

Kapitel
orientere
- terapi
- restrikt

Kapitel 6: Restriktive terapeutiske logikker: Den social-orienterede, den person-orienterede og den privat-eksistentielle udviklingsbevægelse

- terapi
- restriktive terapitendenser, psykiatri, psykoanalyse og "New Age"

VI

6.1 Den
indespærringsstøtte
livsopretholdelsesproces.
6.2 Den
som forandringshjælp
overlevelsesproces.
6.3 Den
privatformsfordobling og behandlingsterapeutisk blålys.

6.1 Den social-orienterede udviklingsbevægelse i psykiatrien: behandling som indespærringsstøtte, og som et nødvendigt livsrum i den samlede statslige livsopretholdelsesproces.

6.2 Den person-orienterede udviklingsbevægelse i Freuds psykoanalyse: terapi som forandringshjælp, og som et mulig livsrum i den kapitalistiske overlevelsesproces.

6.3 Den privat-eksistentielle udviklingsbevægelse: behandling og terapi som privatformsfordobling og behandlingsterapeutisk blålys.

"Artikulation fra de herskendes
standpunkt er desartikulation
af de beherskede" / Haug

- det psykiatriske sygehusvæsens historie op til idag, de afsindige som syge; anstaltspsykiatriens udvikling; og dennes begyndende integration i det somatiske sygehusvæsen på den ene side, og distriktspsykiatriske bestræbelser på den anden side s. 309; - psykiatri som varetagelse af behandlingsbehovet for mennesker med psykiske lidelser: diagnostik og behandling s. 316; - psykiatrisk diagnostik s. 316; - psykiatrisk behandling. Og psykoterapi som en af flere påvirkningsmetoder s. 319; - forholdet mellem psykiatrisk diagnostik og behandling: et paradoks s. 320; - afsluttende om forholdet mellem børne-, ungdoms- og voksenpsykiatrien s. 326; - livsopretholdelse gennem terapi? s. 328; - terapi fænomenets terapibestemmelse på ny s. 332.

6.2: Den person-orienterede udviklingsbevægelse i Freuds psykoanalyse: terapi som forandringshjælp, og som et muligt livsrum i den kapitalistiske overlevelsesproces s. 336;

- centrale bestemmelser i den psykoanalytiske teori s. 339; - begrebet om massepsyken: 1. fase s. 342; - 2. fase s. 345; - massepsykens historiske opløsning og stadfæstelse s. 347; - opsummerende om psykoanalysens grundstruktur: psykoanalysen som ubegrebet tredje virkelighedsinstans s. 349; - psykoanalysen som terapeutisk proces: person-orienteret udvikling gennem opgivelse af eget samfundsmæssige perspektiv til fordel for sig selv under betingelserne s. 351.

6.3: Den privat-eksistentielle udviklingsbevægelse: behandling og terapi som privatformsfordobling og behandlingsterapeutisk blålys s. 357;

- terapiinflation og inflation i terapi som livsbemestningsmetode s. 361; - de institutionelle rammer for terapi s. 361; - forvaltningen af den terapeutiske praksis s. 363; - karakteren af terapeutiske problemer s. 364.

6.3.1 : Terapibevægelsen; terapi som rummet for menneskelig udvikling s. 367.

- terapi som sundhed inden for og på trods af et sygt samfund s. 369; - terapi som kollektiv styring s. 377; - terapi som teknik til at handle nutidigt i overensstemmelse med sig selv og situationen s. 381.

6.3.2 : Behandlerbevægelsen: behandling som reetablering af "tabt" privatforms liv s. 387.

6.3.2 : Privat-eksistentiel terapibehandling: indre-ydre herskabskontrollerende bevægelsesforandring af den teraperedes sociale livssituation s. 398.

KAPITEL 6: RESTRIKTIVE TERAPEUTISKE LOGIKKER: DEN SOCIAL-ORIENTEREDE,
DEN PERSON-ORIENTEREDE OG DEN PRIVAT-EKSISTENTIELLE UD-
VIKLINGSBEVÆGELSE.

Når vi i det følgende skal søge information om vores genstand ud fra allerede oparbejdet teori herom, så er vi ikke længere henvist til det forhold, at alle terapibestemmelser siger os "noget ubestemt" væsentligt, hvilket var tilfældet og det vi var henvist til i vores udgangspunkt - og hvor ud fra vi dannede en fænomenbeskrivelse og -bestemmelse (kapitel 1.1). Men vi kan nu qua vores genstandsbestemmelse bestemme de enkelte terapibestemmelser relevans, status og erkendelsesindhold ud fra en præcisering af, hvad ved genstanden de refererer til (:aspekt, niveau, dimension, udviklingstrin osv osv). Og endvidere vil det også nu være muligt at indfange bestemmelser, der i deres egenart er terapeutiske, selv om de i deres selvforståelse ikke fremtræder som sådanne. Endelig er vi heller ikke længere henvist til det forhold, at væsentlige terapibestemmelser implicit har relevans qua en empirisk udbredelse - lige det modsatte kan være tilfældet.

Når vi således - i denne omvendte bevægelse qua vores genstandsbestemmelse - kan nærme os det terapeutiske fænomen inde fra og nede fra i forhold til det selv, så må vi snarere tale om terapitendenser, som vores genstand kan fremvise. Og hvortil vi kan sige, at den samlede sum af terapibestemmelser fundamentalt relaterer sig. Og i forhold hertil er kun de terapibestemmelser væsentlige, når de begrebsliggør en væsentlig udviklingsbevægelse ved den terapeutiske genstand.

Når terapitendenser derfor er at se som væsentlige - og vedvarende - udviklingsbevægelser, så er det disse som de involverede stilles over for at gribe gennem bevidst formidlede indgreb - ellers udleveres de til deres egen arbejdsvirksomhed; men det er dog kun relateringen til og arbejdet med disse ud fra stadig bestemmelse af det almen-gørelsesduelige, der også muliggør, at de involverede også rent faktisk virkeliggør deres arbejdsvirksomhed i en - eller deres egen - samfundsmæssige interesse. Og det er også her kravet om en kategoriel bestemmelse af terapi kommer ind: uden en almengjort og almengørelses-

duelig bestemmelse af den mulige og nødvendige udviklingsbevægelse, der er på tale ved genstanden, når genstanden er i bevægelse og bevæges gennem de involveredes praksis herom, så udleveres de involverede til at måtte bevæge sig i og under de former, som bevægelsen spontant kaster af sig. Og herved reproduceres blot det problem - i en eller anden forskubbet form - som ønskes løst, idet de involverede simpelt lægger sig i forlængelse heraf. De involverede tvinges endvidere til at søge kontrol og herskab over processen på anden måde end hvad der er genstandsrelevant i almindelig forstand.

Hvad det i det følgende skal dreje sig om, er analyse af udvalgte terapibestemmelser, der med sikkerhed fortæller os noget væsentligt om terapiens udviklingsbevægelse. Og grundlaget for en sådan udvælgelse har vi i den terapeutiske genstand selv. Vi stiller os i terapi.

Terapien og udviklingen af selv-bestemmelse.

Og når vi står i terapi som genstand for arbejdsvirksomhed, så har vi at gøre med en social og en terapeutisk dimension, der har det fremmedbestemte - den personliggjorte afmagt - som sit formidlende tredje, altså som genstand. Og dette er kommet i stand gennem en proces, hvor individet mere og mere er blevet løsrevet og henvist det sociale (:overforstillet eksistensform), hvor individet som sådan er blevet sit eget problem i sit problem med det sociale. Og tre udviklingsforhold træder her spontant frem som væsentlige: individets eksistens som sådan (:tilstand, eksistensmåde, eksistensform), individets forhold til det sociale og individets forhold til sig selv.

Restriktiviteten som personliggjort afmagt er da repræsenteret i situationen gennem individets eksistens som isoleret i en tilstand af orienteringsløshed, der er blevet udviklet ved at det sociale er blevet en magt over individet, som individet - nødtvungent og frivilligt - har måttet indordne sig under, lige som dets forhold til sig selv er blevet fastholdt her igennem.

Og det terapeutiske problem er derfor det fælles fremmedbestemte: hvad drejer det her og denne situation sig om. Og dette problem - det uløste fælles som det drivende tredje - bevæges til stadighed gennem

den strukturelt givne kooperationsproces af diverse krafter og interesser som gensidig påvirkning af de involverede gennem disses virksomhed omkring problemet. Og denne problemudviklingsproces er da at se som en stadig praktisk emotionel erkendelsesproces af forholdet mellem det sociale og sig selv heri.

Restriktiviteten er her repræsenteret gennem den individuelle problemløsningsproces - om det så angår ens egen tilstand, forholdet til det sociale eller forholdet til sig selv - idet denne reproducerer individets overforstillethed det sociale, og idet det netop er denne, som den teraperede er blevet henvist til, og som har skabt den teraperede i situationen.

Problemudviklingsprocessen bevæger sig da gennem den successive opstilling og genopstilling af den teraperedes problem med forholdet mellem det sociale og sig selv heri, hvor igennem det uløste fælles indholdsbestemmes gennem stadige problemformuleringer om, hvad det drejer sig om i situationen - hvilket eksplicit indeholder et bestemt perspektiv for den videre kooperative problembestemmelsesproces såvel som en implicit vej for løsningen af det formulerede problem. Problemformuleringerne bliver da mål for processen, såvel som det der umiddelbart koopereres om at opstille via påvirkningsprocesserne mellem de involveredes standpunkter i udviklingsbevægelsen i det formidlende tredje af personliggjort afmagt.

Den teraperede står i problemformuleringsprocessen i en situation, hvor det ikke af egen kraft finder handlealternativer, der bryder dets eksisterende forvaltning af forholdet mellem det sociale som kun magt og sig selv som kun indordnende sig - hvorfor kraften og handlealternativerne i forhold til ændringer af den personliggjorte afmagt kommer fra det sociale (og heraf også begrebet om det asymmetriske forhold mellem den teraperede og det sociale) gennem dennes aktive medbestemmende virksomhed i det formidlende tredjes udviklingsbevægelse.

Og da restriktiviteten er repræsenteret i situationen gennem den teraperedes individuelle problemløsningsproces, så overvindes restriktiviteten først i samme grad som et gennem processen stillet/udviklet problem udvikles til en problemformulering omkring, hvordan det fremmedbestemte - det uløste, men nu i sit perspektiv muligt løselige gennem problemformuleringen - generobres på langt sigt gennem de

involveredes fælles arbejdsvirksomhed herom. Påvirkningsprocesser gribes her bevidst gennem Kooperationen som midler til at bevæge problemformuleringens problem i retning af den langsigtede løsning af det. Og hvad der kommer på begreb som problemformulering er betingelserne, der reproducerer restriktiviteten og betinger den individuelle eksistens som terapeutet. Og ved at gribe udviklingsbevægelsen i det formidlende tredje gennem løseliggørelse af de stillede problemer gennem udviklingen af fælles problemformuleringer med fastlæggelsen og praktiseringen af handleskridt, der gennemtrænger fremmedbestemtheden ved at overflødiggøre restriktiviteten, så ophæves i sit perspektiv den teraperedes isolation i dets tilstand af orienteringsløshed. Den teraperede ændrer hermed sig selv gennem ændrede indgreb i dets samfundsmæssige livsbetingelser ved at ændre betingelserne for dets situation og sammenhæng inden for kollektivgruppen - hvor overhovedet det at træde ud af disse og ind i andre som terapeut er en ændring af dets betingelsesgrundlag. Og det afgørende - det springende punkt - er derfor fra det sociale standpunkt ikke at reproducere restriktiviteten, men tvært imod at stille ressourcer til rådighed til produktion af handlealternativer, der udvider den personlige selvbestemmelse gennem øget kontrol over livsbetingelserne - og dette i det almene perspektiv om afskaffelse af betingelserne for magtens eksistens.

Ovenstående udviklingsbevægelse er en mulig - og ud fra almenhedens standpunkt - nødvendig udviklingsretning for den terapeutiske praksisforms bevægelse mod selvbestemmende arbejdsvirksomhed. Og dermed dets egen skridtvise selvnegering gennem tilbagetrængning af fremmedbestemtheden og generøbring af samfundsmæssige livsbetingelser for de involverede.

Omvendt er den terapeutiske praksisform også en nødvendig produceret og reproduceret form under kapitalismen, da de samfundsmæssige betingelser som sådan også er fremmedbestemte. Derfor vil det heller ikke være muligt blot at overvinde restriktiviteten som sådan, men kun specifikke former for restriktivitet og i forlængelse heraf holde de modsigelser i bevægelse og skak, der kan reproducere restriktivitet, samtidig med at betingelser herfor kan søges trængt tilbage gennem erobring af udvidet samfundsmæssig kompetence for de enkelte i deres kollektivgrupper. Og da kollektivgrupper er klassekollektivgrupper, så

er betingelsesgrundlaget for terapi et klassegrundlag, hvor inden for det sociale i terapi må informere sig med de begrænsninger og muligheder, der udspringer heraf. Og ligeledes følger heraf også, at det sociale i terapi kan have sine (klasse-)interesser med den terapeutiske arbejdsvirksomhed.

Restriktivitet lægges derfor ikke simpelt bag eller uden for de involverede, når terapi bevæger sig som arbejdsvirksomhed. Den er også nærværende i arbejdsbetingelserne, hvorfor den som sådan også kan få sine særlige former her inden for - ikke i et enkelttilfælde af terapi med nødvendigheden, men muligvis og dette alene ud fra, hvordan det sociale ikke griber det almengørelsesduelige, men befæster dette i sin anvendelse af ressourcer og interesser.

Vi skal i det følgende følge disse restriktive former; og i de efterfølgende afsnit analysere, hvorledes disse som restriktive terapitendenser er kommet på samfundsmæssigt begreb som terapibestemmelser. Der ligger her, at disse restriktive former kan være blevet til individets egen specifikke bearbejdningsform af dets personliggjorte afmagt - altså at de er/kan være udgangspunktet for den terapeutiske arbejdsvirksomhed - men også, at det er former, der kan produceres af det sociale i terapi. Og derfor bliver det også af central betydning at analysere, hvorledes disse restriktive bearbejdningsformer er blevet grebet af den samfundsmæssige offentlighed som terapitendenser.

Restriktive terapitendenser.

Når restriktiviteten i den terapeutiske arbejdsvirksomhed er repræsenteret i den teraperedes overforstillethed og leven i og med individuel problemløsning - der til stadighed ikke løser individets problem med forholdet mellem det sociale og det selv heri - så reproduceres restriktiviteten umiddelbart af det sociale, når dette egenbestemmer formål og mål med terapien forud for selve den terapeutiske proces.

Dette - i forhold til processen bekræftende - fremmedbestemte perspektiv og standpunkt kan fremstilles åbent af det sociale over for offentligheden. Og hermed bliver det genstand for udveksling mellem varebesiddere, og terapi antager varekarakter. Nu kan der handles om, hvad det skal dreje sig om: hvilken type påvirkning, hvad der skal

påvirkes og hvordan osv osv. Og den terapeutiske arbejdsvirksomhed bliver en i sit udgangspunkt instrumentel proces af mellemmenneskelige udvekslingsforhold: et kontraktforhold, som Marx beskriver så smukt i sin essens:

"Her hersker intet andet end frihed, lighed, ejendom og Bentham. Frihed! For køberen og sælgeren af en vare, fx af arbejdskraft, handler udelukkende efter deres frie vilje. De slutter kontrakt som frie, retligt jævnbyrdige personer. Kontrakten er det slutresultat, hvori deres vilje giver sig et fælles retligt udtryk. Lighed! For de står kun over for hinanden som varebesiddere og udveksler ækvivalent for ækvivalent. Ejendom! For hver af dem har kun sit eget bedste for øje. Den eneste magt, der bringer dem sammen og stiller dem i forhold til hinanden, er deres egennytte, deres særfordel, deres privatinteresse. Og netop fordi hver især kun ser på sin egen fordel uden hensyn til den anden, realiserer alle, i følge tingenes forud givne harmoni eller under et al-fiffigt forsyns auspicer, kun deres gensidige fordel, fællesnyttens fællesinteressen" (Marx 70/I, s. 293).

Dette "paradisudvekslingsforhold" kan finde sted før den terapeutiske arbejdsvirksomhed; og det kan genoptages/genforhandles inden for den terapeutiske proces; ligesom begge parter kan arbejde ud fra sine åbne og lukkede - i sidste instans private - mål med situationen og sammenhængen.

Men nok er der "frihed, lighed, ejendom og Bentham" - de involverede er også henvist til hinanden, og den teraperede i dobbelt forstand med sin tilstand af isoleret orienteringsløshed. Og er der derfor den mindste asymmetri mellem den teraperede og det sociale - som også kan søges udviklet/styrket/befæstet af det sociale gennem arbejdet med lukkede mål - så er det ikke længere frie og lige varebesiddere. Og den asymmetri, der kan komme på tale, er det socialt isolerede individs henvisthed til netop et bestemt socialt forhold (ligesom lønarbejdere generelt er det ved salg af deres arbejdskraft), men her er lønarbejderen blevet til "kapital", der søger andres "private" ydelser i sin eksistensopretholdelse.

Og det terapeutiske udviklingsforhold, der her kommer på begreb er den privat-eksistentielle udviklingsbevægelse.

Når restriktiviteten er repræsenteret gennem den teraperedes individuelle problemløsningsproces, så finder der en reproduktion af restriktiviteten sted i samme grad som betingelserne for restriktiviteten

formuleres og sættes på begreb af det sociale ud fra mål, der ikke udspringer af den kooperative proces som fælles uløste, idet sådanne mål bekræfter fremmedbestemtheden i stedet for at bringe denne frem mod en specifik formulering. Og når restriktiviteten reproduceres gennem det sociales individuelle problemløsningsproces, så reproduceres individets løsrivelse og henvisthed det sociale gennem kooperationsprocessen, hvorved påvirkningsprocesserne mellem de involveredes perspektiv med situationen selvstændiggør sig. Og de involverede må da søge opnåelse af selvbestemmelse gennem kontrol over påvirkningsprocesserne, for kun her igennem vil indholdsbestemmelsen af det formidlende tredje indeholde ens eget perspektiv i dettes perspektiviske bevægelse.

Det bliver nu ikke længere muligt gennem kooperationsprocessen bevidst at anvende påvirkningsprocesserne i opstillingen af fælles problemformuleringer ud fra tidligere problemformuleringer, da selvstændiggørelsen af påvirkningsprocesserne gør kooperationsprocessen til et problem om magten til at formulere og definere problemløsninger for de involveredes standpunkter.

Hermed reproducerer det sociale restriktiviteten (i sin dybeste og mest abstrakte kerne) ved selv at blive en magt, der søger herskab over den teraperede.

Da herskab forudsætter magt over sammenhængen, mens magt kun kan virke gennem kontrol, så kan påvirkningsprocesserne af det sociale søges anvendt i forsøget på at opnå magt over situationen - hvad der kan kaldes en herskabsbestræbelse i forhold til den teraperede; medens kooperationsprocesserne af det sociale kan søges anvendt som herskab til at påvirke den teraperede - hvad der kan kaldes en kontrolbestræbelse i forhold til den teraperede.

Søger det sociale gennem kontrol over påvirkningsprocesserne at opnå magt over situationen, så bliver det sociale i sig selv til magt, hvorfor den teraperede må søge at fastholde sin selvbestemmelse gennem stærkelse af kontrollen over sig selv for her igennem selv at vinde magt over sammenhængen og kontrol over situationen - og er dette ikke muligt må den teraperede opgive sin selvbestemmelse, hvorved det nødvendigt indordner sig under påvirkningsprocesserne i situationen og det socials herskab til at bestemme udviklingsbevægelsen i det formidlende tredje af personliggjort afmagt.

Her igennem ændrer den teraperede sig selv ved at opgive egne samfundsmæssige perspektiver - endnu engang! Og det terapeutiske udviklingsforhold, der her i sin restriktive form kommer til syne er en nød-tvungen kontrolbevægelse i individets forhold til sig selv, hvad vi skal sætte på begreb med person-orienteret udviklingsbevægelse.

Men har det sociale magten over sammenhængen for individet, mister individet kontrollen over sig selv, og det kan da kun opnå selvbestemmelse ved at søge herskab over påvirkningsprocesserne i situationen under bekræftelse af magten - hvis dette overhovedet er muligt ud fra individets standpunkt, ellers må det vælge psykosen. Individet må her ændre sin situation ved - skridtvis og frivilligt (herunder muligheden for taktisk forholde sig) - at overtage det sociale forventninger, krav, mål og interesser med een. Må den teraperede ændre sig selv ved at opgive sig selv/sine egne ressourcer - endnu engang! Og det terapeutiske udviklingsforhold, der i restriktivitet her kommer til syne er en frivillig herskabsbevægelse i individets forhold til det sociale, hvad der er at sætte på begreb med socialorienteret udviklingsbevægelse.

Til disse tre restriktive udviklingsforhold - privat-eksistentiel, person-orienteret og social-orienteret - finder vi, at hovedparten af empirisk udbredte terapibestemmelser spontant og i mere eller mindre ren form lægger sig i forlængelse af. Bestemmelser af eller teorier om udviklingsbevægelsen i det formidlende tredje af personliggjort afmagt glimrer i terapeutisk forstand ved deres empiriske fravær.

Når vi i det følgende skal analysere udvalgte terapibestemmelser, så skal vi gøre det ud fra, hvordan de i begrebslig form bevæger sig igennem dette formidlende tredje, idet de - restriktive eller ej - selv er bestemmende heraf, og idet de også selv medbestemmer bevægelsen heri.

Vi starter vores analyse med den social-orienterede udviklingsbevægelse, hvor psykiatrien umiddelbart tilbyder sig. Her efter vender vi os mod den person-orienterede udviklingsbevægelse, hvor Freuds psykoanalyse viser vej. Til sidst vender vi os mod den privat-eksistentielle udviklingsbevægelse, der foregår såvel den social-orienterede som den person-orienterede udviklingsbevægelse, men som først finder en

samfundsmæssig arbejdsvirksomhedsform som terapibehandling efter disse. Og her bliver det analyse af terapibevægelsens standpunkt og behandlerbevægelsens standpunkt. For førstnævnte skal vi analysere J. Lumbyes, Jes Bertelsens og Goodison & Ernst's terapibestemmelser, medens vi til sidstnævnte alene skal inddrage E. Hougaards teori om "non-specifik behandling", idet denne fremkommer ud fra en analyse af udbredte empirisk funderede terapibestemmelser.

Til sidst i kapitel 6.3.3 skal vi summere ovenstående restriktive terapibestemmelser op.

Kapitel 6.1: Den social-orienterede udviklingsbevægelse i psykiatrien: behandling som indespærringsstøtte, og som et nødvendigt livsrum i den samlede statslige livsopretholdelsesproces.

I det følgende skal vi analysere psykiatrien, som udtryk for det social-orienterede udviklingsforhold mellem den terapeutiske og de sociale betingelser i terapi, når terapi søges gjort til arbejdsvirksomhed.

Som velegnet litteratur til denne analyse har vi fundet den sidste statslige betænkning om det psykiatriske sygehusvæsen - "Betænkning om grundlaget for planlægning af psykiatrisk sygehusvæsen" (Bet. nr. 826, 1977) - som desuden indeholder indenrigsministeriets cirkulære om "Vejledende retningslinier for planlægning af psykiatrisk sygehusvæsen". Dette cirkulære blev udformet i forlængelse af det psykiatriske sygehusvæsens udlægning til amterne i 1976 på baggrund af betænkningens samlede overvejelser. Og det er så at sige amternes kogebog for den fremtidige varetagelse af mennesker med psykiske lidelser og sygdomme. Med denne litteratur vil vi få et samlet udtryk for de nuværende statslige og amtskommunale tiltag og foranstaltninger over for mennesker med psykiske lidelser, hvilket også er at se som et udtryk for den nuværende stand af fælles samfundsmæssig bemestring - eller mangel på samme - af de forhold, der ligger til grund for psykiske lidelser, samt for selve bemestringen af dem.

Vi starter vores analyse med at se på, hvordan det psykiatriske sygehusvæsens historie op til i dag bestemmes - i følge betænkningen. Herefter overgår vi til dens bestemmelser omkring den nuværende varetagelse af behandlingsbehovet for mennesker med psykiske lidelser. Og vi runder af med en opsummering af de udviklingsmæssige perspektiver, der kommer til syne gennem analyserne.

Det psykiatriske sygehusvæsens historie op til i dag: de afsindige som syge; anstaltspsykiatriens udvikling; og dennes begyndende integration i det somatiske sygehusvæsen på den ene side, og distriktspsykiatriske bestræbelser på den anden side.

Historien ses at starte i begyndelsen af 1800-tallet, hvor det bliver klart for

"lægevidenskaben, at de såkaldt afsindige var syge mennesker, som man gennem lægelig indsats havde mulighed for at helbrede eller dog bedre tilstanden for" (Bet. 826, s. 18). Dette førte i første omgang til etableringen af det første hospital for sindslidende - Sct. Hans Hospital under Københavns Kommune - i 1816 under lægelig ledelse. Men allerede få år efter dets indrettelse var der kronisk pladsmangel. I de følgende år argumenterede lægerne kraftigt for, at det var et lægeligt speciale at tage sig af de sindslidende, og endvidere at det var en statsopgave at oprette helbredelsesinstitutioner, idet de ikke mente at kommunerne kunne klare denne opgave.

Først op gennem 1840'erne vandt dette syn indpas hos de politiske magthavere, og staten gik nu så småt ind som initiativtager til oprettelse af flere institutioner for sindslidende. Oprettelsen af helbredelsesanstalten Jyske Asyl i 1852 markerer dette vendepunkt, og op til 1932 bygges endvidere seks andre anstalter, som op gennem årene endvidere udbygges, bl.a. med forskellige plejehjemsafdelinger for "de kronisk syge".

Med Jyske Asyls oprettelse markeres det, der er blevet kaldt "anstaltspsykiatriens" indtog i Danmark. De "sindssyge" havde hermed fået deres eget "væsen": sindssygehospitaler under lægelig-psykiatrisk ledelse og ansvar.

Med sygdomssynet på de afsindige og i forlængelse heraf tanken om, at de kunne behandles, så må man også spørge, hvad det var for en behandling, som sindssyge fik på sindssygehospitalerne. Og denne bestemmes væsentligst som "miljøbehandling" for dem, der "simpelt hen ikke kunne klare sig noget andet sted end på hospitalerne". Den bestod primært i

"en fjernelse af patienten fra belastende omgivelser og anbringelse i et beroligende, ikke belastende og forestående miljø. Aktiv terapi kom kun til udfoldelse inden for meget snævre rammer.

Hospitalerne var næsten til stadighed præget af pladsmangel og deraf følgende overbelægning" (s. 20).

Dette varer ved helt op til 1930'erne, hvor der dog i følge Bet. til stadighed sker en udvikling af de psykiatriske behandlingsmetoder, hvor der fra 1920'erne endda kommer helt nye behandlingsmetoder frem.

Hvad det er for "aktive" behandlingsmetoder, der eksisterer og udvikles hhv videreudvikles indtil nye kommer til i 1920'erne, kommer Bet. ikke ind på. Og i følge Kelstrup (83) er det primært et skift fra åben fysisk tvang til pleje: indtil begyndelsen af 1900-tallet var anstaltspsykiatriske helbredelsesprincipper af "rent mekanisk karakter" - det var helbredelse gennem "opdragelse, indespærring og isolation" - medens den her efter erstattes af behandlingsformer, der "tog den fulde konsekvens af sygdomsbegrebet, nemlig sygepleje og sygdomsbehandling. Den aktive "behandlingsmetode" blev nu sengelejet" (Kelstrup 83, s. 179).

De nye behandlingsmetoder, der kommer til, beskrives imidlertid fuldt ud i Bet. Det er i første omgang beskæftigelsesterapien, der vinder frem fra 1920'erne, og herefter er det forskellige somatiske behandlingsmetoder som malaria-, chok- og insulinomabehandling, og endelig de psykokirurgiske metoder.

Men disse "behandlingsmæssige fremskridt" kunne i følge Bet. meget dårligt komme til fuld udnyttelse og udfoldelse. Dels var der slet ikke sket en tilsvarende modernisering og udbygning af det psykiatriske sygehusvæsen, som den der havde fundet sted inden for det somatiske, hvilket var en forudsætning for effektiv behandling. Og dels var der stadig kronisk overbelægning på de psykiatriske hospitaler. Kernen i de nye behandlingsmetoder udpeges mao til at være de somatiske og psykokirurgiske. På denne baggrund indledes nu først i 1950'erne derfor et reformarbejde, som skulle tilvejebringe retningslinier for "hospitalernes fornødne tilpasning til nutidens krav og behandlingsformer" (Bet. 826, s. 21). Dette reformarbejde mundede allerede i 50'erne ud i nogle nye grundtanker, som ses at have været styrende for det psykiatriske sygehusvæsens udvikling op til i dag. Tre grundtanker kan udskilles som centrale.

Det drejer sig for det første om tilknytningen af det psykiatriske sygehusvæsen til det somatiske. Her refererer Bet. en Kommissionsrapport fra 1952, hvor denne grundtanke fremsættes. Argumenter fra denne rapport refereres ligeledes, idet de ses som stadig gyldige. Væsentligst er at "udviklingen inden for lægevidenskaben gjorde et samarbejde med andre lægevidenskabelige specialer oplagt nødvendigt" (s. 23) (Det skal her bemærkes, at indførelsen af medikamentel behand-

ling (psykofarmaka) stod lige for døren, idet den blev endelig indført midt i 50'erne). Her ud over ses det som værende vigtigt "at bekosteligt teknisk anlæg kunne blive fælles", og at det somatiske sygehusvæsen omvendt ville kunne trække direkte på psykiatrisk ekspertise. Endelig ses det også at være "af psykologisk værdi, at det på denne måde bliver anskueliggjort, at behandlingen af psykiske lidelser lå på linie med anden sygdomsbehandling". De statshospitaler, der er opført siden 50'erne er da også opført i tilknytning til eksisterende somatiske sygehuse.

Overførelsen af statshospitalerne til amtskommunerne i 1976 ser Bet. derfor også som værende "et yderligere skridt i retning af integrationen af somatisk og psykiatrisk sygehusvæsen" (s. 23).

For det andet drejer det sig om opbygningen af mindre behandlingssenheder. Med mulighederne for at behandle psykiske lidelser "effektivt", så bliver isolerede mammuthospitaler, der endvidere er opført og opbygget i en tid, hvor behandling overvejende var kontrol og pleje, ikke særligt funktionelle. De gamle anstalter er da også søgt moderniseret og indrettet ud fra, at de enkelte afdelinger skal være overskuelige. Endvidere er der oprettet psykiatriske afdelinger på flere kommunale sygehuse. Med opbygningen af mindre behandlingssenheder er der i praksis sket både en specialisering og differentiering. Nogle afdelinger indrettes til bestemte patientgrupper, medens andre afdelinger gøres åbne til varetagelse af forskellige patientgrupper. Det er eksempelvis ambulante behandlingssteder, hvortil der er knyttet sengeafsnit ("dag- og nathospitaler"). Endelig har flere psykiatriske afdelinger søgt at åbne op for et samarbejde med andre behandlergrupper (praktiserende læger og socialforvaltninger), og der foregår - dog i meget begrænset omfang - forsøg med udstationering af psykiatrisk personale i bestemte geografisk afgrænsede områder (bykvarterer og øsamfund).

For det tredje drejer det sig om intentionen om tilvejebringelse af tilstrækkelig behandlings- og pladskapacitet. Også disse intentioner var indeholdt i det første reformarbejde i 50'erne, men Bet. konstaterer, at der på dette område har været tale om en "svigtende indsats", "en vis underforsyning", samt om et stadigt "generelt pres" på de psykiatriske institutioner (s. 32-33). To aspekter trækkes her frem i Bet.s overvejelser over, hvorfor disse intentioner stadig ikke er blevet indfriet.

Det første aspekt angår problemet med at opgøre behovet for psykiatrisk behandling. Dette er tidligere blevet opgjort ud fra en norm for "sengebehov" - som ideelt er blevet set at være 2.5 seng pr 1000 indbyggere (2.5 promille) - men en udbygning af det psykiatriske sygehusvæsen så det opfylder denne norm opfattes af Bet. som helt urealistisk af økonomiske grunde. Da der endvidere må tages "betragteligt forbehold" over for en sådan norms gyldighed, og da der også er sket en behandlingsmæssig drejning hen imod mere ambulante behandling, så finder Bet. det mere "anvendeligt" at tale om et "servicebehov", hvor over for der fra samfundets side "er tale om en for ringe indsats over for psykisk syge" (s. 32).

Det andet aspekt angår befolkningens sygelighed, hvor det konstateres, at denne er stadigt stigende - hvad den endvidere har været siden århundredeskiftet. Denne stigning afspejler imidlertid både en større sygdomshyppighed i befolkningen og en større indsats fra samfundets side for at opspore og behandle psykiske lidelser, og det konkluderes at der "dog næppe (kan) være tvivl om, at den største del af stigningen må tilskrives den større samfundsindsats" (s. 33). Nok har samfundet altså svigtet i følge Bet., men ikke mere end at en skjult sygelighed er blevet opfanget og behandlet. *Men del af psykiatisering => psykoanalyse*
 Mht den voksende sygdomshyppighed så angiver Bet. flere årsagsforhold. Det er dels demografiske forhold - det er især forskydningen i forholdet mellem yngre og ældre, hvor sidstnævnte gruppe er vokset betydeligt - og dels en øget urbanisering, hvor det må antages at en række socialt bestemte forhold (bolig- og arbejdsmiljø, familieforhold osv) er medbestemmende for at presset på sundhedsvæsenet her generelt er højere". Endvidere ses også befolkningens indstilling til sygdom at påvirke presset, hvor der i de senere år har kunnet spores en "tendens til at udvide rammerne for de tilstande, der betragtes som psykisk sygdom" (s. 33).

Ovennævnte tre årsagsforhold har imidlertid "karakter af "ude fra kommende" begivenheder, som næppe kan påvirkes ad sygehusplanlægningens vej, og som i overskuelig fremtid formentlig vil afstedkomme et fortsat pres på sygehusvæsenet" (s. 33). Alligevel vil det være muligt - og det er nu amtskommunernes fremtidige opgave - ved øgede bevillinger at mindske "noget af presset på sygehusvæsenet". Forudsætningen for at dette også på langt sigt vil mindske presset på det psykiatriske sygehusvæsen er imidlertid at det følges op med to ting. For det første at "indsatsen over for psykisk lidende uden for institutionen

intensiveres". Det drejer sig om at øge mulighederne for behandling i lægepraksis, og at denne koordineres med det øvrige sociale system. Især de psykiatriske speciallæger ses at være et vigtigt led i dette arbejde (s. 44). Og for det andet må "sygehusindsatsen opbygges med en graduert skala af behandlingsmuligheder (institutionstyper), der er afpasset efter de forskellige lidelsers sværhedsgrad og behandlingsbehov" (s. 33). Dvs en fortsættelse af tanken om mindre behandlingenheder, hvor nogle specialiseres i forhold til bestemte patientgrupper, og hvor andre kan varetage flere patientgrupper primært gennem ambulantly behandling. Bet. lægger her vægt på at den psykiatriske hjemmepleje til varetagelse af udskrivning og efterbehandling også opprioriteres.

Med ovennævnte overvejelser over hvordan presset på det psykiatriske sygehusvæsen ned sættes på langt sigt er en ny grundtanke for planlægningen af det psykiatriske sygehusvæsens fremtidige udvikling sat i centrum: at det skal opbygges distriktskykiatrisk, hvilket Bet. nærmere bestemmer som, at den psykiatriske service skal bestå af

"enheder, der varetager al psykiatrisk sygehusundersøgelse og -behandling over for en nærmere angivet befolkningsgruppe, afgrænset ved geografiske kriterier eller på anden måde" (s. 124).

Der ligger i denne nye grundtanke - der så at sige summerer de tre gamle grundtanker op i een - at ikke blot skal der ske en øget koordinering og samarbejde med det primære sundhedssystem og den sociale sektor, men at det "bør" følges op af udadgående konsulentvirksomhed i forhold til dem.

Udviklingen af en distriktskykiatrisk service er amtskommunernes opgave, men da amterne overtog et allerede eksisterende og organiseret psykiatrisk sygehusvæsen, der ikke umiddelbart kan vendes op og ned på, går Bet. også ind på, hvordan amterne kan gribe ind i den institutionsstruktur, som de overtager fra starten.

Det centrale er her at overveje "fordele og ulemper ved en central eller decentral løsning, samt mulighederne for en distriktskykiatrisk organisation" (s. 51), og i forlængelse heraf er det spørgsmålet "mindste funktionsduelige enhed". Vi begrænser os til det første. Udgangspunktet for et amts overvejelser er selvfølgelig, hvad det er for institutioner amtet konkret overtager, dvs om det er en stor isoleret

anstalt, om det er små psykiatriske afdelinger på somatiske sygehuse osv. Men det første skridt er, at amterne gør sig overvejelser over, hvordan den tænkte fremtidige organisering ud fra dets udgangsmateriale vil påvirke behovet for psykiatrisk hjælp. Behovet vil nemlig i følge Bet. "rette sig efter udbudet, (således at) enhver ny seng der etableres vil blive belagt" (s. 68), hvorfor der kan konkluderes, at en bedre standard for institutionerne, samt en mere central placering af dem i forhold til det område, som de skal betjene vil bevirke

"en forøgelse af behovet for indlæggelser og sengepladser, eller måske rettere, at et hidtil skjult behov for sengepladser viser sig" (s. 68).

Med de nye effektive behandlingsmetoder vil dette dog ikke medføre en tilsvarende stigning i forbruget af senge, "da de "nye" patienter typisk har en kort liggetid". Når alle de faktorer, der påvirker det fremtidige behov for psykiatrisk service - og her opereres med fem forskellige: befolkningsmæssige faktorer, sygdomshyppighed, sygehusemæssige faktorer, antallet af "andre" pladser end sengepladser på sygehuse, og endelig den psykiatriske service i den primære sundheds-tjeneste og den sociale sektor - inddrages, så er det dog således at

"med den nuværende viden kan intet sikkert siges" (s. 68).

Og det anbefales derfor amterne at planlægge ud fra deres egne analyser omkring de ressourcemæssige konsekvenser af de mulige løsninger.

Opsummerende om Bet.s syn på det psykiatriske sygehusvæsen kan nu siges, at det ses som den samfundsmæssige institutionsstruktur, der varetager det samfundsmæssige behandlingsbehov for mennesker med psykiske lidelser. Og at både opståelsen og selve udviklingen af det psykiatriske sygehusvæsen ses som værende bestemt af lægevidenskabens/psykiatriens videnskabelige fremskridt, der dog ikke umiddelbart lader sig sætte - og ej heller historisk set har sat sig - igennem i praktiske tiltag over for mennesker med psykiske lidelser, idet der dels på et samfundsmæssigt plan ikke er tilstrækkelige ressourcer dertil, og dels ikke den fornødne forståelse herfor fra de bevilgende myndigheders side.

Det er endvidere sådan, at jo bedre psykiatrisk service, som det psykiatriske sygehusvæsen kan tilbyde, jo flere patienter vil det komme i kontakt med. I den nuværende situation med et stort pres på det psykiatriske sygehusvæsen er det derfor vigtigt i den kommende planlægning af det, at det klargøres, hvorvidt og i hvilken grad det selv er

med til at øge behovet. Det store pres kan ikke i sig selv nedsættes blot via øgede økonomiske ressourcer, men hertil kræves også en ændring af det psykiatriske sygehusvæsen hen imod en distriktspsykiatrisk organisering på den ene side, og på den anden side øgede behandlingsmuligheder i den primære sundhedstjeneste. Mao kan vi sige at det psykiatriske sygehusvæsen kun retter sig mod patienter.

Vi går derfor videre med en analyse af det psykiatriske sygehusvæsens behandling af mennesker med psykiske lidelser.

Psykiatri som varetagelse af behandlingsbehovet for mennesker med psykiske lidelser: diagnostik og behandling.

Det psykiatriske sygehusvæsen - og dets videnskabelige "overbygning": psykiatrien - ses som beskrevet ud fra en "øget viden" om, at de såkaldt afsindige var syge mennesker med psykiske lidelser, som det var muligt at påvirke gennem behandling, enten helbrede eller bedre tilstanden for. Med denne indfaldsvinkel tager psykiatrien sig af patienter, hvorfor diagnosticeringsproblematikken - og i forlængelse heraf som modpol behandlingsproblematikken - bliver det centrale, idet den eksisterende viden om psykiske lidelser bestemmer om og hvorvidt menneskelige ytringer er eller ikke er psykiske lidelser ud fra om de er påvirkelige gennem psykiatriske behandlingsmetoder. I den grad menneskelige ytringer ikke bestemmes som psykiske lidelser, i samme grad falder de uden for psykiatriens - og dermed det psykiatriske sygehusvæsens - ansvar.

Tilføjet senere.

Psykiatrisk diagnostik.

Som udgangspunkt for psykiatrisk diagnostik ligger en overordnet differentiering mellem om det drejer sig om børn, unge eller voksne, hvor der dog endnu ikke findes et selvstændigt psykiatrisk-videnskabeligt speciale for unge. Til varetagelse af unge med psykiske lidelser eksisterer der derfor heller ikke i dag en selvstændig praktisk organisering af deres behandlingsbehov, hvorfor dette på den ene side henvises til børne- eller voksenpsykiatrien, hvor der her inden for er oprettet enkelte afdelinger, der specielt reserveres behandlingen af unge, og på den anden side søges det varetaget af socialvæsenets institutioner for unge. I det følgende skal denne overordnede differentiering mellem børne-, ungdoms- og voksenpsykiatri forbigås ved at

tage voksenpsykiatrien som den repræsentative, men til slut vendes tilbage til en analyse af forskellene imellem dem.

Diagnosticeringsproblematikken som psykiatriens indfaldsvinkel træder i Bet. frem som problemet om at afgrænse psykiatriens fagområde. Dette bestemmes som

"sygdomme og tilstande, der domineres af psykiske symptomer, eller for hvis opståelse sjælelige faktorer er af væsentlig betydning" (s. 77),

som stilles over for det normale, der falder uden for psykiatriens fagområde. Denne modstilling ses nu ikke som udtrykkende et absolut skel, men nærmere som at der er "en gradvis overgang" imellem dem. Men om en tilstand er psykiatrisk sygelig eller ej vil dog altid kunne afgøres vha den eksisterende psykiatriske viden, dvs på grundlag af den "nu herskende opfattelse". Det gælder nemlig i følge Bet. at de psykiatriske sygdomstilstande

"vel (for de flestes vedkommende) har eksisteret til alle tider og i alle samfund, men at de ikke altid er blevet opfattet som udtryk for sygdom". Og endvidere "at visse symptomer og karaktertræk vil volde større vanskeligheder i et samfund end i et andet, og samfundet kan vise større eller mindre vilje og evne til at rumme personer med sådanne træk" (s. 77).

Skellet mellem det normale og det sygelige ses da også i overensstemmelse hermed "i praksis at påvirkes af samfundsstrukturen", således at der i en befolkning kan eksistere "sygelige træk eller symptomer i lette former hos en meget stor del" uden at dette dog behøver at blive opfattet af de involverede som sådanne. Følgelig vil de involverede derfor heller ikke erkende deres psykiatriske behandlingsbehov. Men omvendt ser Bet. også - jvf sidste afsnit - at interventionen over for psykiatriske tilstande af de involverede selv i en vis udstrækning er bestemt af det psykiatriske sygehusvæsens konkrete serviceniveau.

Opsummerende om forholdet mellem normal og sygelig kan nu siges, at psykiatrien ses - dvs ser sig selv som - at råde over entydige kriterier for hvorvidt og i hvilken grad konkrete menneskelige ytringer er sygelige, men at disse kriterier dog er bestemt af den eksisterende grad af viden om, hvad der er udtryk for sygdom. Psykiatrisk diagnostik munder derfor ud i, at en bestemt tilstand enten er normal, hvorfor den falder uden for psykiatriens område og ansvar, eller at den er

sygelig i en eller anden grad, hvorfor den følgelig er påvirkelig med psykiatriske behandlingsmetoder (må moden være psykiatrien nådig!).

En diagnose opstilles med udgangspunkt i "den psykiatriske undersøgelse", der "altid foregår den psykiatriske behandling, men ikke klart kan adskilles fra denne", idet der indgår psykoterapeutiske momenter heri. Men diagnosen har dog karakter af at være

"grundlæggende og vejledende for den videre behandling, hvad enten denne varetages af en psykiater, af patientens egen læge, læger på andre specialafdelinger, andre personalekategorier som socialrådgivere, ergoterapeuter, psykologer eller team af sådanne" (s. 79).

Gennem den psykiatriske undersøgelse drøftes og udredes

"patientens mulige dispositioner til psykiatrisk lidelse, levnedsløb og følelsesmæssige udvikling, hans reaktionsmåde og nuværende konflikter og problemer".

Og dette undersøgelsesarbejde kan i et andet skridt suppleres med en observation af patienten i afdelingen, en psykologisk undersøgelse, samt "indhentning af oplysninger fra pårørende, offentlige myndigheder og andre som patienten har været i kontakt med". Desuden indgår der i den psykiatriske undersøgelse en "obligatorisk legemlig undersøgelse", idet legemlige sygdomme "som fx hjernesvulster, stofskiftesygdomme, forstyrrelser i væske- og saltstofskifte og lav blodprocent kan være årsag til psykiatriske symptomer".

Som grundlag for ovennævnte undersøgelsesarbejde i dets forskellige former er den psykiatriske viden om dels psykiske lidelser generelt, og dels om specifikke psykiatriske sygdomstilstande. En psykiatrisk diagnose er en sådan bestemmelse af en specifik psykiatrisk sygdomstilstand.

De psykiatriske sygdomstilstande kan inddeles på forskellig måde og med forskellige grader af specificitet. Bet. kommer her ind på to overordnede betragtningsmåder. Der er dels den "traditionelle" med tre diagnostiske hovedgrupper: psykotiske, neurotiske og karakterafvigende tilstande. Og der er den i statistikken vedr det psykiatriske sygehusvæsen anvendte, hvor der skelnes mellem skizofrene, manio-depressive psykoser, reaktive lidelser og aldersbetingede lidelser, hvor det er denne sidste, der anvendes i Bet.s overvejelser omkring udviklingstendenser i det psykiatriske sygdomsbillede.

(Det skal tilføjes, at oligofrene sygdomstilstande også falder ind under psykiatriens fagområde, men de skal forbigås her - ligesom de forbigås i Bet. - idet behandlingen og omsorgen for disse er udskilt af det psykiatriske sygehusvæsen og henlagt til "åndssvageforsorgen", der nu efter dets udlægning til amterne i 1980 har skiftet navn til "særfor-sorgen".)

Der skal ikke her gås nærmere ind på, hvorvidt en inddeling af psykiatriske tilstande er mere adækvat end andre inddelinger, og vi følger blot Bet., der anvender den statistiske inddelingsmetode. Det, der dog må interessere generelt her, er de kriterier, som der inddeles på grundlag af eller efter, og som kan siges at være fælles for de forskellige inddelinger i diagnostiske grupper. Og her kan der udskilles to typer af kriterier: formelle og ætiologiske kriterier. De formelle kriterier vedrører, hvordan sygdommen træder frem - tankeforstyrrelser, emotionelle forstyrrelser osv - og de ætiologiske vedrører, hvilke årsagsforhold der betragtes som liggende til grund for symptom-billedet. Ætiologisk skelnes mellem indre faktorer (de anlægsbetingede forhold) og ydre faktorer (de kårbetingede faktorer), hvor nogle symptombilleder/sygdomstilstande ses som bestemt udelukkende gennem de indre faktorer, andre udelukkende gennem de ydre faktoreres indvirkning på de indre faktorer, og endelig en tredje gruppe, hvor selve forholdet mellem indre og ydre faktorer ses at være bestemmende for sygdomstilstanden.

De behandlingsmæssige metoder må nu ses som liggende i direkte forlængelse af, hvilken diagnostisk gruppe den undersøgende praksis har indplaceret et bestemt sygdomsbillede i.

Psykiatrisk behandling. Og psykoterapi som en af flere påvirkningsmetoder.

De psykiatriske behandlingsmetoder inddeles overordnet i somatiske, som omfatter medikamentelle (psykofarmaka) og fysiske påvirkningsmetoder, og i psykoterapeutiske, som er behandling med "psykiske midler" (s. 80). I forlængelse af den psykoterapeutiske side indplaceres et bredt spektrum af forskellige andre metoder, som vi skal kalde institutionelle behandlingsmetoder. Der skelnes her mellem miljøterapi, sysselsætning, ergoterapi og herunder industriterapi mhp revalidering,

samt undervisning og socialrådgivning, hvor alle disse sigter mod på den ene side at indplacere den psykisk lidende i et sygehushmiljø, der "i ønskeligt omfang stiller krav til patientens initiativ og ansvarfølelse" (miljøterapien), og som på den anden side muliggør aktivitet fra den psykisk lidende omkring sin situation (fra sysselsætning, hvor patienten fx er med i nogle funktioner omkring den daglige drift - "havehold", "fejehold", "opvaskehold" og lignende - til socialrådgivning, hvor reetablering af et liv uden for institutionen kan drøftes igennem.

På nær for den somatiske behandlingsmetode så bestemmes alle de andre som værende "fælles for alle patientgrupper", dog i forskellig udstrækning afhængig af diagnosens sværhedsgrad og af institutionens behandlingsskapacitet.

Specifikt om psykoterapi hedder det, at det

"indgår som et vigtigt led, strækkende sig fra egentlig psykoanalyse af neurotiske patienter til en psykoterapeutisk støttende holdning over for patienter med psykotiske lidelser" (s. 34).

Imidlertid er psykoterapi "som psykoanalyse meget ressourcekrævende", og finder derfor "sjældent sted". Foruden psykoanalyse som individualterapi findes de mindre ressourcekrævende terapiformer, som gruppeterapi og familieterapi, hvor man - enten med udgangspunkt i patientgruppen eller i patientens familierelationer - forsøger at få de involverede til samlet at forholde sig til de fælles og individuelle problemområder. Men selv disse mindre ressourcekrævende terapiformer praktiseres dog også i følge Bet. kun i meget begrænset omfang, idet mulighederne for "uddannelse i de forskellige terapiformer i Danmark er yderst begrænset" (s. 50).

Bet. tegner alt i alt et billede af det psykiatriske sygehushæsen, hvor behandlingsbehovet egentlig kun varetages gennem somatisk behandling institutionelt. Som et åbent problem skal her efterlades spørgsmålet om psykoterapien og de institutionelle behandlingsmetoder kan siges at tilhøre psykiatrien som videnskabelig disciplin.

Forholdet mellem psykiatrisk diagnose og behandling: et paradoks.

Der tegner sig også et billede af, at forholdet mellem diagnosegruppe og behandlingsmetode(r) er meget flydende. I praksis er der alvorlige

ressourcemæssige problemer omkring de psykoterapeutiske og de institutionelle behandlingsmetoder, og teoretisk kan der ikke siges meget præcist andet end, at "tunge" patienter - psykotiske og grænsepsykotiske - primært behandles med somatiske metoder - individuelt tilpasset - medens "lette" patienter - neurotiske og karakterafvigende - overvejende behandles med psykoterapeutiske og institutionelle metoder med et somatisk supplement (s. 25-27); og det må tilføjes, at det somatiske "supplement" nok vokser i samme grad, som mulighederne for de andre behandlingsmetoder er fraværende.

Men selv om der tegner sig et flydende billede, så kan forholdet mellem diagnosegruppe og behandlingsmetode ikke siges at være ydre - og dermed tilfældigt - idet psykiatrien netop ses at begrunde sig selv gennem sin mulighed for at aføre, hvad der er psykiatrisk sygdom, og at dette følgelig kan behandles med psykiatriske metoder. Så lad os i et forsøg på at nærme os, hvad der skjuler sig bag ovennævnte flydende billede se på karaktern af psykiatrisk diagnose over for karaktern af de psykiatriske behandlingsmetoder. Vi nærmer os problemet inde fra ved først at begrave den historiske bevægelighed - og hermed udviklingstendenserne - i det psykiatriske sygdomsbillede.

Den historiske bevægelighed i det psykiatriske sygdomsbillede må afhænge både af generelle samfundsmæssige ændringer og af ændringer i det psykiatriske sygehusvæsens behandlingsmæssige fremskridt.

Nu opererer Bet. kun med meget grove bestemmelser omkring samfundsmæssige forhold og ændringer heri, som kan påvirke det psykiatriske sygdomsbillede - demografiske forhold, urbanisering og en blot konstaterbar nedsat tærskel for hvad der af befolkningen opfattes som sygdom - men alligevel menes der at være centrale "holdepunkter" for samfundsmæssige forholds betydning: ingen - eller næsten ingen, hvad vi skal gå ind på først.

Det første holdepunkt er, at sygdomsrisikoen for psykoserne - skizofreni og manio-depressive tilstande - ikke har ændret sig "gennem de sidste generationer" (s. 26). Og det andet holdepunkt er, at nok spiller neurotiske og karakterafvigende tilstande en langt større rolle for behandlingssystemet i dag end tidligere. Men der er her næppe tale om, at "hverken det samlede antal patienter eller hyppigheden af nye tilfælde er tiltaget i årenes løb". Tvært imod var det tidligere således, at de for størstedelens vedkommende forblev ubehandledede. Mht

misbrug af stoffer, så er denne dog afhængig af de samfundsmæssige muligheder herfor - fravær nedsætter misbrugsmulighederne - men det er ikke muligt at sige noget om dette, da misbrug er "præget af store svingninger" (s. 27).

Ud fra dette må vi sige at Bet. ikke tilskriver samfundsmæssige forhold og ændringer heri nogen betydning for eksistensen af psykiatriske sygdomme - på nær hvad angår misbrugsproblematikken. Tilbage som bestemmend

for sygdomsbilledets udvikling er nu kun nedsættelsen af tærskelværdien for, hvad der af befolkningen opfattes som sygdom på den ene side, og på den anden side ændringer i sygehusvæsenets "serviceniveau" og heri de behandlingsmæssige fremskridt. Bet. vurderer ikke dette forhold nærmere, men synes at operere med at der er et lineært forhold imellem dem, således at bedre service betyder større tilgang af patienter - eller omvendt: at man tager sin sygdom på sig som sygdom, hvis man oplever at den kan behandles. Bet. kan da også konkludere, at selv om antallet af indlæggelser er steget fra 5 til 80 pr 10.000 inden for de sidste 100 år, så

"afspejler det selvsagt ikke en tilsvarende stigning i sygdomshyppigheden; langt den største del må tilskrives sygehusmæssige faktorer og tærskelværdier" (s. 25).

Hvad der skyldes den resterende del må - fraset at det udelukkende skulle være misbrug - må siges at være ubegrebet i Bet., idet de samfundsmæssige forhold ikke tilskrives nogen rolle.

Tilbage for os er derfor kun at betragte de konkrete ændringer/fremskridt i de psykiatriske behandlingsmetoder, idet disse må være de bestemmende for ændringer i det psykiatriske sygdomsbillede, da der ikke kan herske tvivl om, at der er sket ændringer.

Overordnet for dette er - som tidligere beskrevet - udbygningen af det psykiatriske sygehusvæsen, således at det op gennem historien har fået mere plads- og behandlingskapacitet. Men dette har som sagt kun betydet at skjulte psykiatriske sygdomme er kommet det psykiatriske sygehusvæsen i hænde, for oprindeligt var det kun de patienter, der simpelt hen ikke kunne klare sig andre steder, som befandt sig på de psykiatriske afdelinger.

Men med udbygningen i begyndelsen af 1900-tallet fulgte der ligeledes en bedre standard (hygiejnisk og kostmæssigt), og parallelt hermed blev der gjort forskellige opdagelser af lægevidenskaben, der tilsammen betød en ændring af det psykiatriske sygdomsbillede, som da overvejende bestod af kroniske patientgrupper. Den bedre standard betød, at infek-

tionssygdomme, der tidligere havde dødelig udgang, blev færre, og endvidere blev det også muligt at behandle den væsentligste infektionssygdom: tuberkulose. Ligeledes blev der gjort den opdagelse at der til grund for syfilis lå en virus - at syfilis altså var en legemlig sygdom - og at den kunne behandles som sådan.

Dette betød for det første en nedgang i dødeligheden for den største patientgruppe - de skizofrene - da deres indlæggelsestid var langvarig, sædvanligvis livsvarig. Og for det andet betød det at antallet af indlagte med syfilis faldt. Der sker hermed en ændring i diagnosefordelingen på den ene side, men på den anden side sker der også en radikal ændring af aldersfordelingen, hvor de ældre aldersgrupper bliver "mere og mere dominerende". Dette skyldes i følge Bet., at den psykiatriske behandlingseffektivitet ikke havde nået en "tilsvarende effektivitet" (s. 25), hvad den først opnår fra 50'erne og frem med indførelsen af medikamentel (psykofarmaka) behandling.

Med indførelsen af psykofarmaka sker det andet skift i det psykiatriske sygdomsbillede. Det psykiatriske sygehusvæsen får nu gennem psykofarmakaen muligheder for aktivt at behandle de psykotiske patienter, og der sker en nedgang i antallet af disse på institutionerne, idet deres indlæggelsestid kan forkortes. Med det nyeste psykofarmakum - lithium - er det endvidere muligt at langtidsbehandle i "anfaldsforebyggende øjemåd". Det ene aspekt i dette skift er altså at patientgruppernes gennemsnitlige alder falder. Det andet aspekt er en forskydning i diagnosefordelingen, hvor de "lette" patienters - neurotiske og karakterafvigende - antal stiger i forhold til hele patientmassen.

Vi må på grundlag af ovennævnte sige, at Bet.s overvejelser omkring bevægelighed og udviklingstendenser i det psykiatriske sygdomsbillede tenderer at blive gjort til spørgsmålet om, hvad de psykiatriske behandlingsmuligheder og -fremskridt betyder for diagnosefordelingen på institutionerne. Det må i vis udstrækning gå således, når Bet.s overvejelser over det samfundsmæssiges betydning for bevægelse og udvikling i det psykiatriske sygdomsbillede ses at være en konstant faktor - og dermed en underordnet faktor.

Opsummerende kan vi sige, at det første skift i det psykiatriske sygdomsbillede skyldes forhold "uden for" psykiatrien: bedre hygiejne og behandlingsmuligheder af somatiske sygdomme, der fremtrådte som psykiatriske. Det andet skift kommer med brugen af psykofarmaka, der muliggør udskrivning af kronisk syge.

Det "flydende" billede mellem diagnose og behandling kan nu gives en første præcisering: det bestemmes som et rent internt forhold mellem det psykiatriske sygehusvæsen og den enkelte patient, hvor den eksisterende psykiatriske viden kan siges at være bindeledet mellem dem. Udviklingen i det psykiatriske sygdomsbillede ses ligeledes at blive bestemt psykiatri-internt. Der er altså ikke tale om generelle samfundsmæssige ændringer i det psykiatriske sygdomsbillede - når der frases de psykiatriske sygdomme, som der er viden om har et somatisk grundlag. Nu eksisterer det psykiatriske sygehusvæsen ikke i et samfundsmæssigt vakuum, så der må kunne tales om samfundsmæssige ændringer i det psykiatriske sygdomsbillede. Og dette ses nu at være graden af psykisk syge, der også er psykiatrisk behandlet.

Lad os nu prøve at nærme os problemet ude fra ved at betragte karakteren af diagnosen og af behandlingen, og her efter deres forhold til hinanden.

Karakteren af den psykiatriske diagnose er af rent psykisk art. Medens der ikke ses at være problemer med at afgøre om en tilstand er psykiatrisk sygelig eller ej - det afgøres suverænt ud fra den eksisterende viden om hvilke symptombilleder der afviger fra det normale (dvs primært ud fra formelle kriterier) - så ser det dog ud til at der i dag er problemer med at afgøre, hvorvidt

"hovedlidelsen er af psykisk eller somatisk karakter", idet "sygdomsbilledet kan være sammensat af såvel psykiske som somatiske og eventuelt sociale elementer" (s. 79).

Mao så ses psykiatrien som havende problemer - manglende viden? - omkring de ætiologiske forhold, og om disses sammenhæng med symptombilleder. På denne baggrund kan det siges at blive forståeligt, at den legemlige undersøgelse er et obligatorisk led i den psykiatriske undersøgelse - selv om psykiatriens fagområde udtrykkeligt er de sygelige psykiske symptomer, eller de sjælelige faktorer, der træder frem som sygelige tilstande.

Den legemlige undersøgelse kan siges at tjene psykiatrien derved, at der via denne kan udelukkes somatiske årsagsforhold - som hvis de findes gør sygdomstilstanden til et rent lægevidenskabeligt anliggende. Dette udelukkelsesforhold gentager sig også på niveauet for forholdet mellem det psykiske og det sociale, hvor det sociale nok ses at kunne medbetunge udformningen af en psykiatrisk tilstand - er evt den ud-

løsende faktor som ved psykogene psykoser - men det er pr definition fraværende i selve den psykiatriske diagnose, idet denne vedrører individet som sådan.

Karakteren af behandlingsmetoder er her over for af somatisk, psykisk og social-institutionel art. De somatiske behandlingsmetoder - her specielt psykofarmakaen - er dog af en sådan beskaffenhed, at de ikke "helbreder sygdommen, men dæmper symptomer" (s. 24).

Det har imidlertid været nok til "at revolutionere" behandlingen af de "tunge" patienter - de psykotiske og grænsepsykotiske.

De psykiske/psykoterapeutiske metoder er her over for af en sådan karakter, at de primært er anvendelige over for "lette" patienter - de neurotiske og karakterafvigende - hvor det kan siges, at overgangen mellem det normale og det sygelige "er gradvis".

Endelig er de socialt-institutionelle metoder at opfatte som rammemuligheder, der muliggør aktivitet generelt, og specifikt aktivitet i forhold til indslusning i det sociale liv uden for institutionen.

Det "flydende" billede mellem diagnose og behandling kan nu gives en anden - og yderligere - præcisering: den eller de metoder, der kan påvirke den psykiatriske tilstand, der begrebsligt fikses gennem diagnosen, anvendes. Og i den grad at dette involverer påvirkning af årsagsforholdene til den psykiatriske tilstand, så placeres årsagsforholdene i individet. Der træder hermed en cirkularitet frem mellem psykiatrisk diagnose og behandling: gennem diagnosen siges grundlæggende, at den psykiske tilstand er ikke-normal, og at årsagsforholdene her for ligger uden for den psykisk lidendes egne interventionsmuligheder, hvorfor den psykisk lidende derfor normalt set er ikke-varetagende for sit eget liv. Behandlingen - somatisk, psykisk og socialt-institutionelt - retter sig grundlæggende ind mod en påvirkning tilbage til en normal-psykologisk tilstand med egenvaretagelse af eget liv.

Vi har nu hevet to aspekter frem, som kan præcisere det "flydende" billede mellem psykiatrisk diagnose og behandling: at det er psykiatriinternt og cirkulært. Set fra individets standpunkt betyder dette, at kan det ikke ved egen kraft gribe ind over for de årsager, der gør at det ikke er normalt-omsorgende for sit eget liv, så kan det psykiatriske sygehusvæsen blive en omsorgsmulighed for det, men her kan

der dog heller ikke gribes ind over for årsagerne til det, men det psykiatriske sygehusvæsen kan dog varetage den manglende egenomsorg samtidig med at det råder over påvirkningsmetoder i relation til symptom-billedet, som alt i alt indeholder potentialet for fremtidig normalomsorg - eller for særlig social-omsorg.

Set fra det psykiatriske sygehusvæsens/psykiatriens standpunkt betyder psykiatri-interne og cirkulære forhold mellem diagnose og behandling, at psykiatrien ses at have en kompetence over individet - og egentlig også over de omgivende samfundsmæssige forhold - til at afgøre hvor vidt og i hvilken grad, at forhold er psykiatriske eller ej. Hvor vidt denne teoretisk iboende kompetence også har praktisk betydning er derfor bestemt af accepten/indvilligelsen fra individets hhv det omgivende samfunds side. Er individet imidlertid allerede inden for det psykiatriske sygehusvæsen i praktisk forstand, så må psykiatriens kompetence siges at være absolut.

Afsluttende om forholdet mellem børne-, ungdoms- og voksenpsykiatri.

I det foregående har vi taget voksenpsykiatrien som den repræsentative for grundstrukturen i den psykiatriske videnskab. Ikke uden grund, da børne- og ungdomspsykiatrien er udsprunget af den klassiske psykiatri. Af disse er det dog kun børnepsykiatrien, der har udviklet sig til et selvstændigt speciale (jvf tidligere) med egne undersøgelses- og behandlingsmetoder. Men hvorfor - må vi spørge - er dette ikke også overgået ungdomspsykiatrien. Bet. er tavs om dette, men et svar lader sig umiddelbart koncipere. For det første er etableringen af en videnskabelig disciplin - teoretisk som praktisk - afhængig af, at der er en genstand for den. Og her kan det siges, at både barndommen og ungdommen er sene socialhistoriske produkter. Barndommen opstår således først som alment socialhistorisk karakteristikum i slutningen af 1800-tallet, medens der ikke kan tales om en egentlig ungdomsfase før langt inde i 1900-tallet (jvf S. Mørch 83). På grundlag af dette må vi sige, at børne- og ungdomspsykiatrien nødvendigvis må følge efter etableringen af en "voksenpsykiatri". For det andet betyder "voksenpsykiatriens" indfaldsvinkel - diagnostik mhp udskillelse af de ikke-normale, men syge - især problemer i forhold til ungdomsfasen, idet denne er en "omvæltningens fase", hvor grænsen mellem det normale og det sygelige til stadighed er i bevægelse, hvorfor det bliver overordentlig vanskeligt for en ungdomspsykiatri at koncipere sin genstand.

Det kan også siges på den måde, at så længe de grundlæggende træk ved ungdomsfasen endnu ikke er historisk modnet/udviklet - hvad meget tyder på at de endnu ikke er - så længe vil ungdomspsykiatrien ligeledes forblive umoden/uudviklet.

Disse to forhold har også været bestemmende for børnepsykiatrien, og bestemmende for at den har udviklet sig til et selvstændigt videnskabeligt speciale.

Måden som børnepsykiatrien afgrænser sit fagområde på er den samme som voksenpsykiatriens, dog med den afgørende forskel, at sociale forhold i form af forældre- og søskenderelationer søges medinddraget ved diagnoseopstilling, og at behandlingsmetoderne søges tilpasset barnets udviklingsniveau.

Omkring behandlingsmetoderne viser det sig imidlertid - og netop - at medikamentel behandling ikke i samme grad som for voksne synes at kunne påvirke psykiske tilstande, hvorfor

"psykoterapi og miljøterapi i videste forstand fortsat er den væsentligste behandlingsmetoder over for børn med psykiske lidelser, herunder psykoser" (s. 29).

På samme måde som forhold i barnets sociale ramme søges medinddraget ved diagnoseopstillingen, så søges de behandlingsmæssige tiltag bredt "socialt" ud i forhold til andre institutioner og til andre behandlende faggrupper som læger, psykologer, pædagoger og socialrådgivere. Bet. gør her opmærksom på, at der også findes en yderligere udbredningsretning, som der må satses på fremover, nemlig familierapi, hvor "ikke kun barnet, men hele familien behandles samlet" (s. 30).

Opsummerende om forholdet mellem børne- og voksenpsykiatri kan vi nu sige, at børnepsykiatrien ikke er så lukket i forhold til sine omgivende (behandler-)rammer som voksenpsykiatrien er, men at voksenpsykiatrien nu er ved - gennem tanker om distriktspsykiatri - at nærme sig børnepsykiatrien.

Et andet træk er, at der ikke i samme grad for børnepsykiatriens vedkommende abstraheres fra de sociale forhold, hvor under barnet udvikler sin psykiske lidelse. Dette er også umuligt i absolut forstand, når det angår børn, idet et barn kun via social understøttelse fra tilknytningspersoner (forældre mm) kan varetage sin egenomsorg. Børnepsykiatrien er derfor tvunget til eksplicit - ikke nødvendigvis implicit - at forholde sig til, at bæreren af diagnosen ikke er fritstående

psykisk lidende, hvorfor den behandlende ramme og behandlingen som sådan må kompensere for dette med det perspektiv, at barnet igen på langt sigt kan indgå i dets sociale understøttelsesforhold uden for institutionen. Netop dette, at barnet kun kan varetage sin egenomsorg via understøttelse fra tilknytningspersoner modsat den voksne, der må klare egenomsorg alene, kan siges at være den samfundsmæssigt determinerende faktor for, at børnepsykiatrien har differentieret sig ud fra voksenpsykiatrien. Et andet forhold er nok også, at det i relation til børn er mere tydeligt, at sociale forhold er medbetingende for udvikling af og vedligeholdelse af psykiske symptomer.

Livsopretholdelse gennem terapi?

Af det foregående er det muligt at formulere et paradoks, der så småt er kommet til syne, og dette i stadig mere ren form ⁹ på den ene side ses det psykiatriske sygehusvæsen - og psykiatriens - etablering som værende bestemt af øget viden om dels hvad der er psykiatriske sygdomme, dels om deres årsager, samt at disse sygdomme kan påvirkes gennem behandling (:bedres eller helbreds) ⁶ men på den anden side så råder psykiatrien ikke over behandlingsmetoder, der kan gribe ind i relation til årsagsforhold, da det endnu kun er muligt at påvirke symptomer - ud over selve den påvirkning som institutionsanbringelsen i sig selv giver anledning til - hvorfor det, der er psykiatrisk behandlingsrelevant er det, som reagerer på påvirkning.

Altså paradokset: viden ses som forudsætning for behandling, men behandling, men behandling finder sted uden viden om, hvad der ligger til grund for det, der behandles. Psykiatrien er derfor i dag - og historisk set - påvirkningsviden, der gennem eksistensen af det psykiatriske sygehusvæsen får sin praktiske kompetence og virke. Triaden - diagnostik, teori, behandling - som vi tidligere fandt var psykiatri-internt og cirkulært begrundes derfor alene inden for terapirebets restriktive logik under abstraktion fra det sociale som magt - det sociale som magt er netop forudsat - og tilbage bliver derfor kun psykiatrien som kontrolvidenskab inden for betingelser, som det sociale konkrete udøvelse af herskab over den individuelt isolerede/den teraperede.

Hvis der bliver inden for paradoksets form - hvilket er at blive i det ideologiske standpunkt - så må psykiatriens udviklingsretning, og

den retning som behandlingsmæssige fremskridt søges i, blive set begrundet i 1) effektivisering af påvirkningsmetoder, og/eller 2) søgning efter årsagsforhold i individet, som lader sig kausalt behandle. Begge udviklingslinier træder frem i psykiatriens historie - og ligger også mellem linierne i betænkningens overvejelser - hvor de har en historie, der er lige så lang som det psykiatriske sygehusvæsens historie. Historien om psykiatriens behandlingsmetoder - til eksempel kardiazol og insulinchok, lobotomi (hjerneoperation), tvangssterilisation, elektrochokbehandling, tvangsbehandling som fx med neuroleptika, antidepressiver, lithium og fixeringer - er som sådan blot den psykiatriske kompetence og selvforståelse taget på ordet af de behandlende instanser; og heri begrunder sig også LSD-behandlingen herhjemme i 60'erne. Der er intet uhyrligt i dette - ikke andet end psykiatri i ren form! Og denne garanteres til stadighed gennem selve eksistensen af det psykiatriske sygehus med den socialt-institutionelle behandlingsmetode som herskab over den teraperede. Tænktes der ikke om denne, så bliver det nemlig kun muligt inden for rammerne/betingelserne at opnå selvbestemmelse gennem forsøg på kontrol over påvirkningen - og med kooperationsprocesserne alene set og anvendt i deres asymmetriske aspekt som ensidig påvirkning af den teraperedes personlige tilstand. Og med det sociale som udøvende herskab er den teraperedes eksistensmåde netop fordoblet i en psykisk og en somatisk dimension (med et bestemt udviklingsforhold imellem sig), så hvis der heller ikke tænkes om dette fra det sociale standpunkt, så bliver dørene slået helt op for den nødvendige - og vilkårlige - påvirkning af den teraperede på alle tænkelige måder - hvor det bliver den på stedet værende behandlingstradition og de personlige behandleres overbevisning og tilfældige ideer, der alene bliver bestemmende for de specifikke behandlingsmæssige tiltag. Begrundet i sagen er behandlingsmetoderne ikke længere - men kun opretholdelsen af institutionen og af behandlerens egen kompetence/frihed er tilbage som begrundelsesgrundlag herfor.

Typisk er da også, at konkret kritik af behandlinger på psykiatriske institutioner vendes om og gøres til et ressource- og/eller et etisk anliggende.

Så psykiatrien lægger sig aktivt i forlængelse af den restriktivitet, som individuelt isolerede er bundet ind i i forvejen i deres generelle sociale liv ved implicit at være en sådan i ren form, hvorved restrik-

tiviteten gøres til selve den overordnede reproduktionsform for psykisk syge på institutioner. Og det bliver også her igennem, at de teraperede bearbejder deres personliggjorte afmagt.

Det er derfor heller ikke tilfældigt, når empiriske undersøgelser af behandlede psykiatriske patienter kan vise, at disse danner et "billede af en i næsten enhver henseende stærkt distanceret befolkningsgruppe", hvis "psykiske funktionsevne er nedsat - både i forhold til tidligere og i forhold til befolkningens flertal - har ringere vilkår på næsten ethvert område" (E. Körmendi 75, s. 36. Jvf også tidligere s. 284-85), da denne manglende - og gennem den psykiatriske behandling minimerede - "livskvalitet" som dimension netop også har psykiatriens egen restriktivitet i sig. Det er også i denne sammenhæng, at det i 50'erne og 60'erne meget omdiskuterede fænomen hospitalisering (se til eksempel Sundin 70) skriver sig ind, idet institutionelt behandlede tvinges så meget ind i en videre afmagtsforholden sig til sig selv - upåagtet om visse af de aktuelle betingelser til institutionsanbringelsen bearbejdes eller ej - at deres muligheder for at komme tilbage i "samfundet" til et typisk liv i privatformen er så begrænset, at statslig forsørgelse/støtte under een eller anden form ofte må følge med - hvad den så ofte heller ikke gør konkret. Endvidere er vi også her ved kernen af det empiriske forhold, at psykiatriske diagnoser een gang stillet, så at sige får livslang betydning og i vid udstrækning også livslang realitetsnærvar - hvilket dog ikke skyldes diagnosemagerens evne til at stille den "rigtige" diagnose, men dennes forbigåelse af (eller manglende muligheder for!) at involvere sig i den nødvendige fælles kamp for en generobring af samfundsmæssige livsbetingelser - og i forlængelse heraf de kollektive rammers forbigåelse af samme.

Men selv om psykiatriens restriktivitet føjer sig til den teraperedes restriktivitet som nødvendig behandlingsdimension, så sætter den sig ikke mekanisk igennem i den teraperedes bearbejdningsformer. Den formidles også af de behandelende instanser, lige såvel som den heller ikke simpelt determinerer andre behandlingsformer af psykisk/somatisk karakter. Og som formidlet kan de involverede forholde sig til den - de teraperede dog typisk alene ved at beskytte sig, taktisk benægtelse mv, eller hvis ikke dette er muligt så ved at give helt op og lade sig gå i stykker endnu engang, hvor det kan siges at kun det defensive og individuelle oprør står til deres rådighed inden for rammerne. Men alt dette afhænger også af, hvorledes de behandelende instanser selv

forholder sig til restriktiviteten, idet disse har en grad af kompetence i forhold hertil, som kan anvendes med eller mod de teraperede. Det er i denne sammenhæng, at vi møder opgørene med psykiatrien - antipsykiatrien, den italienske distriktspsykiatri, den svenske distriktspsykiatri mv - der alle søger at gøre op med psykiatriens positivistiske grundlag og dens hermed forbundne objektivistiske behandlingsideologi. Disse skal vi ikke analysere her (for gennemgang og kritik se Agger mfl 77, L. Karpatschof 80, Agger 80, R. Gunnarsson mfl 81 og U. Eckardt 82), men summere op for denne terapitendens.

Når social afmagt må tackles inden for rammerne bliver det i formen individuel isolation. Og gøres dette forhold til genstand for arbejdsvirksomhed, bliver det med den isoleredes personliggjorte afmagt som genstand. Og finder dette sted som et forhold for det psykiatriske sygehussvæsen bekræftes restriktiviteten i individets hidtidige bearbejdningsforhold gennem det psykiatri-interne og cirkulære forhold mellem diagnose og behandling, idet dette befæster den teraperedes løsrivelse og henvisthed det sociale. I denne situation - og i den videre proces - stilles individet over for valget mellem at beskytte sig yderligere, isolere sig, benægte mere af verden - i hvert fald at skulle forholde sig taktisk til det "behandlende sociale" eller helt at overgive sig til det "behandlende sociale" ved at opgive egne samfundsmæssige interesser og overtage det sociale forventninger, krav osv osv. Og dette alternativ - dette nye bearbejdningsforhold - leves og gennemleves af den teraperede i det stadige liv inden for de behandlingsmæssige rammer, der via herskab over den teraperede søger at påvirke denne tilbage til et liv uden for. I denne proces er der mulighed for udviklingen af kooperationsforhold, hvor det bliver eksistensen og graden af disse, der som sådan tager den teraperedes standpunkt, som bliver bestemmende for, hvor vidt der føjes mere eller mindre restriktivitet til den teraperedes livsperspektiv. Man skal som teraperet være stærk på forhånd for ikke at få mén af psykiatrisk behandling - for ud over ens oprindelige konflikter må man handle sig igennem en ny "psykisk-sygdoms"-konflikt, hvorfor vi også kan sige, at transformationen af personliggjort afmagt til sygdom (se tidligere s. 291) som et forhold i individet - hvilket (også) er psykiatriens specifikke transformation - bliver det udviklingsforhold, hvor under individets oprindelige kollektive afmagt og personlige isolation finder sin løsning for den

teraperede. Og det bliver her de specifikke forhold i det "behandlende sociale", der bliver bestemmende for den videre udviklingslogik i den psykiske sygdom.

Så psykisk sygdom er et forhold i individet, men kun i individets bearbejdningsforhold inden for psykiatrisk reproduktion. Her over for at ville se psykisk sygdom som en myte (T. Szasz 61) eller som en specifik stempling (T. Scheff 75) er kun at føje spot til skade over for den personligt afmægtige: psykisk sygdom er netop den stempling, der gør reelle problemer til myte - hverken det ene eller det andet, men det hele.

Så den type livsopretholdelse, som psykiatrien tilbyder og varetager, er den, der enten knækker een helt, eller som giver een et pusterum under skarp kontrol. Alt her ud over kommer fra behandlere, der i praksis - og i teori - holder psykiatriens restriktivitet på afstand i et reflekteret bearbejdningsforhold til den enkelte og gruppen af teraperede i deres bestræbelse på at trænge fremmedbestemtheden tilbage gennem erobring af fælles samfundsmæssige livsbetingelser.

Terapi fænomenets terapibestemmelse på ny.

Vender vi os på ovenstående grundlag mod terapi fænomenet, som det kulturelt træder os i møde gennem konglomeratet af forskelligartede terapibestemmelser, så kan vi nu sige, at det "rene" terapibegreb - referencen til "noget der gøres: der sættes noget i værk over for noget andet" (s.8) - spejler det forhold i terapi, at den terapeutiske arbejdsvirksomhed af det sociale alene anskues som en påvirkningsproces under tilsvarende udgrænsning af den fælles Kooperation - eller Kooperationen alene anvendt i påvirkningsøjemed; medens det transformerede terapibegreb - referencen til "medicinsk og/eller psykologisk/psykoanalytisk sygdomsbehandling" - spejler det forhold i terapi, at det sociale udøver herskab over den teraperede, hvorfor den terapeutiske arbejdsvirksomhed bliver en selvbestemmende påvirkningsproces, som den teraperede alene må gøre sig til objekt for - for på langt sigt at kunne fastholde sin subjektivitet; udgangen er da også typisk en generelt nedsat personlig subjekt-agtighed, idet fremmedbestemtheden ved den personlige selvbestemmelse kommer til at omfatte selvbestemmelsen som sådan i formen psykisk sygdom.

I ovenstående spejles også generelt det samfundsmæssige forhold, at den samfundsmæssige produktion ikke par excellence også strukturerer

sig omkring almengjort sygdomsforebyggelse gennem indre ændrede samfundsmæssige indgreb i de arbejdsvirksomhedsbetingelser, der konkret overbelaster de involverede. Men at det først er, når skaden er sket, og når den er nået frem i en offentlighed, at der muligvis - dvs ud fra styrkeforholdet mellem de involverede - gribes ind. Og så gribes der endvidere ind på klassespecifik restriktiv måde. Privatformen for samfundsmæssig livsopretholdelse larmer uhyggeligt smukt på denne kulturelle overflade med problemproduktion og -reproduktion bestemt som afsubjektiverede fænomener, der passivt så at sige af sig selv dukker op i en offentlighed - for så aktivt at blive "behandlet" og "forebygget" i forhold til kun den enkelte. Tænkes der ikke om denne form, men kun i den, så forbigås aktivt muligheden for sundhedsproduktion (jvf s.265ff), da det kooperative aspekt kun gribes som herskabsmuligheder for kontrol af den teraperede - hvorfor behandling må blive søgt reduceret til isoleret påvirkning af den enkeltes tilstand (uafhængig af sygdommens art og genese) ud fra et herskabsvidenskabeligt standpunkt, medens forebyggelse må blive søgt reduceret til ude fra og fra oven strukturering af de sociale betingelser for den enkelte (uafhængig af den enkeltes samfundsmæssige interesser) ud fra et kontrolvidenskabeligt standpunkt. Psykiatrien yder derfor indespærrings- støtte frem for overlevelsesshjælp.

Den konkrete bestemmelse af terapi som sygdomsbehandling - på naturvidenskabeligt grundlag - skriver sig ind i samfundshistorien med kapitalismens opståen. Men den transformation - som forskydning og reduktion - i betydningsindholdet for terapi, der hermed etableres - historisk set for anden gang; første gang var med antikkens bestemmelse under abstraktion fra sygdomme som noget produceret - betød dog ikke terapibegrebets endeligt. Tvært imod. For terapibegrebet får samtidig med transformationen sine forlenede referencer, idet denne sætter sig igennem gennem en samfundsmæssig uddifferentiering af forskellige typer af behandling (:somatisk, anstaltmæssigt-moralsk, psykisk).

Det er derfor terapi fænomenets "iboende tvedeling" (s.8 - 9) med stats-samfundsformens opståen, der giver anledning til forlenede terapi-bestemmelser - eller måske mere præcist: det er to sider af samme mønt - hvor over for forlenede terapibestemmelser i sin essens må blive forsøg på abstrakt negering af den herskende kulturelle overfladebestemmelse af terapi som "bare et oprindeligt/gammelt/andet ord" for sygdomsbehandling. Det, der derfor må komme ud af abstrakt negering

af terapi som sygdomsbehandling, er - da der som sådan ikke stilles spørgsmål til de samfundsmæssige former for kapitalens eksistens gennem staten - forsøg på inden for rammerne af kapitalstaten at udvikle en forholden sig til reproduktionsproblemer med det enkelte individ som subjekt i dets egen individuelle løsning heraf. Og det, som må søges virkeliggjort, er den enkeltes løsning af egne problemer/konflikter gennem egeninvolvering i såvel kontrol- som herskabsbestræbelser over for sig selv. Hvis dette også er muligt, viser det omvendt også terapi-fænomenets ideologi-iagttsomme karakter (jvf hertil s.117).

Men terapi fænomenets "iboende tvedeling" og de forlenede terapibegreber spejler også den enkelte afmægtiges grundlæggende skisma mellem at skulle vende afmagten inden for dets betingelser, eller at skulle/måtte søge ud af disse ved at tage den fælles kollektive afmagt på sig som sit problem (og det er også dette skisma, der vendes på hovedet og gøres til et forhold i individet, hvis individet eksisterer som psykisk syg under psykiatriens kompetence). Så hvad der bringer den enkelte ind i terapi fænomenet er, at det bliver mere og mere lidelsesfuldt at måtte imødegå en stadig forringelse af ens livskvalitet uden at kunne hamle op med det i formen: vende sit livs udviklingslinie i situationen sammen med de andre involverede. Og heri kommer også til at ligge det forhold, at den enkelte afmægtige kan opleve sit liv som en knude eller som gået i stå, hvorfor forholdet til terapi må antage karakter af udviklingshjælp med det lidelsesfulde centreret omkring "ikke at have levet", "ikke at kunne leve" eller i frygten for "ikke i sit liv at komme til at leve".

Denne dimension af udviklingshjælp må altid være nærværende i individuelt afmægtiges bearbejdningsformer - upåagtet graden af fremmedbestemthed og den personlige tilstand (:psykotisk, neurotisk inden for psykiatrien) - og den kan såvel gribes af det (behandlende) sociale gennem bevidst formidlede indgreb i forhold hertil - eller den kan benægtes, hvad psykiatrien søger at gøre. Men selv ud fra psykiatriens standpunkt er det ikke nok blot at diagnosticere og behandle psykisk syge som objekter ud fra antagelsen om, at de på ingen måde i en eller anden grad er subjekter for deres liv - for til stadighed må psykiatrien igennem sin magt over det "behandlende sociale" forholde sig til, at "objekterne" er virksomme i forhold hertil. Psykiatriens eksplicitte moralske begynder-stok var det første forsøg på tackling og kontrol heraf. Psykiatrien tvinges mao til at forholde sig til den person-orienterede udviklingsbevægelse - hvilket er den anden restriktivt

terapeutiske udviklingstendens (jvf s.306-7). Og her er det at Freud - som psykoanalysens grundlægger i slutningen af forrige århundrede - kommer til at spille en vægtig rolle, idet han søger at gribe denne dimension af udviklingshjælp i den individuelt afmægtiges bearbejdningsformer. Tilgangen til den terapeutede fra det sociale skiftes nu fra en horisontal-social indfaldsvinkel til en biografisk-vertikal indfaldsvinkel. Og denne skal vi nu overgå til at følge i sin bestemmelsesudvikling.

Kapitel 6.2: Den person-orienterede udviklingsbevægelse i Freuds psykoanalyse: terapi som forandringshjælp, og som et muligt livsrum i den kapitalistiske overlevelsesproces.

Psykiatrien med mennesket kun set som objekt kalder man på bestemmelser af det indre virksomme i dette "objekt" - bestemmelser af den person-orienterede udviklingsbevægelse - og her ligger det anknætningspunkt, der gør Freuds terapibestemmelser relevante og nærværende.

I følge Freud selv "begyndte psykoanalysen som terapi" (Freud 73, "Nye Forelæsninger", s. 126). Og den terapi der er tale om, er psykoanalytisk behandling som behandling af visse lidelser og sygdomme med andet end psykiatriens gængse fysiske, moralske og religiøse midler og tricks, nemlig behandling med samtalen som middel.

Og vi kan tilføje, at den historiske mangfoldighed af forskellige terapiformer begynder med Freud og den historiske epoke som Freud skriver sig ind i: kapitalismen. Udviklingen af psykoanalysen har været central for, at antikkens brede, bløde og passive terapibetydning er blevet fastholdt i sin bredde på trods af den aktive udfyldning med behandling. Og dette også fordi, at selv om psykoanalytisk behandling har en oprindelig helt specifik betydning, så har psykoanalysen været ophav til et væld af forskellige terapiformer, som eksplicit forholder sig til Freuds psykoanalyse - enten ved at forkaste psykoanalysen eller ved at videreudvikle den. Og denne centrale betydning er ikke tilfældig, hvad det følgende skal pejle os ind på.

Freud udvidede og reviderede den psykoanalytiske teori flere gange, så for at indkredse, hvordan Freud konciperer (og arbejder med) den person-orienterede udviklingsbevægelse (hos den terapeuede), må vi først skabe os en oversigt over den psykoanalytiske teoris udvikling og centrale bestemmelser.

Freud søgte gennem hele sin virksomhed at udvikle psykoanalysen, som en teori om den menneskelige psyke, ud fra et naturvidenskabeligt ideal, hvilket han havde med sig fra sit medicinske arbejde, hvor han studerede neurologiske og fysiologiske processer ved mennesket ud fra den grundantagelse, at mennesket - som en biologisk organisme - kunne forstås som et dynamisk system, hvor kemiens og fysikkens love er gældende.

Den viden om mennesket, som Freud her igennem opnåede, viste sig dog ikke at være tilstrækkelig til hans kliniske arbejde med behandlingen af "psykiske lidelser". Der syntes for Freud andre processer involveret end neurologiske og fysiologiske. Og den eksisterende psykiatri, som søgte at bestemme disse i deres patogene aspekt, syntes slet ikke at kunne nå frem til aktive behandlingsprocedurer her over for. Der blev til stadighed en "rest" tilbage, som ikke lod sig forklare og behandle ud fra en rent somatisk indfaldsvinkel.

Dette førte Freud til at studere hypnose og katartisk terapi - hvor behandlingen består i at snakke ud om sine problemer - som behandlingsformer, hvilke førte Freud på sporet af, at dynamiske ubevidste kræfter var involveret i de "psykiske lidelser". Dette førte så Freud væk fra den somatiske indfaldsvinkel over i den "psykologiske". Nu blev mennesket nok set som en biologisk organisme, men denne organisme har også et kvalitativt aspekt i form af en psyke eller en sjæl. Freud overgik nu helt til at arbejde direkte med hvad psyken producerede i form af oplevelser - som drømme, frie associationer og fortælelser - hvor målet blev gennem tolkning at forklare det erfaringsindhold, der udtrykte sig her igennem. Tolkningen blev samtidig set som den behandlingsmetode, der ophævede de ubevidste processers determinerende virke, og dermed de psykiske forstyrrelser.

Skriftet "Drømmetydning" fra 1899 markerer dette skift i Freuds arbejde, hvor den psykologiske indfaldsvinkel til forklaring af de "psykiske processers natur" udvikles. I dette skrift bestemmes denne (:den psykoanalytiske metode) både som et supplement til den neurologiske og fysiologiske - at det mao er samme genstand der analyseres og bearbejdes - og som værende kvalitativt forskellig fra den neurologiske og fysiologiske, idet den har psyken som sin genstand (Freud 74, "Drømmetydning", s. 11 og 44).

Freud bevæger sig her uden om dobbeltheden eller modsigelsen ved på den ene side at lange ud efter de psykiatere, der har sat "psyken under formynderskab og kræver, at ingen af dens rørelser røber en for denne særegen evne" (s. 44), og ved på den anden side at postulere, at der eksisterer en "kausalkæde, der strækker sig mellem det organiske og det sjælelige" (s. 44).

Den metafysiske og naturfilosofiske opfattelse af psyken som en selvstændig entitet uden for eller over det materielle havde Freud ingen interesse i at tilslutte sig, men han var åbenbart klar over, at hans

psykoanalytiske indfaldsvinkel kunne åbne op for denne, hvorfor han også i samme forbindelse udtrykker sit naturvidenskabelige håb:

"Selv hvor det psykiske ved udforskningen viser sig at være den primære anledning til et fænomen, vil en dybere indtrængen en skønne dag vide at finde vejens fortsættelse lige til det sjæleliges organiske begrundelse. I de tilfælde hvor man med vor nuværende erkendelse når frem til en psykisk årsag, bør man imidlertid ikke af ovennævnte grunde fornægte en sådan" (s. 44).

Dette håb om "neurologisk reduktion" fastholdt Freud for eftertiden. Men psykoanalysen havde fundet sine første ben at gå på gennem studiet af det ubevidste indhold i psyken, hvilket førte Freud til sin næste grundlæggende antagelse: at det overvejende var af seksuel karakter. Freud gik i gang med at udvikle en model over det psykiske apparat (s. 423), hvor forholdet mellem de subjektive oplevelser og de objektive processer (af fysiologisk, neurologisk eller psykisk karakter) blev den centrale akse. At blive/være subjekt for sit liv blev ensbetydende med at blive/være bevidst om de objektive processers determinerende rolle. Psykiske forstyrrelser er i overensstemmelse hermed objektive processers ubevidste determination af de subjektive oplevelser. Freuds psykoanalyse bliver en metapsykologi, hvor det psykiske og det materielle først rives fra hinanden og stilles op over for hinanden, for så i et andet skridt at blive føjet hypotetisk sammen gennem en model om det psykiske apparat.

To antagelser blev dermed centrale: for det første antagelsen om psykisk determinisme eller kausalitet, der gik ud på at ethvert psykisk fænomen er bestemt af de forhold, der går forud; og for det andet antagelsen om, at de fleste psykiske processer er ubevidste.

Sine videre ben finder psykoanalysen som bekendt gennem Freuds udbygning og stadige revisioner af denne model, der forlenes med begreber inden for tre distinkte men indbyrdes forbundne dimensioner: begreber om organiske drifter (:driftsteorien), og begreber om dertil hørende personlighedssystemer og personlighedsinstanser (:personlighedsteorien), der omsætter og forvalter drifterne, og hvor igennem den menneskelige eksistens udspiller sig. Til grund for begreberne ligger tre metafysiske principper, der ligeledes udvikles gennem Freuds videre arbejde: det økonomiske, der har at gøre med drifterne; det dynamiske, der har at gøre med driftsenergiens eksistensform - ubevidst, førbe-

vidst og bevidst - og det topiske, der har at gøre med de instanser, som omsætter driftsenergien eller hvortil driftsenergien er bundet - Det-et, Jeg-et og Over-jeg-et.

Centrale bestemmelser i den psykoanalytiske teori.

Vi skal udskille to faser i udviklingen af drifts- og personligheds-teorien, der har betydning for vores problemstilling. En første fase fra år 1900 til 1920, hvor Freud opererer med to grunddrifter - seksualdriften (libido) og jeg-driften - og systemerne ubevidst, førbevidst og bevidst, samt instanserne Det-et og Jeg-et. I Det-et hersker lystprincippet, hvor en drifts mål er ophævelse af driftskildens spændingstilstand, og i Jeg-et er det realitetsprincippet, der er herskende. Mennetskets liv er spændt ud mellem disse to drifter - mellem sult og kærlighed, som Freud kalder det:

"Sulten kunne gælde som repræsentant for de drifter, der vil holde det enkelte individ i live; kærligheden søger efter objekter, og dens hovedfunktion, der på enhver måde bliver begunstiget af naturen, er opretholdelse af arten" (Freud 83, "Kulturens byrde", s. 61).

Hovedvægten lagde Freud på seksualdriften, der - når den ikke lod sig imødekomme på grund af omverdenens begrænsninger - blev fikseret på sit udviklingsniveau - "en kamp hvor Jeg-et havde sejret, men på bekostning af svære lidelser og afkald" (s. 62). Med denne driftsteori forsøgte Freud at forklare forskellige "overføringsneuroser" som hysteri og tvang.

I 1914 indfører Freud narcissisme-begrebet, og jeg-driften bliver nu opfattet som en drift i egentlig forstand. Gennem denne ændring forsøgte Freud at forklare "den traumatiske neurose, såvel som mange af de psykoserne nærtstående affektioner og disse selv" (s. 62), hvilket var båret frem af den indsigt at Jeg-et selv kan være besat med psykisk energi (libido). Og da nu også

"jeg-drifterne var libidinøse, syntes det en overgang uundgåeligt at lade libidoen falde sammen med driftsenergi i det hele taget, således som C.G. Jung allerede tidligere havde villet" (s. 62).

Freud vægrede sig dog imod at alle drifter skulle være af samme oprindelse, idet han fandt at de havde forskellig retning.

I den anden fase fra 1920 og frem udarbejder Freud sin løsning herpå, hvor han ud fra iagttagelsen over

"driftslivets konservative karakter ..drog den slutning, at der foruden driften til at opretholde den levende substans og til at slutte dem sammen måtte findes en anden og modsat drift, der stræber efter at opløse disse enheder og føre dem tilbage til den uoprindelige anorganiske tilstand. Altså foruden Eros (libido) en dødsdrift; ud fra disse tos sam- og modvirke lød tilværelsens fænomener sig forklare" (s. 63).

I 1923 indfører Freud endvidere personlighedsinstansen Over-jeg-et (som en udvidelse af begrebet om jeg-idealet, der blev indført i forbindelse med narcissisme begrebet) som en tredje personlighedsinstans der i barnets udvikling skiller sig ud fra Jeg-et og tjener individet, gennem "iagttagelse, samvittighed og ideal funktion" (Freud 73, "Nye Forelæsninger", s. 57). Det'et er nu den psykiske repræsentant for seksual- og dødsdriften (eller aggressionsdriften), hvor ud fra Jeg'et uddifferentieres i løbet af individets tidlige udvikling for at varetage individets forhold til den ydre realitet; og i et senere skridt uddifferentieres så også Over-Jeg'et.

Fra nu af kan det siges at Freuds psykoanalyse, som en teori om den individuelle psyke, har fundet sine endelige ben, idet såvel den normalpsykologiske som alskens neurotiske og psykotiske lidelser prætenderes forklaret. Freud er endt op med en universel modsigelse mellem mennesket og samfundet eller mellem natur (drifterne) og kultur (samfundsnormerne). En almen-menneskelig ursituation - ødipuskomplekset - hvis individuelle afvikling/undergang med realitetsafværge til følge via Over-jeg's dannelse, er blevet det centrale angelpunkt, hvor om alt drejer: psykiske lidelser opstår når de infantile driftsønsker ikke er blevet "adækvat" bearbejdet. En voldsom frustrering af - eller en umiddelbar given efter for - de infantile driftsønsker fra forældreinstanserne kan betyde at individets Jeg beskadiges - et "svagt" Jeg udvikles. Det der hermed skabes er et ikke-realistisk eller ubæredygtigt forhold til den ydre virkelighed. Jeg'et formår så at sige ikke at kontrollere Det'ets impulser. Ligeledes vil Over-jeg'et kunne blive for "svagt" eller "stærkt" ud fra frustrering hvv given efter for de infantile driftsønsker fra forældreinstanserne i perioden omkring ødipus-kompleksets afvikling.

En neurose ser Freud nu som resultat af en konflikt mellem Det-et og andre dele af personligheden (Jeg-et og Over-jeg-et), der står i relation til realiteterne. Denne konflikt løses via symptombygning, som er erstatningshandling - symptomet bliver "en by i byen", der ubevidst styrer den menneskelige driftsbefrielsesmåde.

Medens en psykose er resultat af en konflikt mellem Jeg-et og yderverdenen, hvor yderverdenen benægtes og erstattes af en indre fantasiverden (jvf Freud 76a, "Neurose und Psychose"). Generelt kan det siges at et stærkt udviklet Over-jeg disponerer for neuroser, medens et svagt for psykoser. Barnet er ikke blot den "voksnes fader" som Freud selv udtrykker det: de konkrete libidobemestringsformer i barndommen er samtidig "moder" for senere psykiske lidelser.

For neuroser gælder det at betingelsen for deres opståen er en aktuell seksuel forsagelse, der kombineret med manglende evne til reel befrielse eller sublimering (:libidoens vending mod et kulturelt "højere" erstatningsobjekt) fører til en fiksering af libidoen. Det kommer til en neurotisk udvikling, når libidoen vender sig fra realiteterne til fantasiverdenen, idet der herved skabes nye ønskebilleder, der blander sig med spor fra tidligere glemte/uudviklede/fortrængte ønskebilleder, der således genoplives. Libidoen kan nu løbe tilbage, og når denne stræben til infantile driftsbefrielsesmåder, som er uforenelig med individets aktuelle tilstand, har nået en høj intensitet, så kommer det til konflikt mellem Det-et og andre dele af personligheden; en konflikt der som nævnt løses via symptombygning. Hvis nu denne regression til infantile driftsbefrielsesmåder ikke kommer i konflikt med Jeg-et, så kommer det ikke til neuroser, men til en ikke længere normal befrielse (perversioner).

Behandlingen af psykiske lidelser - og "unormale" driftsbefrielsesmåder - er derfor at gøre det ubevidste bevidst - psykoanalytisk terapi - hvor det ubevidste netop ses som fortrængte infantile driftsønsker hhv objektforhold. Dette sker gennem tilbageføring: bevidstgørelse og genoplevelse af de fortrængte driftsønsker via tolkning, modstandsanalyse og udnyttelse af overføringsfænomenet mellem terapeut og klient, hvorved der gives mulighed for deres ophævelse - af deres determinerede ubevidste virke - gennem bevidst afkald eller sublimering.

Psykoser - som vi ikke skal komme nærmere ind på her - har en særstilling, idet den hermed forbundne totale fornægtelse af yderverdenen gennem Jeg-ets sammenbrud - for Freud - stort set forhindrer, at der kan opstå et overføringsforhold mellem terapeut og klient, hvilket netop er nødvendigt for det ubevidstes bevidstgørelse. Den resonans

mellem og fra ubevidst til ubevidst, som den psykoanalytiske terapi bygger på, er hermed ikke mulig at opnå - og slet ikke fastholde kontinuerligt.

Vi kan nu spørge, hvordan Freud konciperer bevægelsen og overvindelsen af restriktiviteten i den person-orienterede udviklingsbevægelse.

Og svaret er kort: resonans fra ubevidst til ubevidst, hvor ophævelsen af objektive processers ubevidste determination af de subjektive oplevelser i deres form af psykiske symptomer kommer fra kompetenceforskellen mellem terapeut og klient med terapeutens kompetence bestående i indsigt i og indoptagelsen af ødipuskomplekset, medens klientens inkompetence hidrører fra ikke at kunne gennemskue sine problemer (psykiske symptomer) i relation til sine infantile konflikter. Og denne ophævelse sker gennem bevægelsen i den psykoanalytiske terapi med reduktion af kompetence-differencen - hvilket kun er muligt, når klienten indser og indoptager sit ødipuskompleks.

Men - må vi spørge - hvordan er denne kompetence-differens opstået. Og dette er spørgsmålet om udviklingen af, indoptagelsen og indsigt i ødipuskomplekset. Og til forståelsen af dette kommer vi - overraskende nok qua Freuds naturvidenskabelige ideal - ikke uden om antagelsen af en massepsyke. Vi følger denne i to faser, som den ses at gennemløbe frem til den psykoanalytiske terapeuts samfundshistoriske konstituering.

Begrebet om massepsyken: 1. fase..

Begrebet om en massepsyke træder hos Freud frem i den første fase i forbindelse med en analyse af forholdet mellem neuroser og sjælelivet i primitive stammesamfund (Freud 61, "Totem og tabu"). Freud anvender til denne analyse psykoanalysens centrale antagelse: at der altid ligger en seksuel konflikt, hvor den seksuelle lyst er blevet hæmmet i sin befrielse, til grund for neuroser, men også at en vis hæmning af seksualdriften er uløseligt forbundet med individets kulturelle, sociale eller samfundsmæssige livsopretholdelse.

Det som interesserer Freud ved de primitive stammesamfund er deres totemisme - dyr- eller tingstilbedelse - som han mener tjener det formål at "forhindre incestuøse seksualforbindelse. Ja hele deres sociale organisation synes at tjene denne hensigt eller at være bragt i relation til, at den kan opnås" (s. 16).

totemgenstanden mener Freud er karakteriseret ved, at det dels udtrykker en mening, der ikke kan stilles spørgsmål til. Og dels at det "på samme tid er helligt, hævet over det sædvanlige, og farligt, urent og uhyggeligt" (s. 30). Derved udgør det en magisk kraft, som "de vilde" kun kan omgås med gennem tvangsmæssige handleforskrifter: ritualer, ceremonier mv. Gennem analyse af disse tvangsmæssige handleforskrifter konkluderer Freud, at de har samme kernekompleks som neurosen: "det af incestønsket beherskede forhold til forældrene":

"Psykoanalysen har lært os at drengens første seksuelle objektvalg er incestuøst og gælder de forbudte objekter; moder og søster; den har også lært os de veje at kende, ad hvilke den opvoksende gør sig fri fra incestens tiltrækning. Neurotikereren viser os imidlertid normalt en vis grad af psykisk infantilisme; han har enten ikke evnet at befri sig fra de psykoseksuelle forhold i sin barndom eller er vendt tilbage til dem (udviklingshæmning eller regression)" (s. 26).

De primitive stammesamfund, hvori totemismen er styrende er mao neurotiske samfund, og Freud konkluderer (nu den modsatte vej), at totemgenstanden er repræsentant for faderen:

"hvorfor totemismens to hovedbud - de to tabu foreskrifter, der udgør dens kerne, nemlig at man ikke må dræbe totemen og ikke seksuelt benytte nogen til samme totem hørende kvinde - indholdsmæssigt (falder) sammen med de to forbrydelser, Oedipus begik, der dræbte sin fader og tog sin moder til hustru, og med barnets to oprindeligste ønsker, hvis utilstrækkelige fortrængning eller hvis genopvækkelse danner kernen i måske alle psykoneuroser" (s. 108).

Oedipusmyten udbygger Freud nu til den antropologiske tese om "fadermordet": at den menneskelige kultur overhovedet er opstået gennem de forenede sønners mord på urfaderen. Først levede menneskene i urhorder, hvor en "voldsherkende, skinsyg fader .. beholder alle kvinder for sig selv og fordriver de opvoksende sønner", men på et tidspunkt likviderer sønnerne ham i fællesskab, for selv om de "elskede og beundrede ham" så stod han i vejen for deres egne magt- og seksuelle krav. Men med dette fadermord opstod samtidig en skyldbevidsthed,

"der falder sammen med den af hele gruppen følte anger.

Den døde blev nu stærkere, end den levende havde været ..

Det han tidligere havde forhindret ved sin eksistens, forbød de nu selv i den psykiske situation" (s. 116).

Med tabet af urfaderen blev der nu kun en vej tilbage for sønnerne, hvis de fortsat skulle leve sammen. Og det var at "skabe det incestforbud, med hvilke de alle i lige grad gav afkald på de af dem eftertragtede kvinder, for hvis skyld de jo først og fremmest havde likvideret faderen. De reddede på den måde den organisation, som havde gjort dem stærke" (s. 116).

Totemismen som historiens første kultur eller samfundssystem opstod nu ud af denne fælles beslutning om at blive sammen, men samtidig pålægges sammenholdet bestemte (ubrydelige) normer. Totemgenstanden bliver nu den instans, hvis tabuerede mening holder enkeltindividerne socialt sammen i overensstemmelse med de besluttede normer. Ødipuskomplekset bliver for Freud dermed begyndelseselementer for "religion, moral, samfund og kunst" (s. 125).

Med den hermed postulerede sammenhæng mellem individuel og kulturel udvikling, så stilles Freud over for problemet om - i og med at ødipuskomplekset stadig er virksomt historisk senere - hvad der er bærer af den kulturelle bevægelse og udvikling. Totemen - som repræsentant for faderen - har kun den magt, som den psykisk tilskrives af de ved fadermordet involverede individer.

Freud løser dette problem ved at antage en massepsyke

"i hvilke de sjælelige processer foregår ligesom i et individs sjæleliv. Vi lader frem for alt skyldbevidstheden over en handling leve videre i mange årtusinder og forblive virksom i slægtled, der intet kan vide om denne handling."

Og "uden at antage en massepsyke, en sådan kontinuitet i menneskers følelsesliv, at den tillader os at sætte os ud over afbrydelserne i de mentale akter ved individers undergang kan folkepsykologien overhovedet ikke bestå" (s. 126).

Mennesket-i-kulturen har hermed fået et urtraume, som hvert enkelt individ pånødes. Det asociale, dyriske og driftsstyrede individ bliver kulturmenneske i den grad det indordner sig under logikken i de kollektive normer, der udtrykker sig i massepsyken. Kultur som dennes fremadskriden er psykisk videreførelse af psykiske tilstande og er i sit væsen seksualhæmning. Kultur bliver identisk med "folkepsykologi", og samfund med de heri gældende normer.

2. fase.

I den anden fase - der påbegyndes med indførelsen af dødsdriften som ny grunddrift i "Hinsides lystprincippet" 1920 - af den psykoanalytiske teoris udvikling forlader Freud tilsyneladende antagelsen om en massepsyke i ovennævnte forstand. Det foregår i to tempi - to revisioner - som vi skal følge. Og først her efter analysere om antagelsen kan siges at falde.

I første omgang gennem en indsnævring, hvor antagelsen om en massepsyke nu kun gælder, når det enkelte individ eksisterer sammen med andre gennem "libidinøse bindinger", hvis indhold er identifikation med en "fadererstatning" (Freud 76, "Massepsykologi og jeg-analyse", s. 113). Psykoanalysen som en teori om den individuelle psyke - individualpsykologi - får nu en pendant i en massepsykologi, som

"behandler det enkelte individ som medlem af en stamme, et folk, en kaste, en institution eller som en del af en menneskemængde, der på et givet tidspunkt med et bestemt formål organiserer sig som en masse" (s. 58).

De til enhver tid gældende fadererstatninger bliver nu de medier, der bærer den kulturelle bevægelse og udvikling. Og dette er for Freud først og fremmest de religiøse verdensanskuelser, hvor Gud-fader er symbol for Urfaderen.

Denne revision af antagelsen om en massepsyke bygger på Freuds indføring af narcissisme-begrebet i 1914, hvor Freud udvikler den antagelse, at målhæmmet seksualenergi (libido) kan besætte Jeg-et, hvor ved et ideal-jeg spalter sig ud fra Jeg-et. Denne besættelse kan komme i stand på to måder. Gennem narcissistisk besættelse, hvor den libidinøse binding består i en identifikation med sit ubevidste faderideal. Det narcissistiske individ indsætter dermed sig selv "i urfaderrollen" (s. 138). Eller gennem identifikation med et ydre fadersymbol, hvor ved individet bliver et masseindivid og dermed træder ind i rollen som søn - "de forenede sønner" genopstår nu i en kulturel form.

Freud benytter nu denne analogi til at bestemme et nyt kulturelt udviklingstrin - religionen - hvor ved det primitive stammesamfunds tabu omkring fadermordet nu træder frem i en ydre symbolsk form gennem begrebet om Gud og om arvesynden.

Tanken er at menneskehedens sjælelige udvikling på et tidspunkt gør det muligt for den enkelte at træde ud og indsætte sig i faderrollen. Et længselsfuldt savn er bevæggrunden, som af digteren forvandles og omsættes i en heltemyte.

"Han opfandt den heroiske myte. Helt var den, der havde overvundet faderen, der i myten stadig optrådte som totemistisk uhyre. Ligesom faderen havde været drengens første ideal, således skabte digteren nu i helten, som vil erstatte faderen, det første jeg-ideal" (s. 138).

På denne måde træder digteren ud af massepsyken, som er synonymt med en udtræden af den totemistiske kultur. Han gør det ved at bevæge sig fra realitet til fantasiplan, men han når samtidig tilbage fra fantasiplanet til realiteten (:massepsyken), idet massen kan identificere sig med det skabte ideal: "De kan på grundlag af samme længselsfulde relation til urfaderen identificere sig med helten" (s. 139). Herved opstod gennem symbolsk forskydning de samme ambivalente følelsesmæssige bindinger, som var virksomme i urhorden - blot på et "højere" kulturelt niveau, hvor heltemyten med tiden udvikledes og erstattedes af Gudsidentifikationen.

Problemet om kulturens fortsættelse er for Freud her løst gennem at udstyre individerne med en ny "egenskab": ideal-jeg-et.

Denne tankegang viderefører Freud nu i sin anden revision af antagelsen om en massepsyke.

Her i den anden revision ekstrapoleres den individuelle psyke op som værende det medium, hvor igennem kulturen videreføres. Freud mener nu, at han endelig har "bygget bro mellem individual- og massepsykologi, og vi kan behandle folkene som de enkelte neurotikere" (Freud 50, "Der Mann Moses und die monotheistische Religion", s. 207).

Denne revision bygger på indførelsen af begrebet om Over-jeg-et som en tredje personlighedsinstans (dette er en videreførelse af begrebet om et ideal-jeg, som Freud indførte sammen med narcissisme begrebet). Over-jeg-et dannes gennem ødipuskompleksets undergang/afvikling i den individuelle psykes udvikling, og det tilskrives funktionerne selviagttagelse, samvittighed og idealfunktion. De centrale psykiske mekanismer i Over-jegsdannelsen er identifikation og introjektion af de krav, som barnet må leve op til, og som de stilles af forældreinstanser, men Over-jeg-et er

"i grunden ikke dannet efter forældrene, men efter forbilledet af disses Over-jeg, det fyldes med det samme indhold, det bliver til bærer af traditioner, af alle de tidsbestemte vurderinger, der på den måde har forplantet sig gennem generationer" (Freud 73, "Nye Forelæsninger", s. 55).

Ødipuskomplekset - som årsag til Over-jegsdannelsen og dermed til kulturens videreførelse gennem de enkelte psyker - er nu i følge Freud

en "arkaisk arv", der videregives biologisk. Mao har hvert individ urtraumet med sig fra fødslen, som endvidere ikke blot "omfatter dispositioner, men også indhold, erindring af tidligere generationers oplevelser" (Freud 50, "Der Mann Moses ..", s. 206).

Hermed synes Freud endeligt at kunne slippe sin antagelse om en massepsyke. Det oprindelige problem - om videreførelsen af fadermordet som årsag til kulturens og til kulturindividets opståen - er løst dels gennem tilskrivning af en "arkaisk arv" i form af ødipuskomplekset til individets genetisk-biologiske konstitution, og dels ved at udstyre individet med en dertil hørende "egenskab": Over-jeg'et, som gør individerne til kulturbærere.

I overensstemmelse hermed kan Freud beskrive kulturens udvikling som "en langsom genkendelse af det fortrængte" (s. 240), dvs kulturprocessen som opdagelse og bevidstgørelse om menneskehedens urtraume. Kulturens udviklingsbevægelse er dermed analog til det enkelte individs udviklingsbevægelse: netop bevidstgørelse og accept af den overenskomst som fadermordet udløste, og som danner kernen i kulturens såvel som i den enkeltes eksistens.

Massepsykens historiske opløsning og stadfæstelse.

Men hvordan er denne genkendelse af det fortrængte sket. Vi griber tilbage til det sted, hvor Freud beskriver det første "brud" på den "arkaiske kode": digterens løsrivelse fra massen gennem opfindelsen af den heroiske myte.

Forklaringen på bruddet er "det længselsfulde savn" efter urfaderen, måske tvunget frem af at "den nye familie kun (er) en skygge af den gamle. Der var mange fædre, og de var alle begrænset af de andres rettigheder" (Freud 76, "Massepsykologi og jeg-analyse", s. 138). I fantasien frigør digteren sig nu fra massen, og "den skabte helt er i grunden ingen anden end ham selv" (s. 139). Den følelsesmæssige tilstand, der er knyttet til dette, sammenligner Freud nu med hypnosen, forelskelsen og massedannelsen, som er "arvelige aflejringer fra den menneskelige libidos fylogenes, massen desuden som et direkte levn" (s. 144). I alle tre følelsesmæssige tilstandsformer er den bevidste opmærksomhed fastlåst, hvorved der er åbent for det ubevidstes styrende rolle. Magikeren er dermed den første historiske person, der bevidst formår at forene sig med det ubevidstes eksistens - uden at den

ubevidste kode dog brydes. Der vækkes altså

"hos subjektet en del af dets arkaiske arv, der også kom forældrene i møde, og som blev genstand for en individuel genoplivelse i relation til faderen, nemlig som forestillingen om en overmægtig og farlig personlighed, hvor over for man kun kunne forholde sig passivt-masochistisk, til hvem man måtte ofre sin vilje, og det syntes at være et betænkeligt vovestykke at være alene med "at stå for hans åsyn"" (s. 132).

Magikeren indsætter sig altså ubevidst i faderrollen. Han udnytter blot i sin tjeneste de arkaiske overføringsforhold, der eksisterer som individuel genetisk basis. Og som han har opdaget som virksomme, men ikke erkendt som det virksomme.

Næste skridt er nu at magikeren bevidst sætter sig ind i faderrollen, og der igennem gennem tydning/tolkning af overføringsforholdene bringer den anden i kontakt med og til bevidsthed om sin arkaiske arv. Terapeuten og klienten er opstået.

Skridtet fra magiker til terapeut er ud fra Freud historisk foregået, men må ud fra den psykoanalytiske teori siges at være en umulighed, idet det ikke er muligt at lave sin egen selvanalyse, da man ikke formår at stå "alene" over for faderen. Eet er altså at det er mere eller mindre tilfældigt, at den arkaiske arvs eksistens erkendes som virksom; eet andet er at den psykoanalytiske teori selv modsiger, at koden i den kan brydes.

Men når den først er brudt af en enkelt - hvilket af Freud ses som en videnskabeliggørelse af de normer, som kulturen bygger på, og som beskrives som en videnskabeliggørelse af verdensanskuelsen: "krav om sandhed og afvisning af illusioner" (Freud 73, "Om en verdensanskuelse", s. 146) - så vil denne enkelte person som kulturens urfader (:næppe andre end Freud selv) kunne hjælpe resten af menneskeheden til samme erkendelse. Eller som Freud udtrykker det: at "intellektet - den videnskabelige ånd, fornuften - med tiden vil tilkæmpe sig diktaturen i det menneskelige sjæleliv" (ibid, s. 138).

Det fortrængtes genkendelse må ud fra ovenstående ses som enkeltpersoners - i bund og grund tilfældige - opdagelse af det ubevidstes eksistens. Og med andre ord: enkeltpersoners opdagelse og anvendelse af det ubevidstes eksistenslogik i den enkelte selv (hvilket godt nok er en logisk umulighed i følge den psykoanalytiske teori selv) og dernæst

i den enkelte anden, bliver subjektet i både den kulturelle udviklingsbevægelse og i det enkelte individs kulturelle "højere"-udvikling. Historien frem er at afløse og indordne sig under fortidens historie. Og dette er fornuftens historie, hvilket i sin essens er, at

"dunkle, følelsesløse og kærlighedsløse magter bestemmer den menneskelige skæbne" (ibid, s. 138),

hvilket psykoanalysen bringer individet til bevidsthed og klarhed om.

Menneskets skæbne - dets frihed - består derfor i at forene sig med sine antagonistiske drifter. Dets skæbne er altså ikke dets samfundsmæssige sammenhæng, men at tæmme sine drifter uden at det får betydning for denne. Psykoanalysens mål er da også jeg-styrke, som den moralske egenskab at kunne udholde sig selv i situationen uden psykiske symptomer. Total frigørelse er ikke mulig - for kulturmenneskets skæbne er driftsafkald, hvilket dog kan give "mulighed for en endelig udligning hos mennesket" (Freud 83, "Kulturens byrde", s. 85).

Oprummerende om psykoanalysens grundstruktur: psykoanalysen som ubegrebet tredje virkelighedsinstans.

Opsummerende kan vi nu sige, at Freud kun tilsyneladende synes at forlade sin antagelse om en massepsyke (som medium for kulturens videreførelse) i samme grad som han udstyrer det enkelte individ med en "arkaisk arv" - ødipuskomplekset og dertil hørende psykiske "egenskaber"; først ideal-jeg'et og dernæst Over-jeg'et - der kan overtage massepsykens funktion.

Udviklingsbevægelsen er her fra massepsyke (:animismens kulturtrin) over delpsyker (:religionens kulturtrin) til enkeltpsyker (:arkaisk arv og dertil hørende videnskabeligt kulturtrin) - og dette er både logikken for kulturens og for det enkelte individs udviklingsbevægelse - men mediet for denne bevægelse (altså den form, hvor dette finder sted) afstår Freud fra at bestemme i samme grad som han konciperer selve udviklingsbevægelsen, omend han også er dobbelttydig her. På den ene side går Freud ikke af vejen for at se kulturen igennem den enkelte psyke - kulturen som havende et Over-jeg, som dog ikke alle mennesker kan få del i pga konstitutionel arv (:for stor libido), hvilket endvidere ses at falde sammen med den hårdt arbejdende masse og føreren, som kulturelt derfor altid må have "libido bindinger"

sammen (Freud 76a, "Warum Krieg?", s. 24), hvorfor heller ikke alle kan være kulturbærere; på den anden side vender Freud sig direkte mod Jung's begreb om det "kollektivt ubevidste", der frakendes "nogen forklaringsværdi" (Freud 50, "Der Mann Moses ..", s. 241). Hvad der bliver tilbage af dobbeltheden er dog antagelsen om, at individet medbringer en "arkaisk arv", der er bestemt af "tidligere slægters oplevelser" (Freud GW XVI, s. 204-6).

Nu er denne antagelse om videregivelse af erhvervede erfaringer gennem biologisk arv klart uholdbar og falsk (jvf også U.H.-Osterkamp 78, s. 315-16). Men selv med denne antagelse vil der ikke være et medium for kulturens videreførelse - og dermed det enkelte individs kulturelle "indføring" - på anden vis end gennem en hypotetisk antagelse om en formidlende instans mellem enkeltpsyker. Og lige meget hvordan denne så bestemmes - som alligevel ikke forsvunden massepsyke hos Freud, eller som interaktionsformer (Lorenzer 73, 77 og 78) - så vil den udgøre en selvstændig substans (af relationer), hvor igennem individerne formidler sig med hinanden - hvilket netop er en ideologisk bestemmelse af det imaginære faktiske. Freud kan altså ikke slippe sin antagelse om en massepsyke uden at den psykoanalytiske teori - som en model over det psykiske apparat - falder fra hinanden, idet der ikke længere er noget medium for denne model. Og ligelædes omvendt: idet Freud allerede i sit udgangspunkt indfører konstruktionen om et psykisk apparat, som en hypotetisk størrelse, der skal bygge bro mellem den metafysiske antagelse om en selvstændig sjæl og den mekanisk-materialistiske antagelse om menneske og samfund som naturhistorisk ikke-subjektiv proces - så implicerer dette i sig selv antagelsen om en art tredje virkelighed, som får status af en i sig selv selvstændig substans, hvor igennem bevægelse, kontinuitet og udvikling finder sted. Og denne "ubegrebne" tredje virkelighedsinstans er derfor psykoanalysen selv.

Når Freud således kun anerkender to grundlæggende former for videnskab - psykologi og naturvidenskab som henholdsvis fornuftens diktatur over mennesket og over naturen (Freud 73, "Om en verdensanskuelse", s. 144) - så gør han det fra et standpunkt uden for og over disse: nemlig i den selvstændige substans som massepsyke set som den psykoanalytiske teori og strukturelt bestemt gennem modellen over det psykiske apparat - hvilket er bevidsthedsfilosofiens (og dermed ideologiens) standpunkt, og som Freud også reproducerer gennem sin skelnen mellem "ren" og "anvendt" videnskab (ibid).

Gøres psykoanalysen i forlængelse heraf til psykologi - hvad der til eksempel sker i den Kritiske Teori's forskellige freudo-marxistiske forsøg, hvor psykoanalysen på den ene side søges befriet for sine mest uholdbare "videnskabelige" misforståelser (her særligt biologismen hos Freud - den "arkaiske arv"), og på den anden side søges bragt i et formidlingsforhold til marxismen (der alene ses som en teori om økonomiske strukturer) - så gentages blot i forskubbede og fortættede former psykoanalysens ideologiske standpunkt; eller måske mere præcist: det fordobles igen og igen som en stadig identitetsbevægelse med sig selv. Og denne kritik rammer også Sève, når han tilskriver psykoanalysen - efter en "renselsesproces" og kritisk oparbejdning af den på grundlag af den historiske materialisme - status som en teori om den infantile dannelse, idet det er de samfundsmæssige modsigelser, der interioriseres i barnets første leveår og ikke en urkonflikt, der - som hævdet af Freud - aktiveres. Sève bestemmer da også psykoanalysens genstand som "de første former for strukturering af det psykiske, som er indført gennem specifikke samfundsforhold" (Sève 79, s. 64) - men individet betragtet som "indført" eliminerer for det første mennesket som subjektivitetsdannelse, og gør for det andet den menneskelige naturs funktionspotentialer til et "tomt kar", hvad der ikke kan være tilfældet.

Men har psykoanalysen da ingen genstand? Jo - der ligger altid et samfundsmæssigt forhold til grund for et standpunkt, ideologisk eller ej. Og vi vender os derfor mod psykoanalysen som terapeutisk bevægelse, hvilket endog er at tage psykoanalysen på ordet i dens selvforståelse af terapi.

Psykoanalysen som terapeutisk proces: person-orienteret udvikling gennem opgivelse af eget samfundsmæssige perspektiv til fordel for sig selv under betingelserne.

Som bestemmelse af den terapeutiske proces kan vi sige, at psykoanalysen fanger den person-orienterede udviklingsbevægelse hos den terapeuterede, idet den terapeutedes ytringer - handletilskyndelser, tanker, følelser, oplevelser, drømme osv osv - gribes af det "behandlende sociale" som subjektive forhold, der koopereres om gennem påvirkningsprocesserne i den terapeutiske sammenhæng. Og her igennem etableres et medium for den personliggjorte afmagts bevægelse, kontinuitet og

udvikling gennem fællesbestemmelse af denne - hvilket også er Freuds "massepsyke", som de involverede bevæger sig igennem, og hvori det terapeutiske forhold spejles, at det som terapeut og klient er sammen om i sammenhængen kun er repræsenteret abstrakt som fælles fremmedbestemthed på den ene side, og på den anden side konkret gennem selve eksistensen af den sociale situations strukturelle forening af terapeut og klient.

Dette medium af fælles fremmedbestemthed indholdsbestemmes til stadighed af de involverede gennem disses ytringer i situationen, hvor ved situationen bevæger sig fra problembestemmelse til problembestemmelse med såvel terapeut som klient som subjekter for den retning, som disse successive problembestemmelser antager, hvor igennem perspektivet for problemovervindelse udtrykker sig. Men vil terapeuten ikke vide af det samfundsmæssige perspektiv i klientens problemopstillinger, men nok af klienten som subjekt for sine ytringer - hvilket er muligt, når behandlersubjektet har herskab over den sociale situation; og omvendt bliver denne herskabsbestræbelse nødvendig (hvis ikke terapeuten har magten over klientens sammenhæng) i samme grad som behandlersubjektet ikke vil inddrage og åbent omgå egne interesser (her under også magtrelationen) i den kooperative problemudviklingsproces - så må terapeuten vende klientens ytringer mod klienten selv. Nu reproduceres klientens løsrivelsesdimension.

Og det kommer hermed til en kamp om magten til at definere udviklingsretningen i indholdsbestemmelsen af det fælles tredje - den personliggjorte afmagt - hvor igennem de involverede stilles over for hinanden med deres perspektiv bekræftet som privatinteresser. Dette kan siges at være en direkte følge af, at det "behandlende sociale" via terapeuten ikke vil/kan involvere sig selv i den fælles samfundsmæssige problemovervindelsesproces. Og når terapeuten således søger at vende klientens ytringer mod klienten selv, så bortabstraheres aktivt det sociale indhold i disse, hvor ved klientens sociale isolation alene bliver gjort til et forhold i den terapeutede. Og dette går også den anden vej: vil det "behandlende sociale" ikke vide af klientens samfundsmæssige perspektiver, så tvinges den terapeutede ind i en personorienteret udviklingsbevægelse - hvilket så af det "behandlende sociale" kan gøres (og bliver gjort) til psykiske forstyrrelser som forhold i den enkelte.

Her
 Når det kommer til en kamp om udviklingsretningen for problemovervindelsen, så bliver den kooperative proces personliggjort; og her igennem bekræftes den person-orienterede udviklingsbevægelse i samme grad som terapeuten søger herskab over udviklingsretningen i det fælles tredje, hvilket kan ske gennem stadig omvending af klientens ytringer mod ham selv (:i Freuds terminologi svarer dette til en overføringssituation med opståelsen af libidinøse og/eller aggressive bindinger fra klienten mod terapeuten, hvilket ses og skal tolkes som arkaisk "gentagelses-tvang" af skjulte infantile-ødipale objektforhold).

Og denne omvending kan ske ved, at terapeuten åbent benægter at være delagtig i klientens problemer og aktuelle tilstand - fx ved at hen-vise til, at det er klientens problem, som det drejer sig om, og at "jeg sidder her for at hjælpe dig", eller ved at udtrykke, at det drejer sig om noget andet end dét, som det aktuelt drejer sig om, og "det er fordi du ikke vil dit eget bedste" (:i Freuds terminologi analyse af modstand mod helbredelse) - samtidig med og/eller i forlængelse heraf lukket at gøre sig delagtig på ny ved at sætte "noget" skjult/ubevidst på begreb (:i Freuds terminologi tydning/tolkning af de ubevidste objektforhold).

Her igennem fanger terapeuten klientens interesse i udviklingshjælp - dog kun i den abstrakte form af forandring - samtidig med at klientens eget samfundsmæssige perspektiv negeres af terapeuten. Psykoanalysen yder derfor forandringshjælp - frem for udviklingsstøtte. Men ved at blive taget på ordet og alligevel ikke blive taget på eget ord, så stilles den terapeuede over for enten at fastholde sit perspektiv - og den dermed aktuelle, men konfliktfyldte grad af selvbestemmelse - gennem yderligere kontrol af egne ytringer og af sig selv, for således på taktisk vis at kunne omgås med egne interesser, men det negerer også samtidig sin interesse i aktuel udviklingshjælp; eller at opgive sit perspektiv, men så må det overtage terapeutens perspektiv uden at det samtidig kan erfare nogen sammenhæng med dette og egne samfundsmæssige interesser/konflikter. Men dette sidste kan reelt kun ske gennem opgivelsen af kontrollen over sig selv. Og hermed indtræder det - i Freuds terminologi - såkaldte katarsisfænomen, som for det første giver klienten luft ved at der slippes (situations-)spændinger, og som for det andet bibringer klienten oplevelser af biografisk materiale, som ligger og slumrer uden at være færdigbearbejdet og integreret i den personlige virksomhedsstruktur - men det behøver som sådan ikke være biografisk materiale, der har nogen relevans for klientens sam-

sammenhængen

fundsmæssige interesser i situationen. Men under alle omstændigheder ændres klientens tilstand og problemstilling i den terapeutiske sammenhæng, og dette i formen noget "selvoplevet" (jvf her også O. Dreier 83, s. 246); men samtidig har klienten måttet tage et perspektiv på konfliktløsning på sig, som ikke specifikt og aktuelt har noget at gøre med dets samfundsmæssige interesser - ud over at det har "kvalificeret" sig til videre udviklingshjælp ud fra dette perspektiv. Mao: den teraperede har ved at opgive sit samfundsmæssige perspektiv fået et selvoplevet andet, som det ikke står alene om at se sit liv igennem. Og dermed kan det handle anderledes - uden dog at dette kan begrundes i dets samfundsmæssige livsbetingelser ud fra, om det nu også peger ud over konflikterne her i. Men selvoplevelsen styrker troen herpå (det er her vi har nøglen til det forhold, at den psykoanalytiske proces reelt foregår i omvendt rækkefølge, end den som den psykoanalytiske terapeut selv forestiller sig: først tydning/tolkning, så analyse af modstand, og så opløsning af overføringer. Den psykoanalytiske terapeut skaber ved sin omvending af klientens ytringer, så de peger mod klienten selv, automatisk et personliggjort spændingsforhold mellem sig og klienten, som terapeuten til stadighed må skubbe fra sig ved at se som modstand, og tolke her ud fra! - hvilket i sin simple form ikke er andet end, at terapeuten tror sig inde med svaret på klientens problemer på forhånd, men et sådant svar virker først, når klienten selv oplever det. Og det drejer det sig om).

Af ovenstående bliver det også klart, at det er den stadige omformulering af klientens ytringer, der umuliggør at psykoanalysen kan have med afmagtsformen af overgribende samfundsmæssig isolation (:psykoser) at gøre - for i samme grad som de meget få (og ambivalente) kontakt-dimensioner, som man i denne afmagtsform har til den "ydre" verden, misbruges ved at blive vendt mod een selv, når terapeuten søger herskab over ens perspektiv (og dermed også fuldstændiggør det sociale som magt) så har man ingen ressourcer at imødegå dette med på anden led end at blive i sin "inderverden" og efterlade psykoanalysen som sit eget problem. Det er derfor psykoanalysen der diskvalificerer denne afmagtsform - idet psykoanalysen ikke vil diskvalificere sig selv - og ikke omvendt.

Og det er også af disse grunde, at de sociale betingelser skal være beskafne på en bestemt måde, før psykoanalysen kan intervenere og reproducere sig selv. Er de sociale forhold overgribende i deres

karakter af magt set fra individets standpunkt, så har psykoanalysen ingen muligheder for at kvalificere individet til den psykoanalytiske proces, idet psykoanalysen kun kan arbejde med den person-orienterede udviklingsbevægelse i den udstrækning, at klienten har råderet over en selvkontrol at slippe til fordel for en anden kontrol, der måske kan bringe forandring med sig. Og dette betyder også, at den psykoanalytiske klient skal kunne koncipere ændringer inden for rammerne/ betingelserne for at kunne kvalificere sig som analysand.

Men hvad der måtte være af muligheder for at udvide rammerne - og dermed den samfundsmæssige selvbestemmelse - dét udgrænser psykoanalysen aktivt, idet den for det første fordrer stilstand i dynamikken i de sociale rammer (det styrker mulighederne for "overføring" - eller skal vi sige "frivillig afhængighed" som nødtvungen kontrolbevægelse), og for det andet opfatter problemer herfra, der bringes ind i terapien, som modstand mod behandling/helbredelse.

Så psykoanalysen lægger sig aktivt i forlængelse af et moment ved den restriktivitet - den person-orienterede udviklingsbevægelse som individets problem med sig selv i dets problem med det sociale - der bringer et individ ind i terapi. Og hvad den tilbyder er en ny "personlighedsprofil", som først bagefter skal stå sin prøve som ny tilpasningsstrategi.

Og at psykoanalysen - taget på ordet - bringer klienten nærmere psykosens, er derfor indiskutabelt, omend det kan lykkes for psykoanalysen at lære individet at leve i en kontrolleret variant af denne overgribende samfundsmæssige afmagtsform, som det er op til ændringer i de sociale betingelser for individet skridt for skridt at vise kun er een måde at omgås kapitalstaten på. Og ret beset, at det slet ikke er rimeligt at skulle tage denne på sine skuldre - alene!

Og til slut: det er derfor heller ingen tilfældighed, at psykiatrien har taget psykoanalysen til sig - omend det er op til den enkelte psykiater at kvalificere sig som psykoanalytiker - lige såvel som det heller ikke er tilfældigt, at der ikke etableres behandlingsmæssige betingelser for psykoanalytisk terapi (årelang vedvarende analyse osv osv). Psykoanalysen tilbyder psykiatrien et grundskellet for de årsagsbestemmelser, som psykiatrien så kronisk har behov for: at en menneskelig tilstand - in casu: symptombilledet - er betinget af ydre såvel som indre forhold. Og er der ikke umiddelbart nogen forbindelse at se

udefra, så er tilstanden betinget af sig selv - og kan (og må) følge-
lig påvirkes ad mekanisk vej!

Som med al anden ideologi, så bunder de i den abstrakte syntese af
fordoblingen af samfundshistorien i samfund og stat med dettes altid
nærværende form for social praksis, hvor den enkelte stilles afmægtig
over for magten. Men at de træder frem som selvstændige arbejdsvirk-
somhedsformer under personliggjort ledelse - gennem psykiatere og
psykoanalytikere → terapeuter - som kontrollen og herskabets moder
og fader af den menneskelige psyke (hvad religionen klarede i klasse-
samfundsformen), er betinget af opståelsen af det fritstående og frit-
stillede individ under staten (hvad kapitalen klarer i statsformen).
Men da dette "abstrakte individ" (Sève) altid er et klassekollektiv-
individ i bevægelse, så er det restriktivt samfundsmæssige greb om det
individuelle klasse-menneske i sygdomsmæssig og terapeutisk forstand
langt fra udtømmende bestemt med psykiatrien og psykoanalysen. Faktisk
er det først startet.

Hvor vi med psykiatrien har med "indespærringsstøtte" og med psyko-
analysen med "forandringshjælp" at gøre, så er de stadig uforbundne
i deres samfundsmæssige fundering, hvorfor de også må kunne forbindes
på abstrakt måde, der modsvarer et bestemt abstrakt individuelt klas-
semenneske. En ny ideologisk konstruktion af terapirebet må nødven-
digvis produceres - hvis statsliggørelsestendensen konkret sætter sig
igennem i klassekollektiver, eller opløser klassekollektiver i "rene"
individer.

Og denne tendens ved vi fra tidligere sætter sig igennem fra 1950'erne.
Og det er da også fra dette tidspunkt, at der virkelig sker foran-
dringer og kommer bevægelse i området for psykisk sygdomsbehandling
og terapi.

Og hermed bringes vi - af kapitalhistoriens egen logik over for sam-
fundshistorien - over i vores tredje restriktive terapitendens: den
privat-eksistentielle udviklingsbevægelse. Og dette er ikke andet end
den form, der foregår de to andre former (:psykiatrien og psykoana-
lysen), men som nu træder frem i "ren" social form.

Kapitel 6.3: Den privat-eksistentielle udviklingsbevægelse: behandling og terapi som privatformsfordobling og som behandlingsterapeutisk blålys.

Psykoanalysens subjektgørelse af psykiatriens objektgørelse af den teraperede spejler - ud over at være et indre udviklingsforhold i terapirebet - det udviklingsforhold, at den behandlende offentlighed realiserer interventionsformer, der muliggør arbejdsvirksomhed med personliggjort afmagt før denne er blevet total i et individs bearbejdningsforhold. Denne udvikling er med vores kategorier en overgang fra terapirebet som samfundsmæssiggjort isolation til terapirebet som kollektivt selv fjendskab (jvf også s. 289). Og dette udviklingsforhold er som sådan også betinget af det borgerlige individs opståen og bevægelse i - og udviklingen af - privatformen for menneskelig livsopretholdelse. Udviklingen inden for terapirebet følger da også den samfundsmæssige udvikling omkring privatformens udvikling, hvor der kan siges at finde grundlæggende ændringer sted fra 1950'erne, hvor den interventionistiske stat afløser den liberale stat i kraft af en gennemgribende organisering af det sociale rum for kapitalens virke.

Frem til dette tidspunkt sker der ikke nævneværdige ændringer inden for terapirebet. Psykiatrien systematiserer sine overfladebestemmelser af symptombilleder - og må i praksis forlade sig på andre egentlig psykiatri-eksterne tankemåder i organiseringen af sit indre behandlingsrum - medens Freuds psykoanalyse udvikler sig til en egentlig psykoanalytisk bevægelse, hvor dog flere "oprindelige freudianere" kommer til at danne selvstændig skole (Adlers individualpsykologi, Jungs analytiske psykologi og Reichs karakter- og orgonlære, som de væsentligste af de første "udbrydere") med større eller mindre grundlæggende forskelle i forhold til Freuds psykoanalyse (jvf P. Thielst 80) - forskelle der i stor udstrækning også kan føres tilbage til specifikke klient- og målgrupper, som psykoanalysen af de forskellige teoretikere/terapeuter blev søgt oparbejdet i forhold til, hvilket også viser den psykoanalytiske platforms blinde indfangethed af generelle samfundsmæssige livsbetingelser.

Hvad der imidlertid også er centralt for perioden frem til 1950'erne er effekten af den generelle bestræbelse på - fra slutningen af 1800-tallet at udvikle en psykologisk videnskab. Men idet denne overvejende blev søgt udviklet ud fra et bevidsthedsfilosofisk standpunkt

og kun ville vide af det borgerlige individ i dets egenskab af arbejdskraftsformåen for andre (jvf Jaeger mfl 78), så blev den menneskelige psykologi enten søgt reduceret til perspektivet om (positivistisk) viden om generelle objektive lovmæssigheder under abstraktion fra individets subjektive forholden sig hertil eller reduceret til det bevidste udgangspunkt om ikke-viden-af den menneskelige subjektivitet i dets forhold til den samfundsmæssige omverden, hvorved det alene blev perspektivet om (hermeneutisk/fænomenologisk) viden om individets forholden sig til sig selv, som der blev teoretiseret om.

Og den personlige arbejdsvirkosomhed som psykologiens genstand funderes i sin videre kapitalistiske udvikling først og fremmest som en dikotom bevægelse i og mellem en objektivistisk adfærds- og handlingspsykologi med bevidstheden som subjektivt epifænomen og en subjektivistisk bevidstheds- og oplevelsespsykologi med adfærd og handlinger som objektive udtryk herfor. En kontrol- og herskabsvidenskab toner frem, hvor de formår - bekræftende - at sætte de forhold på begreb, som den kapitalistiske udvikling kaster af sig som problemer om styring og integration af det menneskelige individ i kapitalstaten. Dette kommer tydeligst til udtryk inden for arbejdsvidenskaben, hvor man i starten - gennem Taylors "Scientific Management" - forsøgte at eliminere det subjektive moment, men da dette viste sig umuligt ("Hawthorne-studierne i 30'erne viste fx at mennesket var socialt (!) - at der dannedes informelle grupper blandt arbejderne, som prægede arbejdsintensiteten i en for kapitalen ugunstig retning" (Jens-Peter mfl 82, s. 5) gik man over til en bevidst udnyttelse af den menneskelige subjektivitet; samt inden for socialpsykologien, hvor grundkonceptet "indstilling" ingen genstand har ud over at være en hypotetisk konstruktion, der muliggør overvejelser over, hvordan de sociale betingelser kan ændres, således at individerne under disse ændrer deres forhold til verden i en integrativ retning (jvf M. Markard 84).

En anden udviklingslinie markerer sig også fra 1920'erne. Og det er forsøget på en marxistisk psykologi, der først og fremmest blev søgt udviklet i Sovjetunionen - "Sovjetpsykologien" - og fra 1930'erne af også i Frankrig af Politzer - "den konkrete psykologi" (jvf Hydén 78). Men denne udviklingslinie skal vi ikke opholde os ved her.

Men hvad der kommer ud af disse dikotome sociologiske og psykologiske bestræbelser er viden om mennesket som et gruppeindivid - et inter-

agerende (symbolsk) væsen - og dette tillader netop overvejelser over individet som stående på egne ben - eller at gå op i gruppen! Og videnskabssociologisk markeres dette af K. Lewins feltstudier i 40'erne, og fremkomsten af den "humanistisk-eksistentielle psykologi" i midten af 50'erne, der blev lanceret under betegnelsen "The Third Force" (Maslow), idet den blev set som alternativet til behaviorismen og psykoanalysen, som man beskyldte for at have en mekanisk deterministisk menneskeopfattelse og en pessimistisk behovsopfattelse. Herover for blev sat behovstilfredsstillelse som årsag til udvikling med selvrealisering som udviklingens mål (Maslow 77, s. 433).

Organisatorisk kommer der en gruppebevægelse ud af det, idet der grundlægges træningskurser på flere amerikanske universiteter i slutningen af 40'erne, lige såvel som Esalen Instituttet oprettes i Californien i begyndelsen af 50'erne, hvor den menneskelige udvikling i sig selv for alvor kommer i centrum. Og det kom nu til at dreje sig om alle former for træning i personlig vækst, kommunikation med andre, med sig selv og sin krop, opgaveløsning gennem grupper, udvikling af sensitivitet, om at lede andre (organisations-udviklingsgrupper) osv osv (jvf Rogers 70, s. 13). Denne gruppebevægelse har også fået betegnelsen encounterbevægelsen.

Ud over at opståelsen af gruppebevægelsen markerer, at de sociale relationer mellem kollektivmennesker og mennesker uden bæredygtige kollektivsammenhænge er blevet til et problem for individet, så markerer gruppebevægelsen også et nyt udviklingstrin i privatformen for menneskelig livsopretholdelse: idet privatformen alment henviser individer med reproduktionsproblemer, der offentliggøres uden for deres klassekollektiv, til indgåelse i instrumentelle forbindelser til det sociale - qua at reproduktionsproblemer er et privat-offentligt anliggende formidlet via vareformen og markedet - så muliggøres nu også livsopretholdelse gennem privatformen ved at gøre sin egen eksistens til et instrumentelt forhold sammen med andre. Og dette kan antage karakter af en måde at løse aktuelle problemer på, et forsøg på at supplere ens livssammenhæng med noget andet og mere, eller bryde med denne ved at etablere en anden - eller det kan antage form af en egenkvalificering med henblik på at skifte kollektivsammenhæng respektiv leve af at organisere gruppesammenhænge for andre.

Det udviklingstrin, der hermed kommer til syne, er på den ene side muliggjort af den politisk-økonomiske udvikling - udviklingen af

produktivkrafterne (:teknologisk innovation), overgribende organisering af livssammenhænge, ændring i klassestrukturen med et mellem-lag på vej frem, funktionstømning af familien, opbrydning af kollektivsammenhænge (bagerson ikke også nødvendigvis bager af profession), som en slags generel frisætning af individer; og på den anden side også muliggjort af erfaringsopsamling af instrumentel omgang med menneskelige relationer og livseksistenser. Og dette betyder endvidere, at den behandlende sfære i reproduktionsområdet får mulighed for at forholde sig aktivt og udadgående til reproduktionsproblemer - ikke kun at skulle samle reproduktionsproblemer op i en "hat" af former for samfundsmæssig afmagt. Og det må derfor komme til opståelsen af en behandlerbevægelse.

Ligeledes må betingelsesgrundlaget for gruppebevægelsen muliggøre en social overskridelse af den med psykoanalysen satte passive og nedadgående (:i den individuelle biografi) tendens med en aktiv og opadgående tendens - hvad også den humanistiske psykologi markerer, men som dog allerede er indeholdt i Jungs analytiske psykologi med individuation som individets iboende mål - og hvortil østens filosofi og meditationsteknikker umiddelbart tilbyder sig for den vestlige verden. Og en egentlig terapibevægelse finder hermed også sine mulighedsbetingelser - en bevægelse, hvor det ikke længere kun drejer sig om forandringshjælp, men både om bevægelse som sådan og om en bestemt type bevægelse (:individuation, selvrealisering, frigørelse osv).

Både behandler- og terapibevægelsen har sat sig igennem herhjemme: behandlerbevægelsen fra midten af 1960'erne, hvor der begynder at ske ændringer inden for det psykiatriske sygehusvæsen (:terapeutiske samfund og antipsykatrien dukker op), medens terapibevægelsen først sætter sig igennem fra først i 70'erne.

I det følgende skal vi først skabe os et vue over den ændrings- og udviklingsbevægelse, der finder sted fra 1950'erne og op til i dag, hvor vi skal nøjes med at tematisere start og foreløbig 80'er slut.

Herefter skal vi (i kapitel 6.3.1) vende os mod en analyse af terapibestemmelser, der ser denne udviklingssammenhæng fra terapibevægelsens standpunkt. Og efter dette (i kapitel 6.3.2) mod en analyse af samme udviklingsbevægelse set fra behandlerstandpunktet.

Terapiinflation og inflation i terapi som livsbemestringsmetode.

Terapi var indtil 1950'erne noget forholdsvis velafgrænset og overskueligt. Og i sin umiddelbare form identisk med psykiatrisk og psykoanalytisk behandling af psykiske forstyrrelser og sygdomme. Men udviklingen siden har frembragt en broget mangfoldighed af terapisystemer og former, der finder anvendelse overalt i det samfundsmæssige liv: fra og med psykiatriske institutioner, hvor klienter indgår i terapeutiske sammenhænge over ambulant behandling i form af behandling med psykofarmaka (herunder også lithium som "forebyggende" psykotiske "udbrud"), individual-, familie-, gruppe- og netværksterapi til selvhjælpeterapi i familien, med venner eller tilfældige fremmede. Og denne bevægelse har fået navn: "terapiinflation" eller "det moderne psykobbom" og inden for behandlerbevægelsen tales der specifikt om den "nye psykiatri". Dette er også alle begreber, der som fixpunkt har, at terapi for blot 30 år siden var noget enkelt - og måske noget andet.

Et enkelt begreb psykoterapien synes med denne udviklingsbevægelse at være vokset frem som begrebet for, hvad det drejer sig om i dag i forhold til tidligere.

Når vi grundlæggende opfatter terapi som form for social praksis, så er det muligt at udskille tre bestemmelsesniveauer. For det første omkring de institutionelle rammer for terapirebet - det er spørgsmålet om, i hvilke sammenhænge terapi træder frem. For det andet omkring forvaltningen af selve den terapeutiske praksis - det er spørgsmålet om, hvordan den terapeutiske praksis bemestres teoretisk som praktisk. Og for det tredje omkring karakteren af det, som der arbejdes med i terapi. I det følgende betragter vi disse niveauer hver for sig.

De institutionelle rammer for terapi. Indtil sidst i 1950'erne var de institutionelle rammer næsten udelukkende Statens Sindssygevæsen, som det psykiatriske sygehusvæsen hed dengang. Store anstalter med tilknyttede plejehjem og beskyttede værksteder, som varetog - eller tog over - hele ansvaret for de individer, der ikke kunne klare sig ude i "samfundet". Halvtredserne var også "omvæltningens" periode for det interne liv på anstalterne, idet psykofarmakaen fik sit indtog - antipsykotiske stoffer, antidepressiva og lithium - som de psykisk syge "reagerede på". Og dette muliggjorde at mange kronisk syge kunne begynde

at handle "anderledes". Det kom til en større åbning mellem anstalterne og deres omgivende forhold, lige som der åbnede sig mulighed for ambulante behandling. Medicinen/psykokemien - eller "den kemiske spændetrøje" som den vel burde hedde - betød at de mekaniske tvangsmidler som spændetrøje og isolation fik en mindre udbredelse.

Terapi var for klienterne stort set synonymt med selve institutionsopholdet, den indledende - og de få efterfølgende - diagnostiske samtaler med den psykiatriske overlæge, samt forskellige beskæftigelsesarrangementer: ergoterapien. Og fra sidst i 50'erne så også psykokemien, der supplerede de få direkte behandlingsmetoder - som fx vitamin- og hormonbehandling, elektrochok og psykokirurgi - som psykiatrien indtil da rådede over.

Ud over anstalterne var der et forsvindende antal psykiatriske speciallæger inden for den primære sundhedstjeneste, som drev ambulante (psykoanalytisk og psykokemisk) behandling.

I forlængelse heraf kommer psykokemien også ud til den praktiserende læge. Og den bidende klare sætning "det er bare nerver" får sin samfundsmæssige genese. I dag er der ikke et grundlag for denne. Og nu må det hedde, at "det må man lære at leve med" - psykisk sygdom skal nemlig, hvis det står til den statslige offentlighed, alene ses som en sygdom på lige fod med andre sygdomme.

Det psykiatriske sygehus blev i 1976 overflyttet til amterne, og en distriktspsykiatrisk service er under udvikling. Det er en udvikling, der dels forløber med meget små skridt, og dels er dobbelt, idet den psykiatriske service både ønskes knyttet til det somatiske sygehusvæsen - som centraliseres mere og mere via nedlæggelsen af små sygehuse til fordel for centralisering og opbygning af mammut-sygehuse - samt ønskes gjort tættere på brugerne på samme tid. Foreløbig har det ført til oprettelse af nogle enkelte psykiatriske (ambulante) afdelinger på de større somatiske sygehuse, en gradvis nedtrapning - ingen udbygning og/eller nedlæggelse af enkelte afdelinger - på de eksisterende psykiatriske anstalter, samt til udbygningen af en rådgivningsservice - hvor under en ny faggruppe af psykologer især har vundet indpas - i amternes og kommunernes socialvæsen.

Hertil kommer i dag et udviklet net af psykiatriske speciallæger i den primære sundhedstjeneste. Og der kører til stadighed forskellige forsøgsordninger omkring et udbygget samarbejde mellem praktiserende læger og psykologer inden for socialvæsenet omkring behandlingen af

lettere psykiske lidelser. Og lige så kæmper Dansk Psykolog Forening i dag for en autorisation for sine medlemmer.

Endvidere eksisterer der også et hav af forskellige rådgivnings- og behandlingsinstitutioner, som retter sig mod afgrænsede grupper eller mod bestemte problemområder - fx børn og unge, unge under 25, studerende, enlige mødre, stofmisbrugere, alkoholikere mv - som finansieres gennem det offentlige og/eller via private fonde.

Den psykoanalytiske forening eksisterer stadig, men er i dag blot et forsvindende moment i terapibevægelsen, hvor terapi formidles gennem privatpraksis, aftenskoler og internatkurser. Også en adfærdsterapeutisk forening er opstået, lige såvel som forskellige mere eller mindre religiøse sekter og organisationer er opstået som formidlere af terapi af alskens art.

Endvidere eksisterer også et net af alternative rådgivninger af socialistisk eller filantropisk karakter.

Forvaltningen af den terapeutiske praksis. I 50'erne var den terapeutiske situation analog til den, som den klassiske psykoanalyse foreskriver. Terapeuten som den passivt lyttende og aktivt tolkende af klientens frie associationer. Terapeuten stillede sig aktivt til rådighed som det spejl, som klienten mentes at have brug for for at gøre sit ubevidste bevidst, og dermed ophæve det invaliderende ved sin intrapsykeiske konflikt. Men det er tvivlsomt, om psykoterapeutisk behandling har været mere end undtagelsen, der bekræfter reglen (grund: ressourcemangel og det objektivistiske menneskesyns voldsomme udbredelse); og de samtaler der har fundet sted mellem klient og behandler - personificeret i en psykiater - har for det meste derfor kun haft karakter af diagnostiske situationer: klienten som den fortællende om sine problemer; og terapeuten som den lyttende, trøstende eller formanende autoritet, der ved udgangen af samtalen har opstillet en diagnose, der tjener til opstilling af handlereprocedurer for institutionens samlede forholden sig til klienten. Tilrettelæggelsen af de ydre rammer kombineret med psykokemien var så at sige terapien - med mindre der også blev grebet til kraftigere midler som elektrochok, lobotomi mv.

I generelle træk er dette ikke synderligt ændret i dag. Ressourcemangel forhindrer stadig en aktiv forholden sig til patienterne. Men de behandlingsmæssige tiltag er blevet suppleret med et ikke nærmere bestemt antal forskellige terapiformer, som finder sted både på psykiatriske afdelinger og ved ambulante behandling. De har

langt fra overflødiggjort psykiatriens diagnostiske, psykokemiske og ergoterapeutiske metoder over for psykiske lidelser; snarere er terapiformer af humanistisk, eksistentialistisk og spirituel art blevet et supplement hertil - over for særlige "typer" af menneskelige problemer, der også varierer med individernes klassesilhørsforhold.

Endvidere er hele institutioner søgt terapeutiseret gennem tanker om "terapeutiske samfund" (M. Jones). Og de nye terapiformer har suppleret den klassiske terapeut-klient-relations egenart - psykiatriens diagnostik og psykoanalysens passive involvering - med alskens teknikker til at gennembearbejde psykiske liv eller specifikke træk heri: samtaleterapi/-teknik som transaktionsanalyse, følelsesfremstilling via gestaltteknikker, psykodrama hvor hele livssituationer gennemspilles osv osv. Og - nok primært uden for det offentlige behandlingssystem - med rene spirituelle teknikker, hvor klienten er den passive modtager af psykisk/psykofysisk massage (healing).

Karakteren af terapeutiske problemer. Medens anstaltophold var det eneste mulige ved personlig samfundsmæssig afmagt i 50'erne, så har ændringer i de institutionelle rammer for terapi og i terapiteknikkerne muliggjort - og nødvendiggjort - at tilstødende kollektive strukturer bliver terapeutisk råmateriale.

At gå psykisk ned i 50'erne med indlæggelse på psykiatrisk afdeling betød, at man helt forlod sin dagligdag. Men med udviklingen af ambulante behandlingsmuligheder i dag muliggøres at drage personens daglige livssituation med ind i terapien, fx gennem familieterapi og netværksterapi. Dermed intervenserer terapien ikke længere kun over for individet isoleret set og løsrevet fra sine aktuelle rammer, men også direkte i individets omgivelser. Det er i dag graden af psykiske problemer, der er bestemmende for institutionsophold og ikke omvendt, hvilket også betyder at flere forhold bliver et terapeutisk anliggende: diffus uro, afhængighed, kropsspændinger, kommunikationsproblemer osv osv træder mere og mere frem som problemer for og i terapi.

Til dette billede må føjes, at der er kommet en eksperimentalkultur omkring terapi på det private marked. Devisen synes at lyde: nu har jeg prøvet så mange forskellige ting, og jeg sidder stadig fast i mit lort; måske terapi kan gi' mig et skub eller en mening med det hele.

Vender vi os her mod de distriktpsychiatriske tanker om forbedret service for befolkningen, så fremhæves det for det meste, at denne ikke skal ses som noget

ved siden af det eksisterende psykiatriske behandlingssystem, men at det "bør være en angivelse af de principper, hvorefter det psykiatriske behandlingssystem bør indrettes i fremtiden" (Betænkning nr. 1044, "Rapport om psykiatri", s. 52 og 67), men hvad distriktspsykiatri egentlig er præciseres ikke nærmere end gennem angivelse af et varieret billede af forskellige former for patientkontakt såsom at være i eget hjem og få behandling af praktiserende, at besøge "åbne" behandlingssinstitutioner, at få behandling af praktiserende speciallæger i psykiatri, at få behandling af distriktspsykiatrisk team, at være dagpatient, natpatient, psykiatrisk plejepatient mv (ibid, s. 53).

"Forebyggelse" fremføres som et afgørende element:

"En virkelig fornyelse, som ville få afgørende konsekvens for befolkningens sundhedsmæssige situation og dermed for belastningen af sygehussektoren vil først indtræffe, når elementet forebyggelse indgår i den distriktspsykiatriske praksis som en omfattende aktivitet på lige fod med behandlingsarbejdet" (ibid, s. 59),

hvor der ved forebyggelse forstås udbredelse af "viden om årsager til psykiske problemer og at rådgive om de forskellige former for social- og sundhedsmæssig indsats her over for", "opsøgende arbejde i lokalmiljøet" som tidlig sygdomsopsporing, samt "forhindre tilbagefald i sygdom og eventuel genindlæggelse af patienter" gennem tilrettelæggelse af individorienteret social- og sundhedsmæssig indsats over for særlige grupper (ibid, s. 58). Så sandelig en "radikal" forestilling om fremtidig befolkningsmæssig sundhed! Og endvidere utroligt selvbenægtende. For det første kender psykiatrien ikke årsagerne - hvordan så oplyse om dem - og for det andet hvordan forebygge, når psykiatrien kun vil og kan have at gøre med patienter! Det er ikke med denne tankeform, at der kommer sundhed - kun på tværs af den. Og vi må derfor også tale om, at der i den eksisterende statslige organisering af tiltag over for social isolation og personliggjort afmagt ligger en almentendens til psykiatrisering af samfundsmæssige livsproblemer. Terapitendensen repræsenterer her over for en tendens til psykologisering af samfundsmæssige livsproblemer. Og dette skal vi i det følgende analysere nærmere, hvor vi først skal stille os i terapibevægelsen (kapitel 6.3.1), og her efter (kapitel 6.3.2) i behandlerbevægelsen.

Men inden da alment om ovenstående tre niveaues sammenhæng, for de er selvsagt ikke uafhængige af hinanden. Når de institutionelle rammer

ændres, så må forvaltningen af den terapeutiske situation også ændre sig, idet grundlaget for den bliver et andet. Omvendt vil de problemer, der kommer til syne i den terapeutiske situation, virke tilbage på de institutionelle rammer afhængig af, hvordan de søges varetaget af terapeuten. Ligeledes vil ændringer i den individuelle reproduktionsproces - som et moment i ændringer i den totale samfundsmæssige udviklingsproces - stille nye problemer, hvor terapi kan blive en mulig - og nødvendig - livsbemestringsform. Og omvendt til ændringer i de institutionelle rammer for terapi placere terapi i et nyt problemkompleks.

Kapitel 6.3.1: Terapibevægelsen: terapi som rummet for menneskelig udvikling.

Mulighedsrummet for terapibevægelsen sættes af opståelsen af gruppebevægelsen i 50'erne. Men det bliver protestbevægelser og den antiautoritære ungdomsbevægelse, der opstod overalt i Europa og i USA fra midten af 60'erne, der kommer til at almengøre den. Og vi betragter i det følgende den danske variant af dette.

I 60'erne var der økonomisk højkonjunktur, og de kapitalistiske samfund havde ikke særligt voldsomme problemer med at begrunde deres udbytning af arbejderklassen, da den tilsyneladende kom hele "samfundet" til gode i form af en stigende levestandard. Den kritik, der manifesterede sig mod kapitalismen, kom primært fra kommunisterne, men pga deres stærke binding til Østeuropa og Sovjet havde de så godt som ingen mulighed for at øve indflydelse. Starten af 60'erne var nemlig også den "kolde krigs" tid, hvor enhver kritik af det bestående var under mistanke for at være udtryk for "kommunistisk undergravende virksomhed", hvilket blev set som en trussel mod det "frie menneskes demokratiske ret til selv at bestemme".

Vel færdssamfundet opstod som begreb i denne periode, men i kølvandet herpå opstod også tvivlen om det virkeligt var muligt også simpelt at producere sig til lykken, kærligheden og livsindholdet. Om den materielle stræben efter forbrugsgoder nu også var meningen med livet. Tvivlen opstod primært i de grupper, der endnu ikke var blevet integreret i samfundet - de unge som voksede op med den materielle velfærd - og hos dem, som kom mere i klemme i denne hastigt rullende udviklingsproces: kvinderne og de intellektuelle. Kvinderne fik dobbeltarbejde; de intellektuelle blev mere hægtet af en verden, der rullede hurtigere end udviklingen af deres egne eksistensproblemer kunne bære. Det blev klart at velfærdssamfundet ikke blot løste nogle problemer, men også producerede nye. Og endvidere fastlåste gamle problemer i en uløselig form. Det var problemer som en stadig stigende udbytning af u-landene - den tredje verden - og atomkrigstruslen.

Velfærdssamfundet fik sine protestbevægelser: mod atomvåben, mod imperialismen, mod krigen. Og her ud af voksede den antiautoritære ungdomsbevægelse, som sagde nej til det bestående systems livsformer.

Og ja til alt andet end den individuelle stræben efter forbrugsgoder og statussymboler. Konturerne til et "nyt venstre" begyndte at aftegne sig, og sit "officielle" gennembrud fik denne nye politiske strømning og samfundsmæssige bevægelse i 1968 med studenteroprøret.

Det "nye venstre" var i sit væsen antiautoritært og antikapitalistisk. Nedbrydningen af de kapitalistiske livsbetingelser blev set som en kollektiv proces, der både tillod og krævede de enkeltes medbestemmelse og kreativitet. Og netop på grund af dette kunne den ikke rummes inden / for den eksisterende venstrebevægelse, da denne med kommunisterne i spidsen bandt sig til at ville livsforholdene, som de udfoldede sig i Østeuropa og Sovjet. Og disse blev langt fra af det "nye venstre" set som paradigmet på et virkeliggjort kollektivt liv. Det var "vores egen socialisme" der her blev sat på dagsordenen. Det demokratiske, det kreative og det udviklende skulle ikke blot være noget ydre, som måtte gemmes til socialismen. Tvært imod skulle det være en fundamental del af det daglige liv.

Det er ikke stedet her at gå nærmere ind på denne udviklingsbevægelse. Centralt for vores problemstilling er, at det "nye venstre" var fantastisk mangfoldigt i sine inspirationskilder og udtryksformer, som dog ikke i længden kunne berige og udvikle hinanden, samtidig med den gradvise og langsigtede ændring af den total samfundsmæssige proces med mindre de blev koordineret og organiseret. Der lå for det "nye venstre" to grundlæggende tendenser - det personlige og det kollektive - der skulle bringes videre sammen. Og i tiden fra 1969 til 73-74 opstod der her hjemme den ene gruppe efter den anden, som forsøgte at udvikle dette forhold. Ud af denne proces kom en polarisering mellem to udviklingstendenser med hver sit primære bagland. Og med hver sin bærende idé, der så at sige skar det "nye venstre" over ideologisk.

På den ene side gruppen af revolutionære partibevegelser, hvor det var den udadvendte kamp mod kapitalismen og for socialistiske produktionsforhold, der blev set som det bærende omdrejningspunkt. Det var den kollektive kamp for at ændre de samfundsmæssige betingelser. Og på den anden side forskellige bevægelser - som kollektivbevægelsen og ølejrbevægelsen, eller slet og ret samværet - hvor det var kampen mod den indre psykiske undertrykkelse, der blev gjort til omdrejningspunktet for den videre kollektive kamp for socialismen eller for total frigørelse. Medens partibevegelserne gjorde ændring af de samfundsmæssige strukturer til sin hovedopgave, så blev ændring af de indre psykiske

strukturer - af de som ikke levede i og med partiarbejdet - set som eller gjort til forudsætningen for på langt sigt at opnå det samme mål: socialismen, frigørelsen eller friheden. Mao en polarisering omkring problemet om, hvor kampen skulle tage sit udgangspunkt: i den ydre eller i den indre undertrykkelse. Og ud af denne sidste side er der vokset en egentlig terapibevægelse i dag. Det er dog ingen bevægelse i traditionel forstand. Den har ikke noget kontor, ingen talsmænd - den er anonym i sin samfundsmæssige kraft. Men er alligevel en struktur i bevægelse qua de stadige terapikurser, -centre og -lejre, der holdes året rundt; etableret gennem mund-til-mund metoden og koordineret gennem dagbladet Informationsannoncespalter.

De mest markante eksponenter for denne bevægelse - og for hovedtenden- sen heri - er Jørgen Lumbye og Jes Bertelsen, hvis terapibestemmelser skal analyseres i dette afsnit. Endvidere skal vi til sidst inddrage og analysere en nyudkommet bog af Goodison & Ernst - "Selvhjælpsterapi" - idet den dels knytter an til den samme samfundsmæssige udviklingstendens qua dens udgangspunkt i den indre undertrykkelse, men som dels også forsøger at give arbejdet med denne et andet perspektiv, end det der kommer til syne hos J. Lumbye og J. Bertelsen.

Vi starter vores analyse med J. Lumbye's terapibestemmelser, hvor efter vi forfølger perspektivet i disse, som de er formuleret hos J. Bertelsen. Herefter opsummerer vi, hvorefter vi vender os mod Goodison & Ernst's terapibestemmelser.

Terapi som sundhed inden for og på trods af et sygt samfund.

J.Lumbye (JL) har været tilknyttet terapibevægelsen fra dens spæde start, hvor der blev eksperimenteret med sensitivitetskurser, der skulle gøre de involverede mere autentiske og kreative. Disse kurser rettede sig mod de interpersonelle relationer, idet alle arbejdede med alle på een og samme tid. Men denne måde at arbejde på synes ikke at være tilstrækkelig i følge JL: "vi kom ned under de værste overfladespil, men når vi stødte på vores virkelig ømme punkter lukkede vi af" (75, s. 227). Derfor begyndte nogle at arbejde med den enkelte gennem anvendelsen af følelsesforløsende teknikker, der sigtede mod "at skære igennem (blokere) overflade- og forsvarsspillene og nå ned til de fortrængte følelser og få dem frigjort" (ibid).

Denne drejning i arbejdet kom til at markere et vendepunkt i arbejdet med den enkeltes og alles undertrykkelse respektiv frigørelse. Den indre frigørelse blev nu set som forudsætningen for ydre frigørelse på såvel kort som på langt sigt.

Udgangspunktet for JL's terapibestemmelser efter dette vendepunkt er at vi alle lever som syge (de fleste som neurotiske, nogle også som psykotiske) individer i et sygt samfund. Og at ingen af delene "forandrer sig uden konkret frigørende praksis" (79, s. 14). Denne praksis deler JL i en praksis inden for "den ydre frigørelses område, .. den ydre verden", hvor det er kampen mod kapitalismen, imperialismen, bureaukratiet mv; og i en praksis inden for "den indre frigørelses område - den indre verden" (ibid), hvor det er menneskets kamp for genetablering af kontakt til sine egne følelser, til sin krop og til sine højere bevidsthedstilstande. Praksis i sidstnævnte forstand er terapi.

Den ydre frigørelseskamp, som den i dag kæmpes af revolutionære partier mener JL ikke er tilstrækkelig, fordi den er et ægte barn af rationalismen fra 30'erne og primært har til hensigt at overbevise folk om revolutionens nødvendighed "ved hjælp af logiske argumenter, rationelle kalkuler, økonomiske tabeller osv" (75, s. 230). Argumentet er at kun få lader sig overbevise af logiske argumenter - hvad fascisternes kamp i 30'erne viser - og "minoriteter laver som bekendt ikke revolutioner". Hovedparten af befolkningen handler derimod ud fra "fortrængte følelser - deres forstandsmæssige overvejelser er stort set kun rationaliseringer af deres (ubevidste) følelsesliv".

Det er derfor nødvendigt med en kamp for psykisk frigørelse - en psykisk revolution - som en forudsætning for en langsigtet total frigørelse.

Den eksisterende terapi i form af den etablerede psykiatri og den kliniske psykologi kan ikke anvendes hertil. Psykiatriens brug af psykofarmaka betyder, at der lægges "låg" på den "syges" følelsesliv, i stedet for at arbejde psykoterapeutisk med at forløse det. Og den kliniske psykologi arbejder kun med individets adfærd, og forsømmer dermed helt individets følelsesliv. De kommer dermed til "at tilpasse syge individer til et sygt samfund" (s. 7).

Her over for stiller JL den "kritiske psykoterapi", som påstås at indeholde

"en teori og en praksis, der kan gøre mennesker sunde inden for og på trods af et omgivende mere eller mindre sindssygt samfund" (s. 7).

Ved "kritisk psykoterapi" vil individet kunne frigøre sig fra sine psykiske problemer, og vil opnå en kritisk bevidsthed, der i "den mest omfattende betydning er politisk", idet det psykisk frigjorte individ "vil være en naturlig modstander af ethvert undertrykkelses-samfunds institutioner og organisationer, samt af enhver form for falsk bevidsthed". Forudsætningen for at den ydre frigørelseskamp kan føres frem mod sit rette mål er dermed masseterapi, og dette i en selvterapeutisk form, da der er alt for få kvalificerede psykoterapeuter i dag og "skulle vi vente på at der blev uddannet nok terapeuter til at kunne tage hovedparten af verdens befolkning i terapi, ville verdensrevolutionen have lange udsigter" (s. 226). Og dette rejser spørgsmålet om organisering. Svaret er her terapeutiske kollektiver. I sin helhed lyder strategien:

"Det nuværende undertrykkelsessamfund står og falder med at hovedparten af samfundets individer er følelseløse robotter, der villigt lader sig manipulere, fordi de ikke sanser og føler, hvor langt vi er ude psykisk, socialt, politisk og økologisk. I det øjeblik samfundets individer virkelig blev sansende og følende mennesker, ville de ikke viljeløst og passivt se til, medens den samlede menneskehed er på vej ud i afgrunden.

Den eneste måde hvor vi på massebasis kan genoprette denne menneskelige følsomhed og således både forhindre det truende fascistiske og økologiske ragnarok, og samtidig sikre skabelsen af et frit menneskeligt verdenssamfund, er for mig at se gennem terapeutiske kollektiver" (s. 231).

Genetableringen af menneskets sanser og følelsesliv er den "kritiske psykoterapis" opgave, og organiseres dette i kollektiver, så slås to fluer med eet smæk: den bliver sand politisk kraft af sunde individer.

Masseterapi i kollektive selvhjælpsgrupper siges også af JL at være den bedste terapiform, idet den afløser den klassiske terapeut-klientrelation - "lægmodellen, hvor en (psykisk) syg henvender sig til en ekspert i (psykiske) sygdomme" - hvilket fra starten af lægger op til en "autoritetskonflikt da rollerne på forhånd er fastlagte som et udtryk for ulighed" (78, s. 4). Individualterapi i klassisk forstand vil i denne "psykiske revolutionsproces" kun komme på tale i særligt vanskelige og svært neurotiske og psykotiske tilfælde". Når vi alle er potentielle terapeuter så vil den professionelle terapeuts rolle

fremover derfor primært blive af konsultativ art - både mht hvordan konkret terapi skal gribes an, som formidler af egne personlige erfaringer, og som en organisator, der kan sætte de forskellige kollektiver i forbindelse med hinanden (ibid).

Udviklingen af en terapibevægelse og fænomenet terapiinflation er derfor for JL et sundhedstegn. Dette udelukker godt nok ikke, "at vores psykiske koks samtidig er et symptom på en næsten altomfattende elendighed". Men det primære problem heri er "et praktisk problem med at finde frem til de terapier, der "virker" og samtidig undgå at spille for megen tid og energi på de terapier, der ikke gør det" (78, s. 4).

Men hvorfor - må vi spørge - er det gået så galt i følge den opfattelse, der her kommer til udtryk. Og hvad er det, der betinger, at det nu endeligt er blevet muligt at blive "sund inden for og på trods af et mere eller mindre sindssygt samfund"?

For at forstå JLs standpunkt her må vi gribe tilbage til hans udgangspunkt: at der eksisterer to typer af virkeligheden, der er lige "egentlige": en ydre materiel virkelighed af sociologisk og politisk karakter; og en indre åndelig virkelighed - individets psyke eller individet som sådan. De to virkeligheder opfattes som "selvstændige og ligeberettigede, der på utrolig indviklede måder hænger sammen og gensidigt påvirker hinanden" (78, s. 4). Som eksempler på denne vekselvirkning nævnes, at traumatiske barndomsoplevelser kan få den voksne til at reagere neurotisk i politiske situationer. Og omvendt at ydre undertrykkelse kan "restituere tidligere traumer og få individet til at ryge ned i uforløste barndomsfølelser".

Om forholdet mellem de to virkeligheder siges direkte, at de er "dialektisk forbundne", dog er der ikke tale om at noget i den ene virkelighed er "forårsaget af" noget i den anden virkelighed (78, s. 4). Dette kan kun forstås på den måde, at hver virkelighed er bestemt af hver sin udviklingslogik, der på den ene side er uafhængige af hinanden, men som dog på den anden side kan betinge hinandens bevægelse. De kan mao påvirke hinanden som billardkugler, men ikke mere. En "svag" dialektik, må vi sige!

For at forstå hvad der er gået galt i menneskenes samfundshistorie, skal vi først betragte de to virkeligheder, som JL opererer med, uafhængigt af hinanden.

Inden for den ydre virkelighed - den materielle - er det gået galt, fordi der i dag produceres for profit, og ikke for behov. Dette har resulteret i en industrialisering, der er løbet "fuldstændig løbsk". Ungdomsoprøret og den politiske bevidstgørelse i 60'erne blev en sund reaktion mod dette "sindssyge samfund", og medførte bl.a. det centrale, at der blev stillet spørgsmål ved den borgerlige monogame kernefamilie, som JL betegner som "indoktrineringens kernecelle" og som en "følelsesmæssig kræftsvulst" (75, s. 228). Netop de terapeutiske kollektiver er derfor at se som det "revolutionære alternativ" på dette, idet det både er den bedste mulighed for voksentherapie og et alternativ til kernefamilien. Så meget om det syge samfund.

Men hvorfor er individet sygt? Fordi det har fået for lidt kærlighed. Forældrene har ikke elsket det eller elsket det nok som barn (75, s. 220). Denne mangel på kærlighed, samtidig med at barnet er afhængig af den voksne, betyder at barnet må overleve "gennem psykiske beskyttelsesmekanismer", idet det ikke magtede at se "i øjnene at det (psykisk set) var alene i verden" (s. 221). Dette betyder igen at barnet ikke oplever kærlighedstabet fuldstændigt, hvorfor

"situationerne omkring kærlighedstabet (forbliver) uafsluttede situationer, der så længe de ikke bliver afsluttede, dvs. fuldt gennemlevede og genoplevede vil "leve videre" og båndlægge det meste af neurotikerens psykiske energi" (s. 221).

Hvis ikke den voksne derfor - gennem terapi - genoplever sine traumatiske oplevelser og får afsluttet sin barndoms uafsluttede situationer, så er det heller ikke fuldt og helt i stand til at elske andre og give kærlighed fra sig: "neurotiske voksne skaber neurotiske børn".

Dette betegner JL som en ond cirkel. Og denne "onde cirkel kan (logisk nok) kun brydes gennem effektiv masseterapi" (77, s. 14), hvor hvert individ går i terapi for ikke at videregive sin neurose.

Nu er gennemlevelsen af ens neurose (og ved psykoser genoplevelser af traumatiske fødsels- og eventuelt også fosteroplevelser) dog kun det ene moment i den "kritiske psykoterapi" teori og praksis. Det andet moment efter de traumatiske oplevelsers konkrete generobring, er at transcendere den nu fuldt ud integrerede psykiske struktur mod højere bevidsthedstilstande. At udvikle højere bevidsthed er at ophæve dualiteten mellem indre og ydre og blive eet med helheden.

De to momenter i den "kritiske psykoterapi" ses endvidere at være iboende mennesket: mennesket ses som havende "et alment behov for psykoterapi og spiritualitet" (80, s. 9). Her støder vi imidlertid på en selvmods sigelse i JL's terapibestemmelser. For hvis alle voksne - gennem kritisk psykoterapi - blev frigjort fra deres neuroser, hvad den kritiske psykoterapi lover og har som mål, så må der være tilstrækkelig kærlighed til alle nye individer (især børn), hvorfor disse automatisk ville få hele deres barndom med sig i følelsesmæssigt bearbejdet og oplevet form. Men alligevel vil de have behov for terapi - dvs behov for at bearbejde noget i sig selv, som ikke eksisterer!

Denne modsigelse synes at kunne løses ved at undlade at gøre behovet for psykoterapi og spiritualitet til et alment behov, og snarere opfatte det som et specifikt behov. Dette ændrer intet ved JL's terapibestemmelser, men det rejser problemet om, hvad den "onde cirkel" egentlig er for en størrelse i JL's terapibestemmelser, og hvilken karakter den har, idet det så bliver opståelsen og eksistensen af denne, der nødvendiggør terapi i masse målestok. Og som på sin side modsvarer af behov for psykoterapi (og spiritualitet) hos de historisk samtidige individer.

Vi får ikke direkte hos JL noget at vide om, hvordan den "onde cirkel" er opstået. Og ej heller får vi noget at vide om, hvordan det er blevet muligt for nogen individer at undslippe den, og dermed opnå det klarsyn, at alle andre medlemmer af samme samfund er vildledte. Men at den onde cirkel nu endelig er brudt, finder JL bevis for ved eksistensen af tre faktorer:

- a - nye epokegørende landvindinger og nyopdagelser med praktisk psykoterapeutisk teknik og med hensyn til kortlægning af det ubevidste (det menneskelige sind);
- b - (gen)opdagelsen af østens "religioner" (psykoterapier) og deres spirituelle teknikker; og
- c - et voldsomt pres fra brede kredse af almindelige mennesker, som forlanger at man tager (deres) psykiske problemer alvorligt, og som i praksis er begyndt at arbejde terapeutisk med sig selv og hinanden" (78, s. 4).

Ud fra dette - og ud fra det tidligere, at psykiske problemer modsvarer af "falsk" bevidsthed - må vi sige, at den centrale kerne i den "onde cirkel" er det ubevidste. Og at det er opdagelsen af det ubevidste,

der bryder den "onde cirkel" - altså Freud, som traditionelt tilskrives dette for det ubevidstes samfundsmæssige almengørelsesproces.

Den "onde cirkel" reproduceres hos JL i samme grad og omfang, at der ikke findes personer, der har generobret deres traumatiske oplevelser på den ene side, men som har viden om det ubevidstes eksistensform og -indhold. Og graden og omfanget af disse personer er omvendt bestemmende for, hvor vidt og i hvilken grad det "syge" bliver "sundt"; og dette i den forstand, at "sunde" individer udtrykker og praktiserer per automatik et "sundt" syn på samfundet som sådan.

Og hermed bringes vi tilbage til JL's udgangspunkt - blot med modsat fortegn: I stedet for den ubevidste onde cirkels deterministiske styring af den indre og den ydre virkeligheds bevægelse, så er der med det ubevidstes opdagelse sat og indført den om det ubevidste bevidste gode cirkel, hvilket simpelt er Kritisk Psykoterapi. Og denne eskalerer i samme grad og omfang, at personers terapeutiske arbejde (den første persons godt nok - som hos Freud - umulige "selvanalyse") organiserer sig i kollektiver. Altså fra "ond" ubevidst styring til "god" personlig-bevidst styring. "Hele mennesker" - terapeuter - kan nu vejlede den resterende menneskehed ved at vejlede ned gennem neurosen ved på den ene side at styre hen mod de traumatiske oplevelseskerner, og ved på den anden side at tage det ansvar på sig, som den neurotiske har brug for for at kunne slippe selvkontrollen i selve genoplevelsen af traumet.

Dette lyder jo alltsammen meget godt. Men som hos Freud må vi spørge, hvad denne onde/gode cirkel egentlig er for en størrelse, og hvilken status har den. Og vi må konstatere, at det er en tredje ubegrebet virkelighedsinstans i JL's terapibestemmelse, og at denne bliver den egentlige kerne i den "kritiske psykoterapi", idet den tilskrives rolle som organisator eller den aktive formidler mellem det indre og det ydre. Den bliver til en massepsyke, der er den menneskelige samfundshistories egentlige subjekt, og endvidere subjektet for det enkelte individs udviklingsbevægelse. Men til forskel fra Freuds massepsyke, så drejer det sig ikke om at indordne sig under en fornuftig udgave af denne, men at gennembryde den og videreudvikle sig selv ved at transcendere bevidsthedstilstand efter bevidsthedstilstand, hvad vi skal sætte på begreb med kollektiv sjæl.

JL er (naturligt nok) begrebsligt tavs omkring dette "tredje" - dette "hul i tænkningen" mellem individ-sygdom-samfund - men som implicit til stede har den da også forskellige betegnelser: den voksne, forælderen, terapeuten. Alt sammen borgerlige inkarnationer af fornuft og autoritet. Og går vi til de kilder, som JL udpeger som fundamentet for den "kritiske psykoterapi" - Freud, Jung og Reich - så er det da også forskellige og uforenelige svar, som vi får på karakteren af dette "tredje": massepsyke, kollektivt ubevidst og orgonenergi. Og det samme gør sig gældende mht de nyere psykoteorier/-terapier - F. Perls, A. Janov, R.D. Laing, S. Grof og B.S. Rajneesh - som JL trækker ind under den "kritiske psykoterapis" hat. Men alle vurderes af JL som ydende vægtige bidrag til en afklaring af forskellige aspekter ved menneskets psykiske liv, som vi nu kan præcisere til at være det enkelte individs vertikale livsakse inden for en overgribende kollektiv sjæl. Og netop derfor spiller fundamentale teoretiske uenigheder ikke nogen synderlig rolle, idet de blot kan ses som forskellige virkeliggørelser eller manifestationer af den kollektive sjæl igennem enkeltpersoner på bestemte (tilfældige) historiske tidspunkter - og de teorier eller meninger herom, der ikke kan indplaceres heri, er slet og ret neurotiske menneskers forvrængede virkelighedsopfattelse. "Kritisk psykoterapi" har gjort sig immun over for virkeligheden - kun det der bekræfter den eksisterer. Så synderlig "kritisk" er den ikke mod sig selv!

I den "kritiske psykoterapi" finder vi et paradoks, som - hvis der ikke tænkes om det - til stadighed må løses reduktivt gennem rekurs til en af siderne afhængig af, hvad der er muligt inden for rammerne. Paradokset består i, at der på den ene side kun ses at eksistere det indre og det ydre (individ/psyke/bevidsthed over for materialitet/natur/samfund), men på den anden eksisterer der en instans over det indre og det ydre som subjekt for deres bevægelse, og som kan gribe ind i begge. Og vi skal kort følge terapibestemmelser, der falder tilbage til den ene eller den anden side. Først til en terapibestemmelse, der rekurrerer til et standpunkt i instansen over det indre og det ydre - til den kollektive sjæl - hvor vi skal undersøge, hvordan en sådan tager sig ud hos Jes Bertelsen.

Terapi som kollektiv styring.

Hos Jes Bertelsen (JB) træder den kollektive sjæl i dag frem gennem tre manifestationer.

For det første i form af den - altovervejende - gruppe af mennesker, der søger meningen med deres liv i den ydre materialitet. Prestige og materielle goder er det styrende.

For det andet i form af en lille, men stadig voksende gruppe af mennesker, der har mistet meningen med livet, men som til stadighed - og på flugt fra deres egen indre mening - søger at opnå denne gennem blind udageren. En gruppe på vanding fra den ene oplevelse til den anden - gennem stoffer, alkohol, musik mv - eller fra den ene isme til den anden.

Og som en tredje manifestation den gruppe, der er gået i gang med at udvikle deres egen indre mening gennem psykoterapi og meditation.

Den første gruppe viderefører den vestlige kulturarv: fortabelsen i den ydre verden, som i følge JB blev grundlagt allerede med Aristoteles, der placerede bevidstheden - den kollektive sjæl - i tingene eller "i det ekstramentalt værende" (Jes Bertelsen 74, s. 75).

Den anden gruppe er et affaldsprodukt - en subkultur - som stammer fra det "ubevidste område og som kompenserer den bevidsthedsspejlende kultur" (s. 107), dvs produkt af den første gruppes blinde involvering i at finde meningen i den ydre materialitet. Denne subkultur er altså et udtryk for, hvad den generelle kultur fortrænger, og den måde, som den i dag træder frem på, er gennem larm og lys: beatmusik og kunstigt lys.

Subkulturen prøver at holde den indre stilhed og mørke borte gennem blind søgen efter mening. Historisk har dette sin pendent hos Kant og Schopenhauer, der forfølger den "blinde, årsagsløse vilje .. ind i det ukendtes dimension .. uden bestræbelser for at opløse og åbne nærmere" (s. 98).

Den tredje gruppe er den gruppe i subkulturen, der har taget den indre stilhed og mørke på sig. Og her er Jung's udtale af den kollektive sjæl dens historiske rødder. Det som denne gruppe tager på sig er opgøret med det, som kulturen generelt skubber væk - vold, ondskab og tvang -

fra at se i sit eget indre. Den eksisterende massepsykotiske krigsgejl, voldshandlinger, forurening osv osv ser JB nemlig som et produkt af, at de enkelte mennesker ikke ser deres egne komplekser i øjnene og føler dem, men i stedet omgås dem.

Den kollektive sjæl bestemmes i sin helhed som i dag værende et forureningskompleks, hvor der kun er een vej frem:

"problemet er ikke Vietnam, Berlin eller Israel, men problemet er lige ved hånden, da det er hvert menneske for sig alene, der i at undlade at integrere sin egen indre Auschwitz fremtvinger en ydre et andet sted. Volden og krigen er de nødvendige ventiler, der afvikler det ubevidstes uhyggelige overtryk.

Kun ved at ventilere kollektivt derved at hver for sig ventilerer, kun således kan katastrofen i forureningen mindskes og måske afhjælpes ... Hvis ikke, ødelægger det bevidstheden og drukner verden i forurening og vold" (s. 145).

Dette er skrevet i 1974; og i 1984 er det udvidet til, at de der "ventilerer" - gennem psykoterapi med den centrale akse i symbolsk-emotionel død og genfødsel (79, s. 137-42) - har mulighed for at opnå en transcenderet bevidsthed, der gør det muligt for dem direkte at ændre den almindelige bevidsthed" (Jes Bertelsen 84, s. 76). Nok bygger JB på de samme kilder som Jørgen Lumbye - og især Jung, men han udvider også Jung's teori her, idet Jung afstod fra at tillægge erkendelse - som noget subjektivt aktivt - til den transcenderede bevidsthedstilstand.

Det som JB udtrykker i ovenstående er fundamentet i den absolut nyeste terapi form: fjernhealing.

Om den "onde cirkel" som Jørgen Lumbye opererer med, vendes, er mao afhængig af hvert enkelt individs terapeutiske og spirituelle arbejde med sig selv. Den "omfattende elendighed som terapibevægelsen måske er et udtryk for" ses som et rent terapeutisk og spirituelt anliggende, som dog er ved at bære frugt.

Grof - som ligelædes er en af de fælles rødder for Jørgen Lumbye og Jes Bertelsen - udtrykker det således:

"Det ser ud til at vi er ved at nærme os en fænomenal syntese af det fortidige og det nutidige. En vidtrækkende integration af Østens og Vestens landvindinger, der kan få dybtgående konsekvenser for livet på denne planet" (Grof 83, s. 5).

Det enkelte individs aktive virkeliggørelse af egne psykiske potentialer ved at gøre sig selv til genstand for sin aktivitet er et moment heri. Hvor Lumbye betoner at dette må gøres også gennem praktiske ændringer - terapeutiske kollektiver - så er dette helt forsvundet hos Bertelsen, hvor det enkelte individ kan forblive i sin eksisterende samfundsmæssige situation - blot skal denne suppleres med rum, hvor individet med jævne mellemrum kan trække sig tilbage til sin egen "stilhed og tomhed".

Lad os på dette grundlag søge at indkredse den terapibestemmelse, som Lumbye og Bertelsen fremsætter.

Alment bliver terapi den praksis, hvor igennem individet arbejder med at overvinde sig selv eller med deres egne ord "sit neurotiske selv". Denne overvindelse, denne kamp med at ændre sig selv er altid nødvendig - hos Lumbye modsvares den af et behov for psykoterapi - idet ethvert individ lige fra sin første færd (eventuelt helt tilbage til (før) undfangelsen som foster) udsættes for oplevelser, som det ikke får med sig totalt i følelsesmæssig bearbejdet form. Som voksen kan individet dog frigøre sig fra de ubearbejdede oplevelser ved at genopleve dem gennem terapi, hvilket samtidig er forudsætningen og muligheden for realisering af individets iboende behov for spirituel udvikling. Der kommer imidlertid en selvmodsigelse frem hos Lumbye, idet det postuleres at det gennem masseterapi er muligt at ophæve den "onde cirkel" af mangel på kærlighed, hvilket må betyde, at når den først er ophævet, så må nye individer - børn - kunne få den nødvendige kærlighed og dermed alle oplevelser med sig i følelsesmæssigt bearbejdet form. Men alligevel er hvert individ henvist til psykoterapeutisk arbejde med sin egen barndom - har behov herfor. Den samme selvmodsigelse findes hos Bertelsen, hvor den er indbygget i selve psykologien, hvor menneskets mål er at virkeliggøre den syntese af modsigelser/modsætninger, som det fundamentalt er. Og denne virkeliggørelse foregår ved at udvikle een side af menneskets psykiske potentialer - for så at vende tilbage til den med nødvendigheden tabte side, og syntetisere disse.

Eller kort: for at handle samfundsmæssigt i overensstemmelse med sig selv og naturen, så er individet henvist til at bearbejde sit psykiske liv med specifikke metoder. Disse metoder ses som upolitiske eller neutrale i sig selv, men deres anvendelse ses at have en fundamental politisk betydning, idet ophævelsen af traumer skaber et "oplyst" indi-

vid, der i sig selv handler politisk adækvat. Menneskets skæbne og mål ses grundlæggende som at være henvist til denne ændring af sig selv for at kunne ændre på sit liv med andre.

De forhold, der kommer til udtryk i terapi, er lidelse som intrapsykiske konflikter. Forskellige terapi former - teknikker - er blot forskellige måder til at arbejde med forskellige typer af intrapsykiske konflikter, og dette også relateret til graden/dybden er dem. Selv når det tager sig ud som problemer i individets samfundsmæssige forhold eller som relationskonflikter - konflikter mellem mennesker - så ligger der en intrapsykisk konflikt til grund - og det hele kan opløses ved at opløse denne. Opgaven i terapi er så at sige at "fange" karakteren af den intrapsykiske konflikt og ophæve denne, eller nærmere: at terapi er defineret ved at have det indre psykiske livs traumer som sin genstand, og dette indre psykiske liv søges gennem forskellige teknikker manipuleret hen imod traumeopløsning isoleret set - følelsesforløsning og bevidsthedstrascendens - som det altid nærværende og globale mål. Et individ bliver klient, når det stiller sig til rådighed som manipulationsgenstand, og et individ bliver terapeut, når det vejleder manipulationen. De midler der anvendes er utallige. Det er psykoanalysens associationsøvelser; det er den analytiske psykoterapis aktive imaginationsteknik; den strategiske psykoterapis paradoksale intervention; bio-energiens stressøvelser; dans og dramatik; det er massage, healing osv osv.

Til sidst til spørgsmålet om hvordan vores samlede greb om terapi bevidst øges i følge denne terapikonception. Kort og godt så øges det på to måder: for det første ved at hvert enkelt individ begynder at bearbejde sit indre psykiske liv gennem terapi og meditation, hvorved det qua sin derved mere "rene" deltagelse i den kollektive sjæl samtidigt gives større mulighed for at få greb om den generelle samfundsmæssige udvikling sammen med andre. Opgaven er så at sige at være aktiv i integrationen af de vestlige psykoterapier med de østlige yoga- og meditationsteknikker, og dette med sig selv som centrum og medium. For det andet gennem udviklingen af så effektive terapi former som muligt, hvilket vil sige terapi former, der når så "dybt ned" i det menneskelige ubevidste som muligt, og så "højt op" som muligt. Det er et teknisk problem.

Terapi som teknik til at handle nutidigt i overensstemmelse med sig selv og situationen.

Medens den danske syntese af kampen mellem indre og ydre frigørelse er endt op med Jes Bertelsens tanker om hver enkelt's egen frigørelse, hvor vi dog har brug for hinanden til at ophæve traumer med, så forsøges spændingen mellem indre og ydre fastholdt i Goodison og Ernst's "In Your Own Hands" (engelsk 1981), som kom på dansk i 1983 under titlen "Selvhjælpsterapi".

Den engelske udvikling inden for terapiområdet ligner den danske i den forstand, at den foregår denne; hvorfor bogen, der er en slags opsummering af antiautoritær feministisk terapi fra dens spæde start først i 70'erne, i stor udstrækning er repræsentativ for den tilsvarende danske udvikling. Bogen har også fået stor opmærksomhed, og anvendes som grundlag for terapi af mange selvhjælpsgrupper, samt af mange enkeltpersoner som en vejviser til terapiområdet.

G&E's terapiopfattelse skriver sig ind i en kvinde- og klassekampsammenhæng, hvor deres mål er blevet at udvikle en feministisk terapi - en terapi for kvinder, der kan anvendes af kvinder, og som kvinder selv kan kontrollere. En terapi, der ikke sigter mod kvinders tilpasning til det "patriarkalske samfund", men tvært imod styrker dem i kampen for et "sundt liv og et ligeberettiget samfund". G&E tager deres udgangspunkt i at kvinder i dag opdrages til at "underkaste sig og tage sig af andre, at være forførende, manipulerende og passive. Vi er der imod sjældent blevet opmuntret til at finde ud af, hvad vi egentlig ønsker og at arbejde åbenlyst for det eller at være vrede, stærke, krævende, at opfatte vores behov som lige så vigtige som andre menneskers, især mænds og børns" (s. 12). En sådan opdragelsesproces resulterer i udvikling af "forsvarsmæssige strukturer eller blokeringer", der igen resulterer i "ubevidste følelser" hos den voksne, som både stiller sig i vejen for og "saboterer vore bevidste valg af frigørelse" (s. 11).

Der er derfor brug for en feministisk terapi, der kan hjælpe kvinder med at forblive aktive i den stadige kamp; en terapi der

"kan hjælpe os med at trænge gennem vores opdragelse og komme i kontakt med den styrke, der befinder sig fastlåst inden i os, og den dybe kærlighed som giver os energi til at handle i vor egen og i den fælles interesse" (s. 13).

Mænd kan ligeledes hente hjælp gennem terapi, idet mænd også opdrages til at tilpasse sig bestemte undertrykkende samfundsmæssige forholdsmåder; de skal ud fra den herskende ideologi være "dominerende og følelsesmæssigt undertrykte". Mænd skal her over for lære "at blive deres egne kvinder .. (og) lære at give hinanden den omsorg, den kærlige og følelsesmæssige og praktiske støtte, som de traditionelt forventer fra kvinder" (s. 13).

G&E's terapibestemmelser er udviklet udelukkende mht kvinder, og det er som sådan, at vi i det følgende skal forfølge deres bestemmelser.

Med G&E's antagelse at den nuværende kønsbestemte opdragelsesproces stiller sig ubevidst i vejen for stadige forandringer af sig selv og af det samfundsmæssige liv som sådan, så mener de dog, at terapi ikke kan erstatte "politisk organisering", men tvært imod være et supplement til denne, og at der eksisterer "et niveau på hvilket terapi kan blive en integreret del af den revolutionære forandringsproces" (s. 13). De tager derfor afstand fra tankerne om terapi som "helbredelse", idet de antager, at der er "en forbindelse mellem følelsesmæssige og fysiske erfaringer, samt at historiske og sociale faktorer har en betydning" (s. 19). Det er derfor "ikke muligt at enkeltpersoner kan være sunde i et sygt samfund", idet et sygt samfund hele tiden "smadrer een følelsesmæssigt" (s. 260). Terapi kan kun gøre os

"mere modtagelig, når det gælder om at kunne føle nydelse og smerte, og vil kunne styrke os, så vi kan finde bedre måder at kæmpe for et bedre liv på. Men kun bredere sociale forandringer kan skabe betingelser for et sundt liv" (s. 260).

Det er mao vores evne til at føle sig selv og hinanden fuldt ud, som smadres gennem den kønsbestemte opdragelsesproces. Og det er denne evne i form af "personlig integritet", der må genvindes gennem terapi. Den forbindelse, som G&E antager mellem følelsesmæssige og fysiske erfaringer, kan siges at blive revet fra hinanden på det ubevidste niveau gennem den kønsspecifikke opdragelsesproces, for så for den voksne at blive erstattet af ubevidste følelser, som man dels lider under, og dels stiller sig i vejen for videre forandringer.

I overensstemmelse hermed skelner G&E derfor mellem "bevidstgørelsesgrupper" og "terapi grupper" (s. 17). Bevidstgørelsesgrupper er grupper, der arbejder med strukturelle ændringer af det samfundsmæssige liv. Det er fagforeningsarbejde, hvor der arbejdes for bedre løn og arbejdsvilkår; det er institutionsarbejde - for bedre og flere børneinstitutioner; det er kvindesagsarbejde, hvor prævention, vold mod

kvinder mv tages op. Bevidstgørelsesgrupper arbejder derfor med betingelserne for et "sundt liv og et ligeberettiget samfund", dvs betingelser der ikke føder racistiske, sexistiske, autoritære og konkurrencebetonede holdninger (s. 11).

Terapigrupper der imod har de involverede selv som genstand for forandring. Terapi er i sin kerne bevidstgørelse af det ubevidste "enten det nu drejer sig om barndomserindringer, undertrykte følelser eller oversete kropsfølelser" (s. 170). Terapi retter sig dermed mod at forandre og ophæve de undertrykkende - og ubevidste - holdninger, som de på den ene side er internaliseret i den enkelte gennem den kønsbestemte opdragelsesproces, og som de på den anden side konstant træder den enkelte undertrykkende i møde i det daglige liv (s. 11).

De to gruppers arbejde - som dele i en "revolutionær forandringsproces" - kan siges at have hver sin arbejds-genstand, idet bevidstgørelsesgrupper arbejder med at forandre de sociale betingelser for undertrykkende holdninger, medens terapigrupper arbejder med selve de undertrykkende holdninger som de ubevidst bæres af de enkelte; det kan være passivt i form af at have det dårligt, være desorienteret, at hænge i tilbagevendende selvdestruktive mønstre, eller aktivt ved at give sin egen undertrykkelse videre gennem racistiske, sexistiske, autoritære eller konkurrencebetonede holdninger.

De to typer af praksis - som de to typer af grupper har som genstand - er det i følge G&E vigtigt at relatere til hinanden. Forbindelsen fra bevidstgørelsesgrupper til terapigrupper består i, at "ubevidste barndomsfølelser" ikke i sig selv bliver bevidste gennem forandring af de sociale betingelser, hvor under man lever. Den "bevidste viljesakt (til) at kunne vælge at kunne vælge at forandre eller bandlyse .. bestemte holdninger" er ikke tilstrækkelig. Dette eksemplificerer G&E via de problemer, som kvindebevægelsen løb ind i midt i 70'erne. Det havde indtil da været muligt at tilkæmpe sig bedre betingelser for kvinders liv - oprettelsen af tilflugtssteder for voldsramte kvinder, bedre løn og arbejdsvilkår, en ændring af mediernes kvindefremstilling, en ændring af lovgivningen omkring abort og voldtægt, samt opnåelse af større mulighed for at kvinder selv kunne definere deres seksualitet (jvf s. 11).

"Men selv inden for en voksende og effektiv bevægelse, der spillede en effektiv rolle udadtil og med en radikal omstrukturering af hjemmelivet, ændrede vores følelser og

forhold sig ikke så let. Kvinder fik ny magt, men fortsatte med at føle sig deprimerede, utilstrækkelige og forvirrede" (s. 11).

Det dødvande, som det "nye vonstre" - og dermed også kvindebevægelsen - løb ind i midt i 70'erne overalt i Europa, førte mao G&E til at tage den "indre undertrykkelse" alvorligt.

Forbindelsen den anden vej - fra terapi til bevidstgørelsesgrupper eller mere bredt: mellem terapi og den daglige praksis uden for den terapeutiske situation - består i "grundigt at overveje, hvordan vi ønsker at overføre disse følelser til vores dagligdag" (s. 340). Dette sker dels ved at "erkende, at når vi først har lært at "give los" (vundet vores tabte følelssprog tilbage), giver det os også magt til at bestemme, hvornår vi ønsker at gøre, og hvornår vi ikke gør det" (s. 309). Og dels ved "slutningen" af terapimøder "at diskutere, hvordan man kan føre det, man har lært på terapimødet, ind i sin dagligdag" (s. 340).

Forbindelsen mellem terapi og dagligdag - mellem terapigrupper og bevidstgørelsesgrupper - er mao ydre på det samfundsmæssige niveau: at anvende de konkrete terapierfaringer i dagligdagen er hos G&E placeret som et randproblem, som det godt nok er vigtigt at forholde sig til, men som ikke direkte har betydning for det terapeutiske arbejde. Ligeledes den anden vej, hvor det at trække "bestemte problemer" fra det daglige liv ind i terapien godt nok kan være muligt og nyttigt, men de konstaterer samtidigt "at problemcentreret terapi ikke stiler mod at forholde sig til alle de underlæggende ubevidste følelser, som måske kan have gjort det svært for den kvinde (der har problemet) at være stærk" (s. 337).

Når der kun er en ydre forbindelse på det samfundsmæssige niveau, så må det være op til den enkelte selv at skabe en forbindelse. Og det er også hvad G&E ender op med, idet de gør det til et spørgsmål om motiver (s. 360): at den enkelte må forstå baggrunden for sine handlinger, hvor terapi er "et middel til at rydde den irrationelle vræde og andre brokker fra fortiden af vejen, så vi på en friere måde vil blive i stand til at handle med større styrke og bevidsthed i nutiden" (s. 361).

De ydre samfundsmæssige forhold mellem terapi og dagligdagen går igen på mange niveauer hos G&E. De forskellige terapeutiske teknikker til

bevidstgørelse af ubevidste følelser opfattes som neutrale i sig selv, men hvor der kan være problemer forbundet med den teoretiske platform for teknikken

"Forskellen ligger ikke så meget i teknikken (som man vil kunne se i denne bog, har vi følt os frit stillet, når det drejer sig om at tage, hvad vi har fundet nyttigt inden for forskellige typer af teorier). Det drejer sig derimod om, hvordan vi forholder os i en terapisisituation, om vores holdning, om den måde vi forstår kvinders psykologiske udvikling på, og om de problemer vi griber fat i, det drejer sig om den sociale sammenhæng, vi arbejder i og om vores overordnede mål" (s. 349).

Terapi kan ud fra dette siges at have det mål at gøre den enkelte i stand til at være så stærk, at det er muligt fuldt ud at føle sit liv som det er. En manglende evne til dette skyldes "ubevidste følelser", som det er muligt at komme til bevidsthed om - uafhængigt af de samfundsmæssige forhold som sådan. G&E udtrykker det således:

"Mange adfærdsmønstre bliver udfordret under terapi, og hvis man slipper dem, er man nødt til at have noget andet at falde tilbage på. Det forekommer os, at der vokser en følelse af selvværd ud af kærlighed, enten kærligheden stammer fra en individuel terapeut eller er en følelse af spirituel identitet. Det er kun ved at hver enkelt person skaber dette grundlag for selvaccept, at hun vil blive i stand til at holde op med at plage sig selv og kan gå i solen" (s. 310. Vores fremhævelse.).

Vi synes at støde på en selvmødsigelse hos G&E, for hvordan er det muligt for hver enkelt at komme til at gå i solen - om dette så blot er at kunne føle sin livssituation fuldt ud - når de samfundsmæssige betingelser er undertrykkende. G&E undslipper denne selvmødsigelse ved at gøre det samfundsmæssige til en relationsstruktur: til en struktur af "menneskelige forhold" (s. 250), hvor betingelserne for denne struktur er ydre - ikke-samfundsmæssige; i hvert fald har den ingen kvalitativ betydning. Det afgørende er, at denne relationsstruktur er patriarkalsk - eller nærmere at den indeholder en logik af kønsbestemt opdragelse, som ikke varetager barnets udvikling af "personlig integritet". Det kommer til syne som "sammenbrud af et ægte forhold mellem moderen og det lille barn", hvilket ses "som årsagen til at voksne mennesker ikke er i stand til at indgå i tætte forhold" (s. 250).

I overensstemmelse med denne tankegang - relationstankegang - ses det enkelte individ som værende udstyret med et selv, som ligger hinsides de heftige følelser. Selvet er individets

"kerne - et center bestående af ren selvbevidsthed og selvrealisation... Dette center besidder ikke blot statisk selvbevidsthed, men også en dynamisk styrke; det er i stand til at iagttage, lede og bruge alle de psykologiske processer og den fysiske krop fuldt ud. Jeg er et center for bevidsthed, opmærksomhed og kraft" (s. 312).

Opnåelsen af dette er for G&E dog ikke primært et terapeutisk anliggende. Det er derimod en mulighed for den enkelte - gennem meditation - hvis

"man (måske ønsker) at arbejde med sig selv på forskellige måder hele livet igennem" (s. 333). "Meditation er en anden måde at komme i kontakt med de indre ressourcer, som kan bruges i vores dagligdag" (s. 208).

Opsummerende om G&E's terapibestemmelse kan vi sige, at når de fastholder et specifikt standpunkt i forhold til det indre og ydre - et kvinde- (eller køns-) standpunkt - så må de også give den kollektive sjæl et specifikt indhold. Og det bliver en relationsstruktur af - i og med patriarkatet - uægte følende individer.

Summerer vi op for alle tre terapibestemmelsesstandpunkter, så kan vi sige, at terapi entydigt bestemmes som rummet for menneskelig udvikling. Det er i den terapeutiske praksis, at mennesket lærer at leve. Og så må mennesket selv lære at leve således ude i "samfundet". Kun lønarbejdende terapeuter kan vel "leve" af dette!

Kapitel 6.3.2: Behandlerbevægelsen: behandling som reetablering af "tabt" privatforms liv.

Vi skal i det følgende ikke forfølge behandlerbevægelsens kapitalistiske udvikling - af tidsmæssige grunde! Men nøjes med at fremhæve, at denne træder frem i almengjort form, når det liver muligt for den "behandlende offentlighed" generelt at forholde sig aktivt og udadgående til individuelle reproduktionsproblemer af social afmagt og individuel isolation; og det i den form, at det "behandlende sociale" ikke har den fulde kompetence over den behandlede, men at individet i sit sociale liv offentliggør sine problemer uden for dets (klasse)kollektiv som et middel i varetagelsen af dets personlige eksistens.

Dette er (som nævnt) betinget i udviklingen af og i privatformen, kapitalstatens udvikling i hvad man kan kalde "socialstaten", samt i systematisering af erfaringer med intervention over for personlige problemer.

Medens personlige problemer tidligere var et kompetenceområde for det psykiatriske sygehusvæsen - og i kirken/religionen, hvor de kunne spilles ud i blank form - så findes der i dag et hav af forskellige instanser, der mere eller mindre direkte kan - og også gør det - gribe ind i forhold hertil. Personlige problemer er ikke længere en benægtet eller tabueret social dimension i offentligheden, hvorfor også den "behandlende offentlighed" forholder sig hertil og er udbygget i relation til dette: praktiserende læger, lægehuse, psykiatriske speciallæger, socialforvaltningers behandlerteam af socialrådgivere og psykologer, offentlige klinikker med bestemte målgrupper, psykiatriske daghospitaller mm. Og udviklingen af distriktpsychiatrien skriver sig også ind i denne sammenhæng. Hertil kommer også et net af alternative rådgivninger af alskens art, som dog kun i første omgang er et moment i behandlerbevægelsen, da de ofte søger at negere behandling til fordel for "handling", "medhandling" mv.

U.J. Jensen snakker om opståelsen af et "klinisk kollektiv, (der) retter sin virksomhed mod grupper i samfundet" (83, s. 29), og som bestående i et net af grupper og enkeltindivider af sundhedsplejersker, hjemmesygeplejersker, skolepsykologer, socialrådgivere, praktiserende læger, bedriftslæger mv, der er underlagt et fælles sigte ved gennem deres arbejde at "bidrage til at fremme befolkningens sundhedstilstand" (ibid, s. 28). Vores begreb om behandlerbevægelsen har mange ligheds-

træk med begrebet om det "kliniske kollektiv", men det skal på den ene side ses bredere som en "behandlende offentlighed" over for den enkelte, og på den anden side snævrere som et begreb for den behandling, der vedrører den enkelte person som sådan - altså hvor indfaldsvinklen ikke i første omgang er social eller somatisk. Det er en vag bestemmelse, men historiske undladelsessynder sætter sine spor!

I behandlerbevægelsen møder vi de tidligere analyserede terapibestemmelser, men også konglomeratet af samtlige. Og en perspektiverende sammenfatning af disse på grundlag af empiriske undersøgelser over effekt og korrelerede variable finder vi hos E. Hougaard (83 og 84). EH søger at begrunde tesen om psykoterapi som non-specifik behandling. Og vi følger denne i sin begrundelsessammenhæng.

Udgangspunktet for EH er, at teoretisk og metodisk meget forskellige behandlingsformer synes at opnå nogenlunde samme effekt, hvilket må give anledning til at stille spørgsmålstejn ved de respektive forklaringer, dvs de enkelte behandlingsformers selvforståelse. EH taler om en psykoterapeutisk krise som en

"krise udadtil, på den ene side i forholdet mellem profession og offentlighed og på den anden mellem profession og videnskab. Over for offentligheden oplever psykoterapien en legitimerings- eller troværdighedskrise (..), der bl a giver sig udtryk i problemer med autorisation og sygesikringsdækning" (84, s. 89).

Og dette hænger for EH sammen med en videnskabelig krise i "psykoterapiens legitimation over for offentligheden i en periode med økonomisk krise og nedskæringer i de offentlige udgifter" (s. 90).

Det er "effektiviteten", der er på tale, og på spil. Det er problemet om at dokumentere, at psykoterapi også faktisk er effektiv. Og dette har været et tilbagevendende problem siden 50'erne, hvor Eysenck offentliggjorde en empirisk undersøgelse, der konkluderede, at

"bedringsprocenten for neurotiske lidelser i psykoterapi nogenlunde tilsvarede den spontane bedringsprocent for ubehandlede neurotikere, idet begge grupper opnår væsentlig bedring i ca 2/3 af tilfældene" (s. 91).

Men nyere undersøgelser viser for EH dog, at "psykoterapi virker bedre end ingen behandling" (83, s. 12) - altså at Eysenck's nul-hypotese

kan afkræftes. Men nyere undersøgelser viser også, at det er umuligt at konstatere afgørende forskelle i effektiviteten af forskellige former for psykoterapi over for hovedparten af psykiske lidelser - på nær i forhold til adfærdsterapien, der klarer sig bedre over for manifesterede former for tvangshandlinger og fobier (s. 94).

Dette stiller for EH afgørende spørgsmålstegn ved de dominerende synspunkter på psykoterapi, der hævder, at det er den specifikke terapeutiske teori og teknik, der virker i psykoterapi - hvor hver terapiform så at sige har sin særlige profeti-begrundelse. Og som følge heraf må psykoterapi - ifølge EH - begundes på anden måde end hidtil. Og den forklaring, der tilbydes sig her er, at psykoterapi "virker i kraft af de samme terapeutiske faktorer" (84, s. 100) - de såkaldt non-specifikke faktorer - der omgiver selve den terapeutiske praksis. Og empiriske undersøgelser af de fælles forhold for al terapi peger i retning af, at psykoterapi,

"som den først og mest udøves, er en effektiv behandling, der mere afhænger af klientens forudsætninger og kvaliteten af det personlige forhold mellem klient og terapeut end af terapeutens teori og teknik, uddannelse og erfaring, behandlingsmodalitet eller varighed af behandlingen" (84, s. 99. Vores fremhævelse.).

Nu findes der flere fortalere for dette standpunkt, at det er de fælles faktorer, der er virksomme på tværs af de forskellige terapiformer og teknikker (83, s. 22-38 og 84, s. 100-104). Og hver især fremhæver bestemte faktorer, som de virksomme eller effektive. Men det standpunkt, der synes at stemme bedst med empirisk bekræftelse, finder EH hos Frankl, hvis centrale pointe er, at psykoterapi

"har karakter af personlig påvirkning ("persuasion"), og at de faktorer, der fremmer denne påvirkning ikke blot er fælles for alle vestlige psykoterapiformer, men tillige for en lang række andre påvirkningsstrategier, der sigter mod omfattende personlighedsændring" (83, s. 28).

Og de fælles faktorer er ifølge Frankl væsentligst fem.

Den første angår patienterne, som lider af "demoralisering: de føler sig isolerede, håbløse og hjælpeløse, ude af stand til selv at klare deres problemer og uden mulighed for at finde passende hjælp. Som følge af håbløsheden er de præget af ubehagelige følelser, mest markant angst og depression" (s. 29). Og det er EH's standpunkt, at alle terapiformer da også bidrager til at restituere patientens "moral og dermed til

at lindre subjektivt ubehag". Og endvidere, at psykoterapi opnår de største virkninger på dette område - snarere end på området for personlighedstræk og social livsførelse (s. 29). Og hertil kommer, at psykoterapi bidrager med at hjælpe patienten til også fremover at finde "mere effektive strategier til at klare sine problemer".

Og de følgende fire faktorer, der kan siges at udgøre de "strukturelle rammebetingelser for terapiens effekt" er for det første typen af mellemmenneskeligt forhold mellem patient og terapeut, hvor det centrale er "patientens tillid til terapeutens kompetence og ønske om at hjælpe. Patienten må føle, at terapeuten nærer ægte omsorg for hans velfærd. Oplevelsen af at blive forstået og accepteret af en person, man respekterer, er en stærk modgift mod demoraliseringen og et bidrag til øget selvfølelse" (s. 30). Og det er for det andet, at alle former for psykoterapi foregår på steder, der er socialt sanktionerede som behandlingssteder, "hvilket tilsvarende kan styrke patientens tiltro til behandlingens resultat" (s. 31). For det tredje indgår der i al psykoterapi et teoretisk rationale, eller en "myte", der "forklarer patientens problemer såvel som behandlingens virkemåde" (s. 31). Og denne er i en vis grad uafhængig af sandhedsværdi, fordi den også tjener "det formål, at patienten kan bringe sammenhængende mening i sine symptomer, hvilket i sig selv kan bekæmpe angsten og usikkerheden, samt styrke tiltroen til, at det er muligt at gribe effektivt ind". Her ud over har den effekt som styrkelse af terapeutens tiltro til sig selv, hvilket "smitter" til patienten - og dette viser sig også at korrelere med, at det er de mest entusiastiske terapeuter - upåagtet uddannelsesbaggrund - der opnår de største og hurtigste resultater (83, s. 15). Den fjerde bestanddel er, at psykoterapi betjener sig af en række procedurer eller teknikker svarende til de teoretiske forskrifter, og "disse har den funktion, at de styrker terapeutens selvtillid og patientens tiltro til terapeuten ved, at denne kan demonstrere sin magt og kompetence gennem mestren af teknikkerne" (s. 32).

Centralt ved ovenstående er, at det er deres almene funktion, der er det virksomme, snarere end det specifikke indhold i det terapeutiske rationale og den terapeutiske teknik, som dog må være "forenelig med den sociale realitet i det samfund, hvor terapien foregår" (s. 32), da terapeut og klient ellers ikke kan "nå hinanden".

De strukturelle rammebetingelsers gennemslag i den terapeutiske situation ses nu at bevirke, at der "sættes en række interrelaterede processer i gang hos patienten" (s. 33). Det drejer sig for det første om

muligheden for at indlære nye holdninger; for det andet styrkes patientens håb om hjælp; for det tredje kan og må patienten bringes til at opleve, "at han kan forandre sig og opnå positivt udbytte af forandringen"; for det fjerde giver psykoterapi mulighed for bekæmpelsen af "patientens følelse af demoralisering, ved at hans problemer bliver forståelige og almengjorte. En væsentlig kilde til demoralisering består i symptomernes uforklarlige natur, (hvor) alene det at få givet symptomerne mening og struktur gennem terapeutens forklaring kan forårsage en væsentlig lettelse af subjektivt ubehag hos patienten" (s. 34); og for det femte resulterer alle effektive behandlingsformer i en "emotionel arousal" hos patienterne.

Forskellige udbredte opfattelser af psykoterapien må nu - i følge EH - falde eller relativiseres nærmere. Det drejer sig for det første om psykoterapien som psykologisk videnskab, som common-sense og som magi. Psykoterapien som psykologisk videnskab er især blevet forfægtet af psykoanalysen og af adfærdsterapien.

Psykoanalysens selvforståelse, at det centrale virkemiddel i terapien er "indsigt, der formidles gennem terapeutens tolkninger", hvor "alene den tilbunds gående indsigt i konfliktens dynamik og genese sikrer (...) fuldstændig og varig ophævelse af de neurotiske forstyrrelser" (s. 40) må drages i tvivl, da vidnesbyrdene for psykoanalysens effekt er "ekstremt svage" for det første; og for det andet så har adfærdsterapien "dokumenteret", at ændringer i mange "tilfælde kan opnås uden indsigt gennem direkte behandling af symptomerne" (s. 42); og for det tredje kan også "forkerte tolkninger" undertiden "have en god terapeutisk virkning" (s. 45). Derfor må tolkningens virke ses "i dens bidrag til, at patienten kan føle sig forstået, snarere end til at bringe patienten korrekt selvindsigt". Og EH refererer her også empirisk materiale, der hævder, at "psykoanalysen snarere bidrager til at styrke patientens rationaliseringer end til at forårsage grundlæggende terapeutiske forandringer" (s. 42) - hvad der så at sige bekræfter perspektivet i vores formal-logiske analyse af psykoanalysen som terapi.

Adfærdsterapi her over for, der opfatter psykiske forstyrrelser/psykopatologi som fejllindlært adfærd, og som ser psykoterapi som en mulighed for et nyt indlæringsforløb styret af en videnskabelig eksperimentel indlæringspsykologi, må også drages i tvivl. For det første kan adfærdsterapiens generelle overlegenhed ikke dokumenteres ud fra empiriske undersøgelser (behandling af tvangshandlinger og fobier und-

taget). Og for det andet er det tvivlsomt at overføre basale indlæringsprincipper som klassisk og operant betingning til at forklare menneskelig adfærd, da også kognitive faktorer bestemmer denne, og der findes i forlængelse heraf ikke nogen "veletableret kognitiv psykologi, der er tilstrækkeligt udviklet til at kunne tjene som grundlag for en videnskabelig kognitiv adfærdsterapi" (s. 49). Og for det tredje tyder undersøgelser på, at en længe central anvendt metode - systematisk desensivering gennem "afslapning, angsthierarki eller kobling af afslapning og angstfremkaldende forestillinger" - ikke har nogen afgørende betydning for terapiens udfald, hvorfor det virksomme tilbage i adfærdsterapi er "ændringer i forventet personlig kompetence" (s. 51).

Udbredte opfattelser af psykoterapien som common-sense - som relativeringen af psykoanalysens og adfærdsterapiens "videnskabelige rationale" bringer frem - fortjener derfor opmærksomhed. Og her er det slående, at undersøgelser viser, at "læg-terapeuter klarede sig lige så godt som eller endnu bedre end professionelle terapeuter" (s. 57). Men dette stemmer imidlertid ikke med en common-sense opfattelse, hvor netop "terapeutisk udbytte (er relateret) til terapeutens formodede ekspertrolle. Det der kan forklare læg-terapeuters behandlingsresultater synes der imod at være, at de investerer større entusiasme i patienterne end de veletablerede professionelle terapeuter gør det; at de er i stand til at udøve større varme og ægthed, hvilket modsvares af empiriske fund, der kan påvise, at "terapeuters varme og empati (kan) mindskes som følge af traditionelle terapeutiske uddannelsesprogrammer" (s. 58); at læg-terapeuter måske oftere deler erfaringsbaggrund med deres patienter, hvorfor deres muligheder er bedre for at opnå konkret indsigt i patienters problemer; og endelig kan det også tænkes, at "netop terapeutens status og magtposition i forholdet til patienten kan tænkes at være en hindring for aktiveringen af den kurative faktor, der knytter sig til patientens oplevelse af selv at kunne klare sine problemer" (s. 59).

Så derfor kan der ikke være tale om at se psykoterapi som common-sense, men nærmere at "anvende common-sense som videnskabelig rekursbasis i forståelsen af psykoterapi" (s. 62).

På eet punkt - imidlertid - kommer common-sense som rekursbasis til kort. Og det er at "mange deltagere i psykoterapi beretter om behandlingen,

at den i kraft af sin følelsesmæssige intensitet og særlige oplevelsesmæssige realitet (undertiden nærmest transcendentale karakter) afgørende adskiller sig fra oplevelser i dagligdagen" (s. 63). Og dette bringer spørgsmålet om psykoterapi som magi på benene.

Magi ser EH i psykoterapien som et spørgsmål om "induktion af hypnotiske trancetilstande" (s. 66), og historien er fuld af sådanne magiske helbredelser, hvor troen på og tiltroen til magien (:behandlingen, proces) har bevirket afgørende ændringer i de involveredes (sinds-)tilstand. Og dette får EH til at drage paralleller mellem "primitiv" helbredelse og moderne "videnskabelig" psykoterapi - forskellen er "måske mindre end almindeligt antaget", samt til at antage, at der i "psykoterapi i almindelighed kan indgå bevidsthedsændringer svarende til trancelignende tilstande" (s. 71). Dette har for det første relation til den non-specifikke faktor om "emotionel arousal" hos Frankl, og for det andet korrelerer det med de fund, at "indgivelse af æter eller adrenalin øgede patienternes modtagelighed for terapeutens tolkninger" (s. 72), hvorfor det kan siges at emotionel arousal som ændret bevidsthedstilstand "kunne spille en terapeutisk rolle". Det gør det i dag i hvert fald i forskellige terapiformer, der eksplicit har påberåbt sig

"magiens rolle i psykoterapi og har forsøgt i studiet af moderne psykoterapeutiske "troldmænd" at uddrage "magiens struktur" (Bandler & Grinder ..) med henblik på at eksplicitere teknikkerne i en såkaldt "magisk" terapi" (s. 71).

Sådanne terapiformer trækker bl.a på overvejelser over hjernens to funktionelle halvdele, hvor venstre hjernehalvdel ses at varetage funktioner "knyttet til sproget som analytisk tænkning og problemløsning", medens højre hjernehalvdel i højere grad ses at varetage "intuitive funktioner, som knytter sig til en billedmæssig, kropslig og emotionel repræsentation" (s. 73); samt til overvejelser over deres samspil, hvor det ser ud til, at "den venstre, traditionelt benævnte "dominante" hjernehalvdel ..(kan).. udøve en inhibitorisk virkning over for højre-hjerne funktioner" (s. 73).

Og disse overvejelser/antagelser gør det nærliggende at søge en psykoterapeutisk påvirkning gennem

"en billedmæssig, metaforisk og kropslig kommunikation .. med henblik på at påvirke emotionelle, højre-hjerne lokaliserede psykopatologiske dysfunktioner, og at påvirkningen i særlig

grad vil kunne finde sted under bestemte psykiske tilstande præget af emotionel arousal eller hypnose-lignende trancetilstande" (s. 73).

Psykoterapeutiske teknikker kan nu udledes. Patientens "verdensbillede" kan påvirkes gennem forskellige metaforiske sprogformer, eller ved at blokere den "dominante" venstre hjernehalvdel gennem forvirringsteknikker (særligt paradokser i Haleys forstand), eller gennem opstilling af adfærdsforskrifter, der ikke retter sig mod patientens adfærd i sig selv, men mod patientens "verdens-billede" (s. 74. EH's eksempler fra Watzlawick).

Det er derfor - tilsyneladende - muligt bevidst at producere ændringer af "magisk" vej, men problemet herved er for EH, at emotionelle og bevidsthedsmæssige ændringer nok er vigtige i forsøg på at

"optø" uhensigtsmæssige holdninger, medens vedvarende terapeutisk ændring er afhængig af andre faktorer som patientens oplevelse af, at han "mestrer" sine problemer, og af reaktionen på holdningsændringen fra patientens omgivelser" (s. 76),

hvorfor psykoterapi som en intellektuel respektiv/henholdsvis emotionel proces har det "credo", at den må ses som

"en dobbelt proces, der involverer såvel følelse som forståelse" (s. 77).

Det drejer sig derfor ikke om en "magisk påvirkning" af det ene eller det andet - følelserne eller intellektet, den højre eller venstre hjerne-halvdel - men mod en "integration" af dem med ændring til følge.

Med disse relativiseringer af psykoterapi som videnskab, som commonsense og som magi bevæger EH sig ind i spørgsmålet, om det med opfattelsen af psykoterapi som non-specifik behandling så overhovedet er muligt at nå til "særlige klasser af metodiske eller tekniske indgreb, der er særskilt anvendelige over for særlige klasser af patienter eller problemer" (s. 86). Og dette er ret beset problemet om "almengørelsen af psykoterapi som non-specifik behandling.

EH diskuterer dette ud fra en ideografisk og nomotetisk indfaldsvinkel, hvor det ideografiske drejer sig om det "Einmalige": det er om "terapeutens helt særlige reaktion på patientens helt unikke problem på det helt specielle tidspunkt" (s. 86), og som bevirker afgørende personlige ændringer i reel (dvs ikke kun i magisk) forstand, hvad EH

kalder "kairos"; medens det nomotetiske drejer sig om en bestemmelse af de almene lovmæssigheder "under hvilke betingelser "kairos" kan indtræffe i psykoterapien" (s. 86).

EH er forbeholden i sit svar på en bestemmelse af dette forhold mellem en ideografisk og nomotetisk tilnærmelsesmåde, for nok spiller den rette "timing" ind, men på et sådant "eksistentielt perspektiv" synes det klart, at der "ikke kan gives mere præcise retningslinier" (vores fremhævelse). Og dette "mere" henviser til de undersøgelser, som EH bygger på og som har manet den "non-specifikke behandling" frem som det afgørende. Endvidere er det også muligt, at "væsentlige aspekter ved psykoterapi aldrig lader sig indfange i et alment "nomotetisk netværk", men forbliver knyttet til klinikerens ideografiske forståelse". Og derfor finder EH det heller ikke for usandsynligt,

"at den konkrete udførelse af psykoterapi i udstrakt grad forbliver kunst eller personlig kunnen snarere end viden-
skab og teknik" (s. 87).

Men hvorfor - må vi spørge - så overhovedet søge at beskæftige sig med psykoterapi på almengjort måde, når praktiseringen af den i udstrakt grad forbliver bundet til den terapeutiske personlighed.

Problemet er her for EH stadig - som i udgangspunktet for hans overvejelser og teori - psykoterapiens krise, der bl a også markerer sig i "tendensen til afprofessionalisering" (s. 80), der netop har kunnet hente legitimering i opfattelsen af de non-specifikke faktors centrale betydning, hvilket igen har betydet en "dekonstruktion af den traditionelle terapeutiske ideologi, der anser terapeutisk forandring afhængig af en højt uddannet terapeutisk ekspert".

Nu mener EH ikke, at psykoterapi som professionel behandling vil uddø, men dog "blot finde en mere begrænset plads i en afbalanceret forståelse af behandling af psykiske problemer i et bredere psykologisk og socialt perspektiv", hvorfor det også bliver relevant at undersøge, hvilke perspektiver der kan tegne sig for den "professionelle udøvelse af terapi" (s. 80).

Og her rejser der sig umiddelbart et paradoksalt problem, der sætter en "markant skillelinje mellem videnskab og praksis": en videnskabelig holdning til ens egen praksisudøvelse er måske ikke blot irrelevant for, men tillige hæmmende for behandlingens effektivitet?!" (s. 80-81). Og dette fremkommer ved betragtningen af den non-specifikke faktor, der angår terapeutens

"engagement og entusiasme, hans tiltro til sig selv og sin metode, som af mange er fremhævet som helt central, (hvor) det paradoksale ved denne faktor ligger i, at kendskab til den og tilhørende nøgtern distance til behandlingsmetoden - f.eks. viden om helt andre metoder med helt andre teoretiske rationaler, kan opnå lige så gode resultater - kan tænkes at reducere entusiasmen og dermed være medvirkende til, at terapien opnår dårligere resultater" (s. 80).

Her over for synes der ikke at være andre veje end det blinde engagement i en tro på sig selv og sin metode for at maksimere effekten, hvad Frankl foreslår. Men dette er dog for pessimistisk for EH.

For det første er entusiasme ikke den eneste effektfulde faktor, og for det andet "er det vel sandsynligt, at viden om, hvad man gør, i almindelighed er fremmede for terapeutisk effektivitet" (s. 82). Så langt så godt - selv om det i denne sammenhæng "sandsynligvis" er et tvivlsomt argument.

Og for det tredje så synes det væsentligt at overgå til en teoretisk eklektisk tilgang, da en eklektisk tilgang dels "synes at kunne love muligheden for en korrekt forståelse af den psykoterapeutiske proces, idet ingen af de traditionelle terapeutiske paradigmer i sig selv synes tilstrækkelige" (s. 83), og dels vil et sådant teoretisk samlende perspektiv "bidrage til at styrke terapeutens moral" (s. 84). Og således må

"en teoretisk eklektisk tilgang, der betjener sig af principper og metoder, der videnskabeligt er sandsynliggjort som effektive terapeutiske faktorer, på længere sigt .. have de bedste muligheder for at etablere behandlingsmetoder, der er non-specifikke metoder overlegne" (s. 84).

Og dette betyder så også, at begrebet om non-specifikke faktorer må veksle med "teoretiske landvindinger på området" (s. 85). Og når vi så ved "hvilke faktorer der virker, og hvordan de virker, har vi ikke længere brug for betegnelser som "placebo" eller non-specifikke faktorer". Betegnelsen non-specifik "legitimerer" derfor problemet om manglende viden, samtidig med at den kan henlede opmærksomheden på, at "faktorer uden for de officielle terapeutiske rationalers horisont kan spille en afgørende rolle for resultatet af psykoterapi". Og den forskningsvej, der bedst tager disse problemer på ordet er - i følge EH - at gøre "centrale begreber fra beskrivelsen af den terapeutiske proces til genstand for nærmere teoretisk analyse i lyset af almenpsykologiske

teorier og empiriske fund" (84, s. 110. Vores fremhævelse). Og dette frem mod en "teori om praksis" (s. 110).

Så vidt E. Hougaard, der hermed leverer et empirisk baseret rationale for en teori om psykoterapi, som dog altid vil have videnskæssige legitimationsproblemer i kraft af såvel terapeutens som patientens eksistentielle ideografisk bundne holdning, forståelse, moral eller personlige "Einmaligkeit". Og hvad det drejer sig om for den professionelle terapeut - behandleren - kan siges at være reetablering af den teraperedes private liv, altså dets privatform for samfundsmæssig livsopretholdelse, idet indholdet, det sagslige i, at der opstår problemer i menneskers samfundsmæssige liv ikke gøres til et anliggende for psykoterapien. Staten i ren form taler gennem E. Hougaard - i terapibevægelsen tager man sig dog sammen med en abstrakt negering af denne!

Herom handler det næste.

Kapitel 6.3.3 · Privat-eksistentiel terapibehandling: indre-ydre herskabskontrollerende bevægelsesforandring af den teraperedes sociale livssituation.

Som med psykiatrien og psykoanalysen må vi også summere "behandlervægelsens" og "terapibevægelsens" terapibestemmelser op gennem deres bevægelse igennem terapiens genstand af personliggjort afmagt som det formidlende tredje mellem den teraperede og det sociale.

Instrumentalismen i den privat-eksistentielle udviklingsbevægelse er givet i kraft af vareformen for kollektiv udveksling og den dermed forbundne privat-offentlige karakter af samfundsmæssige og individuelle problemer. Og ved individuelle reproduktionsproblemer, der offentliggøres af individet udenfor dets (klasse-)kollektiv, er der tale om en overforstillethed det sociale, der er bestemt og bestemmer sig ud fra de offentliggørelsesmuligheder, der er til rådighed for individet (det kan være privatbehandling, der kan/skal betales for; det kan være det statslige sociale og sundhedsmæssige system, hvortil dets rettigheder og pligter er lovbestemt fastsat uden at der hermed også er garanti for opfyldelse; det kan være i forhold til alternative sammenhænge; men lige meget hvor og hvordan offentliggørelse, så er det et spørgsmål om udveksling af magtforhold).

Restriktiviteten er her inden for givet i og med den teraperedes leven i og med individuel problemløsning, der til stadighed ikke løser individets problem med det sociale og det selv heri; hvilket samtidig er den form for restriktivitet, som reproduceres af det sociale, når dette egenbestemmer formål og mål med terapien forud for selve den terapeutiske proces (jvf s.304n).

Men denne egenbestemmelse er såvel udgangspunkt som grundlag i terapi-rebets etablering som arbejdsvirksomhed, idet såvel den teraperede som det sociale stiller sine interesser med situationen op gennem deres perspektiv med sammenhængen, hvor ved mediet af fælles fremmedbestemt-hed til stadighed indholdsbestemmes (jvf s.301ff). Men vil det sociale ikke vide af dette som et fælles problem, så reproducerer det sociale overforstilletheden mellem den teraperede og det sociale. Hermed bekræftes den teraperedes privat-eksistentielle udviklingsbevægelse. Og det må komme til en begrænsning i den proces af medhandlinger, der opbygger den terapeutiske situation i den fælles sammenhæng (jvf s. 266). Hermed får vi at gøre med en fordobling såvel som reduktion

af terapirebet som arbejdsvirksomhed, idet individets eksistens som teraperet - dets afmægtighed i forhold til sig selv i sit samfundsmæssige liv - af det sociale kun gribes reproduktivt som tvangsovervindelse - og ikke produktivt som almengjort lidelsesbemestring (jvf s.263 - 65).

Når det sociale ikke vil vide af den terapeutiske situation og sammenhæng som et fælles problem om fælles "dechiffrering" og praktisk generobring af den personliggjorte afmagt, men nok af selve situationen, så må den teraperedes problem med forholdet mellem det sociale og sig selv heri, gøres til et problem i den teraperedes forhold til det sociale og til sig selv. Og som - nu abstrakt transformeret - er det terapeutiske problem selv blevet til en "rent" bevægelses-forandringsproblem, hvor det sociale kan anvende sin magt over sammenhængen og/eller sin magt i situationen til gennem Kooperationen at påvirke den teraperede i en bestemt retning, så det bevæger sig på en bestemt måde. De fælles samfundsmæssige betingelser for den personliggjorte afmagt, og dermed også for opbygningen af den terapeutiske proces, er hermed sat uden for parentes - bortabstraheret.

Den teraperede stilles nu over for at forlade den terapeutiske sammenhæng, eller (i et første skridt) indstille sig på en (aktiv) undersøgelse af, hvilke mulige individuelle problemer, som der så kan realiseres medhandlinger i forhold til med det sociale; ^{og personlige} altså hvad der så kan være og blive fælles for de involverede. Den teraperede må her indrette sig under betingelserne - endnu engang! Og netop også det, der har bragt det frem som teraperet eksistens. Og dette vil igen sige, at den teraperede stilles over for at søge udvikling på nogle områder under forbigåelse af andre. Og dette problem kan gribes af det (restriktivt) sociale, hvis det (:terapeuten) kan forholde sig personligt og teknisk på samme tid, idet netop dette - godt nok på samme restriktive måde - fanger den abstrakt virksomme kerne i den privat-eksistentielle udviklingsbevægelse hos den teraperede. Og denne instrumentalisme kan såvel søges praktiseret målrettet med terapi gjort til "a place to live", hvorved E. Hougards behandlerstandpunkt toner frem; eller det kan søges levet uden andet mål end det selv, som "a way of life", hvor terapibevægelsens standpunkt markerer sig.

Men det er to sider af samme sag, eller to restriktivt set nødvendige indfaldsvinkler til samme sag. Som teraperet må man gå ind på det sociale instrumentelle præmisser - hvis ikke man kan forlade dette

restriktivt sociale - for overhovedet bare at muliggøre en mulighed for opnåelse af bevægelse og forandring, men det er kun muligt vedvarende at forholde sig til det instrumentelt-sociale, hvis man overgiver sig til sig selv under opgivelse af det sociale/terapeuten/den anden eller overgiver sig til det sociale/terapeuten/den anden under opgivelse af sig selv. Facit er: man indstiller sig på sig selv og den anden/terapeuten/det sociale på ny og anden måde, og beriget med oplevelser af intellektuel og følelsesmæssig karakter, med mening om hvad det drejer sig om (klart såvel som uklart i formen det har/må have en mening), samt med et ændret forhold til det sociale og sig selv heri. Den teraperedes overforstillede eksistensform er blevet en abstrakt anden!

Et sådant (måske første) skridt - forventningerne, håbet, kravet herom eller frygten for at det ikke realiseres, der som basis har en konfliktfyldt og truende dagligdag, der fordrer udvikling på en eller anden led i en eller anden retning - kan blive til mange, hvor formen for disse skridt dels afhænger af det "terapibehandlende sociale" konkrete ressourcer til og mål med den teraperede, og dels af hvordan det ellers går med den teraperedes sociale liv - løsrevet og overforstillet som det stadig er, men dog med en anden kraft i en anden retning end hidtil - hvilket er en udvikling i individets socialliv, der kan ses som en ydre-indre herskabs-kontrollerende forandringsbevægelse. Det sociale har ydet trøst og manipulation - bedre end ingenting, ^(måske) men frem for alt ikke personlig kollektivitet.

Men den teraperede kan dog her igennem måske finde ressourcer til andre indfaldsvinkler til sit sociale liv; og måske dner de, måske ikke; og enten gør man terapibehandlingen færdig - får nok af den, fedt nok, det hjalp, eller det duede alligevel ikke helt rigtigt - og/eller også skærpes ens konfliktfulde livssituation. Det vil da komme til stadig større konflikter mellem individet og det sociale på den ene side, og mellem individet og dets forhold til sig selv på den anden side, hvilket er at se som en selvstændiggørelsesproces af tvangsovervindelse, der fører til eksistensformen af fremmedbestemt forhold af sociallivs-overvindelse og meningsløshed-overvindelse (se s. 232) ved den personlige selvbestemmelse, hvor man dels er styret af sit forhold til sig selv - af sine psykiske processer/symptomer - med et forbandet krav om en mening i, med og ud af disse, og dels styret af de sociale betingelser med krav om ændring af bevægelsesperspektivet i og for disse

i forhold til een selv. (Der må derfor også være tale om, at den teraperede lever med et bestemt forhold mellem de grundlæggende konfliktlogikker af udgrænsning og marginalisering inden for egen social/kollektivgruppe (se s.294-96) - et forhold, som den teraperede selv har et forhold til, hvorfor det er repræsenteret i terapirebet i dets prospektive, retrospektive såvel som i dets refleksive aspekt.)

Men gribes også dette forhold af sociallivs- og meningsløsheds-overvindelse restriktivt af det sociale, så vil og må det ske gennem rekurs til den ene eller anden side: som en social-orienteret respektiv som en person-orienteret udviklingsbevægelse - og psykiatriens og psykoanalysens paradigmatisk indfaldsvinkler og restriktive bearbejdningsformer af herskabs- og kontrolbestræbelser af den teraperede tilbyder sig nu.

Den restriktivt mulige udviklingsbevægelse, som vi her har at gøre med inden for terapirebet, er en slags dobbelt-kors terapibehandling med behandlerbevægelsen repræsenteret som en horisontal socialterapeutisk behandling og terapibevægelsen repræsenteret som en biografisk behandlingsvertikal terapi. Hvor det sociale op gennem tidlig kapitalismen frem til efterkrigstiden primært mødte den teraperede - eller koblede sig på den teraperedes socialliv - i passiv-restriktiv logik med trøst og manipulation repræsenteret og anvendt rent moralsk og autoritativt, så har udviklingen siden 50'erne muliggjort - og i kapitalstats forstand vel også nødvendiggjort - aktiv anvendt restriktivitet.

Behandlerbevægelsen er da også i terapeutisk forstand til stede i dag gennem et spektrum af terapiformer, der strækker sig fra adfærdsterapi i den ene ende med dertil hørende realitets- og valgterapi over direkte manipulations- og trøstformer som klient-centreret terapi (Rogers), korttidsterapier af dynamisk (psykoanalytisk) og strategisk (kommunikationsteoretisk) art (jvf B. Sander 84), samt af disse i deres suggestive udformning (M. Ericksons hypnoseterapi med afarter) til psykiatrien i den anden ende af spektret. Medens terapibevægelsen viser sig gennem behandlingsformer, der strækker sig fra genoplevelser af tidligere tildragelser/traumer (:psykoanalysen, Reich's karakter- og kropsterapi, Otto Rank's fødselstraumer/A. Janovs primalterapi) over gestaltterapien - og her egentlig også anti-psykiatriens subjekt-subjekt-forholden sig til transcendentale/meditative terapiformer (:yogisk/tantrisk meditation, healing og karmiske oplevelser).

Relaterer vi bevægelserne til hinanden inden for de bestemte sociale sammenhænge som terapirebet kan træde frem inden for - det samfundsmæssigt-offentlige, det samfundsmæssigt-private og det samfundsmæssigt-alternative (jvf s. 54) - så kan vi nu sige:

1/
Inden for det "offentlige" statslige sociale og sundhedsmæssige system er terapibevægelsens behandlingsformer underordnet behandlerbevægelsens, hvilket må betyde at det overvejende (næsten udelukkende) kan komme til en anvendelse af de biografiske momenter ved den teraperede, der knytter an til det, der er inden for det fortidige som det, der er inden for rammerne af det sociale. Det er ikke her, der behandles med transcenderede tilstande af bevidsthed fra kroppen og op i det karmiske - til tidligere liv, overblikkets Guddommelige oplysthed og medfølen som ren individuel kosmisk-ingenting. Nej - det drejer sig om, at behandlerne skal få een tilbage til det sociale liv på een eller anden måde. Få een ud af systemet. Det restriktive i behandlerbevægelsen er her dens personfattige karakter: at skulle overtage andres forventninger og krav og føre dem til sine egne. Metode: at ændre sit forhold til det sociale for så bagefter at prøve om denne anden nye "virkelighedsopfattelse" er det normale og dermed det lykkebringende.

I sammenhæng hermed står hele den biografiske akse til rådighed, som personlig bemestringsform for den statslige behandler: den psykiatriske autoritet, videnskabsmanden, den ansvarlige, den fagligt dygtige osv osv. Ikke just de betegnelser som terapibevægelsen anvender; omend den psykiatriske autoritet kan ses som det naturvidenskabelige modstykke til healeren - med al respekt for healeren!

Når E. Hougaard således vil redde psykoterapien ud af dens professionelle legitimationskrise, ville det være en overvejelse værd, hvad det egentlig er der står på spil her: terapeutens løn-arbejde, eller brugerens/klientens/patientens samfundsmæssige værensfylde og livsperspektiv. Karakteristisk er da også for den psykoterapi, som EH studerer og plæderer for, at psykoterapeutisk effektivitet først og fremmest afhænger af klientens egne ressourcer med den terapeutiske person og teknikkerne på anden og tredjepladsen i deres mulige effektive virke. En genstandsbundet refleksion er her på sin plads omkring det forhold, at når kraften til at bryde den specifikke restriktivitet kommer fra det sociale, hvordan kan det så være, at terapi - som det typisk praktiseres - primært afhænger af den teraperede selv?! Og er dette fordi behandlerne formidler deres arbejdsvirksomhed som profession i formen

akademisk/åndeligt lønarbejde frem for at tage det samfundsmæssige liv som udgangspunkt?! En central binaritet toner frem i behandlerstandpunktet: jeg som behandler med dig som klient/patient over for mig inden for rammerne af sammenhængen. Og det må du som teraperet altså acceptere herskabet over.

IV

Inden for det "private" med terapi som en vare er det her over for således, at det behandlingsmæssige er forudsat eller det grundlag, hvor på der arbejdes med den teraperedes personlige livssituation. Her er det fælles mellem terapeut og teraperet alene det, der vedrører den teraperede selv i dets personlige liv. Alt heri og her ud over har en pris. Det er det socialfattige, der her larmer: først og fremmest må man ændre sit forhold til sig selv for så bagefter prøve om denne nye "personlighedsprofil" nu bringer een liv i det sociale med andre.

Her står hele behandleraksen til rådighed for terapeuten. Mesteren, den engagerede, den dygtige, udfordrende, den der selv lever osv. Her har vi skalaen af den professionelle behandler over lægmanden, den uautoriserede og naturhelbrederen (måske kloge koner og mænd) til kvaksalveren. Der er ingen grænser for den personbundne kompetence, som terapeuten må - og kan - tilskrive sig selv.

Man kan sidde inde med svaret på den andens problemer (næsten på forhånd) og helt alene, eller man kan hensætte sig i den "højere bevidsthedsstruktur", der omgrænser alle uden at den teraperede endnu også lever heri, men terapeuten kan anvende sin viden ved at forbinde sig hermed (slå op i diagnose-kataloget, overgi' sig til det "højere" osv osv). I Goodison & Ernst's mere "lige" og "jordiske" udgave drejer det sig dog ikke om sådanne ukønslige enkeltpræstationer (kvindeundertrykkelsen er heller ikke sådan at abstrahere fra som kvinde). Men om at grupperne af kvinder og mænd tager sig sammen og via terapi frigør sig fra deres biografisk bundne kønsspecifikke opdragelse. Og i det mindste forholder sig til hinanden. Men også her er udvikling, som det der bevæger gammelt mod et liv i nuet, kun mulig i dens egenart af terapeutisk praksis med nogen i samme sammenhæng. Kønsindividet har brug for terapeuter til at kunne leve med et abstrakt kønsland i baggrunden. Det psykotranscendentale slår over i det socialfattige: at skulle være sig selv (næsten) lige meget hvad; eller lære at lede efter styrken inden i sig. Også her toner en anden binaritet frem: jeg som terapeut har dit perspektiv, hvis du lader mig få det, og kun under min personlige overvejledning kommer du igennem. Man skal lære at leve

med en kontrol over eller uden for sig. Og det bedste og eneste man kan gøre er at overgi' sig til den under vejledning, finde sin mening heri og leve den. Det sociale bliver til betingelser, som det gælder om at være personlig i.

III

Inden for det "alternative" der i mod - selvhjælpsgrupper, terapeutiske kollektiver, psykospirituelle festivaler som Thy-lejrens årligt tilbagevendende (så længe nogen tager slæbet med at arrangere den ved ikke at arrangere styring af den), alternative rådgivninger, samt inden for det altruistiskes og det sekteriskes fede nutid for de berørte men fattiges fælles fremtid - er alt muligt! Her mødes det socialfattige med det personfattige konkret. Og gribes det af de involverede fra oven, ude fra, fra et standpunkt og perspektiv, der ikke udspringer af og i den individuelle og sociale proces af fælleshed - ja så bliver det et behandlingsterapeutisk blålys. Og alligevel kan man ikke andet - for man står jo netop over for hinanden. Restriktivt, restriktivt! Dét er det opgaven at overvinde.

Det skulle være overflødigt at nævne, at dialektikken mellem det private og det offentlige, såvel som den abstrakte som konkrete indfaldsvinkel af de involverede hertil - som statsliggørelse i formen privatperson respektiv personlig kollektivist som samfundsmæssiggørelses-tendens - er repræsenteret i enhver statskapitalistisk pore: blålyset som dobbeltheden af nærværende "vold og imagination" (Haug 84b, s. 78) med udgangen af privatpersonlig befæstelse af det oprindelige eller kollektivistisk fremtidige, samt det personfattige i dets dobbelthed af magt og kontrol med udgangene af forandringshjælp og udviklingsstøtte på den ene side, og på den anden side det socialfattige med udgangene af indespærringsstøtte og overlevelseshjælp på dobbeltheden af her-skab og magt.

Det restriktivt mulige er derfor forandringshjælp og indespærringsstøtte gennem privatpersonlig befæstelse af kortsigtede interesser; medens det almengørelsesduelige her over for er perspektivet om den personlige kollektivitet igennem overlevelseshjælp og udviklingsstøtte.

Men nu er det med "dialektikken" og "enhver statskapitalistisk pore" nævnt, altså nævnt!

Og det er i forlængelse heraf slående, at når vi - som i dette kapitel - har dykket ned i det restriktivt mulige ved terapirebet, at vi så finder de anerkendte, de mest anvendte og empirisk mest udbredte terapi-systemer og -former. Men hvad er da den konkrete logik i disse restriktiv-

tive former for terapirebet som arbejdsvirksomhed. Og dette kan kun være den abstrakte løsning af forholdet mellem binariteterne for behandler- og terapibevægelsen: det er behandlingens herredømme inden for betingelserne gennem terapeutens kontrol over den teraperede, og omvendt terapiens kontrol af betingelserne gennem behandlerens herredømme over den teraperede. Overforstilletheden ved den teraperedes bearbejdningsforhold og asymmetrien i terapirebet anvendt restriktivt af det sociale som dets bearbejdnings af terapirebets genstand af personliggjort afmagt betyder derfor logikken af arbejdsvirksomhedsbemestring gennem en herre-knægt-akse (med et koncept af Brecht).

Terapirebets standpunkt og perspektiv som det fælles problem om personliggjort afmagt er her vendt på hovedet med terapibehandling set som det personligt-sociales herredømmekontrol over den teraperede - hvilket i sin essens er den form, der tvinger den personlige kollektivist ind i eksistensformen af teraperet individ. Problemet ved restriktiv terapi er derfor, at det spontant reproducerer den form, der er terapiens problem. Ikke underligt at behandlerbevægelser har legitimationsproblemer, medens terapibevægelsen kæmper en isoleret og egen psykisk revolution inden for privatformen; - et forhold der også er sin egen restriktive omvendthed, idet restriktiv terapi må siges at bevæge sig gennem den form, der gik forud, hvilket som sådan er den teraperedes problem. Den eneste fidus i at gentage denne fra terapi-behandlernes side er deres arbejdsvirksomhed overleveret som løn-arbejde - men en sommer er mere end een enlig svale!

Herom handler det afsluttende næste.