy og Holmes (2003) at det kunne synes som at en psykodynamisk miljøterapi hadde en god effekt på pasienter med selvskading, og at denne terapiformen kunne bidra til en reduksjon av selvmordsforsøk og reinnleggelser. Werbars (1992) studie konkluderte med at en psykoterapeutisk miljøterapi krevde kontinuitet i en anvendt behandlingsmodell, og en organisasjon og innstilling som tilsvarte den eksplisitte behandlingsfilosofien.

Den behavioristisk og kognitive miljøterapien

Vi vil presentere den behavioristiske og den

kognitive miljøterapeutiske retningen samlet. Den behavioristiske miljøterapeutiske retningen bygger på teoretiske forutsetninger fra den behavioristiske tradisjonen gjennom Skinners analyser av adferd (Grønvold, 2000). Skinners modell bygget på antagelser om sammenhengen mellom adferd, forbedingelser (før-stimulering) og etter-betingelser (etter-stimulering eller forsterkning).

I behavioristisk miljøterapi står kartlegging, systematisk observasjon og registrering og analyser av pasientens erfaringer og opplevelser av egen adferd sentralt. Miljøterapiens siktemål er for det første å avdekke de mekanismer som bestemmer samspillet mellom pasienten og miljøet, samt og utforske hva det er ved pasientens adferd som oppleves som belønnende. For det andre er læring av nye ferdigheter et sentralt miljøterapeutisk mål, noe som innebærer grensesetting av symptomatisk adferd og å lære pasienten nye psykososiale ferdigheter. I en behavioristisk miljøterapeutisk modell skal derfor miljøet ha et særskilt fokus på konsekvenser av enkeltpasienters adferd og handlinger, der repeterende atferd blir sett på som forsterket av miljøbetingelser av både fysisk og sosial art (Abroms, 1969; Berglas & Levendusky, 1985).

Den kognitive miljøterapien representerer en videreføring av både behaviorismens og den kognitive terapiens forutsetninger, og bygger på ideen om at menneskers adferd og følelser påvirkes av hvordan det enkelte mennesket oppfatter og tenker om forskjellige hendelser. Det er ikke situasjonen i seg selv som avgjør hva pasienter føler, men hvordan pasienten konstruerer situasjonen (se blant annet Simonsen, 2007a, b; Fredheim, 2009). Vi fant forskning knyttet til kognitiv terapi, men ikke forskning som direkte omhandlet behavioristisk og kognitiv miljøterapi i psy-

kiatriske avdelinger (Simonsen, 2007a, b). Praksiserfaringer fra Danmark og Sverige viser imidlertid at implementering av kognitiv miljøterapi er positive. Disse erfaringene kan i følge Fredheim (2009) ikke overføres direkte til akuttposter som har pasienter med mer alvorlige lidelser og kortere liggetid.

Den medisinsk-psykiatriske miljøterapien

Vestens psykiatriske sykehus er fremdeles dominert av det medisinske regimet, som dermed er en sentral premissleverandør for hvordan miljøet i psykiatriske avdelinger blir organisert og hvilken behandling pasientene skal få (Skorpen, Anderssen, Øye & Bjelland (2009). Oppmerksomheten mot en mer medisinsk-psykiatrisk miljøterapi der en ytterligere vektlegging av pasientens diagnose ble fokusert, blomstret opp i 1970- og 80-årene. Det ble eksempelvis diskutert og gjennomført studier på hva slags miljøterapi psykotiske pasienter hadde behov for versus de pasientene som ikke var psykotiske (Gunderson, 1983b; Tucker, 1983; Friis, 1984). I den forbindelse ble det utviklet spesifikke miljøterapeutiske tilnærminger rettet mot ulike pasientgrupper som hadde den samme medisinsk-psykiatriske diagnosen. Det ble lagt vekt på å etablere og vedlikeholde et oversiktlig trygt postmiljø som blant annet kunne bidra til gode observasjoner av pasienten, stille riktig diagnose, og derved utforme behandlingstiltak som for eksempel riktig medisiner og ulike former for skjerming (Friis, 1984; Gutheil, 1985). Den medisinsk-psykiatriske tilretteleggingen av avdelingens miljøterapi blir tilpasset medisinske diagnosesystem med påfølgende medisinske behandlingstiltak, der en av delingspersonalets sentrale oppgaver blir å observere

pasienten og rapportere observasjoner som ledd i utformingen av pasientens diagnosebaserte behandlingssopplegg (Skorpen et al., 2009). Det har vært gjennomført en rekke studier som har hatt som siktemål å måle avdelingens postatmosfære innenfor denne modellen. Friis (1984) viste blant annet at det var viktig for psykotiske pasienter å være i et miljø som var oversiktlig, forutsigbart og trygt. Andre kvantitative studier har hatt som siktemål å måle effekten av miljøterapi rettet mot spesifikke diagnosegrupper (se blant annet Friis, 1984; Räsänen, Nieminen & Isohanni, 1999; Werbart, 1992). Eksempelvis viste Werbart (1992) studie at det mest optimale terapeutiske miljøet for schizofrene var et oversiktlig, strukturert og forutsigbart miljø. Miljøterapien fungerte best når den var i overensstemmelse med pasientenes ønsker, og ikke for mye i kombinasjon med andre behandlingsmodeller.

DRØFTING

Vi fant ingen internasjonale litteraturoversikter som samlet beskrev og utdypet artikkelens hovedtema; miljøterapiens bakgrunn og retninger i psykiatriske avdelinger for voksne. Det var også overraskende få forskningsbaserte publikasjoner. I følge Delaney (1997) kan miljøterapiens manglende forskningsbasert kunnskapsgrunnlag ha bidratt til at miljøterapeutiske praksiser til en viss grad har forblitt ubeskrevet, og miljøterapi dermed fortsatt fremstår som uklar i sin begrepsbruk, definisjoner og relevans som en autonom terapiform.

Miljøterapi – fra en kollektiv dagliglivsorganisering til individuelle tilpassningsformer

Det terapeutiske samfunnets prinsipper var bygget rundt ideen om organisering av et miljø som skulle virke terapeutisk, der begreper som demokrati, likeverd, åpen kommunikasjon, konfrontasjoner og sosial læring gjennom avdelingens aktiviteter og gjøremål stod sterkt (Jones, 1966, 1971; Jones & Rapoport, 1957). De siste tiårene har norske psykiatriske sykehus gjennomgått store endringer gjennom for eksempel nedbygning av langtidsavdelinger, redusering av sengeplasser og etablering av distriktpsikiatriske sentra i kommunene. Våre psykiatriske sykehus skal dessuten innfri samfunnets krav om å heve kvaliteten gjennom blant annet å diagnostisere, iverksette riktig medisinsk-psykiatrisk behandling og ivareta den enkelte pasients rett til brukermedvirkning (St. meld. nr. 25, Åpenhet og helhet, 1996-1997). I henhold til Lov om Psykisk helsevern § 4-2 (1999) skal personalet sørge for at pasientene har reelle muligheter til å delta i utformingen av institusjonens daglige liv og andre forhold som berører den enkelte pasient. Nåtidens statlige krav om brukermedvirkning og "brukeren i fokus" er en ideologi som vi gjenkjenner fra 1950-60-årenes "terapeutiske samfunn". Litteraturen beskriver et terapeutisk samfunn som skulle ivareta prinsippet om brukermedvirkning på alle nivåer i avdelingens og sykehusets samspill og gjøremål. Dagens psykiatriske sykehus domineres imidlertid av det medisinsk-psykiatriske regimets forutsetninger; observasjon, diagnose med påfølgende medisinsk behandling, samt å ivareta pasientens rett til brukermedvirkning. Denne medisinsk-psykiatriske ideologien skiller seg fra det terapeutiske samfunnets sentrale prinsip-

per; der et demokratisk sosialt fellesskap og miljø skulle bidra til pasientenes sosiale og personlige læring og endring hos pasienten. Tidens psykiatriske sykehus vektlegger dessuten det individuelle gjennom et økt fokus på å etablere og vedlikeholde en terapeutisk relasjon mellom sykepleier og den enkelte pasient (Vatne & Hoem, 2008). Kravene til dagens og fremtidens miljøterapi kan gjøre det vanskelig å ivareta det terapeutiske samfunnets forutsetninger om et demokratisk (implisitt brukermedvirkning) psykososialt og kulturelt fellesskap. Miljøterapiens fysiske, psykososiale og kulturelle dimensjoner som terapeutiske virkemidler har mistet noe av sin kraft og berettigelse, og en individrettet miljøterapi fremstår som svært problematisk da selve begrepet miljøterapi forutsetter et større kollektivt fellesskap i et psykososialt miljø (Cumming & Cumming, 1962). Vi vil hevde at miljøterapi som en kollektiv praksisform har mistet sin verdi og berettigelse gjennom dagens fokus og krav om individuell behandling og tilpassninger. Vi vil derfor invitere fagfolk og pasienter til en diskusjon om alternative måter å organisere fremtidens miljøterapi på, slik at avdelingens ulike virksomheter og behandling blir forankret i statlige pålegg og krav om kvalitet. I denne diskusjonen bør selvsagt innlagte psykiatriske pasienters erfaringer og ønsker ha en sentral plass.

Sykepleiefaglig terapi eller støttefunksjon til det medisinsk-psykiatriske regimet

På den ene side har sykepleiere de siste tiårene hevdet at de i kraft av sitt fag har hatt en sentral posisjon og en selvstendig rolle i utformingen av avdelingens miljøterapi, og at psykiatriske sykepleiere har vært viktige

bidragsyttere i utviklingen av begrepet miljøterapi (Peplau, 1985/1994; Delaney, 1997; Hummelvoll, 1998). På den andre side har den medisinsk-psykiatriske miljøterapien i økende grad forsterket sin posisjon i psykiatriske avdelinger, og organisering og gjennomføring av avdelingspersonalets miljøterapi blir i stor grad underlagt den medisinske ekspertisens forutsetninger og mandat. Det formelle ansvaret for dagens miljøterapi i våre psykiatriske avdelinger er underordnet og fremstår i stor grad som støttefunksjoner til medisinsens rådende kunnskapssyn (Skorpen et al., 2009). Spenningsfeltet mellom sykepleiefaglig kunnskap og humanistiske idealer og det medisinsk-psykiatriske kunnskapssynet og medisinsens status kan vanskeliggjøre sykepleiernes muligheter til å revidere, og ta et formelt ansvar for å utvikle, dagens og fremtidens tilbud til innlagte pasienter i avdelingene i psykiatriske sykehus. Diskusjonen om fremtidens miljøterapeutiske tilbud i våre psykiatriske avdelinger er omfattende og viktig i denne sammenhengen. En slik diskusjon omfatter både profesjonsinteresser, kunnskapssyn og hvem som skal ha mandat til å utforme og ta ansvar for miljøterapi som en autonom og komplementær terapiform i våre psykiatriske sykehus.

KONKLUSJON

Litteraturgjennomgangen viste at det var vanskelig å finne systematisk kunnskap knyttet til miljøterapi, og at det var påfallende lite forskningsbasert kunnskap om miljøterapiens innhold og nytteverdi. Vi har presentert fire miljøterapeutiske retninger som på ulikt vis fremstår som sentrale i miljøterapeutisk arbeid i psykiatriske avdelinger; den humanistiske/demokratiske, psykodynamiske,

behavioristisk/kognitive og den medisinsk-psykiatriske retningen. Vi ser videre at miljøterapien har endret seg gjennom historien, og at sykepleiere historisk sett har vært sentrale i gjennomføringen av avdelingenes miljøterapi. I vår tid ser vi imidlertid at avdelingenes miljøterapi har forandret seg fra en kollektiv dagliglivsorganisering til individuelle tilpassningsformer. Kravene til dagens og fremtidens miljøterapi gjør det vanskelig å ivareta det terapeutiske samfunnets forutsetninger om et demokratisk psykososialt og kulturelt fellesskap. Hvis miljøterapi skal ha en sentral plass som en autonom og komplementær terapiform i fremtidens psykiatriske avdelinger, må denne terapiformen utvikles gjennom tverrfaglige diskusjoner som blant annet omfatter ulike kunnskapssyn og hvem som skal ha mandat til å utforme og etablere miljøterapi som en autonom og komplementær terapiform i våre psykiatriske sykehus. Vi oppfordrer sykepleiere til å bidra med ytterligere forskning slik at fremtidens miljøterapi blir forankret i forskningsbasert kunnskap, og for å studere denne terapiens nytteverdi for innlagte psykiatriske pasienter.

REFERANSER

- Abroms, G. M. (1969). Defining milieu therapy. *Archives of General Psychiatry*, 21, 553-561.
- Ammon, G. (1959). Theoretical aspects of milieu therapy. *Bulletin of the Menninger School of Psychiatry*, 282-312.
- Ammon, G. (1993). *Milieu therapy*. Paper presented at the 9th World Congress of the World Psychiatric Association (WPA), Rio de Janeiro, Brazil, (24-30).
- Berglas, S. & Levendusky, P. G. (1985). The therapeutic contact program: An individual oriented psychological treatment community. *Psychotherapy*, 22(1), 36-45.

- Bloom, S. L. & Norton, K. (2004). The therapeutic community in the 21st century. *Psychiatric Quarterly*, 75(3), 229-231.
- Blomberg, W. (2002). *Galskapens hus. Internering og utskilling i Norge 1550-1850*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Bloor, M., McKeganey, N., Fonkert, D. (1988). *One foot in Eden*. London: Routledge.
- Chieas, M., (2000). Hospital adjustment in personality disorder patients admitted to a therapeutic community milieu. *British Journal of Medical Psychology*, 73, 259-267.
- Chiesa, M., Fonagy, P., Holmes, J. (2003). When less is more: An exploration of psychoanalytically hospital-based treatment for severe personality disorder. *International Journal of Psychoanalysis*, 84, 637-650.
- Cumming, J. & Cumming, E. (1962). *Ego & milieu. Theory and practice of environmental therapy*. Chicago: Atherton Press.
- Delaney, K. R. (1997). Milieu therapy: A therapeutic loophole. *Perspectives in Psychiatric Care*, 33(2), 19-28.
- Digby, A. (1985). *Madness, morality and medicine: A study of the York Retreat, 1796-1914*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Dworschak, M. (1994). Inpatient humanstructural milieu therapy: Historical roots aessential aspects of today's practice. Paper presented at *The 10th World Congress of The World Association for Dynamic Psychiatry (WADP)*. St. Petersburg, Russia (pp. 27-34).
- Fabian, E. & Fabian, U. (1996). Inpatient psychotherapy of schizophrenia in the dynamic psychiatric hospital Mengerschwaike (with a case history). *Dynamische Psychiatri*, 29(3-4), 227-233.
- Federn, E. (1999). Therapist-patient-relationship within single-, group- and milieu therapy. *Dynamische Psychiatrie*, 32(1-2), 78-84.
- Fredheim, K. (2009). Implementering av kognitiv miljøterapi i akuttpost i psykisk helsevern. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, (46), 161-167.
- Foucault, M. (1961, 1999). *Galskapens historie i opplysningens tidsalder*. Oslo: Gyldendal.
- Friis, S. (1984). *The ward atmosphere; a crucial dimension of inpatient settings: Measurement, clinical relevance and some influencing factors: An empirical study*. Oslo: University of Oslo.
- Geanellos, R. (2000). The milieu and milieu therapy in adolescent mental health nursing. *International Journal of Psychiatric Nursing Research*, 5(3), 638-648.
- Gordan, K., Palmgren, L. (2001). *Miljøterapi: Personal och patienter i samspill*. Stockholm: Svenska förening för psykisk hälsa.
- Grønbold, E. (2000). Teorier for miljøterapeutisk praksis gjennom 50 år. In A. Hagqvist & B. Widinghoff (Eds.), *Miljøterapi: I dag, igår och imorgon* (pp. 97-122). Lund: Studentlitteratur.
- Gunderson, J. G. (1978). Defining the Therapeutic Processes in Psychiatric Milieus. *Psychiatry*, 41, 327-335.
- Gunderson, J. G. (1983a). An overview of modern milieu therapy. In J.G. Gundersen, O. A. Wii & L.R. Moster (Eds.), *Principles and practices of milieu therapy* (pp.1-14). New York: Jason Arons.
- Gunderson, J. G. (1983b). If and when milieu therapy is therapeutic for schizophrenics. In J. G. Gundersen, O. A. Wii & L. R. Moster (Eds.), *Principles and practices of milieu therapy* (pp. 57-66). New York: Jason Arons.
- Gutheil, T. G. (1985). The therapeutic milieu: Changing themes and theories. *Hospital and Community Psychiatry*, 36(12), 1279-1285.
- Hermundstad, G. (1999). *Psykiatriens Historie*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Holmes, M. J. (1971). Influences of the New Hospital Psychiatry on Nursing. In G. M. Abrams & N. S. Greenfield (Eds.), *The New Hospital Psychiatry* (pp. 83-101). New York: Academic Press.
- Hummelvoll, J. K. (1998). *Internasjonalt utsyn. Resymé av forskning og fagutvikling i psykiatrisk syke pleie. Rapport nr. 10*. Hamar: Høgskolen i Hedmark.
- Hummelvoll, J. K. (2003). De nødvendige idealer

- og de slitsomme realiteter – fokus på akuttpsykiatrien. In J.K. Hummelvoll (Ed.), *Kunnskapsdannelse i praksis. Handlingsorientert forskningsamarbeid i akuttpsykiatrien* (pp. 51-87). Oslo: Universitetsforlaget.
- Jones, M. (1952). *Social Psychiatry. A study of therapeutic communities*. London: Tavistock Publications Limited.
- Jones, M. (1966). Therapeutic community practice. *American Journal of Psychiatry*, 122, 1275-1279.
- Jones, M. (1971). *Det terapeutiske samfunn – I sykehuset og utenfor*. Oslo: Gyldendal.
- Jones, M. (1983). Therapeutic community as a system for change. In J. G. Gunderson, O. A. Will & L. R. Mosher (Eds.), *Principles and practices of milieu therapy* (pp. 177-185). New York: Jason Arons.
- Jones, M. & Rapoport, R. (1957). The absorption of new doctors into a therapeutic community. In M. Greenblatt, D. J. Levinson & R. H. Williams (Eds.), *The patient and the mental hospital* (pp. 248-262). Glencoe, Illinois: The Free Press.
- Keels, M. C. (1992). Milieu therapy: A review of development of this concept and its implications for psychiatric nursing. *Issues in Mental Health Nursing*, 13, 51-58.
- Kirkevold, M. (1996). Oversiktsartikler – et middel for å fremme integrasjon av sykepleieforskning. Bjerkreim, T., Mathisen, J., Nord, R. (Red.), *Visjon, viten og virke*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Kværna, E. & Lund, B. (2004). *Biter av liv. Miljøterapi – fortellinger og refleksjoner*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Main, T. F. (1946). The hospital as a therapeutic institution. *Bulletin of the Menninger Clinic*, (10), 66-70.
- Mellow, J. (1968). The experiential order of nursing therapy in acute schizophrenia and its discussions. *Perspectives in Psychiatric Care*, 6(6), 249-252.
- Menninger, W. C. (1936). Psychiatric hospital therapy designed to meet unconscious needs. *American Journal of Psychiatry*, 93, 347-360.
- Mosher, L. R. (1999). Soteria and Other Alternatives to Acute Psychiatric Hospitalization: A Personal and Professional Review. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 187(3), 142-149.
- Mosher, L. R., Menn, A. Z., Matthews, S. M. (1975). Soteria: Evaluation of a home-based treatment for schizophrenia. *American Journal of Orthopsychiatry*, 45(3), 455-467.
- Neuhaus, E. C. (2006). Fixed values and a flexible partial hospital program model. *Harvard Review of Psychiatry*, 14(1), 1-14.
- Norton, K., Bloom, S. L. (2004). The art and challenges and long-term and short-term democratic therapeutic communities. *Psychiatric Quarterly*, 75(3), 249-262.
- Pasientrettighetsloven (1999). *Lov nr. 1999-07-02-63*. Oslo: Helse og omsorgsdepartementet.
- Peplau, H. E. (1952/1988). *Interpersonal Relations in Nursing*. London: Macmillan.
- Peplau, H. E. (1985/1994). The history of milieu as a treatment modality. In A. W. O'Toole & S. R. Welt (Eds.), *Hildegard E. Peplau, selected works. Interpersonal theory in nursing* (pp. 75-80). New York: MacMillan.
- Peplau, H. E. (1968). Psychotherapeutic strategies and its discussion. *Perspectives in Psychiatric Care*, 6(6), 264-286.
- Psykisk helsevernloven (1999) *Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern* (Lov nr. 1999-07-02-62). Retrieved from www.lovdata.no.
- Rapoport, R. N. (1960). *Community as doctor*. London: Tavistock.
- Räsänen, S., Nieminen, P., & Isohanni, M. (1999). Gender differences in treatment and outcome in a therapeutic community ward, with special reference to schizophrenic patients. *Psychiatry*, 62(3), 235-249.
- Sandin, B. (1986). *Den zebrarandiga pudelkärnan*. Dr. philos.-avhandling, Universitetet i Tromsø.
- Simonsen, I. (2007a). Psykologer og miljøterapi. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, (11), 1338-1339.
- Simonsen, I. (2007b). Kognitiv miljøterapi i et

- erfaringslæringsperspektiv. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, (11), 1340-1349.
- Skorpen, A., Anderssen, N., Øye, C. & Bjelland, A. K. (2009). Treatment regimes in a psychiatric hospital: Apparent contradictions? Report from a fieldwork in a locked-up ward illustrated with a constructed case. *International Journal of Mental Health Nursing*, (18), 409-416.
- St.meld. nr. 25 (1996-97). *Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Retrieved from http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/19961997/st-meld-nr-25_1996-97.html?id=191086.
- St.prp. nr. 63 (1997-98). *Om opptrappingsplanen for psykisk helse 1999-2008*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Retrieved from <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stprp/19971998/Stprp-nr-63-1997-98-.html?id=201915>.
- Strand, L. (1990). Fra kaos mot samling, mestring og helhet: Psykiatrisk sykepleie til psykotiske pasienter. Oslo: Gyldendal.
- Schwartz, M. S. (1957). What is a therapeutic milieu? In M. Greenblatt, D. J. Levinson & R. H. Williams (Eds.), *The patient and the mental hospital* (pp. 130-144). Glencoe, Illinois: The Free Press.
- Sullivan, H. S. (1931a). *Principles and practices of milieu therapy* (pp. 35-47). New York: Jason Arons.
- Sullivan, H. S. (1931b). The modified psychoanalytic treatment of schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 88, 519-540. Tromsø.
- Sørgaard, K. W. (2005). "I videnskapens kyss og kjærlighet" Asylens fremvekst. I Europas sentrum og periferi. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 42, 14-23.
- Thomstad, H. & Gydal, M. (1968). *Det terapeutiske samfunn*. Oslo: Stensil Ullevål 6B.
- Tuck, I & Keels, M. C. (1992). Milieu therapy: A review of development of this concept and its implications for psychiatric nursing. *Issues in Mental Health Nursing*, 13, 51-58.
- Tucker, G. J. (1983). Therapeutic communities. In J. G. Gundersen, O. A. Will & L. R. Mosher (Eds.), *Principles and practices of milieu therapy* (pp. 35-47). New York: Jason Arons.
- Vatne, S. (2003). *Korrigere og anerkjenne: Sykepleieres rasjonale for grensesetting i en akuttpsykiatrisk behandlingspost*. Ph.D. Thesis. Universitetet i Oslo: Det samfunnsvitenskapelige fakultet. Institutt for sykepleievitenskap.
- Vatne, S. (2006). *Korrigere og anerkjenne: Relasjonens betydning i miljøterapi*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Vatne, S., Hoem, E. (2008). Acknowledging communication: A milieu-therapeutic approach in mental health care. *Journal of Advanced Nursing*, 61(6): 690-698.
- Waal, H. (1978). *Psykiatriske sykehus, utviklingsmuligheter og begrensninger*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Werbart, A. (1992). Exploration and support in psychotherapeutic environments for psychotic-patients. *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 86(1), 12-22.
- Øye, C. & Skorpen, A. (2009). *Dagliglivet i en psykiatrisk institusjon; en analyse av miljøterapeutiske praksiser*. Ph.D. Thesis. Det psykologiske fakultet. Universitetet i Bergen.