

Massakren på subjektet! I

– om regeringens forebyggelsesprogram

Af Kalle Birck-Madsen, Rådgivningsgruppen,
studenterhuset, Københavns Universitet

I marts 1989 kom Sundhedsministeriet med en *samlet fremstilling af forebyggelsesproblemet* i Danmark frem imod år 2000. Det består af såvel en Program- som en Dokumentationsdel, ca. 350 meget illustrerede og læste sider, og det lanceres under den sigende titel »Regeringens Forebyggelsesprogram«. Det er det første af sin art herhjemme, men fremfor at være en slags prøvende udkast til en bred folkelig debat om udvidet livskvalitet, så er det et målrettet værktøj for »de centrale myndigheders mål og initiativer på forebyggelsesområdet« (Programdelen s. 10). »Regeringens Forebyggelsesprogram« er da også kommet til veje *alene* gennem et bredt samarbejde mellem næsten alle ministerier og statslige styrelser; – men omvendt er det så ej heller bare et primitivt udtryk for, hvad den til enhver tid siddende regering agter eller forestiller sig at gøre den kommende tid.

Nej – det er meget mere! Det er et dokument over selve statsbureaukatiets handleevne i et senkapitalistisk samfund. Og som sådan er det skræmmende læsning.

Den oprindelige forebyggelses-opgave er derfor stadig tilbage at stille. Og måske vi konkret skulle tage ved lære af folkebevægelserne i øst-europa i dag. Disse har på meget kort tid nået, hvad reform og revision i årtier end ikke kunne tematisere: væk med dét i systemet, der forhindrer *samfundsmæssighed* i at udvikle sig. Det startede med, at insisteren på mennesket og tanken om det utænkelige fandt sammen i praksis. Derfor: hvor er vi?

Forebyggelsesproblemet

Forebyggelsesproblemet er ikke nyt i den generelle offentlige sfære, ej heller fremmed for det psykologiske fagområde. Internationalt har Verdensorganisationen WHO siden 1977 arbejdet med udformningen af en overordnet sundhedspolitisk strategi om »Sundhed for alle i år 2000«. Og i 1984 blev en sådan tiltrådt af samtlige europæiske lande. »Regeringens Forebyggelsesprogram« er en udløber heraf. De hjemlige forløbere hertil findes særligt i Betænkningerne nr. 809 om »Prioritering i Sundhedsvæsenet« og nr. 826 om »Den

psykiatriske sygehusfunktion«, hvoraf såvel etableringen af sundhedspædagogikken som distriktspsykiatrien stadfæstes.

Internt i Dansk Psykolog Forening har der også været flere initiativer i retning af en generel opprioritering af sundhedsfremmende foranstaltninger. Det sidste specifikke forsøg på at komme i gang med et målrettet arbejde her går tilbage til 1987, hvor en arbejdsgruppe under Social- og sundhedspolitisk udvalg nærmere beskrev området (Valstrøm m.fl. 87). Arbejdsgruppen konstaterede dog også, at der »ikke eksisterer et passende netværk i foreningen«, hvor sundhedsforebyggende arbejde kunne fremmes, samt at det »vil kræve en næsten umenneskelig indsats for at få gang i arbejdet«.

Den »umenneskelige indsats« er siden udeblevet. En undtagelse er oprettelsen af »Sundhedspsykologi« som områdestudie og uddannelsesprogram på psykologuddannelsen på Københavns Universitet. Og ligeså har et enkelt temanummer om »Psykologer og sundhed« (nr. 4, 88) set dagens lys. Tilbage er udbredt blevet en enkeltstående *'ansvarsstrategi'*, der simpelt ser Sundhed for alle-strategien som »kernen i en slags græsrodsbevægelse«, hvor »enhver psykolog har et ansvar, både overfor sig selv og sine medmennesker, for at engagere sig aktivt«, bl.a. via »sundhedsfremmende aktiviteter« (Smidt 87).

Som dominerende tendens i praksis har vi m.a.o. fået en bræmme af *egentlig isolerede ytringer*. Og dette fravær af praktisk fælleshed er sikkert også grunden til, at »Regeringens Forebyggelsesprogram« er blevet mødt med en så larmende tavshed, som det har været tilfældet – for også her er kernen *'ansvarsstrategien'*, og hvorfor bruge energi på simpel applaus. Desuden er der jo nok at lave, og hvem kender ikke på forhånd sin implicite bestræbelse på at ville yde det fornuftige, i det rigtige perspektiv og til alles bedste.

Kritikken

Det kan dog undre, at kritikken også har været så sparsom, eller haft så liden en gennemslagskraft, samt at den væsentligst har koncentreret sig om en påvisning af, at forebyggelsesprogrammet kommer til at

skævprioritere til fordel for de i forvejen mest sunde (eksempelvis Busk m.fl. 89). Også psykiateren Finn Jørgensen har i flere sammenhænge været ude med, at den aktuelle sundhedspolitik prioriterer de ressourcestærke på bekostning af de socialt svagest stillede dele af befolkningen.

Spørgsmålet er imidlertid om en sådan prioriteringsdiskussion er tilstrækkelig for at komme videre i den rigtige retning, idet den lægger op til, at forebyggelse kan gennemføres alene fordelingspolitisk og uden produktionsmæssige indgreb. På dette punkt synes den enkeltstående 'ansvarsstrategi' desuden også at stå i vejen for alt videre. Så problemet er endvidere, om denne strategi overhovedet har noget *alment* at tilbyde forebyggelsesproblemet, endsige bidrage med til udvidet livskvalitet. Og om det ikke er sådan, at Sundhed for alle-strategien ret beset kræver et fundamentalt brud hermed. I forlængelse heraf kommer så også opgaven om at afdække, hvad der sættes i stedet.

I det følgende skal dette tages op. Og der skal svares herpå ved at gå ind på indholdet i »Regeringens Forebyggelsesprogram«. På tale bliver et brud med den »Camera Obscura«-effekt - verden stillet på hovedet - som 'ansvarsstrategien' er indfanget af, idet det viser sig, at der både kan og skal argumenteres og handles *direkte modsat* af, hvad der lægges op til, hvis det er *forebyggelse* af sygdom og udvidet livskvalitet, det drejer sig om.

I forlængelse heraf skal der trækkes nogle konsekvenser op i forhold til den aktuelle strukturdebat og auto-risationsproblematikken internt i Psykolog Foreningen.

Indholdet i »Regeringens Forebyggelsesprogram«

Indholdsmæssigt konstaterer »Regeringens Forebyggelsesprogram« (RF), at der i dette århundrede er sket et generelt skift i sygdomsmønsteret. Fra at være domineret af infektions- og nedslidningssygdomme, så domineres det nu af *livsstilsygdomme*, der kaldes sådan »fordi årsagerne ligger i vores livsstil, i vores vaner« (Programdel s. 13). I dette billede fremstilles fem indsatsområder: ulykker, kræft, hjertekarsygdomme,

muskel- og skeletygdomme, samt psykiske lidelser, hvor overfor den forebyggende indsats særligt skal styrkes.

Det konstateres samtidig, at det ikke i hverken første eller anden omfang var lægevidenskaben eller den enkeltes egenfortjeneste, der gjorde kål på det gamle sygdomsmønster, men at det var *forbedringen af de generelle sociale betingelser* i begyndelsen af dette århundrede, dvs. forbedrede levevilkår omkring bolig-, ernærings-, arbejds- og hygiejneforhold. Senere har det så vist sig, dvs. efter 1960-70-erne, at en generel udbygning af hospitalsvæsenet ikke i sig selv har kunnet medvirke til øget sundhed. Der er - siges det - opstået et *misforhold* mellem behandlingsresultater og de resultater og den livskvalitet, der har kunnet fastholdes. Til grund herfor ligger et andet forhold, nemlig at »balancen mellem samfundets indsats og den enkeltes egen indsats for sin sundhed er blevet skæv - på nogle områder urimelig skæv« (Programdel s. 8). Og dette skal der rettes op på.

Tre politikområder udpeges: det ernæringspolitiske, alkoholpolitikken og tobakspolitikken. Perspektivet er en *sund* livsstil - den bedste forebyggelse. Samtidig afdækkes de forskellige samfundsområders betydning for forebyggende og sundhedsfremmende indsats, hvor de enkelte ministerier fremstiller deres bidrag hertil.

Via dette ønsker regeringen at opprioritere forebyggelsen af ulykker, kræftsygdomme og hjertekarsygdomme. M.h.t. muskel- og skeletygdomme, samt psykiske lidelser konstateres det, at beslutningsgrundlaget for udvidet forebyggelse ikke er til stede eller utilstrækkeligt, hvorfor man her ønsker at sætte focus på fremskaffelsen af et sådant indenfor den nærmeste tid.

Så meget om hovedtendensen i RF. Og det ser unægtelig noget tyndt ud. Er det virkelig sådan, at det er omgangen med 'mad, røg og druk', der er vores fælles globale sundhedsproblem, altså roden til alt ondt. At dømme efter RF's politiklæggeren, et rungende JA - og den nationbale ryggrad kan derfor ikke siges at være meget værd. Klart at hidtidig sundhedspolitik ikke har magtet opgaven!

Bedre synes perspektivet dog at blive for den psykologiske faggruppe – for er vi ikke samtidig vidne til en reel desavnering af al hidtidig planlægning omkring varetagelsen af psykiske lidelser, dvs. særligt af psykiaternes overherredømme herover? Samtidig med at distriktpsykiatrien er under vedvarende etablering, ud mod lokalsamfundene, så lyder RF's råb om, at et bæredygtigt grundlag for forebyggelse på (også) dette område endnu ikke eksisterer. Nu kan psykologien og den psykologiske faggruppes kompetence da ikke længere negligeres?

(fortsættes i en del II og III)

Referencer

- Busk, B. & Klebak, S.*: »Problemer med ulighed i sundhed skal analyseres«; Kronik i Information 16.11.89.
- Betænkning nr. 809*: »Prioritering i sundhedsvæsenet«, 1977.
- Betænkning nr. 827*: »Den psykiatriske sygehusfunktion«, 1977.
- »*Psykologer og sundhed*«, Temanummer af Psykolog Nyt, nr. 4, 1988.
- Regeringens Forebyggelsesprogram (RF)*: Programdel og Dokumentationsdel, Sundhedsministeriet 1989.
- Smidt, D. F.*: »Psykologens rolle i Sundhed for alle-strategien«; Psykolog Nyt s. 157, 1987.
- Valstrøm, M.-B.; Kjeller, M. & Poulsen, J. G.*: »Dansk Psykolog Forening og sundheden«, Psykolog Nyt s. 51-54, 1987.

Sundhed år 2000

Massakren på subjektet! II

– om regeringens forebyggelsesprogram

Af Kalle Birck-Madsen

I første del blev der taget bestik af regeringens udspil til en samlet plan for forebyggelsesarbejdet frem imod år 2000. Der viste sig et billede af, at den enkeltes omgang med »mad, røg og druk« blev udpeget som det centrale og altdominerende i det nye: *livsstilssygdommene*. Men også, at psykologisk kompetence kunne være på vej ind på den samfundsmæssige arena. »Regeringens Forebyggelsesprogram« (RF) konstaterede nemlig, at grundlaget for initiativer specifikt for forebyggelse af muskel- og skeletsygdomme, samt psykiske lidelser, endnu ikke samlet eksisterer.

Men hvad er det egentlig for noget, der med ovenstående tegner sig? Vi spørger til sygdomsmodellen.

Sygdomsmodellen: Manglende individuel evne!

For det første løser RF problemet om sundhed/sygdom fra de generelle sociale betingelser. Livsstilssygdomme ses som noget ude fra kommende; og som noget nyt, hvor det handler om, at den enkelte ikke har (haft) tilstrækkelig viden respektiv motivation til at skabe et sundt liv – for sig selv. Det er den enkeltes *eget ansvar* for tingenes tilstand, der slås an. Og dermed tales der konkret til de borgere, der har ressourcer at trække på eller flytte, hvilket igen vil sige de mest veluddannede – og med den ulige fordeling af sundhed, også de i forvejen i dag mest »sunde«.

I samme åndedrag nedblændes også det forhold, at livsstilssygdomme selv er en bestemt social måde, hvorunder atypiske omverdensbelastninger sætter sig individuelt igennem på.

Hvor borgerskab respektiv centraladministration ved århundredeskiftet kun fik øje på masser, så kan det nu ikke skimte andet end isolerede enkeltindivider – privatindividet – der må gribe i sig selv, for at forestille sig at være med i næste årtusind. Hegels »verdensånd« og bevidsthedsfilosofien lammer, netop den tankegang, hvor mennesket er erstattet af stat og ikke kan forestille sig andet end udvikling »fra oven«.

For det andet bliver der kun den årsagsbestemmelse tilbage i RF, at sygdom/sundhed genererer sig selv, rent cirkulært. Det svarer til at mennesket lever for at være sund respektiv syg, hvor en eller anden »essens« i den enkelte nærmere bestemmer udfaldet. Det er en hypostasering af det borgerlige privatindivid til, ud over at være sin egen skaber, også at være sit eget fremmedgjorte væsen. Mere konkret er RF inspireret af den *socialmedicinske* sygdomsmodel, hvor sygdom/sundhed forstås som resultat af et samspil mellem individet og det omgivende miljø. Men der brydes også med denne model, idet man ikke blot opererer med et system af risikofaktorer, men giver dem en samlet overbygning, hvor menneskets *manglende individuelle evne* til at gøre og ville træffe de rigtige og sunde valg bliver den egentlige sygdomsforvoldende instans.

Som det konkret siges, er det nok »samfundets opgave at tilvejebringe forudsætningerne for at gøre det let at træffe det sunde valg. Men en nok så stor indsats på de samfundsregulerende områder kan ikke løse de sundhedsproblemer, der er forårsaget af den enkeltes livsstil« (Programdel s. 11). Af denne RF-strofe lærer vi også at *SAMFUNDET* er vores egentlige subjekt. Knæl venner!

Samfundsmæssigt om sygdom

Fremfor ovenstående model kan sygdom bestemmes som et *utilsigtet biprodukt* af livsprocessers stofskifte med deres omverdensbetingelser – for menneskets vedkommende af den kooperative samfundsmæssige produktionsproces. Aksen sundhed/sygdom er da ikke dét hvorom alt drejer – men den bliver det i den grad den fælles personlige og kollektive bestemmelse over livsbetingelserne smutter, udebliver, frarøves mv. *Da* kan den enkelte handle sig ind i sygdom, havne i en lidelsesfuld eksistens.

En *systematisk reproduktion* af sygdomsforhold omhandler derfor det, at *bestemmende livsbetingelser er udenfor fælles kontrol*. Vi står med et overbygningsanliggende, hvor almen forebyggelse går ud på at tæmme de samfundsmæssige og naturmæssige kræfter, der i deres blinde virke betinger, at sociale belastninger bliver til individuelle problemer om sundhed og sygdom. Kun fælles bestemmelse og greb om disse »blinde kræfter« kan forebygge.

gem som S 1-9 SAM

Produktionens private karakter i statssamfund som det danske og andre europæiske lande hindrer umiddelbart en sådan almen forebyggelse i at kunne tage form, idet det samfundsmæssige først træder frem i *udvekslingen* af livsytringer, dvs. *efter* deres produktion. Dette er også grunden til, at samfundsskabte sygdomme kan ligne naturgivne fænomener, og behandles som så, lang tid. At blive stillet over for sundhed og sygdom, hos sig selv og andre, er derfor *under de nuværende betingelser* ikke bare et enkeltstående anliggende, men yderligere det problem selv at måtte finde løsninger: i sidste instans den enerådende private.

Nomenklaturet taler

'Ansvars-strategien' over for livsstilssygdommene *naturaliserer* derfor dét i den nuværende økonomiske struktur, der dybest determinerer det dominerende sygdomsbillede: *den private produktion*. Arbejdsgivernes suveræne ret til at lede og fordele arbejdet anfægtes da heller ikke med eet ord i RF; og når det ikke er til at komme uden om – fx ved forebyggelse af ryg-sygdomme grundet åbenlyst dårlige arbejdsbetingelser – så delegeres problemet som en teknisk detalje til ergonomien (se fx Dokumentdel s. 104). RF formår m.a.o. at sætte det grundlæggende i forebyggelsesproblemet uden for parentes. Dermed forsvinder også et i forhold til i dag afgørende spørgsmål: hvad er det der gør, at vi udsætter os selv for at behandle os så dårligt, og dermed handle os ind i en skidt livsopretholdelsessituation – igen og igen, fra nabo til nabo.

Fremfor en teoretisk begribelse af forebyggelsesproblemet, præsterer RF en *fordobling af overfladeforhold* – og det kan man vel kun, hvis man står i en situation, hvor man er så inderligt ligegyldig og overflødig i forhold til en langsigtet løsning, omend man har sikret sit eget fremtidige udkomme. Et begreb for en sådan fastsiddende samfunds-ødelæggende kraft er *nomenklaturet*.

Nu har nomenklatur-bestræbelser altid været et særkende ved statsbureaukratiet, idet det kun har sig selv at sikre, dvs. *sig i systemet*. Ubehageligt er det derfor at konstatere, at det med RF mere eller mindre har fundet en tilsyneladende *helhedsmæssig måde* at virke på inden for alle samfundsmæssige områder.

Optimismen på psykologiens vegne smuldrer da også ved nærmere eftersyn: Fremskaffelsen af et forebyggelsesgrundlag for psykiske lidelser er lagt ud til selvsamme *psykiatriske* fag-, kommunal- og amtsfolk, der allerede varetager det (Temaplanrunden om distriktspsykiatri: »Baggrundsrapport 1-4«, og »90-ernes psykiatri«). Det spiller åbenbart ingen rolle, at disse stadig trækkes med en genindlæggelsesprocent på over 75, samt den åbne indrømmelse, at psykiatrien – med dens somatiske fundament – stadig kun kan symptombehandle (Betænkning nr. 826, s. 24).

Ny stat: Den etatistiske

Ovenstående udbredelse af nomenklaturet kan selvfølgelig være en enlig svale, men det er også yderst tænkeligt, at det, der viser sig, er fundamentet til en ny statsdannelse, den *etatistiske* stat (Poulantzas 81), hvor en reel selvstændiggørelse fra det økonomiske grundlag finder sted. I højere grad end tidligere vil nomenklaturets personer da kunne bruge statens magtstruktur til at fastholde og udbygge egen miserable »faglighed – en fagliggørelse af »magten« – og skinløsning på skinløsning kan sættes i værk. (Dette er langt fra nyt, se til eksempel E. Tromer 89, der viser hvorledes Udenrigsministeriet nærmest begræder demokratiseringen i øst-europa, idet deres kontakter, bl.a. med Honecker, nu er væk).

Tendensen heri vil endvidere være, at nomenklaturet kun inviterer den kompetence ind i nærheden af sig selv, som er samfundsmæssig-menneskelig overfladestemt – for kun denne lader sig manipulere til brugen: herskab og kontrol over andre. En sådan, for det humane *fremmed*, kompetence må dog smuldre, jo mere det essentielt menneskelige manifesterer sig. RF's problem med at tænke forebyggelse på området af muskel-, skeletsygdomme og psykiske lidelser bekræfter dette ex. negativo: der findes ikke det mægtige middel, der en gang for alle kan *determinere hver enkelts frihed* til at bevæge sig, flytte, gå til modstand og kæmpe! Derfor får nomenklaturet vanskeligheder – også fordi dets egen livshæmmende tendens begynder at trænge sig på som mulig forklaringsbasis for den statistiske stivnethed i sygdomsgentagelsen. I denne sammenhæng er de andre »livsstilssygdomme« – kræft, hjerte-karsygdomme og ulykker – afledte deri-

vater af den menneskelige aktivitet, dér hvor livsrummet var for snævert og nedværdigende. Men her er det nok at konstatere, at den menneskelige sjæl ikke kan lade sig bure inde.

Folkene i øst-europa har indtil nu været tvunget ned af forsøg herpå – indtil nu!

Opgaven er derfor aktuelt at opbygge en *modmagt af indhold*. Den reelle plan for psykologisk faglighed er *her*. I dette perspektiv er det lærerigt at undersøge, hvad det er for en struktur, som RF afdækker inden for social- og sundhedsområdet. Det er nemlig denne, som frem for alt ikke skal reproducere, også fordi

faglig debat med nomenklaturet ikke fører nogen vegne.

(afsluttes i del III)

Referencer

Betænkning nr. 826: »Den psykiatriske sygehusfunktion«, 1977.

Regeringens Forebyggelsesprogram (RF): Programdel af Dokumentationsdel, Sundhedsministeriet 1989.

Poulantzas, N.: »Staten, Magten og socialismen«, Rhodos 1981.

Temaplanrunde: »Baggrundsrapport 1-4«, Sundhedsministeriet 1989; »90-ernes psykiatri«, Dansk Sygehus Institut 1989.

Tromer, E.: »Vi havde fin kontakt med Honecker – dengang ...«, Kronik i Information 23.11.1989.

Sundhed år 2000

Massakren på subjektet! III

– om regeringens forebyggelsesprogram

Af Kalle Birck-Madsen

»Regeringens Forebyggelsesprogram« (RF) er i følge del I og II et *begrænsende* udspil for menneskelig sundhed. Med sin centrale kerne om »livsstilssygdomme« – genereret af sig selv – vender det *forebyggelsesmæssigt* verden på hovedet: fremfor samlede indgreb i den aktuelle produktion af generelle sygdomsbetingelser, så udpeges og prioriteres den enkeltes *private* muligheder for individuel overlevelse.

Standpunktet for dette blev fundet i statsbureaukratiet, benævnt nomenklaturet. Og øst-europas folkebevægelser blev trukket frem som inspiratorer til afskaffelse heraf – for hvordan overhovedet tale forebyggelse, når det *fællesmenneskelige* – den samfundsmæssige produktion – ekskluderes totalt ud af blikfeltet!

Det er imidlertid ikke nyt, at statssamfund indeholder sådanne strukturer af 'sociale vampyrer'. Der må derfor også spørges til den *reelle basis* for deres aktuelle virke og udbredelse. Og et fingerpeg herom når vi ved at undersøge den strukturelle egenart i RF's forebyggelsestanker. I perspektivet »en modmagt af indhold« giver dette også tilgang til det samfundsmæssige niveau, der må under *folkelig kontrol*.

Strukturen i RF

Ulykker

Betragtes strukturen i RF's dokumenter, så tages udgangspunktet i »ulykker«. Disse kan afdækkes ret præcist vha. statistikken. Problemet er blot, at der også er nogle mørketal. Men dette kan der let arbejdes med og samtidig kan man så undersøge, hvilke specifikke betingelser der skaber ulykker. Et målrettet forebyggende arbejde går da ud på at minimere, at betingelserne for ulykker opstår, hvor sigtet klart nok må være at »gribe så tidligt som muligt ind i ulykkesårsagskæden« (Dokumentationsdel s. 48).

Som pendant til 'ansvars-strategien' på det individuelle område har vi på det fælles en art '*risiko-minimeringsstrategi*'. Men en sådan er imidlertid *ikke* i sig selv forebyggelse, idet ulykker/sygdom generelt indtræ-

der, når risiko-minimeringen er *for* utilstrækkelig. Almen forebyggelse omhandler derfor, hvordan det samfundsmæssige bevæges, så det *undgås*, at der handles ind på risiko-områder og -årsagskæder. Men dette argumentations- og praksisniveau betræder RF *ikke*. Fremfor overvejelser i retning af, hvordan de, der står med problemerne og betingelserne for ulykker, kan handle *foregribende*, så drejer RF opgaven ind i eget regi og til eget levebrød, ved at stille det omvendte spørgsmål: »hvilken grad af risiko i processer og adfærd vil den enkelte og samfundet acceptere, vurderet i forhold til de mulige skaders alvor« (s. 48). Svaret herpå kan så udforskes af selvsamme bureaukratiske nomenklatur – med arbejde til »faglige venner« – men uden nogen sinde bare at nå et *simpelt alment* forebyggelsesniveau.

Kræft

Dette gentager sig på det næste punkt omhandlende »kræft-sygdomme«. Ikke eet ord om, hvilke generelle betingelser, der foregribende sikrer, at dét at reagere med kræft er en statistisk uheldighed – kun tematisering af den *eksisterende håbefuldhed* om at kunne blive undtagelsen fra reglen gennem risiko-minimering.

Følgende risiko-faktorer opregnes og vægtes: kostfaktorer 35%, rygning 30%, infektioner 10%, seksuel adfærd 7%, erhverv 4%, alkohol 3% og forurening 2% (s. 58). Vægtningerne må dog tages med »store forbehold«.

Hjerte-karsygdomme

Som tredje punkt er »hjerte-karsygdomme«. Risiko-faktorerne er her mere uspecifikke. Og uprioriteret nævnes: arv, rygning, kost, fysisk inaktivitet, forhøjet blodtryk, samt psykosociale belastningsforhold (s. 72). Bemærkes kan, at den bevægelsesmæssige aktivitet – fysik/kondition – nu er med i sundheds-billedet. Og interessant er også, at RF i forbindelse med arbejdsmiljø-overvejelser som risiko-faktor inddrager »uhensigtsmæssig stress«, og som effekt af højt arbejdstempo, arbejdspress og/eller for lidt indflydelse på arbejdstilrettelæggelsen (s. 82). Ikke atypisk for RF følges dette da heller ikke videre.

M.a.o.: stadig intet om almen forebyggelse – kun overvejelser om specifikke måder at sikre/beskytte sig mod sygdom. Og sundhed kan på dette tredje punkt i RF's forebyggelsesstruktur siges at være konnekteret til en art *indædt bestræbelse* på at forblive sund, hvor også den individuelle kompenserende for eventuelle arvelige »svagheder« er vigtig.

Muskel-, skeletsygdomme og psykiske lidelser

Det fjerde og femte punkt hos RF er muskel- og skeletsygdomme, samt psykiske lidelser. Her kendes, ifølge RF, væsentlige belastningsdimensioner: for muskel- og skeletsygdomme tunge og umage løft, samt monotone arbejdsstillinger (s. 102); for psykiske lidelser omhandler det mangel på tryghed, kontakter samt social integration (s. 112-15).

Ganske konkret, må man sige, at RF er. Og umiddelbart er vi dér, hvor der ej kan være særlig langt til forebyggende indgreb. Men *alligevel* konkluderes, at beslutningsgrundlaget for fremtidig forebyggende indsats ikke er godt nok.

I en tid, hvor amterne er under afvikling, på vejen ind i EF's indre marked, må det spille en rolle, at nomenklaturet omkring RF har brug for tid til etableringen af nye magt- og institutionsstrukturer – den såkaldte decentralisering sker i ånden af central rammestyrelse. Men hvorfor denne mere og mere rationelle eftertænkning, jo mere forebyggelsesmulighederne er inden for rækkevidde for det berørte individ?

Refleksion

Der er noget forførende enkelt og indlysende ved den struktur, hvorigennem RF fremlægger forebyggelse af sygdom og sygdomsarter: en vej *fra* risiko-minimering over for ulyksalige begivenheder *gennem* håbefulde bestræbelser på sund individuel livsførelse *til* at måtte gi' op over for eksisterende belastninger, der heller ikke fælles lader sig trænge tilbage – og hvem kender ikke til et sådant samfundsmæssigt *låsende pres*, hvor der ingen handlemuligheder er!

Omfortolkning af social magt til angstens naturlighed: Fascismens forudsætning

Men fremfor at forfølge denne problemstilling om afmagt ud i de sociale strukturer, hvorunder den *i sidste instans* produceres og reproduceres, så omformuleres den af RF: først til en privat 'ansvars-strategi', der paradoksalt nok fratager den enkelte opmærksomheden til at beskæftige sig med de fælles grunde til belastning; og dernæst gennem 'risiko-minimerings-strategien', hvor livet grundlæggende gøres til en usikker affære. Samlet er det meget en art 'sundheds-psykiatri', der er under koncipering.

RF's implicite løsnings-strategi – når magten over produktionen ikke anfægtes – er da også ganske simpel: find din plads under de givne betingelser, spil spillene om magten, udhold den vold, dette udøver på dig, så

Det er ganske uværdigt og gement at sælge dette som forebyggelse. Men trumfen er, næsten rørende, at det »låsende pres« – afmagtens generelle form – erstattes, også billedligt, af *kernefamilien* (: far, mor og to børn, en dreng og en pige) som »hovedfaktorer for sundhed/sygdom« (Dokumentdel, s. 34).

Almen forebyggelse? Nej, men borgerlighed, når den er værst: *selvstændiggjort magtforlangende* – for hver især føres vi til at sikre os en social niche – og en eventuel plads på et privathospital – hvor det er muligt at passe på sig selv, så at sige indefra og ud. Ensomme kan vi så sammen sidde med den evige angst for ikke at være med i livet og gå sunde i døden.

Dog: angst æder som bekendt sjæle op!

En samfundsmæssig sygdomsmodel

Forebyggelse er forebyggelse til livet, ikke til døden. RF's forebyggelsesstruktur kan også – vel ikke overraskende og alligevel – vendes om. Fremfor uhyggelig 'sundhedspsykiatri' i et centralistisk system vil mennesket komme til syne.

Eksemplarisk således:

I den udstrækning mennesket ikke kan udvikle sit samfundsmæssige liv, så geråder det ud i konflikter. Eksistensen af konflikter vil endvidere være bundet til, at bestemte handlestrukturer ikke længere er tilstrækkelige til at bringe løsninger på definerede problemer inden for rækkevidde. Varer en sådan situation ved sættes individet under pres – og der stresses op i forsøget på at komme igennem konflikten, men lykkes dette ikke vil ydre modsigelser blive til indre lidelsesfulde psykiske problemer. Hermed låses subjektet til mere eller mindre fastlagte rutiner, der langt fra bringer konflikterne ud af verden, endsige skaber udvikling.

Personen vil da fungere i en tilstand af forskubbethed fra sig selv; og dets evne til at reflektere og udfinde, hvad det har brug for, fordrer eller kræver, vil være nedsat/beskadiget. Som individ vil man til stadighed køre ud(e) over sine egne grænser: ernæring bliver til spørgsmål om at stille en sult, og den diffuse uro kan holdes væk via alkohol og/eller den stille meditation med tobakken. Diverse typer af *gimme* sociale etablerheder (fx. kerne-familie, løn-arbejde mv.) bliver skjulte overlevelsesmuligheder og passive hvilepladser for den angst, der utaklet ikke kan bæres/rummes alene. Af samme grunde er man nu også så ukoncentreret omkring de generelle sociale betingelser, at det at handle sig ind i ulykker er ganske nærliggende.

Hvis det fra dette punkt heller ikke gøres muligt at bevæge sig ud af denne opstressede og forskruede tilstand, vil den *manifeste grund for genereringen* af »skader« a la »psykiske forstyrrelser, muskel- og skeletsygdomme, hjerte-kar, kræft og ulykker« etablere sig i den individuelle eksistens.

Almen forebyggelse

Forebyggelsesmæssigt er *problemet*, hvordan mennesker under sociale situationer af »fastlåsende pres« (ellers ingen destruerende konflikter) trænger selv samme ud af de samfundsmæssige forhold, hvorigennem livet leves og udvikles med andre.

Der er mange niveauer og trin i denne problemstilling. Men skal forebyggelse være til livet, er der næppe andre veje.

I dette lys er *folkelig kontrol* over egne livsbetingelser samtidig forudsætningen for almen forebyggelse; for forebyggelse vil – ikke kun under det nuværende statskapitalistiske styre – også altid være opløsning af den tvang, mennesker er sat under. Perspektivet om folkelig kontrol som en »modmagt af indhold« er endvidere alternativet til den »fagliggørelse af magten«, der med nomenklaturet er under etablering respektiv omstrukturering – en tendens der også finder styrke i kraft af, at partiernes *organisationer* bliver mere og mere tømt for vælgermæssig basis (Valenius 89).

Netop nu, i disse år med demokratiseringen i Øst-europa, er der en *åben historisk chance* for nye forbund af berørte folk; men også et voldsomt tidspres at slås med for udviklingen af de organiseringsformer, der kan udbygge og fastholde humaniseringen og faglig-indholdsmæssig løsning af fælles opgaver og problemer – ellers vil nomenklaturet sørge for det modsatte, dvs. *forment* befæstelse af det livsfornægtende.

Den aktuelle strukturdebat i Dansk Psykolog Forening, hvor der er tanker om oprettelse af »faglige selskaber« (Indstik i Psykolog Nyt nr. 17, 89), er et skridt i den rigtige retning – men kun hvis etableringen af disse opprioriteres og indarbejdes i foreningens beslutnings-struktur; ellers vil opgaver og problemer forblive i mediet af økonomiske magt- og styrkeforholdskampe.

Den interne autorisations-problematik i foreningen er derimod – i dens individuelle privathed – et fejlskud, en simpel nomenklatur-bestræbelse (se også Rimeau 89). Fremfor en fortsættelse i dette spor, må problematikken overgå til de faglige selskaber, der i kraft af alment virke *tilstås* kompetence af de brugergrupper, der finder samfundsmæssig nytte heraf.

Samarbejdet med Psykiatrisk Selskab – ikke personligt – må derfor fra foreningens side *forblive* stoppet.

Som det også bemærkes er vores chance, i den fortkommende tid med decentralisering, at solidarisere os med vores brugergrupper (O. V. Rasmussen 89).

Videre

Fremfor at styrke anonyme nomenklaturers fagliggørelse af magt, må Dansk Psykolog Forening tage sin

genstand – menneskelig udvikling – på ordet ved at arbejde for *samfundsmæssiggørelse* af de sociale betingelser.

Dette kan også ske gennem en ændring af formålsparagraffen (paragraf 2) i strukturforslaget. Der tilføjes som overordnet: »Psykologforeningen søger at varetage den *psykologiske udviklings* standpunkt«.

Massakren

At falde under dette, ved at pukke på den individuelle eksistens som årsagen til sygdom, hvad RF gør med begrebet om »livsstilsygdomme« og den enkeltes eget ansvar, fører ingen steder hen. Tværtimod! Den enkelte sættes blot på langt sigt endnu mere under pres – og borgerskabets indre fascist vil få gode vækstbetingelser.

Meget præcist lægges der da også med RF op til en systematisk indkredsning af de betingelser, der endnu er uden for statslig kontrol. Forebyggelse ses som magten over disse – og en sådan bestræbelse kan kun ende eet sted: nemlig som en *massakre på subjektet*.

Referencer

»Forslag til ny struktur for DP«, Indstik i Psykolog Nyt nr. 17, 1989.

Regeringens Forebyggelsesprogram (RF): »Programdel og Dokumentationsdel«, Sundhedsministeriet 1989.

Rasmussen, O. V.: »Om klinisk psykologi, omstilling og decentralisering«, Psykolog Nyt, s. 552-54, 1989.

Rimeau, J.: »Kære arbejdsløse kolleger«, Psykolog Nyt s. 697-98, 1989.

Valenius, P.: »Om ti år findes partiernes organisationer ikke mere«, Kronik i Information 19.-20. august 1989.