

SUNDHEDSPSYKOLOGI & HUMANIORA
Bidrag til en ny praksis og videnskabelighed
for sundhedsprofessionelle

Peter Elsass & Peter Lauritsen

Det er blevet konventionen at forholde sig kritisk til lægevidenskaben og fremhæve nødvendigheden af at indtage en humanistisk holdning. Forfatterne til denne artikel har samlet en lang række eksempler på den retorik, som denne humanistiske holdning har givet, og har kritiseret den psykologiske sundhedsforskning for at være af for dårlig kvalitet (Elsass & Lauritsen 2006). I det følgende vil der blive givet nogle eksempler fra dette arbejde på, hvorledes feltet om »kommunikation og konsultation« mangler nogle grundlæggende diskussioner.

Der appelleres til klinisk psykologi for at forbedre sundheden med et argument om, at adfærd er en af de vigtigste grunde til sygdom. F.eks. bliver den såkaldte livsstilsadfærd fremstillet af sygdomsbekæmpende institutioner som WHO og UN som den vigtigste sundhedsindikator, der bidrager til 50% af den enkeltes sundhedsstatus (Institute for the Future, 2000). Eksemplerne er legio: Vold og ulykker er en af de hyppigste dødsårsager og er blevet programsat som et af de vigtigste prioritetsområder i sygdomsbekæmpelsen. Seksuel risikoadfærd har inficeret 58 millioner på verdensplan med HIV/AIDS. Diabetes, som er den hyppigste kroniske sygdom hos børn, kan ikke blot betragtes som et medicinsk problem. Misbrugsadfærd relateret til rygning, stoffer og alkohol er ofte forbundet med social status. Stressforskningen indtager en større og større rolle i bekæmpelsen af arbejdsbetingede sygdomme.

Socioøkonomisk status og immigration har afgørende betydning for forekomsten af sygdom. Den globale statistik viser, at ressourceskævheden er den mest afgørende sygdomsfaktor. 90% af sundhedsforskningen bliver allokert til kun 10% af verdens sundhedsproblemer. Levelængde, opsøgning af hjælp og tildeling af sundhedsydelser er socialt betinget, og fattigdom er tæt knyttet til risikoadfærd.

Peter Elsass, cand.psych. & dr.med., Center for humanistisk Sundhedsforskning, professor i klinisk psykologi ved Københavns Universitet.

Peter Lauritsen, ph.d., Center for Science Technology Society studier, lektor ved Institut for Informations og Medievidenskab ved Aarhus Universitet.

Fagforeningerne for sundhedsprofessionelle, de store patientforeninger, forskningsrådene og regeringernes sundhedspolitiske udvalg diskuterer såvel internationalt som nationalt forudsætningerne for en sund verden. Sundhedspolitisk er det gennemgående, at alle disse mange organisationer satser på fem områder: 1) At engagere så mange medlemmer som muligt i sundhedsforskning og i sundhedsforebyggelse. 2) At udvide og udbrede den bio-psyko-soziale-kulturelle sundhedsundervisning til så mange som muligt. 3) At støtte et sundhedspolitisk arbejde, der giver forøget adgang til sundhedsydelse, reducerer forskelle i sundhedstilgængeligheden og øger levetid og livskvalitet. 4) At forbedre uddannelse og information for offentligheden om sundhedsemner. Og 5) At godkende og støtte den udvidede bio-psyko-soziale-kulturelle model både for sundhedsforskning og praksis (Johnson 2003: 675).

Naturvidenskab og humaniora

Megen humanistisk forskning er blevet indført for at bringe disse uendelige diskussioner om sundheden til ophør. Humanistisk sundhedspsykologi har ambitioner om at kunne vise, at kampen om sundheden er aktualiseringer af gamle diskussioner. F.eks. er forholdet mellem naturvidenskab og humaniora blevet debatteret i århundreder med stort set samme fordelelementer som i dag: det kvantitative over for det kvalitative; det almene og evidensbaserede over for det individuelle og unikke; den paternalistiske holdning og lægens rationelle autoritet over for patientens folkelige egenoplevelse og rettigheder; det samfundsorienterede forebyggende perspektiv over for det indre individuelle sygdomsorienterede. Sådanne metodestrigheder har været ført i århundreder.

Men humanistisk sundhedspsykologi har andre ambitioner end blot at påpege »gammel vin på nye flasker«, for selv om diskussionerne i én sammenhæng kan siges at være en gentagelse af tidligere tiders diskussioner, afspejler de også noget tidstypisk og unikt for vores historiske situation. Det er netop spillet mellem det historiske og det aktuelle, som sætter humanistisk sundhedspsykologi i stand til også at formulere et håb om en ny praksis og en ny videnskabelighed.

Den humanistiske synsvinkel er karakteriseret ved at ville beskrive »kampen om kroppen« som unik og specifik afhængig af f.eks. både en historisk og kulturel kontekst. Fremgangsmåden er 'idiografisk', fordi den søger en grundig beskrivelse af tilfældets individualitet til forskel fra en 'nomotetisk' synsvinkel, hvor man beskæftiger sig med det generelle. Bag denne opdeling ligger den egentlige humanistiske ideologi; nemlig at videnskaben skal efterstræbe idealet om et frit og selvstændigt menneske. Dette kan føres tilbage til renæssancen, hvor videnskaben søgte tilbage til den klassiske kultur, for at holde den op som et forbillede. Mennesket skulle befries for

den undertrykkelse og forvrængning, det havde været udsat for under mid-delalderens religiøse tænkning og diktatoriske statsformer.

Den naturvidenskabelige videnskab begyndte som et sådant »befrielses-projekt«. Mennesket skulle hjælpes til frigørelse ved at blive forstået ud fra de samme videnskabelige kategorier, som var blevet anvendt til forståelsen af naturen. Denne oplysningstænkning tog udgangspunkt i generaliseringer om, at mennesket generelt var et materielt system, som kunne forklares ud fra samme måde, som man kunne beskrive lovene for en maskines bevægelser. Newton var forbilledet. Ud fra en simpel beskrivelse af de ydre kendsgerninger kunne man opstille logiske og matematiske teorier, som kunne generaliseres. De industrialiserede landvindinger prægede det naturvidenskabelige syn på mennesket op til slutningen af 1800-tallet. Humanvidenskaberne overtog i nogen grad denne generaliserede synsmåde, og sprogvidenskaben og psykologien bestræbte sig på at finde fællestræk, som kunne almengøres. Men andre begyndte at reagere imod oplysningstidens universalisme og rationalisme. Mennesket og dets handlinger var ikke uafhængige af tid og sted, men skulle forstås i sin særegne individualitet (Hastrup 1999).

Det er karakteristisk, at disse synsmåder, som har præget humanvidenskabernes historie, også præger humanistisk sundhedsforskning i dag. Der er en tilbøjelighed til, at de metodemæssige forskelle mellem medicinsk og humanistisk forskning bliver begrundet i ideologiske uenigheder, hvor den humanistiske ofte bryster sig af at være mere frigørende eller, som det formuleres i dag, mere sundheds- og autonomiskabende end den medicinsk, teknologiske. Men begge former kan indeholde dette ideal om frigørelse; det er kun den såkaldt ideologiske humanisme, som bruger de retoriske vendinger om, at den i højere grad interesserer sig for menneskets totale livssituation. Den videnskabelige humanisme vil snarere interessere sig for, hvorfor disse konflikter og modsætninger i-tale-sættes og opstår inden for sundhedsforskningen. Dens forskningsperspektiv kan ikke begrundes i a priori-principper og -værdier, der tilkendegiver, hvad mennesket i virkeligheden er, og hvordan dets frigørelse, sygdom og sundhed rettelig bør behandles og forebygges. Der er imidlertid flere eksempler på, at fundamentalistiske sundhedsopfattelser og livskvalitetsmålinger har styret sundhedspraksis under dække af at være udsprunget af humanistisk sundhedspsykologi.

Værdisætningen; den optimale konsultation

Et eksempel på denne værdisætning er forestillingerne om »den optimale konsultation« (Pendleton et al. 1984) og om »den demokratiske samtale« (Jakobsen 1998). Her er en af de hyppigt gentagne ideologiske forestillinger om kommunikation, at der skal være kongruens og delt forståelse mellem parterne vedr. opfattelsen af sygdommen, behandlingen og hver enkeltes

rolle i konsultationen. Det siges, at parterne skal være i stand til at orientere sig over for hinandens opfattelse af sygdom og sundhed, f.eks. formuleret ved, at »lægen skal tage udgangspunkt i patientens egenoplevelse«. Derfor er den traditionelle autoritære facon en forhindring for samarbejdet i konsultationen, og i stedet opprioriterer man det demokratiske samarbejde, hvor parterne stilles lige.

Men der eksisterer en del undersøgelser, som viser, at det er muligt at skabe stor tilfredshed, også selv om parterne ikke har forstået hinanden. Patient og behandler kan godt tale hver sit sprog, og alligevel kan helbredelsen komme i stand. Fra kulturpsykologien er der mange eksempler på, at helbrederens tale har været uforståelig for patienten. F.eks. giver antropologen Levi-Strauss eksempler på, at et godt behandlingsresultat kan opstå på trods af, at shaman og patient taler hver deres sprog (Levi-Strauss 1967). En undersøgelse fra Grønland har tilsvarende vist, at manglende sprogforståelse mellem læge og patient ikke i alle tilfælde var en hindring for en vellykket konsultation (Elsass et al. 1994, a, b).

Optimal kommunikation er således ikke altid en forudsætning for et godt behandlingsudbytte. Patienten kan f.eks. have et meget funktionelt og pragmatisk forhold til lægen. Hans mål er at genvinde funktionsdueligheden og blive smertefri, og han kan være ligeglad med, om lægen afleverer den ønskede vare indsvøbt i den terapeutiske holdning efter den optimale konsultations spilleregler, eller om han autoritært udskriver medicin. Bruner (1990: 37) har i en anden sammenhæng formuleret, at det ultimative ønske om at forstå »den anden« og at kunne oversætte ham til ens egen forståelse, kan være et maskeret forsøg på dominans og undertrykkelse. En skjult ethnocentrisme kan afsløre sig, hvis man konsekvent kræver, at man skal kunne forstå fremmede kulturer; det kan være et overgreb over for fremmedes autonomi, hvis man forlanger af dem, at de skal være forståelige. På samme måde kan der ligge en skjult tvang og dominans, hvis patienter omgærdes med den psykoterapeutiske holdning. Nogle vil med rette undvige kravet om psykologisering og terapi.

Den ideologiske understregning af lighed i konsultationen er blevet analyseret af antropologer, som har påpeget, hvorledes vores udvikling stimuleres af lighed. Taussig siger f.eks., at vi hver dag drives af et stærkere og stærkere ønske om at holde et objekt tæt på for at undersøge dets lighed, dets reproduktion (Taussig 1993: 12). Vi ser det i vores fascination af kopiaktiviteter, som f.eks. at fotografere og kopiere musik. I kulturpsykologien bliver kolonisationen karakteriseret som en funktion af denne mimetiske funktion. F.eks. beskrev Darwin, at han ved ankomsten til Ildlandet i 1832 blev mødt af indianere, som efterlignede ham for dermed at gøre grin ad ham og tage afstand.

I en større sammenhæng går den mimetiske evne ud på, at kulturen benytter sig af at skabe en kopi, en anden udgave af naturen, en imitation for dermed at undersøge forskelle og for at gå ind i den anden og blive en

anden. Lighed som sidestilling af forskellige fænomener blandes sammen med enshed. Man går ind i den anden ved at forstå hans karakter og magt og antager dermed, at man får noget af den andens karakter og magt. »At forstå« er i høj grad en konstruktion og tæmning af den anden. I terapierne spejler vi os og ser den anden i vores eget spejl, og kun ved at se den anden kan man se sig selv (Mead 1932).

Patientoplevelsen; det fænomenologiske perspektiv

En række klinisk psykologiske begreber om den terapeutiske relation forsøger at kvalificere lighedsdimensionen i konsultationen. Men de psykologiske begreber kan blive til nye kunstgreb i kommunikationen; en psykologisk intellektualisering og omklamring, som ikke i sig selv giver perspektiv, medmindre de suppleres med en overordnet begrebsafklaring, f.eks. med udgangspunkt i en fænomenologisk position. Her er det i særdeleshed patientoplevelsen, der skal tages hensyn til, ikke som en subjektiv afspejling af en objektiv realitet, men snarere som en levet oplevelse, som repræsenterer realiteten af patientens sygdom.

Der er mange beskrivelser af, at en sådan forståelse af patientoplevelsen er forudsætningen for en vellykket konsultation (Kleinman 1988a, Cassell 1985). Sacks (1985) kalder den fænomenologiske position for lægens »human vision« og modstiller den med en »medical vision«. Hvis man ikke forstår eller deler denne forskel, skal den i det mindste klargøres i konsultationen, ud fra devisen »to bypass the patient's voice is to bypass the illness itself« (Toombs 1992: 28).

For at få denne patientoplevelse i fokus tager man et andet udgangspunkt end i diagnoserne. Der tages f.eks. afstand fra de ratingscales, hvor man skal inddele smerten i graderne »lidt, noget, meget« og i stedet foreslås anvendelsen af narratologi og kvalitative metoder. Baron (1981) foreslår f.eks., at man går uden om de sædvanlige konsultationsspørgsmål som »hvornår startede det, er du træt, og bliver det værre, når du går?« og i stedet stiller meget vage spørgsmål som »hvordan er det for dig?«, »hvad er det her for noget?« etc.

Baggrunden for denne fænomenologiske interesse for patientoplevelsen er, at det i høj grad er patientens oplevelse af helhed, som bliver destrueret ved sygdom. Hvor han tidligere havde et ureflekteret forhold til sin krop, får den ved sygdommen en anden bevidsthedskvalitet, og smerter og ubehag får en objektiv karakter for patienten. F.eks. ser man, at patienter i deres klager beskriver kroppen som mere genstandsbetinget; de taler hellere om »maven« og »brystet« i stedet for »min mave« og »mit bryst«. Det er netop denne vekslen og transcendens mellem subjekt- og objekttilstanden, som er eksistentielt forstyrrende.

Ved somatisk sygdom får kropsoplevelsen en tingslighed, en væren for den anden, noget, der bliver set på ikke kun af lægen, men også af patienten selv (Toombs 1992: 58). Derfor er det i og for sig i orden, at lægen har sit medicinske synspunkt, hvis det indgår som en bevidst del af refleksiviteten mellem ham og patienten.

I den såkaldte »empatiske forståelse«, »den delte forståelse«, er det ikke alene anerkendelsen af patientoplevelsen, som skal etableres mellem læge og patient, men også at en anden kan dele den, uanset om man har en medicinsk forklaring eller ej. Den fænomenologiske position anerkender dobbeltheden af, at man på den ene side identificerer sig ubetinget med sin krop, at man er »embodied«, og at man på den anden side også er adskilt fra den, fordi den i nogen grad er ude af ens kontrol. Denne dobbelthed lever vi med, men den får en speciel eksistentiel udfordring, når man bliver syg. Til daglig indgår vi i en slags symbiotisk forhold til den, hvor jeg'et ikke kan eksistere uden den anden. Når ens ben begynder at sove, oplever man netop ophøret af denne »embodiment«, og benet bliver tingsliggjort. Når man masserer det, kommer det langsomt tilbage til én igen. »Jetlag« og »tømmermænd« er andre anskueliggørelser af denne dobbelthed.

Lidelsens eksistentielle karakter er provokationen i denne dobbelthed. Lægens opgave er at udvise en anerkendelse af begge disse positioner, netop i det øjeblik, hvor kroppen præsenterer sig som et objekt blandt alle andre, der kan manipuleres og behandles. Nogle, som f.eks. Cassell, mener endog, at lægen må bruge sin egen personlige oplevelse af den levede krop og tjekke disse erfaringer af med patienten for at forstå, hvor symptomer adskiller sig fra normal funktion, og at han må bruge sin medicinske viden til at styre denne udspørgen. Cassell siger, at når konsultationen er ved at være til ende, skulle det gerne være således, at man både har opnået mere diagnostisk information og har lært mere om verden (1985: 46).

Set i det fænomenologiske perspektiv er konsultationen karakteriseret af det raffinerede samarbejde, der placerer sig i en dobbeltposition mellem den levede personlige oplevelse af dysfunktion og den medicinske viden. Men den symbiotiske dobbelthed kan blive til overgreb, hvis lægen kun gør knæfald for patientoplevelsen og ikke repræsenterer den anden og kan tingsliggøre distancen til kroppen.

»Den helbredende samtale«

Den humanistiske opfattelse af kommunikation har netop denne dobbelthed som interessefelt. Men det er et emne, som er vanskeligt at formidle enkelt og klart. Det er en »sandhed«, som er vanskelig at gøre synlig; og synlighed er blevet et meget yndet og konkret ideal i moderne klinisk praksis. Her sætter man på at se sygdomme og fænomener ud fra en ideologi om, at jo større synlighed jo bedre videnskabelig forståelse, jo større sandhed. I klinikken

har synligheden sine konsekvenser i synlig symptomlættelse f.eks. målt ved diverse ratingsscales og større effektivitet målt ved kortere behandlingstid. Kommunikationsforskningen lægger sig også efter synligheden og opstiller sine modeller i simple figurer med pile på overheads etc.

Men problemet med samarbejdet mellem behandler og patienter er, at »dets sandhed« er så kompliceret, at den ikke kan formidles enkelt og klart. Det har medført, at oplæringen i klinisk praksis ofte er blevet et mesterlæreforhold, hvor de studerende under uddannelsen deltager i klinikken og får direkte supervision på deres klientkontakt. Læringen lukker sig ofte sammen om nogle psykologiske fænomener, som betegnes som »overføring«, »containing«, »projektiv identifikation« etc. Men bag disse supervisions- og læringsbegreber ligger nogle overordnede begreber om forskning og praksis, som netop de humanistiske videnskaber har en lang tradition for at beskrive. For at orientere sig over for fagpolitiske forførelsesnumre vil den humanistiske videnskab derfor være optaget af at påpege, at gyldigheden af en videnskabelig påstand er afhængig af de historiske, sociale og politiske forudsætninger.

F.eks. er der mange beskrivelser i sundhedsfaglige lærebøger om betydningen af konsultationssamtalens behandlende egenskaber og af nødvendigheden af at indtage en terapeutisk holdning (Risør & Larsen 1995, Kaltoft 1993, Thorgaard 1992). Men i forhold til størrelsen af den videnskabelige produktion, der foregår inden for lægevidenskaben, er der foretaget påfaldende få empiriske, evidensbaserede undersøgelser af samtalebehandlings effekt (Hougaard et al. 1992, Mumford et al. 1984). Der eksisterer ganske vist en række psykologiske undersøgelser vedr. betydningen af, at der lyttes til patienterne og af, at de får mulighed for at fortælle deres sygehistorie (Lunde 1990, Novach 1987, Starfield et al. 1981). Men disse har som regel taget form som cost-benefit-undersøgelser, som kun har givet nogle relativt grove mål for de psykoterapeutiske virkningsmekanismer. I danske sammenhænge er det f.eks. dokumenteret, at samtalebehandlingen resulterer i færre, om end længere, konsultationer (McGrath & Lowson 1986), og der er foretaget nogle evalueringer af forsøgsordninger, hvor alment praktiserende læger har haft bedre mulighed, end overenskomsten tillod for at samtale med deres patienter (Lindgaard 1992, Rasmussen 1993). En enkelt dansk undersøgelse har vist, at samtalebehandling har nedsat psykofarmakaforbruget hos en gruppe patienter, sammenlignet med en gruppe, der ikke fik psykoterapeutisk hjælp (Holm & Olesen 1989).

Man retfærdiggør det relativt lille antal systematiske undersøgelser med, at de terapeutiske virkningsmekanismer i læge-patient-forholdet vanskeligt lader sig underkaste en gængs systematisk naturvidenskabelig undersøgelse, sådan som f.eks. den evidensbaserede forskning foreslår (Elsass 1994). Men den humanistiske sundhedspsykologi vil lægge et andet perspektiv på konsultationsforskningen. Den vil se på sammenhænge mellem de historiske forudsætninger og de aktuelle samfundsmæssige betingelser og undersøge,

hvorledes de videnskabssteoretiske og de metodiske valg for at dokumentere gyldigheden og hensigtsmæssigheden er blevet foretaget.

Kulturhistoriske undersøgelser viser, at den terapeutiske holdning har fået tillagt forskellig vægt på forskellige tider (Shorter 1985, Cushman 1995). Betydningen af »den helbredende samtale« var allerede et veludviklet emne i begyndelsen af forrige århundrede. F.eks. blev der både i USA og i England udgivet retningslinjer for alment praktiserende læger, som gav en kvalificeret beskrivelse af vigtigheden af at indtage en terapeutisk holdning over for patienterne (Shorter 1985).

Men den viden blev i nogen grad fortrængt i slutningen af 30'erne. Bl.a. opdagelsen af sulfapræparaterne og senere penicillinen gav anledning til, at der kom skub i udviklingen af fag som biokemi, mikrobiologi, farmakologi, immunologi og genetik. Det medførte en forandring af den medicinske praksis, således at interessen skiftede til et overvejende organisk billede af sygdomme. I overensstemmelse hermed blev patienterne interviewet på andre systematiske måder med en mere struktureret data-indsamling til brug for den organiske diagnose; »den helbredende samtale« blev dermed i nogen grad fortrængt fra konsultationen (Shorter 1992).

Men patienterne er igen begyndt at udtrykke en række vage og uspecifikke klager, som bliver taget som indicium for en række psykologiske problemer. Historikere har påvist, at forandringen af dette symptom-billede inden for de seneste 20 år har givet en interesse for den terapeutiske holdning og for samtalebehandling, men det faglige indhold er i nogen grad en reproduktion af tidligere viden (Shorter 1985).

Den historiske udvikling af opfattelsen af de psykosomatiske sygdomme illustrerer denne forandring af symptom-billedet. Ud fra den udifferentierede »symptomstøj«, som de fleste mennesker bærer rundt med, er det kulturelt og historisk betinget, hvilke klager som er legitime at henvende sig til lægen med. Udenlandske undersøgelser viser, at mellem 80 til 95 pct. af befolkningen oplever generende symptomer i løbet af en to ugers periode, og at mange af de personer er på jagt efter en diagnose som forklaring på symptomerne (Stewart 1990).

Nogle historikere som f.eks. Shorter har beskrevet, hvorledes en forandring af symptom-billedet forløb parallelt med, at de klassiske hysterier forsvandt omkring 1925-30 og først kom igen i slutningen af 80'erne, men ikklædt nye epidemiske former (Shorter 1985, 1992). F.eks. er stress-symptomer i dag blevet mere legitime at henvende sig med end hysteri.

Der er foretaget enkelte medieundersøgelser af, hvorledes disse nye sygdomme opstår og udvælges på baggrund af denne vage og ofte psykologisk betingede symptompulje (Shorter 1992). Forudsætningen er opdagelsen af en ny, genuin organisk sygdom, hvis årsag er vanskelig at bestemme, og som har en række uspecifikke symptomer. Den bliver først beskrevet hos få patienter, men en bred mediedækning formidler den til en række patienter med samme vage symptom-billede, som nu får en diagnose at knytte deres

klager til. Der er flere eksempler på, hvorledes en ny diagnose med et vagt symptombillede breder sig og i løbet af nogle år bliver til en »model-sygdom« for en lang række patienter. Nogle engagerede læger, en ukritisk fagpresse og nogle patientstøtteforeninger bekræfter diagnosens brede gyldighed og giver dermed grobund for en række nyere diagnoser som postinfektøs neuromyasteni, fibromyalgi, hypoglykæmi og diverse madallergier (Hadler 1986). Andre har reageret mod, at disse nyere sygdomme er blevet omtalt som et »epidemisk hysteri« og argumenteret for, at den medicinske videnskab er for snæver og ikke forstår, at mennesker er reelt lidende af disse »nye sygdomme« (Andersen et al. 2000).

En kulturhistorisk beskrivelse af forskellige tiders psykologiske opfattelse af selvet har indskrevet disse »nye sygdomme« i andre sammenhænge. Deres udgangspunkt er groft sagt, at hysterierne i begyndelsen af dette århundrede opstod som en funktion af tætte og ofte seksualiserede kontakter i familierne. I dag er det snarere den postmodernistiske opsplitning af familierne og manglen på intimitet, som giver symptomerne (Cushman 1995). Behandlerne forsøger at kompensere for den sociale isolation ved hjælp af netværksarbejde, og samtalebehandling er blevet en modgift for opløsningen af de tætte personlige bånd. Men i forhold til tidligere er flere patienter på jagt efter en organisk diagnose. Det giver sig f.eks. udtryk i, at psykiatere, der har tilsyn på somatiske afdelinger, kan have problemer med at få patienterne i tale, hvis de præsenterer sig som psykiatere i stedet for neuropsykiatere eller blot lægelige konsulenter. Det er således ikke nødvendigvis manglen på psykoterapeutisk holdning hos lægerne, som gør behandlingen vanskelig, men snarere manglen på psykologisk interesse hos patienterne; de vil have »de indre dæmoner« omskrevet til »ydre toksiner« (Shorter 1992).

Magtbegreber

Humanistisk sundhedspsykologi bør ud over at sætte den psykoterapeutiske holdning, »den helbredende samtale«, i et vertikalt, historisk perspektiv også inddrage et horisontalt, nutidigt perspektiv, som sætter undersøgelser af konsultationssamtalen i forhold til, hvad der i øvrigt foregår i samfundet. I øjeblikket sker der store forandringer af de ydre magtforhold. Der er opstået nye demokratiseringsformer, nye forvaltningsmåder, andre former for brugerindflydelse; ydre forhold som også påvirker de indre forhold mellem læge og patient.

Magtbegreber har længe været anvendt til at analysere konsultationer med; f.eks. er konsultationen blevet beskrevet som en retorisk scene, hvor parterne kæmper om magten. Men opfattelsen af lægen som den magtfulde person har ændret sig. Dels viser amerikanske undersøgelser, at der ofte er stor enighed om beslutningsprocessen; selvom der er lidt flere læger end

patienter, som synes, at det er mere rimeligt, at de tager beslutningerne frem for patienterne. Herhjemme er der et stigende antal patientklager over manglende indflydelse på beslutningsprocessen, men stadigvæk er det konkrete antal relativt lille.

Ud fra en antropologisk synsmåde er magtbegrebet blevet nuanceret ved at skelne mellem magt og autoritet (Hastrup 1986). F.eks. er der akutte situationer, hvor det er rimeligt, at lægen på grund af sin rationelle viden påtager sig en autoritet og egenhændigt udfører beslutningsprocesser. Ved de kroniske sygdomme indebærer konsultationerne derimod andre magtrelationer, hvor compliance opnås gennem tillid, tryghed, medbestemmelse og gensidig åbenhed.

En anden måde at nuancere magtbegrebet på er at dele det op i tre dimensioner (Brody 1992):

- *Den æskulapianske dimension* udspringer af lægens rationelle viden og praktiske færdigheder. Den udgør de instrumentelle dele af læge-patientforholdet. Den er upersonlig og kan overføres fra en læge til en anden ved hjælp af uddannelse og formidling af videnskabelige resultater.
- *Den karismatiske dimension* er afhængig af lægens personlige kvaliteter og kan ikke overføres fra den ene person til den anden. Udtrykket refererer f.eks. til lægens imødekommenhed, hans empati og handlekraft.
- *Den sociale dimension* udspringer af lægens sociale status og medicinsens samfundsmæssige betydning. Magten er afhængig af, hvad der kulturelt bestemmes som medicinsk viden og sandhed.

Brody har påpeget, at vi er mere kritiske over for nogle af disse former for magtudøvelse end over for andre (Brody 1992). F.eks. tager vi afstand fra den karismatiske lægetype, der på paternalistisk vis er overbevist om, at han vil miste nogle af sine helbredende potentialer, hvis patienten får for meget indblik i den medicinske viden.

Der har været en tendens til at løse magtens problemer ved at idealisere et selv billede af lægen som en person, der kun udøver sin rationelle autoritet; den æskulapianske lægetype. Men en læge, der udelukkende anvender sin æskulapianske magt, vil miste nogle af sine behandlende egenskaber; anskueliggjort ved »operationen lykkedes, men patienten døde«.

I de senere år er der imidlertid opstået nogle nye måder at analysere magtforhold på, som har en større nærhed med de ydre samfundsmæssige magtforhold og med vores demokratiseringsformer (Little 1995). Hvis der skal genoprettes en sundhedsprofessionel ekspertise, skal den være i overensstemmelse med de nye magtformer i samfundet, og det er f.eks. blevet konkluderet, at der ikke er noget odiøst i, at læger har magt, og at de skal benytte sig af den – men mod sygdomme, ikke mod patienter. Det bliver derfor påstået, at det er væsentligere at analysere misbrug af magt i stedet for at omskrive den til en rationel forvaltning af viden (Brody 1992, Little 1995).

Magtmisbrug opstår, når lægen etablerer relationer til sine patienter, hvor han får tilfredsstillende egne personlige behov uden hensyn til patientens situation. Et eksempel er seksuel omgang med patienterne: Amerikanske undersøgelser viser, at omkring 5 til 10 pct. af psykiatere har foretaget seksuelle tilnærmelser eller direkte overgreb på deres patienter (Gartrell et al. 1986).

Selv om disse resultater muligvis afspejler et lokalt amerikansk fænomen, har undersøgelsen nogle afledninger, som også er relevante i en dansk sammenhæng; f.eks. i de tilfælde hvor lægens behov for taknemmelighed kommer til at styre konsultationerne. Som illustration kan der drages en parallel til det traditionelle parforhold, hvor kvinden ser op til ægtefællen, viser ham opmærksomhed og tilfredsstiller hans behov som modydelse for de materielle ydelser, han giver hende. Kønsrollebevægelsen har påpeget, at mænd ofte har en social position, hvor de kan udsætte kvinder for kontrol; misbruget er fuldbyrdet, når manden modtager taknemmelighed fra kvinden i den underordnede position. Selv om denne analyse efterhånden er blevet en banalitet, var det slående, at 92 pct. af de psykiatere, der havde haft seksuel omgang med deres patienter, fortalte, at det var fordi patienterne var forelskede i dem (Gartrell 1986).

På samme måde kan taknemmeligheden i konsultationerne blive brugt som retfærdiggørelse af magtmisbrug. F.eks. er det blevet påstået, at lægen kan blive forført til at undgå at analysere sit magtmisbrug, hvis patienterne udtrykker tilfredshed med hans ydelser (Brody 1992). Der er derfor et behov for, at taknemmeligheden i nogen grad operationaliseres, f.eks. i form af et honorar, og overenskomster er derfor blevet et vigtigt emne inden for medicinsk etik. Selv Albert Schweitzer mente, at det var vanskeligt at udøve den medicinske gerning, hvis der ikke forelå en betaling. Han forlangte, at selv hans fattigste patienter skulle betale en eller anden symbolsk modydelse. Overenskomster har betydning for den konkrete konsultation, og i fagpolitiske sammenhænge må man overveje, hvilken form for honorering der kan give de bedste taknemmelighedsyttringer, rensset for magtmisbrug (Rodwin 1993). Set i taknemmelighedens lys kan variabel brugerbetaling og aflønning efter antal af patienter lettere skabe magtmisbrug end fast honorering.

Humanistisk sundhedspsykologi

Det er i arbejdet med sådanne kontante problemstillinger som f. eks. løn og overenskomster, at der appelleres til humanistisk sundhedsforskning. Sundhedsforhold efterlever ikke de årsagssammenhænge, som naturvidenskaberne har en tendens til at simplificere, men kræver nye forskningsmetoder, som i højere grad kan vurdere og analysere alle de komplekse forhold, som påvirker sundhed.

Tværfaglige sundhedsproblemer løses imidlertid ikke alene ved at styrke humanistisk sundhedspsykologi. Stiller man kontante krav til humanistisk sundhedspsykologi om at få løst verdens problemer, vil den komme til at formulere sig svagt og retorisk. F.eks. er det ofte blevet formuleret, at mange sundhedsproblemer kan løses ved at tænke tværfagligt og se på det hele menneske. Men en helhedsorienteret humanistisk håndtering af menneskets lidelse og en kritisk holdning over for videnskabelig manipulation af afgrænsede sygdomsenheder har altid været på spil.

Humanister har ganske vist modet til at anviser veje til forbedret sundhed og velvære, men humanistisk sundhedspsykologi har snarere til opgave at påvise, hvorledes sundhedens aktuelle diskussioner er en aflægger af grundlæggende diskussioner, som har været ført i århundreder. Formålet er at skabe et større perspektiv ved at analysere det aktuelle sundhedsarbejde i andre og nye sammenhænge. Det er netop spillet mellem det historiske og det aktuelle, som sætter humanistisk sundhedspsykologi i stand til også at formulere et håb om en ny praksis og en ny videnskabelighed.

Humanistisk sundhedspsykologi kan bidrage til tværfaglighed og helhedstænkning. Men den humanistiske videnskabelige arbejdsmåde kan også karakteriseres ved at forholde sig kritisk til nogle af de bud, som humanistisk forskning på forhånd underkastes f.eks. kravet om øget tværvidenskabelighed og helhedstænkning. Her ønsker man at berige et sundhedsemne ved at invitere tværgænsende områder som f.eks. antropologi, filosofi, historie og psykologi. Men som Jensen og også Althusser påpeger, kan denne invitation give anledning til forøget forvirring, hvis man ikke på forhånd har afklaret, hvad man er uvidende om (Jensen 1995: 43). Man ser resultatet af denne manglende videnskabsteori i disse tværvidenskabelige bestræbelser ved lånet af komplicerede begreber, som bruges som ad hoc-modeller om f.eks. »det hele menneske i en meningsgivende sammenhæng«. Men sådanne holistiske modeller kan blive forførende, hvis man ikke forstår, at deres funktion ændres, når de uden videre overføres fra et emne til et andet; alt sammen for at retfærdiggøre en humanistisk ideologi om, at det er det individuelle, det subjektive, der skal i fokus. Humanistisk sundhedspsykologi er derfor mere end det. Interessen er snarere forløb, historie og udvikling, hvor man ser den enkelte i et spændingsfelt mellem en række psykologiske, sociale og kulturelle perspektiver. Humanistisk sundhedspsykologi er en videnskabelig refleksion over en praksis med mange forskellige aktører og ikke en speciel humanistisk, ideologisk indstilling.

REFERENCER

- ANDERSEN, J.H., ELVERDAM, B., HILDEN, J., LÆRUM, H., MADSEN, M.A.M., MICHELSEN, N., MORTENSEN, J.T., STENAGER, E., VINTER, C. (red.) (2000): *De nye sygdomme: en debatbog*. Den Almindelige Danske Lægeforening, Sundhedskomiteen. København.

- ANDERSEN, K. (1994): Patientklager er altid lærerige. *Ugeskrift for læger*. 156, 5738-5740.
- BARON, R.J. (1981): Bridging clinical distance: An empathic rediscovery of the known. *The Journal of Medicine and Philosophy*. 6, 5-23.
- BRODY, H. (1992): *The healer's power*. Yale University Press. New Haven.
- BRUNER, J. (1990): *Acts of meaning*. Harvard University Press. Cambridge.
- CASELL, E.J. (1985): *The theory of doctor-patient communication*. The MIT-press. Cambridge.
- CUSHMAN, P. (1995): *Constructiong the self, constructing America. A cultural history of psychotherapy*. Addison-Welsley. New York.
- ELSASS, P., CHRISTENSEN, H.P., FALHOF, J., HVOLBY, A. (1994b): Grønlanderes sygdoms- og sundhedsopfattelse. En sammenlignende interviewundersøgelse af patienters og behandleres opfattelse af sygdom og sundhed. *Ugeskrift for Læger*. 156, 1800-1804.
- ELSASS, P., CHRISTENSEN, H.P., FALHOF, J., HVOLBY, A. (1994a): Grønlandere på hospital. En interviewundersøgelse af patienter og behandlere vedr. informationsudveksling, tilfredshed og behandlingspræferencer. *Ugeskrift for Læger*. 156, 1794-1797.
- ELSASS, P., LAURITSEN, P. (2006): Humanistisk sundhedsforskning. Teori, metode, praksis. Hans Reitzels Forlag. København.
- ELSASS, P. (1994): Sundhedsfremme – et sundhedspsykologisk perspektiv for samarbejdet mellem lægfolk og professionelle. I Jensen, U.J., Andersen, P.F. (eds.) (1994): *Sundhedsbegreber; filosofi og praksis*. Philosophia. 195-223.
- GARTRELL, N., HERMAN, J., OLARTHE, S. (1986): Psychiatrist-patient sexual contact: Results of a national survey. *American Journal of Psychiatry*. 143, 1126-1131.
- HADLER, N.M. (1986): A critical reappraisal of the fibrositis concept. *American Journal of Medicine*. 81, 26-30.
- HASTRUP, K. (1986): Tillidskløften mellem læger og befolkning. *Månedsskrift for Praktisk Lægegerning*. 7, 435-49.
- HASTRUP, K. (1999): *Viljen til viden. En humanistisk grundbog*. Gyldendal. København.
- HOLM, M., OLESEN, F. (1989): Psykofarmakaordination i almen praksis. *Ugeskrift for Læger*. 34, 2122-2124.
- HOUGAARD, E., ROSENBAUM, B., VALBAK, K. (1992): Psykoterapeutiske forskningsresultater. *Månedsskrift for Praktisk Lægegerning*. 2, 405-412.
- INSTITUTE FOR THE FUTURE (2000): *Health and health care 2010. The forecast, the challenge*. Jossey-Bass. San Francisco.
- INSTITUTE OF MEDICINE (2000): *Informing the future. Critical issues in health*. Author. Washington.
- JENSEN, U.J.: Humanistisk sundhedsforskning. Videnskabsteoretiske perspektiver. I Lunde, I.M., Ramhøj, P. (red.) (1995): *Humanistisk forskning inden for sundhedsvidenskab. Kvalitative metoder*. Akademisk Forlag. København.
- JOHNSON, N.G. (2003): Psychology and health. Research, practice and policy. *American Psychologist*. 58, 670-677.
- KALTOFT, S. (1993): Samtaleterapi – et værktøj i almen praksis. *Ugeskrift for Læger*. 155, 415-21.
- KLEINMAN, A. (1988b): *The illness narratives. Suffering, healing and the human condition*. Basic Books. New York.
- LÉVI-STRAUSS, C. (1967): *Structural anthropology: The sorcerer and his magic*. Doubleday. New York.
- LINDEGAARD, P. (1992): *Samtalebehandling i almen praksis*. Projekt rapport til Fyns Amt. Institut for Sygdomsforebyggelse og Helsetjenesteforskning. Odense Universitetsforlag. Odense.

- LITTLE, J.M. (1995): *Human medicine*. Cambridge University Press. Melbourne.
- LUNDE, I.M. (1990): *Patienters egenvurdering – et medicinsk perspektiv skift*. København: FADL's forlag.
- MCGRATH, G., LOWSON, K. (1986): Assessing the benefits of psychotherapy: An economic approach. *British Journal of Psychiatry*. 150, 65-71.
- MEAD, G.H. (1932): *The philosophy on the present*. Open Court Publishers. Chicago.
- MUMFORD, E., SCHLEISNER, H.J., GLASS, G.V., CUERDON, T., PATRICK, C. (1984): A new look at evidence about reduced cost of medical utilization following mental health treatment. *American Journal of Psychiatry*. 141, 1145-1158.
- NOVACH, D.H. (1987): Therapeutic aspects of the clinical encounter. *Journal of General Internal Medicine*. 2, 346-55.
- PENDLETON, D., SCHOFIELD, T., TETE, T., HAVELOCK, P. (1984): *The consultation: an approach to learning and teaching*. Oxford Medical Publishers. London.
- RASMUSSEN, F.D. (1993): *Evaluering af projektet psykologisk bistand i almen praksis. En forsøgsordning i Københavns Kommune*. Institut for Almen Medicin. København.
- RISØR, O., LARSEN, J.H. (1995): Samtalerapi i almen praksis. Definition og anvendelse samt afgrænsning i forhold til psykoterapi. *Ugeskrift for Læger*. 28, 4011-4015.
- RODWIN, M.A. (1993): *Medicine, money and morals: Physicians conflicts of interest*. Oxford University Press. Oxford.
- SACKS, O. (1985): *The man who mistook his wife for a hat and other clinical tales*. Summit Books. New York.
- SHORTER, E. (1985): *Bedside manners: The troubled history of doctors and patients*. Simon & Schuster. New York.
- SHORTER, E. (1992): *From paralysis to fatigue. A history of psychosomatic illness in the modern era*. New York: The Free Press.
- STARFIELD, B., WRAY, C., HESS, K. (1981): The influence of patient/practitioner agreement on outcome of care. *American Journal of Public Health*. 71, 127-32.
- STEWART, D.E. (1990): The changing faces of somatization. *Psychosomatics*; 31: 153-158.
- TAUSSIG, M. (1993): *Mimesis and alterity. A particular history of the senses*. Routledge. New York.
- THORGAARD, L. (1992): Psykoterapi og praktiserende læger. *Månedsskrift for Praktisk Lægegerning*. 70, 390-395.
- TOOMBS, S.K. (1992): *The meaning of illness. A phenomenological account of the different perspectives of physician and patient*. Kluwer Academic Publishers. London.