

SYNLIGHED OG SANDHED
Den kliniske psykologis tilstædeværelse
som humanistisk disciplin.

Tiltrædelsesforelæsning den 3/3 - 1997
ved Institut for Klinisk Psykologi, Københavns Universitet.

Peter Elsass

Den aktuelle tilstand for Klinisk Psykologi kan kort karakteriseres som »efter orgiet«. Orgiet var det pragtfulde øjeblik, hvor moderniteten eksploderede i os; øjeblikket med den politiske bevægelse, hvor destruktive kræfter blev sat til vægs af kvindernes og børnenes frigørelse, fulgt godt på vej af frigørelsen af det ubevidste. Det var et kæmpe orgie, hvor alle modeller var repræsentative, også de anti-repræsentative. Det var den gang, vi var unge og havde penge til orgiet.

Klinisk psykologi deltog i dette orgie. Det gav sig udtryk i et boom af nye psykologstillinger og i nye forsknings- og arbejdsområder. På universiteterne så vi nye former for videnskabelighed f.eks. repræsenteret ved kvalitative metoder og praksis-forskning. Og udenfor universiteterne voksede det terapeutiske supermarked, dels med udvidelsen af det offentlige arbejdsområde med f.eks. kriseterapier og miljøarbejde, og dels med stigningen i de private praksisser med mere plads til alternative behandlingsmåder.

Vores orgie var betinget af de gode økonomiske muligheder for vækst, der eksisterede i 60-erne og 70-erne. Det prægede også en lang række andre fag, som vi lagde os i et parallelt løb med. De lægelige specialer voksede uhindret, antropologi udviklede sig og begyndte at indtage bl.a. det medicinske område, filosofi vandt også terræn og optrådte hyppigere og hyppigere på den psykologiske scene.

Det store spørgsmål er, hvor bevæger klinisk psykologi sig hen i disse år, hvor velfærdsmodellen bliver omlagt og nye demokratiseringsformer vinder indpas; med Baudrillard's ord, »Hvad skal vi gøre efter orgiet« (Baudrillard 1993).

Set i et internationalt perspektiv har klinisk psykologi efter orgiet fået store problemer med sin tilstedeværelse som humanistisk disciplin. Der er flere eksempler på at psykologiske institutter er blevet nedlagt og om-

defineret til »Institutes of Cognitive science« (f.eks. Massachusetts University) og psykodynamiske behandlingsenheder omdefineret til »behavioral and cognitive treatments centers« (f.eks. Michigan State University). Og nogle af de psykiske sygdomme bliver her i »Hjerneåret« sat under pres for at blive omdefineret til hjernesygdomme med alt for lidt plads til den psykodynamiske beskrivelse og forståelse. Her hjemme har psykologien på universiteterne fået en meget hård evaluering; et dansk eksempel på at orgiet er forbi.

En af måderne at reagere på den kritiske situation som klinisk psykologi er kommet i er at foregive, at orgiet fortsætter og simulere den fortsatte frigørelse. Der er f.eks. en fortsat vækst i nye stillinger og nye fagområder kommer stadig til. Er det et udtryk for et simuleret orgie?

En af måderne at svare på er at fornægte, at der er noget i vejen med klinisk psykologi, og når faget såvel nationalt som internationalt får en så hård medfart, kan man undskylde sig med, at vores mål i en overordnet forstand er »frigørelsen«; frigørelsen fra psykiske problemer, frigørelsen fra symptomskabende konflikter, frigørelsen af det ubevidste – og frigørelsens karakter har altid mødt modstand. Psykologi har således en indbygget karakter som altid vil få en hård medfart af reaktive, konserverende kræfter; se bare på evalueringsrapporten af psykologi, vil nogle sige.

Den reaktion kan være et udtryk for den »fortsatte simulering af at orgiet skal fortsætte«. Netop fordi utopien, frigørelsen, i en hvis forstand er realiseret, må vi paradoksalt nok fortsætte med vores faglige udvikling, som om den ikke er realiseret. Vi er i en mellemsituation, hvor nogle så at sige tvinges til at hyper-realisere utopien, fordi orgiet *skal* fortsætte og det uanset, at vi alle ved, at ressourcerne og de politiske forvaltningsformer er nogle andre end før. Men ressourcer og forvaltningsformer bliver der ikke talt om – heller ikke i vores evalueringsrapport.

Vores tid er karakteriseret ved en epidemisk simulation, hvor resultatet er at emner indenfor vores fag, hverken enten rigtig uddør eller bliver født. De bliver forurenede, mættede, transparente, flade og oppustede i stedet for enten at miste livet eller blive født.

Min programmerklæring for klinisk psykologi er:

1. Omlægningen af velfærdssamfundet giver en anden form for klinisk psykologi.
2. Denne omlægning giver anledning til nogle forførelser, hvor vi undviger at tænke vores fag grundigt igennem. Der er kræfter til stede, som forsøger at få os til at undgå den dybe refleksion som vi som akademisk arbejdsplads bliver nød til at påtage os.
3. Kun ved at definere klinisk psykologi ind i hjertekulen af det humanistiske fagområde, kan vi få de faglige forudsætninger for at foretage denne nødvendige refleksion.

Indledningsvis vil jeg definere klinisk psykologi som et fag, der ikke dækker noget entydigt afgrænset videnskabsområde, men omhandler en række psykologiske metoder til observation, diagnosticering og behandling, dels af normalpsykologiske problemer, dels af psykiske sygdomme og abnormtilstande. Det er karakteristisk for den kliniske psykologi, at den har personligheden eller det hele menneske som sit forsknings- eller observationsområde, hvorimod de medicinske videnskaber, psykiatri, neurologi og neurokirurgi anskuer sygdommen som den centrale enhed. Klinisk psykologi har således genstand, men ikke metode tilfælles med de medicinske videnskaber, hvorimod den i fuldt omfang har teori og metode tilfælles med den almene psykologi.

Affektiv og instrumentel

Lad mig give en konkret anskueliggørelse af hvad der sker indenfor behandler-klient relationen og indenfor vores fag, når samfundets ressourcerforhold og politiske forvaltningsmåder ændrer sig.

Ben-Sira har delt klient behandler forholdet op i to dimensioner; en instrumentel og en affektiv (Ben-Sira 1980, 1986). Den instrumentelle udgør selve kerneydelsen, den snævert fagligt baserede indsats. F.eks. er det for lægen den strengt lægevidenskabelige funderede, evt. medico-tekniske indsats. Den affektive, beskriver Ben-Sira som den mere personlige, evt. psykoterapeutiske ydelse bestående af bl.a. empati og containing. Indenfor hospitalsverden har Ben-Sira dokumenteret, hvorledes det er den affektive dimension, som bliver formindsket og kommer ud for problemer, når der omstruktureres eller nedskæres. Konkret giver det sig udtryk på de somatiske afdelinger ved at lægen fortsat yder den medicinske kerneydelse, han altid har gjort, men han løber stærkere og har fået mindre tid til at snakke med patienten.

Det interessante ved Ben-Sira's undersøgelser er en påvisning af, at det ved nedskæringer og omstruktureringer i højere grad er den affektive dimension, der bliver lagt ud på en fagstrategisk magtarene end den instrumentelle. De forskellige tilgrænsende faggrupper begynder at slå om retten og kompetancen til den affektive dimension. F.eks. træder sygeplejerskerne frem og betyder, at de er den faggruppe, der kender patienterne bedst og har mest forstand på deres situation, »vi ser ikke sygdomme og diagnoser, men syge mennesker«. Plejere, social- og sundhedsassistenter står parat og kommer ud af kulissen med replikker om, at det er deres faggruppe som er tættest på patienterne og virkelig får mulighed for at tale med dem og knytte kontakter. Så kommer psykologerne frem på scenen og medgiver, at andre faggrupper kan foretage samtalebehandling, men at den egentlige psykoterapi er noget som kun de har forstand på og, at de derfor vil supervisere. Socialrådgiverne kommer som regel til sidst på banen og fremfører, at det er karakteristisk, at alle disse be-

hjertede behandlere kun ser på institutionslivet og den dermed følgende sygeliggørelse. Det afgørende er imidlertid livet udenfor, som f.eks. arbejdsmarkedet, pensionsforholdene, og kun ved at inddrage de ydre forhold, kan man få et »helhedsbillede af patienten«.

Den affektive dimension bliver således lagt ud på en fagstrategisk kamparena, hvor de forskellige tilgrænsende faggrupper træder frem og kæmper om magten. Problemet er at den såkaldte affektive dimension, dermed løftes ud af en fagliggørelse og unddrager sig en akademisk kvalificering. I stedet opstår der forførende talemåder. Parterne indfører nye ord og begreber for at vise, at de står for »nye tiltag«, hvor netop de som faggruppe fører an i forandringsprocessen. Ordene er f.eks. »kvalitets-sikring«, »brugerindflydelse«, »sygdom« bliver skiftet ud med »sundhed«. Alt imens står de gamle klinikkere og lytter til »kvalitetssikring og brugerindflydelse« og svarer, at de da altid har forsøgt at gøre et godt stykke arbejde og medinddrage patienten. Men tidligere hed kvalitetssikring »god medicinsk praksis« og brugerindflydelse »at lytte til patienten«. Og sundhed har altid været en maskering for det fænomen, at et sundt menneske var en person, der ikke var undersøgt tilstrækkelig grundigt.

Psykologerne kender også til forførelserne, og de erfarne fremfører f.eks. at de nye kriseterapier, kognitive strategier og socialfærdigheds-træninger i mange tilfælde bygger på faglige metoder, som har været i anvendelse meget længe.

Beklager, hvis jeg lyder som sur professor Jeronimus. Men mit ærinde er at stille spørgsmålet: dækker brugen af nye ord, nye terapeutiske metoder og synsmåder over en afgørende ny praksis? Er de blot »pep-talk« – en simulering af at orgiet skal fortsætte. Det er et velkendt antropologisk fænomen, at vi ofte ønsker at markere overgange ved hjælp af ritualer, hvor ordene og formerne forandres, men hvor indholdet forbliver det samme. Gammel vin på nye flasker.

Selv Cajus Petronius, der var embedsmand på Neros tid kendte til fænomenet.

»Vi arbejdede hårdt, men hver gang det begyndte at fungere, blev nye planer om omorganisering iværksat. Jeg lærte mig senere i livet, at vi er tilbøjelige til at møde hver ny situation gennem omorganisering, og jeg lærte også hvilken vidunderlig metode dette er til at skabe illusion om fremgang, mens det i virkeligheden forårsager kaos, ineffektivitet og demoralisering«

(Citat fra romanen »Satirae« skrevet af Cajus Petronius, der døde 66 e.Kr. efter et liv som embedsmand hos den romerske kejser Nero).

Humanistisk disciplin

Hvis vi definerer den kliniske psykologi som en humanistisk disciplin, vil vi netop have som centralt område at analysere sådanne situationer, hvor magtstrategiske, ideologiske modsætninger mellem faggrupper påvirker og går i spin med den videnskabelige, faglige udvikling.

Som indgang er det vigtigt at sondre mellem den såkaldte ideologiske humanisme, der ofte er knyttet til det borgerlige, liberal-demokratiske samfund, og den videnskabelige humanisme, der har et filosofisk udviklingsperspektiv (Jensen 1996). Den videnskabelige humanisme vil f.eks. være optaget af indsigten i og anerkendelsen af forskelle. Den vil være interesseret i at undersøge, hvorledes disse forskelle opstår og udvikles, hvad de har af mål og udviklingsideer. Den ideologiske humanisme vil ofte i praksis være del af en skyttegravskrig, hvor man polariserer og dogmatisk fremfører sin synsmåde uden at begrunde den i andet end i en anti-tese. Den videnskabelige vil derimod satse på at rumme forskelle, endda uforenelige modsætninger i én og samme model.

For at fortsætte den konkrete anskueliggørelse af dette »modsætningernes spil« kunne jeg udvide Ben-Sira's analyser med at opdele behandlerens samfund og den kliniske psykologi i en instrumentel og en affektiv dimension.

Den instrumentelle behandlerstype er kritisk overfor at udvide sit fagområde til at omfatte mere, end hvad der er indbefattet i hans videnskabelige rationalitet. Anskueliggjort indenfor lægegerningen er det holdningen om, at lægen skal holde sig til det, han er uddannet til, og ikke nødvendigvis påtage sig arbejde, som andre faggrupper er bedre kvalificerede til. I overensstemmelse hermed siges det i de hippokratiske skrifter, at »en læge som også er filosof, er at sammenligne med Gud«. Den instrumentelle holdning er således en forholdregel imod, at den faglige synsmåde udvider sig og kommer til at omfatte en praksis, som der ikke er teoretisk og evt. empirisk belæg for. Holdningen er sympatisk og er en reaktion mod den tendens der er generel indenfor sundhedsvæsenet i disse år, hvor indførelsen af en række nye områder er sket på bekostning af de traditionelle kerneområder. De nye tilgrænsende områder medfører en belastning af det iøvrigt hårdt belastede sundhedsbudget. Man skal blive ved sin læst og kvalificere sig til det, man er uddannet til.

Den affektive type er derimod interesseret i at supplere sin kompetence med viden indenfor tilgrænsende humanistiske fagområder, som f.eks. sprogvidenskab, filosofi og antropologi. Han begrunder det bl.a. med, at der er så mange irrationelle faktorer i udøvelsen af den kliniske praksis, at sundhedsarbejderen bliver nødt til at være tværfagligt uddannet, hvis han skal kunne orientere sig i komplicerede og multifaktorielle problemstillinger. Den affektive type indenfor lægeverden er fortalende for, at f.eks. samtalen i sig selv har en helbredende funktion. Han mener ikke nødvendigvis, at man skal opgive håbet om en rationel funderet praksis. Men

hvis man skal have en bred forståelse for den kliniske beslutningsproces, må man supplere den biomedicinske synsmåde med de humanistiske videnskaber (Little 1995). Det indebærer nye krav til lægestudiet, og nogle fakulteter som f.eks. Sydney University forlanger, at de studerende skal have en sideuddannelse indenfor det humanistiske fagområde.

Indenfor klinisk psykologi kan vi genfinde den samme opsplitning. Nogle psykologer står for den snævre faglighed og bliver snerpede, når de hører om psykologer, der udøver deres praksis uden f.eks. en langvarig og regelret efteruddannelse. De instrumentelle psykologer søger ind i de fagområder, som f.eks. psykoanalysen, der har en grundig funderet akademisk teoribygning. Der må man starte fra, derfra min verden går; en holdning som jeg har stor sympati for, fordi den fastholder nødvendigheden af den akademiske psykologi.

Den anden type, den affektive, kaster sig ud i nye diagnosticeringsmåder og terapiformer, som fjerner sig fra tidligere former. De bruger f.eks. ratingscales til visitationssamtalen og indfører kognitive teknikker ad hoc. Det provokerer mange, fordi det kan blive en distancering fra det psykodynamiske, unikke udgangspunkt. Ved at kvantificere, fjerner man sig fra den kvalitative metode, og de kognitive modeller henter næring fra neurobiologien og adfærdsforskningen, som ligger i periferien af det psykodynamiske, evt. psykoanalytiske udgangspunkt. Men den holdning har jeg også stor sympati for; hvis den bliver indtaget efter et grundigt forarbejde kan den give en nødvendig nyorientering.

Sandhed og synlighed

Ud fra den videnskabelige humanismes synsmåde, som jo forsøger at rumme forskelle i ét og samme system, har såvel den instrumentelle som den affektive type sin berettigelse, alt efter den praksis man udøver. F.eks. vil nogle læger med speciale i specifikke undersøgelses- og behandlingsmåder, som radiologer og kirurger, med rette kunne forfægte den instrumentelle holdning. Hvorimod alment praktiserende læger og psykiatere, der anvender samtalen som behandling, kan være fortalere for den affektive dimension.

På samme måde med klinisk psykologi; alt efter den sammenhæng man arbejder i har de forskellige typer sin berettigelse. F.eks. har den psykoanalytiske praksis sin store værdi, der hvor man som behandlingsmål arbejder for indsigt og en forståelse for den specielle form for autonomi, der udspiller sig i mellem menneskelige og historiske relationer. Kognitiv behandling, hvor det drejer sig om symptomlindelse og effektivitet.

Min pointe med at påstå at begge holdninger, den instrumentelle og den affektive, har deres berettigelse, er at understrege, at klinisk psykologis store opgave som akademisk, humanistisk disciplin ikke er at ude-

lukke, f.eks. brugen af den kognitive behandlingsmetode og ratings scales; det kan muligvis være den ideologiske humanismes mål. Den videnskabelige humanismes perspektiv vil arbejde mod at sammenstille modsætningerne, men under forudsætning af at deres sammenhænge afdækkes specifikt i historiske og aktuelle sammenhænge.

Konsekvensen af denne videnskabelige humanisme er, at klinisk psykologis store opgave er at afdække disse sammenhænge ved f.eks. at udvikle en større specificitet i sin visitation, diagnostik og behandling. I nogle sammenhænge som f.eks. overfor de svært syge, de psykotiske, de hjemløse, de socialt udstødte, kan vi blive nødt til at forlade vores oprindelige psykodynamiske udgangspunkt og tage helt andre metoder i brug som f.eks. psykoedukation og social færdighedstræning. Med kravet om forøget specificitet mener jeg bl.a. udarbejdelsen af grundige behandlingsbeskrivelser, der hænger sammen med andre faggruppers beskrivelser; de såkaldte referenceprogrammer overfor forskellige diagnostiske grupper, evt. i form af en manualisering for behandlingen af de grupper som har et stort behov, f.eks. de psykotiske patienter.

En anden opgave for den videnskabelige humanisme er at afdække de begreber, værdier og holdninger, som de forskellige typer af psykologer arbejder med, og sætte dem ind i en teoretisk sammenhæng. Hvis vi skal kunne afklare forskellene mellem den instrumentelle og den affektive holdning, må vi ind i nogle grundlæggende diskussioner om behandlingsmål. F.eks. udrede hvorledes forskellige diagnosticeringsformer og terapimåder forholder sig overfor begreber som autonomi, indsigt og effektivitet. Bl.a. skal kognitiv terapi hjælpes med en grundig begrebsafklaring og teoriudvikling, således at vi kan forstå hvorledes den satser på symptomlettelse i højere grad end indsigt. Som akademisk arbejdssted har vi en speciel forpligtelse til at foretage dette teoretiske udredningsarbejde, og hjælpe vores kollegaer, der går igang med de nye behandlingsmåder, med målbeskrivelser og evalueringer.

Kravet om en større specificitet udvikler sig f.eks. i øjeblikket i miljøet på forskellige psykoterapeutiske klinikker, som modgift mod at den terapeutiske holdning bliver omsiggribende og breder sig ud over det terapeutiske rum og bliver til en vag ideologi. Kernberg advarer således imod at lade den psykoanalytiske holdning om f.eks. en ustruktureret vækst, som finder sin egen individuelle identitet, komme udenfor det terapeutiske forhold og blive til en del af strukturen på konferencerne og i samarbejdsrelationerne (Kernberg 1984). Han påpeger, at en manglende specificitet blandt behandlerne giver næring til at vage ideologier kan udvikle sig til paranoide holdninger. Kernberg er fortalere for struktur og mener, at vi skal ruste os godt med klare regler og procedurer, hvis vi skal have psykoanalysen til at overleve som behandlingsform.

Autonomi

I forståelsen af klinisk psykologi som akademisk humanistisk disciplin vil jeg gribe fat om hjertet på faget for at se, om jeg kan fange dens egentlige sandhed – og i en videre forstand undersøge, hvordan denne sandhed hænger sammen med en synlighed.

Et mål for humanistisk videnskab er at udvikle begreber som kan analysere og afdække den værdiorientering og det menneskesyn, som er styrende for praksis. »Sundhed« og »autonomi« er blevet foreslået som sådanne filosofiske samlebegreber til at forstå praksis med. Jeg har i en sammenhæng med en række humanistiske forskere indenfor filosofi, etnografi og psykologi, (Det humanistiske Forskningsråds rammebevilling: »Kultur, menneske og sundhed« under ledelse af Uffe Juul Jensen), påpeget, at der kan være noget forførende ved brugen af sundhedsbegrebet, og at det i den konkrete praksis kan få nogle uheldige afledninger (Elsass 1994). På samme måde kan der også rettes kritik af autonomibegrebet; en kritik som klinisk psykologi har en speciel egenskab til at opfange og kvalificere.

I øjeblikket er der en forrygende produktion om begrebet som viser, hvor kompliceret det er, men lad mig med store forbehold give en introduktion:

Groft sagt er målet for det autonome menneske: »At være redaktør for sit eget liv«. Sundhedsarbejderen kan komme med informationer og forslag til patienten om hans sygdom og behandling, men det er patientens ret ikke at følge forskrifterne. Det er blevet sagt, at det ikke psykologens opgave at være en tjener for patientens liv, men for hans planer med livet (Brody 1992).

Patientens livsplan er hans præferencer, værdier og projekter. Psykologen er forpligtet til at anvende sin faglige viden på en måde, som giver de bedste udfoldelsesmuligheder for disse livsplaner, også selvom han mener, at det ikke i en anden forstand vil tjene patientens interesser. Et aspekt ved autonomien er, at behandleren, f.eks. lægen der har en somatisk meget syg patient i konsultationen, kan blive nødt til ikke at give oplysninger, hvis patienten har meddelt, at han ønsker at blive fri for »dårlige oplysninger«. Autonomiens mål er derfor ikke blot at forøge informationsmængden til patienterne om deres sygdomme.

Det er imidlertid blevet påpeget, at mange behandlere overdimensionerer betydningen af information. De hæfter sig ved det stigende antal patientklager over manglende information (Little 1994); en holdning som bl.a. understøttes af den moderne »trend« vedr. den teknologiske udvikling af informationstilgængelighed.

Men forøget information giver ikke nødvendigvis en bedre refleksion over livsforhold og en skærpet argumentation for valg og beslutninger. F.eks. er det blevet påstået, at vi i 30'erne forholdt os mere bevidste og rationelle overfor informationer, og at samfundsdebatten og den politiske

argumentation dengang havde en større kvalitet, end den har i dag (Lasch 1995). På samme måde vil den forøgede informationsmængde til patienterne ikke nødvendigvis give en forbedret konsultation.

Der er noget forførende ved autonomibegrebet, og flere har påpeget at brugen af begrebet kan blive en raffineret måde at undgå at tage stilling til de bagvedliggende forudsætninger for autonomien. Et konkret eksempel er den unge kvinde, som har kræft og er gravid. Hendes læge har fortalt hende, at hun har to muligheder, enten kan hun vælge at få sit barn fjernet, således at de kan operere hendes kræft, og hun vil have ca. 75 pct. mulighed for at overleve. Hvis hun vælger at få barnet vil hun kun have ca. 25 pct. Lægen har netop hørt om »autonomi i konsultationen« og siger derfor efter, at have givet hende disse procent tal, at hun jo selv skal bestemme, hvad hun vil, og forlader hende for at vende tilbage et par timer senere for at høre hendes beslutning. Men da hun overlades til sig selv vil hun sandsynligvis i løbet af en time udvikle en så stærk krisepræget reaktion, at hun bliver psykotisk. – Et eksempel på den misforslåede autonomi, hvor vi tror at det blot handler om forøget information.

En af de store vanskeligheder ved autonomi er, at dens udøvelse forudsætter en speciel forståelse af forholdet mellem parterne: behandler-patient. Kirkegaard deler autonomi op i to ordner. 1. ordens forholdet er den behovsdirigerede handling, illustreret ved den dyriske adfærd, hvor vi uden omtanke følger vores indskydelser, på samme måde som den unge læge, der giver patienten information, når hun tilsyneladende mangler den.

Kirkegaards 2. ordens autonomi omhandler »forholdet til forholdet«, altså at vi bliver nød til at i-tale-sætte relationen, før vi giver informationen. Konkret kan det give sig udtryk i de tre spørgsmål, som jeg har opdraget mine medicinstuderende i Aarhus til at stille, når de møder en patient: Efter præsentationen, hvor man f.eks. har en journal i hånden med de vigtige oplysninger, man vil stille til rådighed for patienten, siger man: »Men inden du får de oplysninger, vil jeg gerne have at vide 1. hvad mener du selv du fejler og 2. hvorfor tror du at du er blevet syg (en undersøgelse af patientens egenoplevelse) og 3. på hvilken måde mener du at jeg vil kunne hjælpe dig.« Ved det sidste spørgsmål gives der mulighed for, at man sammen kan reflektere over behandlerens rolle for patienten. F.eks. om det skal være den autoritære relation (»det må du tage stilling til, du er jo psykolog«) eller den samarbejdsprægede (»du må fortælle mig hvad du ved, så vi sammen kan lægge en plan, for min behandling«).

Denne 2. ordens autonomi er vanskelig at udføre, bl.a. fordi behandleren i praksis under tiden kan blive nød til at udøve den såkaldte »påtvungne autonomi«. Patienter kan være i en situation, hvor vi som professionelle bliver nød til at tvinge vores patienter til at følge en behandling, fordi vi ud fra vores rationelle viden ved, at de vil få det bedre og opnå en større autonomi senere i livet ved at følge vores råd. I en ekstrem form kender vi det indenfor »tvang i psykiatrien« og i mindre om-

fang indenfor de såkaldte rådgivende, supportive metoder.

Denne påtvungne autonomi kræver imidlertid stor professionel erfaring at kunne udøve. Er man ikke veluddannet, skaber det let problemer. I USA har den manglende professionelle holdning givet sig udtryk i de såkaldte »GROP-symptomer« – »Get Rid Of Patients«. Man henviser alt for mange patienter til andre, således at man selv undgår at forholde sig til den vanskelige »påtvungne autonomi«. Den unødvendige henvisningspraksis kender vi også i Danmark, og ofte er den sidste station for disse GROP-symptomer, psykologens konsultationsværelse.

Den kliniske psykologis varemærke er netop, at vi er gode til at forstå os på denne 2. ordens autonomi. Bevares, vi kalder den ved andre navne, som overføringsfænomener og relationsbehandling. Men det er i det raffinerede samspil mellem patient-behandler, mellem mor og barn, i familierne etc., at vi har vores egentlige ekspertise. Det er i 2. ordens autonomien at den kliniske psykologis sandhed ligger.

Men det er en sandhed, som er vanskelig at formidle enkelt og klart. Nogle af os mener endda, at vi først kan forstå den efter flere år i egen terapi. Det er en sandhed som er svær at gøre synlig og formidle. Der har 1. ordens autonomien meget lettere forhold.

Synlighed

Synlighed er blevet et yndet ideal i vores behandlersamfund. F.eks. har billeddannede teknikker indenfor neurovidenskaben fået top-prioritet. Her satses man på at se sygdommene ud fra en ideologi om, at jo større synlighed jo bedre videnskabelig forståelse; jo større sandhed. Indenfor klinisk psykologi har synligheden sine konsekvenser i efterstræbelsen af synlig symptomlættelse f.eks. målt ved div. ratingsscales, større effektivitet målt ved kortere behandlingstid, og vi opstiller behandlingsforeskrifter i modeller og simple figurer med pile på overheads etc. Længe leve synligheden, men hvad med sandheden?

Problemet med den kliniske psykologis synlighed er, at dens sandhed er så kompliceret, at den ikke kan formidles enkelt og klart. 2. ordens autonomien kræver lang uddannelse og kan ikke umiddelbart tilegnes af andre faggrupper.

Det er bl.a. derfor det er så vigtigt at have en klinik, hvor de studerende kan få konkret og direkte supervision på deres klientkontakt. Her kan de få en fornemmelse af hvad overføringsfænomener er og få en forståelse for relationsbehandlingens virkemidler. De får en indsigt i det komplicerede 2. ordens forhold, »forholdet til forholdet« – i psykoterapiens kerne. Derfor er det helt forkert når det påstås, at psykoterapi i virkeligheden er ganske enkelt og består af nogle simple teknikker. Den holdning er en ansvarsforflygtelse overfor den kliniske psykologiske sandhed; en forflygtelse som mange af vores tilgrænsende faggrupper, ergoterapeuter, syge-

plejersker og læger, gerne billiger, således at de efter et par weekend kurser og lidt supervision kan komme til at arbejde psykoterapeutisk. Et udtryk for den såkaldte fax-model, hvor vi tror vi lærer en praksis, ved blindt og uden omtanke at kopiere den anden.

Forskningen på Institut for Klinisk Psykologi

Klinisk psykologi har en sandhed som er svær at gøre synlig. Vores fags problem er at vi bliver udsat for et krav om synlighed, som måske er helt urimelig overfor vores komplicerede humanistiske sandhed.

Som professor i faget er en af mine opgaver at stimulere, hvad der foregår af klinisk psykologisk forskning. Som nyudnævnt vil det først foregå ved at jeg påskynder mange af de projekter der er godt i gang. Fraviger jeg for et øjeblik kravet om synlighed og kun ser på sandheden, kan jeg faktisk give en god evaluering af klinisk psykologi, også her på Institut for Klinisk Psykologi.

Der kan foretages to skæringer; et horisontalt og et vertikalt:

Det horisontale vil gå efter kerneområderne:

1. Psykoterapi,
2. Sundhedspsykologi,
3. Psykopatologi og diagnostik (psykologisk testning),
4. Supervision, evaluering, faglig udvikling og efteruddannelse.

Faktisk har instituttet bl.a. i kraft af sine ph.d. studerende, forskningsprojekter igang indenfor alle disse områder.

Et andet snit vil være efter de humanistiske, hermaneutiske dimensioner; groft formuleret som: »i-tale-sættelsen«, historiciteten, symbolbetydninger og magtforhold. Også her foregår kvalificeret humanistiske forskning.

Judy Gammelgaard's disputats »Katharsis. Sjælens renselse i psykoanalyse og tragedie« (1993) er et eksempel på en kvalificeret tværfaglig interesse i at forbinde psykoanalysen med de æstetiske humanistiske fag; bl.a. et godt udgangspunkt for at se på i-tale-sættelsen af krisebegrebet med et historisk afsæt.

Gretty Mirdal's disputats: »Åndenød. Astma i psykosomatisk perspektiv« (1994) kommer ved hjælp af en humanistisk tilgang ind på en psykodynamisk forståelse af en medicinsk sygdom, bl.a. ved hjælp af kvalitativ metode og litterære tekstanalyser.

Andre forskningsprojekter omhandler traume-begrebet hos børn anskueliggjort ved et empirisk indsamlet materiale ved Ingrid Leth og Helmer Bøving Larsen. Der er et stort anlagt Selv-projekt om klienters oplevelse af psykoterapi i voksen klinikkens regi. Børneklinikken har et projekt om det helt tidlige mor-barn forhold i Centeret for Spædbørn, Hanne Munch. Samme sted er der et projekt på vej om »Fædres relatio-

ner til deres spæd- og småbørn«. Erik Friis Jørgensen arbejder med et projekt om supervision og faglig udvikling. Libby Arcel om de psyko-sociale følger af krig. Anette Poulsen arbejder med et projekt om coping/forsvars mekanismer ved somatisk sygdom. Susanne Lunn undersøger den svært anorektiske patient før og efter behandling og sammenstiller testresultater med en grundig teoretisk udredning. Barry Hutchings arbejder med angst og fobi, eksemplificeret med undersøgelser af patienter med tandlægeskræk.

Jeg har ikke plads til at gå mere i detaljer, men det skal kort nævnes at andre medarbejdere arbejder med forskning i forskellige både individuelle og gruppebehandlingsmetoder ved vores klinik.

Synlighed og sandhed, udenrigspolitik og indenrigspolitik

Kom bare an! Det går egentlig udmærket med efterforskningen af den humanistiske sandhed på Institut for Klinisk Psykologi. Og så har jeg endda i al beskedenhed slet ikke nævnt min egen forskningsindsats.

Men hvad med synligheden. Kan den kliniske psykologis vanskeligheder reduceres til et »udenrigspolitisk problem«. Vi er ikke synlige nok, det er bl.a. derfor vi har fået en dårlig evaluering. Kan vi redde krisen ved at være mere formidlende, pædagogiske og anstrenge os for at få virkeligheden mere i tale udenfor universitetet, i stedet for at isolere os og retfærdiggøre, at det vi gør, er godt nok.

Jeg tror ikke at krisen med klinisk psykologi kan løses ved at man udelukkende betragter den som et udenrigspolitisk »synligheds-problem«.

Lad mig illustrere det ved en parallel fra USA's udenrigspolitiske historie. De amerikanske præsidenter har på forskellig måde forholdt sig imod USA's tendens til isolationisme og har taget det som deres opgave at føre en mere synlig udenrigspolitik. En række historikere har analyseret denne kamp mod isolationismen. En aggressiv udenrigspolitik har som regel tjent til at maskere en række alvorlige indenrigspolitiske problemer f.eks. på det sociale område, og modsat har en isolationistisk tendens undertiden været medvirkende til at vigtige internationale markeder gik over til andre nationer. Den amerikanske historiker Nordlinger har analyseret disse forskellige udenrigspolitiske strategier og holdt dem op imod et synlighedsbegreb. Han skriver, at de mest forfejlede synlighedsstrategier er opstået når ordet »realpolitisk« blev benyttet (Nordlinger 1996).

Disse udenrigspolitiske strategier overfor isolationisme har sine paralleller til klinisk psykologis status. F.eks. kan man påstå, at dele af det psykoanalytiske scenarium i perioder har ført en alt for isolationistisk politik med det resultat, at andre terapiretninger på en uberettiget måde har fået for stor synlighed. Modsat kan man også påstå at nye terapiretninger har fået en uberettiget synlighed; de er blevet markedsført med så kraf-

tige udenrigspolitiske strategier, at de nærmest har lignet den Golfkrig, som jo havde til hensigt at skjule, at der indenrigspolitisk var store problemer i USA. På samme måde har nogle meget synlige terapiretninger et uafklaret forhold overfor grundvidenskabelige problemstillinger.

Klinisk psykologi er en kompliceret akademisk disciplin, som ikke er til salg for alle og enhver og som det er vanskeligt at formulere en udenrigspolitik for. Jeg kan anskueliggøre den specielle synlighed som faget fordrer ved at nævne nogle samarbejdspartnere udenfor instituttet: Ole Andkjær og Simo Køppes arbejder hovedsagelig om psykoanalysen har været med til at gøre psykologien som akademisk disciplin synlig (Andkær Olsen & Køppe 1981, 1996). Alice Theilgaard skal også nævnes her fordi hun på enestående måde har kombineret akademisk tænkning, litterær produktion og klinisk psykologi i sine arbejder bl.a. med Murray Cox (Cox & Theilgaard 1987, 1994).

Når jeg nævner disse eksempler på fremragende klinisk psykologi er det for at illustrere, at hvis man har fat i den rigtige sandhed, så følger synligheden med, og udenrigs- og indenrigspolitik kommer automatisk til at hænge sammen. Det er ikke blot et spørgsmål om at maniere sig op til en større publicering, en tættere involvering i den offentlige debat og kaste sig ud i nye omstruktureringer. Det skal sandsynligvis også til, men det kan give problemer på længere sigt.

Jeg har set resultatet af den form for oppustethed i Colombia, hvor jeg har opholdt mig mere end tre år af mit liv. Når man skal sælge en gammel hest i Colombia, kommer man en appelsin med stikkende nelliker op i enden på den, et par minutter før den skal sælges. Den får et meget livligt og ungdommeligt udseende.

Hvis klinisk psykologi skal stå frem som akademisk disciplin og være en universitets disciplin, skal der mere end appelsiner til. Vi skal igennem den komplicerede akademiske »rundgang«, hvor det ikke er et spørgsmål om synlighed, men om at finde den rette sandhed.

Set i dette perspektiv kan jeg, helt for egen regning, give vores fag en anden form for evaluering: Akademisk set er klinisk psykologi lidt for kedelig og sløv. Jeg kan pege på to områder som ville give faget spændighed og liv til tanken: samarbejdet med neurovidenskaberne og udviklingen af kulturpsykologien.

Samarbejdet med neurovidenskaberne

Det er karakteristisk for klinisk psykologi, at den forsøger at forene dikotomier ved hjælp af mere sammenhængende og inkluderende begreber. Fagets rolle er åbenbart at mægle imellem f.eks. det bevidste og det ubevidste, emotion og kognition, adfærd og oplevelse, subjekt og objekt, sjæl og legeme. Den traditionelle arbejdsmåde er at etablere en humanistisk position, hvor det holistiske, eklektiske perspektiv fastholdes; mod-

sætningerne mødes og det meningsdannende sættes i top. Men spørgsmålet er om den holdning er igangsættende for tværfaglig forskning og om den ikke isolerer psykologien i et humanistisk kabinet, hvor faget ikke bliver provokerende og igangsættende. Samarbejdet mellem den nyere kognitive psykologi, klinisk psykologisk diagnostik og de billeddannende teknikker indenfor neurofagene bliver ikke nødvendigvis inspireret af denne traditionelle humanistiske holdning.

I den senere tid er der kommet en del provokerende litteratur indenfor bevidsthedsforskningen; hvor videnskabsmænd indenfor »the hard sciences« som f.eks. neurofysiologisk videnskab og kognitiv science sætter sig i spil med psykologi og filosofi (se f.eks. *The Times Literary Supplement* 1996, Chalmers 1996). Man kan kritisere disse forsøg på teoridannelse for at være reduktionistiske og sammenholde bevidsthedsfænomener med objektive fysiologiske fund. De forklarer ikke i sig selv bevidsthedens natur, men er dog interessante, fordi de identificerer fysiologiske korrelater f.eks. til forskellige psykopatologiske tilstande.

En komplementering af den reduktionistiske holdning er skelnen mellem psykologiske og fænomenale aspekter ved bevidsthedstilstande. De psykologiske kunne man definere som dem, der spiller en årsag i den kognitive proces; måden de interagerer med andre tilstande for at styre handlinger, adfærd og oplevelser. De fænomenale er de bevidste oplevelser om, hvad vi oplever. Det sædvanlige for bevidsthedsforskningen er at relatere de psykologiske data med de fysiologiske. Problemet er de oplevelsesmæssige, fænomenologiske aspekter.

Min pointe er, at hvis vi ønsker at have et samarbejde med den fysiske hard-core videnskab er problemet snarere, om vi kan finde et tilfredsstillende materielt korrelat for de fænomenale, oplevelsesmæssige egenskaber end for de psykologiske. Den position skal ikke medføre, at de fænomenale egenskaber kan reduceres til materielle, bl.a. fordi de i sig selv har årsagsbetydning. Det kan få den afledning, at man i den magiske realismes ånd begynder at lede efter f.eks. oplevelsernes elektromagnetiske felt og astral healingens kromatiske afbildninger på polaroid billeder etc. Postulatet om ekstra-mentale kræfter, der stilles på lige fod med objektiv fysisk energi og, om fysiske forhold der forandres og påvirkes på grund af irreducibile mentale kræfter; den såkaldte epifænomenalisme.

De sidste mange års forskning indenfor parapsykologien gør os skeptiske overfor den holdning, men alligevel er der velorienterede forskere, der fastholder den position, men på et »trinhøjere niveau«, som Trane-kjær Rasmussen ville sige. F.eks. påstår filosofen Chalmers (1996), at verden er befolket af Zombier som ikke bestiller andet end at tale og skrive om bevidsthed og følelser, selvom de ingen bevidsthed har.

Ved at tage dette materialistiske udgangspunkt med vores dobbeltgænger, der er i stand til at tale om sine følelser, selvom han ingen har, tvinger Chalmers os til at se på materialismen med nye øjne, til forskel fra dualisterne, der squizer sig ud af problemerne uden at tage de fysiske, fy-

siologiske fund alvorligt. Og vi bliver nød til at tage de nye neurovidenskaber alvorligt; vi kan ikke længere nøjes med en emotionel fornægtelse og efterfølgende isolation.

Vi føler internt samtidig med at vi tænker ekstern, og som gode humanistisk indstillede psykologer, vil vi gerne have isoleret det fænomenale som noget, der skal respekteres og have en speciel videnskabelighed; den humanistiske. Men måske skulle vi prøve at modsætte os denne trang til ideologisk opsplitning, fordi den gør os uansvarlige overfor den nye materialisme, der med neurovidenskaberne har så meget at byde på.

Vi bliver nød til at udvikle komplicerede begreber. Sagt på en hel anden måde: Æg og olie giver mayonaise, og undertiden bliver vi nød til at tænke på mayonaisen, selvom det er lettere at forstå ingredienserne hver for sig.

Faktisk har vi allerede kastet os ud i mayonnaisen. Aksel Larsen og Claus Bundesen danner projekt vedr. »Synsprocesser og hjerneprocesser; om eksperimentopsykologiske, neurobiologiske og komputationelle studier ved visuel kognition«. Udgangspunktet for denne tværvideenskabelige neuroforskning har i en hvis forstand været Lise Østergaard, der allerede med sin disputats fra 1960 om »Formelle tankeforstyrrelser ved skizofreni« lagde grunden til en kognitiv, akademisk psykologi med udgangspunkt i klinisk materiale. Vi kaster os ind i fremtiden med et fast greb om fortiden. En oplagt samarbejdspartner vil her være Center for Hjerneskade, som allerede har etableret sig på den internationale forskningsscene.

Samarbejdet med kulturpsykologien; Eudaimonia

Mine anbefalinger til klinisk psykologi kan resumeres til krav om

1. »en forøget specificitet«,
2. »fokusering på 2. ordens forholdet«,
3. »en grundvidenskabelige afdækning af nye begreber« og
4. »et forbehold overfor synligheden«.

Men er de blot nogle fortvivlede forsøg på at få løst fagets krise? Hvis jeg har ret i, at vi befinder os i en situation »efter orgiet«, bør vi overveje om noget af faget bør lide døden. Vi bør stille os spørgsmålet om der simpelthen er for meget klinisk psykologi i denne verden.

På samme måde som Roland Bartes en gang foreslog, at man skulle forbyde enhver medieomtale af kærlighed, kunne man også foreslå et forbud mod mediernes psykologisering af mellem menneskelige forhold, kriserne og traumerne; en nedlægning af kriseindustrien. Et sådan forbud ville give en vaccination mod offentlighedens banaliseringer, og lade folk i fred så de kunne udvikle deres egen psykologi, og vi kunne få lov til at markedsføre den akademiske. Alt for megen psykologi er blevet hver

mands eje og dermed blevet unødigt populariseret og forfladiget. Vi er ikke mere i en tid, hvor psykologi provokerer og fornyer, som i Freuds tid.

Nøgtern set er der områder indenfor psykologien som er overset på bekostning af for mange banaliseringer. Et af de oversete områder er de psykosociale følger efter krig og statsorganiseret vold, torturen og den påtvungne emigration. Først i den senere tid er der blevet udviklet en psykologisk forståelse af den traumatiserede flygtning. I al beskedenhed skal jeg nævne mit eget forskningsarbejde (Elsass 1997).

Det er som om, at netop de mest alvorlige problemer i denne verden: sult og krig undgår vores psykologiske forståelse. Et tilsyneladende engagement og en emotionel involvering har løftet den bort fra den akademiske verden.

I vores faglige positioner ser vi ikke problemerne i den store verden, og psykologien største problem er, at den får os til at folde os ind i os selv i en tro på at det psykiske liv er betinget af indre kræfters modspil og vækst. Men det er en vestlig egocentrisk opfattelse som ikke deles af tre-fjerde dele af verdens befolkning. Andre steder er man sociocentrisk i sin orientering, og kulturen og lokalsamfundet er de formende faktorer. Psykoterapi er en overvejende vestlig enterprise.

Og her vil jeg slutte med klinisk psykologis største udfordring: At folde sig ud og knytte et samfundsengagement til dens videnskabelighed. Kulturpsykologien har været en stor inspiration for mig, fordi den netop har udvidet verden og givet indsigt i det ekstra-terapeutiske rum udenfor vores sædvanlige arbejdsmark. Som noget centralt i kulturpsykologiens videnskabelighed er nødvendigheden af at være engageret i praksis; den såkaldte advocacy-funktion (Hastrup & Elsass 1990), eller som andre kritiske psykologer kalder det: Science-in-practice.

I det gamle Grækenland er der omtalt en såkaldt »glædens terapi« (Nüssbaum 1994). De gamle hellenere mente jo, at det var efterstræbelser af det logisk valide, den intellektuelle koherens, som gav friheden fra tyraniet. Viden og argumentation skulle være magtens redskaber. Men hellenerne supplerede den akademiske holdning med et praktisk engagement og en følelsesmæssig involvering. Grækerne kaldte tilstanden for »eudaimonia«, som vi desværre ikke har noget godt dansk ord for; det engelske »compassion« kommer tættest på.

At studere det indre liv i relation til de ydre sociale konditioner er en nødvendig om end ikke tilstrækkelig opgave for en »glædens terapi« – for at den kan blive praktisk. »Eudaimonia« er ikke kun menneskelig lykke, snarere en menneskelig vækst, en »flourishing«; både en følelse og en aktivitet; en bevægelse. Klinisk psykologis fornemmeste opgave er at understøtte denne eudaimonia, denne »compassion« med argumenter og viden.

Jeg vil slutte med at ønske jer alle en rigtig god genopstandelse efter orgiet – en god »eudaimonia«.

LITTERATUR

- ANDKJÆR OLSEN, O., KØPPE, S. (1981): *Freuds psykoanalyse*. Gyldendal. København.
- ANDKJÆR OLSEN, O., KØPPE, S. (1996): *Psykoanalysen efter Freud*. Gyldendal. København.
- BAUDRILLARD, J. (1993): *Evil. Essays on extreme phenomena*. Verso. London.
- BEN-SIRA, Z. (1980): Affective and instrumental components in the physician-patient relationship. An additional dimension of interaction theory. *Journal of Health and Social Behavior*, 21, 170 – 180.
- BEN-SIRA, Z. (1986): *Stress, disease and primary medical care*. Aldershot. London.
- BRODY, H. (1992): *The healer's power*. Yale University Press, New Haven.
- CHALMERS, D.J. (1996): *The conscious mind. In search of a fundamental theory*. Oxford University Press.
- COX, M., THEILGAARD, A. (1987): *Mutative metaphors in psychotherapy. The aeolian mode*. Tavistock Publications. London.
- COX, M., THEILGAARD, A. (1994): *Shakespeare as prompter. The amending imagination and the therapeutic process*. Jessica Kingsley Publishers. London.
- ELSASS, P. (1992): *Sundhedspsykologi. Et nyt fag mellem humaniora og naturvidenskab*. Gyldendal. København.
- ELSASS, P. (1997): *Treating victims of torture and violence. Theoretical, cross-cultural and clinical implications*. New York University Press. New York.
- ELSASS, P. (1994): Sundhedsfremme – et sundhedspsykologisk perspektiv for samarbejdet mellem lægfolk og professionelle. i Jensen, U.J. og Andersen, P.F. (red.): *Sundhedsbegreber. Filosofi og praksis*. Philosophia. Aarhus.
- GAMMELGAARD, J. (1993): *Katharsis. Sjælens renselse i psykoanalyse og tragedie*. Hans Reitzels Forlag. København.
- HASTRUP, K. OG ELSASS, P. (1990): Anthropological advocacy. A contradiction in terms? *Current Anthropology*, 3, 301-311.
- JENSEN, U.J. (1996): Humanistisk sundhedsforskning. i Jensen, U.J., Qvesel, J. og Andersen, P.F. (red): *Forskelle og forandring – bidrag til humanistisk sundhedsforskning*. Aarhus: Philosophia.
- KERNBERG, O.F. (1984): Institutional problems of psychoanalytic education. *IAPA*, 34: 799-834.
- LASCH, C. (1995): *Eliternes oprør og forræderiet mod demokratiet*. Hovedland. København.
- LITTLE, J.M. (1995): *Human medicine*. Melbourne: Cambridge University Press.
- MIRDAL, G.M. (1994): *Åndenød. Astma i psykosomatisk perspektiv*. Munksgaard/Rosinante. København.
- NORDLINGER, E.A. (1996): *Isolationism reconfigured. American foreign policy for a new century*. Princeton University Press. Princeton.
- NUSSBAUM, M.C. (1994): *The therapy of desire. Theory and practice in hellenistic ethics*. Princeton University Press. Princeton.
- The Times Literary Supplement*, June 21, 1996.