

Solfrid Vatne

Korrigere og anerkjenne

Relasjonens betydning i miljøterapi



GYLDENDAL
AKADEMISK

Solfrid Vatne

Korrigere og anerkjenne

Relasjonens betydning i miljøterapi



GYLDENDAL
AKADEMISK

© Gyldendal Norsk Forlag AS 2006

1. utgave

ISBN: 978-82-05-44465-2

Layout og sats: Laboremus Prepress AS

Brødtekst: Minion 10/14,5 pkt

Alle henvendelser om boka kan rettes til

Gyldendal Akademisk

Postboks 6730 St. Olavs plass

0130 Oslo

www.gyldendal.no/akademisk

akademisk@gyldendal.no

Det må ikke kopieres fra denne boka i strid med åndsverkloven
eller avtaler om kopiering inngått med KOPINOR,
interesseorgan for rettighetshavere til åndsverk. Kopiering i
strid med lov eller avtale kan medføre erstatningsansvar og inndragning,
og kan straffes med bøter eller fengsel.

Forord

Anerkjennelse er så grunnleggende for menneskers utvikling at opplevelsen av det motsatte kan medvirke til utvikling av psykiske lidelser. Å bli møtt med anerkjennelse er derfor viktig for pasienters bedringsprosesser. Forskning viser at grensesetting er en utbredt metode i psykisk helsearbeid som pasienter opplever krenkende og devaluerende. Grensesetting kan skape hindringer for anerkjennende terapi (Vatne 2003). Grensesetting er imidlertid så innvevd i vår måte å leve sammen på i et samfunn, at vi knapt tenker over hvordan dette styrer vår samhandling med andre. Det samme synes å være tilfelle i psykisk helsearbeid. Når mennesker med psykiske lidelser bryter tradisjonelle normer, møter de automatisk samfunnets grenser. Et velorganisert samfunn opprettholdes på bakgrunn av normer og regler. Men det er ikke nødvendigvis slik at samfunnets former for grensesetting er god terapi for mennesker med alvorlig psykisk lidelse. Er det da slik at anerkjennelse og korrigerende er to motsetningsfylte tilnærminger i psykisk helsearbeid, eller er det mulig å korrigere på en anerkjennende måte?

Kunnskapen som presenteres er basert på eget doktorgradsarbeid (Vatne 2003). Jeg vil takke de 11 sykepleierne som deltok i den utfordrende prosess som kritisk granskning av og utvikling av egen virksomhet er. Videre vil jeg takke min kollega Stål Bjørkly for innsiktsfull og konkret veiledning på den delen av mitt doktorgradsarbeid som handlet om klinisk praksis.

Det er en utfordring å bevege seg fra diskusjoner om klinisk praksis til en akademisk avhandling, og fra denne til utforming av en lærebok. Astrid Rangnes Bråten har bidratt med tålmodig veiledning på de prosesser utvikling av en lærebok er. Jeg vil også rette en takk til mine kolleger ved Høgskolen i Molde, Ragnhild Michaelsen og Gerd Unni Stavik, for gjennomlesing og kommentarer på utkast til manus. Den samme takk går til to kolleger i psykisk helsearbeid; Anne Hollingen og Elisabeth Hoem.

Molde 15.01.06

Solfrid Vatne

Innhold

FORORD	7
INTRODUKSJON	15
Bakgrunn for boken	15
Psykisk helsearbeid: Mellom korrigerende og anerkjennelse	16
Aktuell litteratur om grensesetting	17
Bokens relevans og målgruppe	18
Bokens hensikt og oppbygging	19
DEL 1 PSYKISK HELSEARBEID	21
KAPITTEL 1 MILJØTERAPI	23
Teoretisk belysning av miljøterapi	23
Behandlingssteder for miljøterapi	23
Miljøarbeidere	26
Pasientgruppen	27
Miljøet som terapi	27
KAPITTEL 2 MILJØTERAPIENS HISTORISKE RØTTER	32
Den moralske behandlingsbevegelse	33
Medisinsk avviksfokus – biologisk sykdom eller personlighet	34
Kritikk av asylene	35
Det terapeutiske samfunn: En demokratiseringsprosess som gikk tapt	36
Oppsummering	38
Referanser	39

DEL 2 DET KORRIGERENDE PERSPEKTIVET	43
KAPITTEL 3 GRENSESETTING SOM METODE	44
Grensesetting i hverdagslivet	44
Grensesetting i klinisk praksis	46
Omsorgsrollen	48
Være til stede – tilby tjenester, gi råd og anbefalinger	48
Saklig informasjon	50
Konsekvenser av omsorgsrollen	50
Oppdragerrollen	51
Appell til fornuft	51
Avlede og ignorere atferd	52
Fiktive avtaler – ved regler eller påbud om atferd	53
Enten-eller-valg	54
Belønning/ trussel om straff	54
Konsekvenser av oppdragerrollen	55
Innebærer skjult tvang	55
Appell til fornuft medfører ikke innsikt	56
Vokterrollen	58
Ansvarliggjøre pasienten	61
Overvåke atferd – gripe inn med tvangstiltak hvis nødvendig	62
Skjermingsbegrepet kan brukes om følgende forhold	64
Konsekvenser av bruk av tvang	65
Skaper skjerming struktur og sikkerhet?	65
Invaderende tilnærming	66
Eskalering av avvikende atferd	67
– Vinn-tap-situasjoner	67
Kort- eller langtidsvirkning på pasientene?	68
Oppsummering av grensesetting i psykisk helsearbeid	68
KAPITTEL 4 TEORETISK BELYSNING AV GRENSESETTING	
SOM BEGRENSNING	71
Grensesetting i norsk faglitteratur	71
Grensesetting i forskningslitteratur	75
Oppdragelse – human form for grensesetting?	75
Tvang – har det terapeutisk virkning?	76
Grensesetting som straff	78
Sammenheng mellom institusjonssystem, behandlingsfilosofi og pasientatferd?	79
Oppsummering	79

KAPITTEL 5 AVVIKSPERSPEKTIV	81
Faglige teorier som belyser avviksperspektivet	83
Orems egenomsorgsteori	84
Den medisinske behandlingsmodellen	85
Folkelig avviksperspektiv: – Pasientene er manipulerende	86
1. Manipulering som en bevisst anvendt pasientstrategi	89
2. Manipulering som en negativ egenskap hos pasienten	90
3. Manipulering som konsekvens – splitting av personalet	90
Teoretisk belysning av manipulering og splitting	91
Konsekvenser av avviksperspektivet	93
Uttrykk for en diagnostisk kultur	93
Ensidig hjelperelasjon og standardløsninger	94
Oppsummering	96
Referanser	97
DEL 3 DET ANERKJENNENDE PERSPEKTIVET	103
KAPITTEL 6 RELASJONELLE BEHANDLINGSMODELLER	
I PSYKISK HELSEARBEID	104
Stress-sårbarhetsmodellen	104
Teoretisk belysning av sårbarhetsperspektivet	106
Stress-sårbarhetsmodellen og psykiske lidelser	107
Recoverymodellen	110
Alvorlig emosjonell tilstand preget av stress, angst og lidelse	110
Dømt til en opplevelse av mindreverd	111
Inkongruens mellom selvoppfatning og psykiatriens linser	112
Benekting og tilbaketrekning	112
Teoretisk belysning av bedringsprosesser	113
Definisjon av bedring	114
Bedringsprosesser	114
Behandlingsrelasjonen er sentral	115
KAPITTEL 7 TEORETISK BASIS FOR ET RELASJONELT	
PERSPEKTIV I PSYKISK HELSEARBEID	119
Anerkjennelse forutsetter en subjekt–subjekt-relasjon	119
Ensidig bekreftelse av andre – uttrykk for et subjekt – objekt-syn	120
Forståelse har en hermeneutisk basis	124
Anerkjennende terapi	126
Gå med symptomene	127
Selvrefleksjon og selvavgrensning i terapeutisk sammenheng	128
Kognitiv og kroppslig refleksivitet	129
Gjensidighet – viktig i en virksom relasjon	135

INNHOLD

Anerkjennelse – et sammenhengende sett av samværsmåter	138
Omsorg – være til stede for pasienten	138
Å lytte aktivt	140
Forskjell på grensesetting som begrensning og avgrensning	144
Orlandos interaksjonelle sykepleieperspektiv	145

KAPITTEL 8 KONKRETISERING AV SENTRALE TILNÆRMINGSFORMER

I ANERKJENNENDE TERAPI	148
Følelsesbaserte tilnærminger	148
Anerkjennelse ved undrende refleksjon	148
Selvavgrensning og avgrensning som tilnærmingsform	151
Kognitivt baserte spørremåter	154
Fra skjulte til åpne tilnærmingsformer	157
Strukturering gjennom samhandlende aktiviteter	157
Verbalisering – et alternativ til ignorering og konfrontering	158
Avtaler – basert på forhandling	160
Åpen og begrunnet strukturering av atferd	163
Åpen tvang i definerte risikosituasjoner	164
Kartlegge risikoatferd – utvikle aggresjonsdempende tilnærminger	165
Oppsummering av anerkjennende og samarbeidende rolle og tilnærmingsmåter	167
Referanser	169

DEL 4 UTFORDRINGER OG DILEMMAER I PSYKISK HELSEARBEID ...

Innledning om begrepet dilemma	176
--------------------------------------	-----

KAPITTEL 9 FØLELSESKONFLIKTER

Følelseskonflikter i pasientarbeidet	180
Medfølelse – men vanskelig å vise empati	180
Avsky og antipati – ønske om å kontrollere	181
Frykt og risiko – ønske om å bruke makt	182
Urettferdig behandlet – ønske om å straffe	184
Avmakt, nederlag og handlingslammelse – lettelse ved en løsning	186
Følelsespress fra pasientene	187
Følelseskonflikter i miljøarbeiderkollektivet	189
Tilhørighet og trygghet – men bundet handlingsfrihet	189
Oppsummering	193

KAPITTEL 10 VERDIKONFLIKTER

Verdikonflikter i pasientarbeidet	195
Respekt, høyeste verdi	195
Autonomi – vanskelig på grunn av sikkerhetsreglene	196
Ansvar for faglig kvalitet	198

Verdikonflikter i miljøarbeiderkollektivet	199
Likhet mellom ansatte – hindring for faglig kvalitet	199
Ansattes verdighet sikres gjennom solidaritet og lojalitet	200
'Vi' – 'dem'	201
Uttrykk for et maktforhold	201
Svart – hvit tenkning: Organisatorisk forsvarsstrategi	202
Opprettholder en tradisjonell kjønnsbalanse	203
Svarte og hvite hjelpere – hinder for praktisering av profesjonell hjelp	203
KAPITTEL 11 AVSLUTTENDE REFLEKSJONER OM MILJØTERAPI	205
Myndiggjøring: Både kyndighet og myndighet	205
Myndiggjøring forutsetter et avklart forhold til makt	206
Makt ved kontroll	206
Makt i en omsorgsrelasjon	207
Makt i en terapeutisk relasjon	208
Rollekonflikter i miljøarbeidet	209
Referanser	210
STIKKORD	213

HISTORIER

Historien om Astrid og en luftetur	24
Historien om Elin og vasking	47
Historien om Anders og eskalering	59
Historien om Eva og mistenksomhet	82
Historien om Ragnhild og manipulering	87
Historien om Anne og selvbeskyttelse	105
Historien om Lars og misforstått anerkjennelse	121
Historien om Lise og tydeliggjøring	133
Historien om Eldbjørg og samhandling	137
Historien om Torill og 'å stå i det'	139
Historien om bruk av humor	150
Historien om Else og dilemmaer	176
Historien om Halvard og en 'hvit hjelper'	190
Historien om Gerd og autonomi	196

Introduksjon

I denne boken setter jeg søkelyset på relasjonens betydning i miljøterapi, som en terapiform i psykisk helsearbeid. Min oppfatning er at miljøterapi stiller bestemte krav til relasjonen mellom pasient og hjelper. Hensikten med boken er at de som utdanner seg til hjelpere innenfor dette arbeidsområdet skal ha et kunnskaps – og ferdighetsgrunnlag for å utvikle en terapeutisk samhandling med pasientene. Konteksten som boken er skrevet ut fra er behandling av voksne personer med psykiske problemer. Med kontekst menes her fysiske, sosiale og terapeutiske rammer for miljøterapi. Sentrale rammer for psykisk helsearbeid og miljøterapi er presentert i del 1.

Psykisk helsearbeid er et område i helsetjenesten som de siste årene har vært gjenstand for stor debatt og kritikk. Kritikken har ofte gått på at pasienter og pårørende opplever at pasienter ikke får den behandling eller hjelp de forventer eller har behov for. De blir møtt av eksperter som vet best, egne behov og ønsker for behandling blir ikke alltid tatt hensyn til, eller de blir korrigert av eksperter. Lovfestede pasientrettigheter og fokus på brukermedvirkning er kommet som en følge av dette. Kjernen i brukermedvirkning i helsetjenesten er at pasienters – og pårørendes egne oppfatninger av situasjonen og egen kompetanse skal anerkjennes. Tilnærminger rettet mot å korrigere og anerkjenne er sentrale i en terapirelasjon, hvor en har fokus på brukermedvirkning. Korrigerende og anerkjennelse i miljøterapi er også hovedperspektivene som belyses i denne boken.

Bakgrunn for boken

Boken er skrevet på bakgrunn av kunnskap som ble utviklet gjennom to forskningsprosjekt som jeg gjennomførte, begge på psykiatriske behandlingposter. Kunnskapen som presenteres fra disse studiene representerer det som kalles praksisnær eller klinisk

forskning. Med begrepet klinisk menes arbeid som forgår i nære relasjoner mellom hjelpere og pasienter som har behov for omsorg og behandling, i for eksempel sykehus, sykehjem, poliklinikker, hjemmesykepleie og sosialkontor.

Psykisk helsearbeid: Mellom korrigerende og anerkjennelse

I det første prosjektet studerte jeg brukermedvirkning i miljøterapi for unge mennesker som hadde fått diagnosen schizofreni (Vatne 1995, 1998). Jeg definerte brukermedvirkning i helsesektoren som samarbeid mellom pasienter og profesjonelle om behandlingen. I det minste innebærer dette at pasienter har muligheter til å påvirke behandlingen. I retningslinjer fra sosialdepartementet (SME 1992) er brukermedvirkning beskrevet som en borgerrettighet. Fordi brukerne selv er de som har best innsikt i eget liv, har de også retten til å bestemme over hvordan livet deres skal utformes og leves. Brukerne har også rett til å definere seg selv og sine problemer og bør ha myndighet til å medvirke til å finne løsninger på dem.

Studien om brukermedvirkning foregikk på en ungdomspsykiatrisk behandlingspost (Vatne 1995, 1998), som er et sted for behandling av unge mennesker med psykiske lidelser. Metoden var deltakende observasjon. Det vil si at jeg observerte behandlingsarbeidet på posten som deltaker i det arbeidet som foregikk. Jeg fant at grensesetting av pasientene var den største hindring for et konstruktivt samarbeid mellom pasient og hjelper. Grensesetting ble ofte utført på en autoritær måte, noe som skapte konflikter, høyt nivå av vanskelige følelser hos både pasienter og ansatte, og syntes å påvirke relasjonen mellom pasient og ansatte på en negativ måte. Pasientene uttrykte at de opplevde grensesetting som maktutøvelse fra de ansatte, og noen ganger som straff. Motreaksjoner fra pasientene var heller ikke uvanlig. Et eksempel er situasjonen med en pasient som nektet å følge behandlingsprogrammet, og som etter å ha blitt provosert av ansatte, truet dem verbalt og også fysisk ved å løfte hånda til angrep. Dette medførte at pasienten ble tatt med fysisk makt (tvang) inn på skjermingsenheten (Vatne 1998). En skjermingsenhet er en fysisk avgrenset og lukket enhet, spesielt innordnet for å begrense mange og sterke inntrykk (stimuli) og pasienters muligheter til å skade seg selv eller andre. Et skjermingsrom er derfor en fysisk form for grensesetting.

Ansatte begrunnet grensesettingen med faren for å bli utsatt for angrep fra pasienter og ansvaret de hadde for et sikkert avdelingssystem. En annen begrunnelse var at pasientene hadde behov for å lære hvordan de skulle opptre overfor andre når de skulle ut i samfunnet igjen. Grensesetting som metode ble sjelden problematisert av ansatte i posten. Den bar preg av å være en rutinemessig behandling av pasienter med vanskelig atferd. Det ble nærmest tatt for gitt at det var terapeutisk riktig å sette grenser, uansett

tilnæringsmåte. Min interesse for senere å studere grensesetting som behandlingsmetode var knyttet til dette funnet.

Innholdet i denne boken er i hovedsak basert på den andre studien, hvor temaet var sykepleieres grensesetting av pasienter på en voksenpsykiatrisk behandlingspost med skjerminsenhet (Vatne 2003). Forskningen var basert på observasjon av og intervju med sykepleiere. De samme sykepleierne skrev også ned sin versjon av situasjoner som handlet om grensesetting. Hensikten var å kartlegge sykepleieres og pasienters samhandling i grensesettingssituasjoner. Det ble funnet to alternative perspektiv på grensesetting; et korrigerende og et anerkjennende. Det siste var svakt utviklet hos de sykepleierne jeg studerte. Konsekvenser var at pasientene opplevde å bli krenket og at sykepleierne ikke nådde egne målsettinger som det å vise pasientene respekt og anerkjennelse. Tilnæringsformer og teoretisk basis for det jeg har kalt det korrigerende perspektivet i psykisk helsearbeid er utdypet i del 2.

I refleksjonsgrupper med sykepleierne som deltok i studien, utviklet sykepleierne og jeg i samarbeid det som i boken er kalt anerkjennende tilnæringsformer. Disse er basert på dialog og samhandling med pasientene. Opplevelsen av å bli anerkjent beskrives også som en viktig ingrediens i utvikling av myndiggjøring. Ifølge Gibson (1991) omfatter myndiggjøring oppdagelse, stimulering og bedring av menneskers evne til å ivareta egne behov, løse egne problemer og mobilisere egne ressurser for å få opplevelsen av å ha kontroll over egne liv. Myndiggjøring er også et viktig mål ved brukermedvirkning. De terapeutiske alternativene som er beskrevet i det anerkjennende perspektivet, er derfor sentrale dersom en ønsker at brukermedvirkning og myndiggjøring skal være vektlagt i psykisk helsearbeid. Tilnæringsformer og teoretisk belysning av det jeg har kalt det anerkjennende perspektivet i psykisk helsearbeid er presentert i del 3.

Funnet i eget doktorgradsarbeid viser også at sykepleiere opplever at de står i vanskelige situasjoner når de arbeider med mennesker som er i en dårlig fase av en psykisk lidelse, og har en utfordrende atferd (Vatne 2003). De beskrev at de i slike situasjoner opplever å balansere mellom ulike hensyn som de må ta, til både pasienten, seg selv og kolleger. Begrepet balansekunst blir anvendt på det å stå i slike spenningssituasjoner. Balansekunst må i denne sammenhengen forstås som en betegnelse på det å mestre vanskelige samhandlingssituasjoner med pasientene, situasjoner preget av konflikter og dilemmaer. Sterke følelser og verdikonflikter som pasientarbeidet kan skape er fremstilt i del 4.

Aktuell litteratur om grensesetting

Ved nærmere studier av norsk psykiatrisk faglitteratur (Larsen og Selnes 1975, Løken-gaard 1998, Strand 1990) fant jeg at grensesetting blir beskrevet som en viktig metode

i det miljøterapeutiske arbeidet. Videre beskriver litteraturen vanskelige faglige og etiske dilemmaer ved bruken av metoden i praksis, spesielt gjelder dette tvang. Men grensesetting synes å ha en svak teoretisk forankring og er lite konkretisert i både fag- og forskningslitteraturen som jeg har studert. Kliniske forskningsstudier peker i retning av at 60–80 % av det som beskrives som skader, dvs. verbale eller fysiske angrep fra pasienter mot ansatte, har sammenheng med autoritær grensesetting fra ansatte. Det vil si at pasientangrep må forstås i sammenheng med hjelpernes måte å nærme seg pasienten på, altså må pasientangrep ses i en relasjonell sammenheng. De fleste av disse studiene er imidlertid retrospektive (tilbakeskuende) og ikke basert på direkte observasjon av grensesettingssituasjoner.

Hvilke tilnærminger ved grensesetting som konkret anvendes, hvordan grensesetting praktiseres, og hva som skiller terapeutiske tilnærminger fra ikke-terapeutiske, synes å være lite sammenhengende presentert i faglitteraturen. Da studien om grensesetting startet i 1997 fikk jeg for eksempel få treff ved søk på begrepet grensesetting (setting limits) i internasjonale forskningstidsskrifter. Derimot fant jeg en relativt stor mengde forskningslitteratur ved søk på begrep som skjerming (seclusion) og tvang (restraint, coercion). Selv om det oppleves konfliktfylt å benytte tvang i behandling av pasienter, er ulike former for tvang hyppig i bruk også i dag (Testad 2004). Senere litteratursøk (2002, 2005), hvor jeg søkte på begreper som grensesetting (limit setting), sosialisering (socialisation), sosial kontroll (social control) og oppdragelse (educating, bringing up), ga få treff på forskningsstudier om verbale grensesettingsformer. Bare to av de fem studiene jeg fant viste til konkrete alternativer til korrigerende tilnærminger. En kort, men kritisk drøfting av sentral norsk litteratur og forskningsstudier som omhandler grensesetting er presentert i del 2.

Resultatene fra litteraturstudien medførte at jeg ble nysgjerrig på hvilke faglige begrunnelser for grensesetting miljøarbeidere hadde. Spørsmålet jeg stilte meg var: I hvilke sammenhenger og med hvilke begrunnelser kan grensesetting oppfattes som en terapeutisk metode i miljøterapi?

Bokens relevans og målgruppe

Det er knyttet store etiske dilemmaer til grensesetting i praksis. Det er derfor i samfunnets, helsetjenestens og pasienters og ansattes interesse at grensesetting utøves på en faglig og verdig måte for både pasienter og hjelpere. Miljøarbeidere bør ha kunnskap om ulike aspekter ved metoden og konsekvenser av denne. Funn i eget doktorgradsarbeid (Vatne 2003) tilsier at det er nødvendig med en kritisk gransking av den tradisjonelle utøvingen av grensesetting i praksis. Utvikling av alternative, terapeutiske former

for grensesetting synes derfor å være nødvendig. Denne boken er et bidrag til en slik utvikling.

Jeg er av den oppfatning at et terapeutisk miljø skapes og opprettholdes gjennom etablering av terapeutiske system og relasjoner. Av den grunn må miljøterapi fortsatt ses som en viktig terapiform i en sammenhengende psykiatritjeneste. Miljøterapi handler om perspektiver og metoder som benyttes i både spesialist- og primærhelsetjenesten, selv om den som terapiform er mest utbredt i institusjonspsykiatrien. Kunnskap om relasjonens betydning i miljøterapi er derfor flerfaglig eller tverrfaglig, det vil si at den er aktuell som basis for mange yrkesgruppers praksis. Målgruppen for denne boken er først og fremst studenter innen treårige helse- og sosialfaglige utdanninger som sykepleiere, sosionomer, vernepleiere, barnevernspedagoger, ergoterapeuter og fysioterapeuter. Som en fellesbetegnelse på den gruppen av profesjonelle yrkesutøvere bruker jeg begrepet hjelpere. I avslutning av hvert kapittel er det presentert studieoppgaver som studentene kan bruke i selvstudier, og som kan benyttes i praktisk veiledning av studentgrupper. Videre har boken relevans for studenter i de tverrfaglige videreutdanninger i psykisk helsearbeid og miljøarbeidere som arbeider innenfor psykisk helsevern. Blant annet kan bokens mange historier og eksempler diskuteres i kliniske veilednings- og refleksjonsgrupper.

Bokens hensikt og oppbygging

Hensikten med boken er at leseren skal kunne forstå og kjenne igjen spenninger som ligger i det miljøterapeutiske arbeidet og konsekvenser av et dominerende korrigerende perspektiv og kunne anvende tilnæringsmåter i et anerkjennende perspektiv.

I del 1 presenterer jeg og drøfter miljøterapi i psykisk helsearbeid for voksne (kapittel 1) og historiske røtter for miljøterapi (kapittel 2). Del 2 omhandler det korrigerende perspektivet, hvor tilnærming til og konsekvenser av grensesetting er presentert (kapittel 3). Mens jeg i kapittel 4 belyser sentral norsk teori og internasjonal forskning om grensesetting, viser jeg i kapittel 5 hvordan grensesetting har basis i faglige og ikke-faglige avviksmodeller. I del 3 presenteres et teoretisk og praktisk innhold i det anerkjennende perspektivet. Denne delen starter med sårbarhets- og recoverymodellen (kapittel 6). I fortsettelsen konkretiserer jeg noen teorier i et anerkjennende perspektiv (kapittel 7) og anerkjennende tilnæringsformer (kapittel 8). Miljøterapeutiske dilemmaer og utfordringer er fokuset i del 4, hvor følelses – og verdikonflikter presenteres og drøftes i henholdsvis kapittel 9 og 10. Boken avsluttes med en oppsummering av forhold som regnes som sentrale for at et behandlingsmiljø skal fungere terapeutisk (kapittel 11).

